

## **Artículos Breves. Mes de Abril 2011**

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

### **Índice:**

- 1. "La simbiosis embrión-madre cuestiona el alquiler de úteros".  
Carlos Alonso Bedate**
- 2. El riesgo de depresión sigue años después de un aborto**
- 3. Primaria se rebela contra las desigualdades en salud provocadas por la crisis**
- 4. Contra la 'ficticia' píldora del día anterior**
- 5. Hacia la dignidad de la muerte. Francisco Soto Nieto**
- 6. El deber de informar, sujeto al conocimiento de la ciencia**
- 7. Los médicos del Reino Unido se oponen a la eutanasia**
- 8. Directiva Europea: No se patenta lo que destruya el embrión o lo instrumentalice**
- 9. Receta electrónica y protección de datos. Érika Rodríguez**
- 10. "Hacer trabajar a destajo en la asistencia lo pagaremos caro".  
Entrevista a Rogelio Altisent**
- 11. Evitarán que un bebé nazca con predisposición a sufrir cáncer de colon**
- 12. Carta al director: sobre el bebé sin predisposición al cáncer de colon.**
- 13. Los pacientes perciben la asistencia humanizada como más fiable**
- 14. Sida: 30 años de discriminación. El paro agrava la situación para los seropositivos.**

## **1.- "La simbiosis embrión-madre cuestiona el alquiler de úteros"**

**CARLOS ALONSO, DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA**

Diario Médico. S.Valle - Jueves, 3 de Marzo de 2011.

Bioéticos, abogados y médicos se han reunido para hablar de salud sexual y reproductiva abordando los cambios legislativos como la nueva ley del aborto y la libre dispensación de la píldora del día después. El objetivo es dar orientaciones bioéticas al profesional sanitario.

Carlos Alonso Bedate, del Comité de Bioética de España, fue el encargado de abrir la segunda mesa de la jornada Salud sexual y reproductiva en España, que se celebró en el salón de actos del Hospital General Gregorio Marañón en Madrid. Ante un nutrido número de asistentes, el bioético realizó un profundo análisis científico-médico sobre la relación que existe entre la madre y el embrión en la fase de implantación y durante el desarrollo del feto. El experto en Bioética afirmó que "debemos considerar al embrión y a la madre como dos organismos en simbiosis". Además, expuso las importantes implicaciones morales, éticas y de valoración sobre qué es la madre en el desarrollo del embrión, "que llevan a cuestionar a las madres de alquiler". Esta figura, que no está reconocida en España, es sólo una de las cuestiones que se plantearon en la jornada de debate sobre salud sexual organizada por la Fundación Salud 2000.

\* "La consideración del menor como menor maduro ante las decisiones sanitarias se tiene que evaluar 'ad hoc'", afirma Juan José Zamarriego

Javier Sánchez-Caro, responsable del área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, que actuó de moderador, puso de manifiesto los importantes cambios introducidos con la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y la libre dispensación de la pdd en las farmacias. Este nuevo panorama ha situado al profesional sanitario ante una serie de cuestionamientos éticos y morales que debe resolver. Lydia Feito, profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, introdujo la cuestión del feminismo en el debate, aclarando que era necesario superar la perspectiva del primer mundo que acompaña la reflexión cuando se habla del derecho de la mujer frente al del no nacido, "para defender valores transculturales y dejar un espacio suficiente para la pluralidad y la diversidad cultural".

Juan José Zamarriego Moreno, del área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, planteó el tema del menor maduro, el joven de menos de 16 años con capacidad para tomar decisiones sobre su salud sin contar con la autorización de sus padres o tutores. Esta figura, sobre la que Zamarriego tiene varios trabajos publicados, es objeto de una gran polémica en la atención sanitaria. El experto se refirió a la dificultad de establecer criterios para evaluar la madurez del menor, incluso desde la Psiquiatría, para concluir que "la consideración del menor como menor maduro en las decisiones sanitarias se tiene que evaluar ad hoc, en cada caso y persona en concreto".

El último ponente de la jornada fue Isidoro Martín Sánchez, de la Universidad Autónoma de Madrid, quien puso sobre la mesa cómo las distintas confesiones religiosas responden al aborto. Martín reconoció la importancia de tener en cuenta la respuesta de la religión a esta cuestión, pues "a pesar de que en las últimas dos décadas se ha afianzado una paulatina secularización de los planteamientos de la Bioética, esto no ha hecho apagar la polémica entre las concepciones religiosas y laicas".

## Conclusiones

Los expertos arrojaron luz sobre las cuestiones bioéticas relacionadas con la sexualidad, planteando más dudas que verdades absolutas. Entre las conclusiones, que extrajo la organización del evento en un importante esfuerzo de síntesis, destaca la afirmación de que "las posibilidades de decisión de los pacientes en el ámbito de la salud sexual ya no dependen sólo de valoraciones médicas, sino de apreciaciones personales y formas de entender la vida". Una reflexión que evidencia la plena actualidad de la Bioética en la atención sanitaria.

## Una guía actual sobre salud sexual

La colección de libros Bioética y Derecho Sanitario de la Fundación Salud 2000 ha editado un nuevo volumen, Salud sexual y reproductiva. Aspectos científicos, éticos y jurídicos. La obra ha sido coordinada por Javier Sánchez-Caro, responsable del área de Bioética y Derecho Sanitario de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y por Fernando Abellán, director de Derecho Sanitario Asesores. En el trabajo han participado expertos de las distintas disciplinas médicas relacionadas los avances en los tratamientos de fertilidad, que contribuyen a dar una visión actual sobre el campo de la reproducción asistida y la anticoncepción. En la segunda parte del volumen bioéticos y juristas ponen de manifiesto las consideraciones éticas que se plantean en el ámbito de la salud sexual.

## **2.- El riesgo de depresión sigue años después de un aborto**

DM - Viernes, 4 de Marzo de 2011 - Actualizado a las 00:00h.

La ansiedad y depresión que experimenta una mujer tras sufrir un aborto pueden continuar durante años, incluso tras un parto posterior normal, según un estudio llevado a cabo por investigadores de la Universidad de Rochester, en Estados Unidos. Las conclusiones del trabajo, coordinado por Emma Robertson, se publican en el último número de British Journal of Psychiatry.

Cuando se estudia si una mujer está en riesgo de padecer una depresión ante o posnatal, un embarazo previo perdido no suele tomarse en cuenta como factor de riesgo al mismo nivel que otros, como la historia familiar de enfermedad, el estrés o la falta de apoyo social.

De las más de 13.000 mujeres embarazadas participantes en el ensayo, cerca de 3.000 habían sufrido un aborto previo; el 13 por ciento de ellas seguían con síntomas de depresión 33 meses después de dar a luz.

### **3.- Primaria se rebela contra las desigualdades en salud provocadas por la crisis**

Diario Médico, Marcelo Curto Bilbao - Jueves, 3 de Marzo de 2011.

El aumento de las desigualdades y el rebrote de patologías son dos nuevos frentes para el primer nivel asistencial, según se ha puesto de manifiesto en las Jornadas de Actualización de Medicina de Familia organizadas por la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (Semfyc) en Bilbao.

La inmigración y los efectos de la crisis económica están contribuyendo a la proliferación de población marginal en torno a las grandes ciudades. José Zarco, director científico del encuentro, ha explicado que "no sólo hay problemas con las personas de los poblados chabolistas, sino que hay un porcentaje importante de la población que, debido a la crisis, presenta un mayor riesgo de ver deteriorada su salud".

A partir de su experiencia con los poblados marginales asentados en la Cañada Real de Madrid, "hemos constatado una gran presencia de enfermedades infecto-contagiosas -tuberculosis, sarna, infestaciones parasitarias, y hepatitis A-, muchas relacionadas con las carencias de servicios básicos, como el acceso a agua potable, luz, o los efectos de las plagas".

Desde AP, "se amplía la atención a los frecuentes accidentes que se dan en estas poblaciones, con una gran presencia de siniestros de tráfico, electrocuciones e incendios", y se presta especial atención a la planificación familiar en los grupos étnicos. La influencia cultural y las condiciones de vida repercuten en la presencia de violencia de género y los maltratos. "Familia trabaja con la mujer en lo relativo a la autoestima y a su papel principal dentro de la familia y la sociedad".

El peso en primaria

Por su parte, Josep Basora, presidente de Semfyc, ha recalcado la responsabilidad de la primaria en la lucha contra las desigualdades provocadas por la crisis, que son soportadas por el sistema público como auténtico eje del Sistema Nacional de Salud. "La bajada en el porcentaje de españoles que disponen de mutualidad privada y del número de demandas de baja por incapacidad temporal supone que en ocasiones la salud se está forzando por miedo a perder el puesto de trabajo".

Rafael Gracia, presidente de la Sociedad Vasca de Medicina de Familia y Comunitaria, ha manifestado la incapacidad del sistema sanitario para dar una respuesta eficaz al paciente del siglo XXI, que suele ser una persona mayor, con dos o más patologías crónicas, que precisa de una atención global. Por ello ha reivindicado que la primaria sea "el eje vertebrador del sistema sanitario, y no sólo como su puerta de acceso".

#### **4.- Contra la 'ficticia' píldora del día anterior**

##### **La Deontológica censura una campaña anticonceptiva**

Redacción - Lunes, 7 de Marzo de 2011 - Actualizado a las 00:00h.

La Sociedad Española de Contracepción y el laboratorio Chiesi España han realizado una campaña sobre métodos anticonceptivos en la que la Comisión Deontológica ve sospechas de violación del compromiso ético.

"La información debe de ser diferente a la publicidad", ha señalado la Comisión Deontológica de la Organización Médica Colegial sobre la campaña Píldora del día anterior, que han realizado la Sociedad Española de Contracepción y el laboratorio farmacéutico Chiesi España. La iniciativa echó a andar el pasado 1 de febrero con el objetivo de informar a los jóvenes de los métodos anticonceptivos que están a su disposición. Sin embargo, la Deontológica afirma que no existe ese propósito informativo, pues "una auténtica formación sobre sexualidad humana debería incluir la educación en la afectividad y no centrarse de forma exclusiva en el puro fisiologismo.

Precisamente el uso del sexo tal como lo conciben Chiesi y la Sociedad Española de Contracepción ha contribuido a que las enfermedades de transmisión sexual hayan aumentado de manera importante en los últimos años, al haber enviado el mensaje subliminal de que el uso de la píldora protege de todo tipo de riesgos".

La Comisión que preside Marcos Gómez Sancho deja claro que la campaña Píldora del día anterior (medicamento ficticio, que se refiere a la información que suministra esta iniciativa) es puramente publicitaria y que potencia, por asociación de ideas, la demanda de la píldora del día después. El compromiso deontológico del facultativo le impide participar en la promoción de medicamentos con ánimo de lucro, "salvo que sea su profesión y se sepa claramente que trabaja para la industria farmacéutica", señala el comunicado, que remite a la declaración de la Deontológica de 2005 sobre la relación del médico con la industria farmacéutica.

#### **Sociedad científica**

En cuanto a la participación de la Sociedad Española de Contracepción en esta promoción, la Deontológica es más dura al señalar que "una sociedad científica médica no actúa de forma deontológica correcta cuando apoya una campaña de un laboratorio cuyo fin es aumentar las ventas de la píldora del día después como indica la web de Chiesi", a la que se refiere la campaña.

Las conclusiones del documento elaborado por Eliseo Collazo, vocal de la Deontológica, señalan que "parece procedente pedir información a los promotores sobre el contenido de la campaña y de sus protagonistas por si entre ellos hay médicos que pudiesen haber incurrido en faltas deontológicas".

Si se demostrara que algún miembro de esa sociedad o la misma sociedad obtuviera beneficios económicos, sin haberlos declarado, "desde la Deontológica sería punible". En este sentido, la pregunta todavía sin respuesta es si será la Organización Médica Colegial la que inicie esa investigación.

## **5.- Hacia la dignidad de la muerte**

**Francisco Soto Nieto**, Exmagistrado del Tribunal Supremo  
DM, Miércoles, 9 de Marzo de 2011.

El autor sostiene que los proyectos normativos para favorecer los cuidados paliativos no dejan de ser importantes. Ahora bien, advierte de que abrir la puerta a la mal llamada muerte digna conlleva la necesidad de establecer una línea divisoria de derechos que no es fácil determinar.

La vida humana tiene un valor intrínseco, nada se ofrece a nuestra consideración ni traspone nuestro sentir requiriendo con más fuerza nuestra advertencia. Cuando se habla de muerte, aun la más digna, de eutanasia y aun de testamento vital, de seguro se nos agudiza el hilo de la sensibilidad. Mediando intervención médica, no nos desprendemos de la cavilación o la duda, de la animación o la confianza del supremo asentimiento o de la sospecha entreverada. Entretanto nos aquejará el lastre de la incertidumbre. "Hay que decir que el sufrimiento es compañero inseparable en la vida humana, tanto en su vertiente física como en la espiritual. Es nuestra actitud ante el sufrimiento la que nos puede amargar o bien nos puede hacer más humanos. Una de las más grandes aportaciones del cristianismo es haber dado sentido al sufrimiento" (Rafael Ruiz).

Las comunidades autónomas alertan intentos normativos sobre estas materias, particularmente cuidados paliativos y previsiones en orden a la práctica de una muerte libre de tensiones, agobios y sufrimientos desahogados - muerte digna se le llama-, lo que lleva a la promulgación de una legislación de dimensión estatal al objeto de hacer pariguales los derechos de todos los ciudadanos, y sobre todo "para dar seguridad a los profesionales que han de prestar los mejores tratamientos en los últimos días de vida respetando la voluntad de pacientes y familiares".

El debate no se entiende agotado con ello, lo que hace presumir que late una voluntad soterrada de llegar más lejos. Profesionales por la Ética ha entendido abrirse barra libre para poner fin a la vida de los más débiles. La muerte digna podría ser un eufemismo encubridor de una postrer institucionalización de la eutanasia. Por su parte, desde la Asociación Nacional para la Objeción de Conciencia aseguran que los médicos no quieren esa ley, pues como ya ocurre con el ensayo andaluz, "les arrebató el derecho a objetar y porque dará un golpe de gracia a la relación médico-paciente y llevaría a una medicina aún más defensiva" (G. Sanz).

El Gobierno socialista trata de remover las aguas, relativamente tranquilas, en cuanto a la instauración de un nuevo orden afectante a las medidas más oportunas adoptables ante la presumible terminalidad de la vida y en aras de que el tránsito hacia la muerte se opere de la forma más cómoda y benigna. No está claro si se pretende el logro de una holgura hegemónica del médico, conjuradora de acusaciones y responsabilidades (recuérdese el caso del Dr. Montes, en Leganés) o de crear un espacio dislocado y ambiguo para dar paso a la muerte en desmedido afán liberador de cualquier atisbo o padecimiento.

Para Iglesias, secretario de Organización del PSOE, la ley que va a aprobar el Gobierno "no es de eutanasia" y por eso prevé que será "más fácil" el trámite parlamentario para su aprobación. Se anuncia un proyecto de "Ley de Cuidados Paliativos y de Muerte Digna" de nuevo cuño, advirtiéndose, por vía aclaratoria, no tratarse de una ley de eutanasia. Pese a semejante cautela semántica, no son pocos los profesionales que creen adivinar en el intento un propósito aperturista, flexibilizando los rigores de la fase terminal. En lugar de denominarla muerte digna, podría ser una ley de vida digna "hasta el final", advierte Carlos Centeno, responsable de Cuidados Paliativos de la Clínica Universitaria de Navarra. En principio, no deja de merecer aprobación esa aureola de favorecimiento y mejora de aludidos cuidados paliativos en que parecer resolverse la decisión de partida del legislador. No obstante, y a la vista de la realidad asistencial de que se goza, más bien se perfila una subyacente y perseverante movilización ideológica que una respuesta de necesaria consolidación y perfeccionamiento en la asistencia paliativa. La experiencia con pacientes en fase terminal de la vida es la excepcionalidad en lo tocante a una solicitud de muerte.

#### Una débil línea divisoria

Inevitablemente abrir la puerta a la reflexión sobre la "muerte digna" conlleva, aunque sea de soslayo, el discurrir, de mayor o menor radio, sobre la pendencia del vivir humano. Si el hombre ha de contar con un derecho a la vida y a la postre con un derecho a la muerte, la línea definidora del indicado sendero se nos ofrecerá de ordinario polémica o imprecisa. Que exista una frontera admonitiva, indicadora del punto en que la gestión médica y la cooperación del paciente han de suspenderse, no ofrece duda. Es una luz débil, casi imperceptible, que la sensibilidad del enfermo y la suspicacia y humanidad del facultativo están llamadas a detectar. Es muy difícil adivinar el discurrir de la línea divisoria fuera de cualquier cálculo matemático. La víctima se debatirá entre su quebrado instinto de supremacía y el intenso clamor de partida que, indefectiblemente, apremia su conciencia. El médico advierte que expira la razón de su vigencia asistencial, pero se sabe deontológicamente obligado hasta un límite que está llamado a describir. "Lo que importa -afirma R. Retana Iza- es poder establecer el punto de no retorno, aquél en el que empieza el más allá, aunque el camino a recorrer se prolonga a veces sorpresivamente, en el tiempo. Sólo entonces el hombre adquiere su derecho a mirar y a dejar morir". Por lo general, el enfermo no anda atemorizado ante la proximidad de la muerte. Su intranquilidad proviene de la incógnita planteada ante lo que pueda sobrevenir después de ella.



## **6.- El deber de informar, sujeto al conocimiento de la ciencia DESESTIMACIÓN DE UNA DEMANDA POR LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE UN FÁRMACO**

DM, S.Valle - Miércoles, 9 de Marzo de 2011.

El Tribunal Supremo ha desestimado la demanda contra una farmacéutica y el Estado presentada por la familia de un niño con síndrome de Reye que contrajo tras un tratamiento farmacológico. El fallo dice que el riesgo del medicamento no se conocía cuando sucedieron los hechos.

Informar de lo que no se conoce es imposible y hacerlo de lo que sólo se sospecha no es una obligación facultativa. Esta afirmación es la que ha fundamentado la desestimación por parte del Tribunal Supremo de la reclamación de una familia contra una farmacéutica y contra el Estado por los efectos secundarios que le produjo a su hijo la ingestión de un fármaco.

Los hechos que se juzgan se remontan a 1982, cuando el hijo de los demandantes acudió a un hospital de Córdoba, donde se le recetó ácido acetilsalicílico para tratar un problema respiratorio con fiebre. Posteriormente, el menor desarrolló el síndrome de Reye, que es una forma de retraso mental. La familia alegaba que cuando se prescribió el medicamento ya había suficientes estudios que relacionaban el consumo de aspirina en menores con el desarrollo del síndrome de Reye. El tribunal no está de acuerdo con esta afirmación.

El Supremo señala que la relación entre la ingesta de ácido acetilsalicílico y el desarrollo del mencionado síndrome "es hoy día aceptada universalmente, pero que hasta llegar a ello se mantuvieron controversias originadas fundamentalmente por la falta de evidencia científica".

El alto tribunal expone una detallada cronología por los avances científicos que terminaron avalando el riesgo del consumo de aspirina en menores. La conclusión es que "fue en 1982 cuando la máxima autoridad sanitaria norteamericana, teniendo en cuenta los estudios iniciados en 1980, comenzó a recomendar -en ningún caso a ordenar- prudencia en el uso de la aspirina con niños". En definitiva, el tribunal afirma que en 1982, cuando sucedieron los hechos, "no existía un conocimiento establecido en la comunidad médica de la relación entre la administración de aspirina a los niños y el síndrome de Reye". Así, el Supremo confirma la sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo de la Audiencia Nacional.

La decisión judicial se basa en el artículo 141.1 del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, al tratarse de hechos "que no se hubiesen podido prever o evitar según el estado de conocimientos de la ciencia o de la técnica existente en el momento de la producción de aquéllos".

Los esfuerzos de la familia por demostrar que cuando le prescribieron a su hijo la aspirina ya se conocía el riesgo no son suficientes para obligar al médico a

tener que advertir de la posible consecuencia. El Supremo reproduce la sentencia de instancia y afirma que "el estado del conocimiento médico en aquella época no hacía exigible saber que la administración de aspirina a los niños podía ocasionar el síndrome de Reye". La sentencia aclara que no fue hasta 1986 cuando se estableció oficialmente el deber de informar sobre el referido riesgo inherente a la administración de aspirina a los niños. El Supremo condena a la familia al pago de las costas judiciales.

## **7.- Los médicos del Reino Unido se oponen a la eutanasia SEGÚN UN ANÁLISIS DE DIECISÉIS ESTUDIOS REALIZADOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS**

Redacción - Jueves, 10 de Marzo de 2011.

En el Reino Unido los médicos están en contra de la eutanasia. Ésta es la conclusión que se desprende del estudio realizado por R. McCormack, M. Clifford y M. Conroy, facultativos del Departamento de Cuidados Paliativos del Centro Médico Milford (Eire, Reino Unido), que se publica en el último número de la revista Palliative Medicine.

El trabajo analiza las conclusiones de dieciséis estudios y encuestas que han recogido la sensibilidad de los médicos sobre esta cuestión desde 1990 a 2010. La investigación diferencia dos conceptos para definir la intervención médica que ayuda a morir a un paciente. Por un lado, están los casos en los que el médico suministra el medicamento, a los que el estudio se refiere como eutanasia, y, por otro, los que el médico dispensa la receta, que son definidos como ayuda al suicidio. En los dos supuestos se contaría con la conformidad del paciente. Según el trabajo, el médico rechaza la eutanasia en diez de los once trabajos analizados sobre esta cuestión y también se muestra contrario a la ayuda al suicidio en ocho de diez investigaciones.

Cuando se le pregunta al médico si estaría a favor de estas prácticas en el supuesto de que fueran totalmente despenalizadas, sólo el 25 por ciento reconoce que practicaría la eutanasia, y un porcentaje también bajo, el 23 por ciento, ayudaría a un suicidio.

Los facultativos rechazan la eutanasia por motivos religiosos, por el convencimiento, cada vez mayor, de que los cuidados paliativos reducen el sufrimiento y limitan la necesidad de ayudar a morir y porque creen que este tipo de prácticas no están dentro de sus competencias.

Esta postura de la profesión sanitaria en el Reino Unido contrasta con la opinión de la sociedad británica. Según una encuesta de la British Social Attitudes publicada en 2007 el 80 por ciento de la población apoya la eutanasia y el 60 por ciento está de acuerdo con el suicidio asistido.

(Palliative Medicine, del 10 de marzo de 2011)

## **8.- No se patenta lo que destruya el embrión o lo instrumentalice**

### **INFORME SOBRE LA DIRECTIVA EUROPEA**

El concepto de embrión se aplica desde la fecundación y al proceso de desarrollo del cuerpo humano que de él se deriva. No cabe patentar la invención si su aplicación requiere destruir el embrión o usarlo como materia prima, dice un informe del abogado general de la UE.

DM, Marta Esteban - Jueves, 10 de Marzo de 2011 - Actualizado a las 00:00h.

"Una invención debe quedar excluida de la patentabilidad cuando la aplicación del procedimiento técnico objeto de la patente requiere que previamente se destruyan embriones humanos o que éstos se utilicen como materia prima, aunque la descripción del procedimiento no contenga ninguna referencia a la utilización de embriones humanos". Esta es una de las conclusiones del abogado general de la Unión Europea en su interpretación de la Directiva 98/44, sobre invenciones biotecnológicas.

El dictamen se ha elaborado a raíz de una cuestión planteada ante el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas por parte de un tribunal alemán ante la demanda de Greenpeace contra un alemán que había patentado células progenitoras neuronales aisladas y depuradas obtenidas a partir de células embrionarias, en concreto del blastocisto. El informe, que no es vinculante para el tribunal, aborda una de las cuestiones más controvertidas: qué es y qué no es embrión humano. Yves Bot, autor del dictamen, advierte del "carácter extremadamente sensible de las cuestiones planteadas" y de que su informe "no pretende zanjar un debate entre científicos" ni abrirlo. Aclara que "sólo los análisis jurídicos efectuados sobre la base de datos científicos objetivos y probados pueden fundamentar una solución que pueda ser admitida por el conjunto de Estados miembros". Es más, la solución "sólo será válida en el instante de ser formulada", ya que los "avances científicos pueden suscitar su modificación en el futuro".

El primer estadio embrionario al que se refiere el dictamen es el de las células totipotenciales. "La ciencia nos enseña, de manera universalmente aceptada en la actualidad, al menos en los Estados miembros, que la evolución a partir de la concepción empieza por unas cuantas células, poco numerosas y que sólo existen en su estado original durante unos pocos días". Estas células tienen como característica esencial que "cada una de ellas tiene capacidad para evolucionar hasta convertirse en un ser humano completo". Ese primer estado debe calificarse "jurídicamente de embrión". Es más, estaremos ante un embrión "cuando estemos en presencia de células totipotenciales, sea cual fuera el medio por el que se hubiesen obtenido".

En estos casos, la patentabilidad queda excluida. La consideración de embrión se extiende también a los "óvulos no fecundados a los que se les haya implantado el núcleo de una célula humana madura (clonación terapéutica) o que hayan sido estimulados para dividirse y desarrollarse mediante partenogénesis", ya que "la utilización de estas técnicas conduce a la obtención de células totipotenciales". El informe es contundente: "El concepto de embrión humano se aplica desde la fecundación".

El siguiente estadio es el blastocisto, que se alcanza unos cinco días después de la fecundación. También es embrión, ya que "si por sí mismas las células totipotenciales comportan la capacidad de desarrollo de un cuerpo humano entero, entonces el blastocisto es el producto, en un instante determinado, de dicha capacidad de desarrollo".

Lo no incluido

En cuanto a las células pluripotenciales, son las que pueden "constituirse en todo tipo de células para formar poco a poco el conjunto de órganos del cuerpo humano, pero no pueden evolucionar por separado hasta constituir un cuerpo humano completo". En este supuesto no se puede hablar de embriones.

En el caso alemán, la patente se constituyó sobre una célula, que aunque es pluripotencial y por sí misma no tiene la consideración de embrión, proviene del blastocisto e "implicaría necesariamente la destrucción del embrión".

Por ello, "dar una aplicación industrial a una invención que utilice células madre embrionarias sería utilizar los embriones como una banal materia prima". La única excepción a la patentabilidad permitida sería "a las invenciones con un objetivo terapéutico o de diagnóstico que se apliquen al embrión humano y que le sean útiles".

Una acepción común a todos los Estados

El informe elaborado por el abogado general se muestra partidario del establecimiento de una definición única de embrión para todos los Estados miembros. No comparte la opinión de que se trata de una cuestión que deba dejarse a la libre apreciación de los países. El abogado general recuerda que la directiva sobre invenciones biotecnológicas "es de armonización" y que uno de sus objetivos es "la protección eficaz y armonizada en el conjunto de los Estados miembros" con la finalidad de "mantener e impulsar la inversión en el ámbito de la biotecnología".

Dejar esta materia al arbitrio de cada Estado no es conveniente e iría en contra del espíritu de la norma europea. "Si se dejara a los Estados miembros la responsabilidad de definir el concepto de embrión humano, habida cuenta de las divergencias que existen a este respecto, ello tendría por consecuencia, por ejemplo, que una invención como la que se plantea en este caso (el analizado por el tribunal alemán) podría obtener una patente en determinados Estados mientras que estaría excluida en otros". Esto no casaría con el objetivo de la directiva, que es "establecer una protección eficaz y armonizada de las invenciones biotecnológicas".

## **9.- Receta electrónica y protección de datos**

**Érika Rodríguez**, Abogada de BDO Abogados  
DM, Martes, 15 de Marzo de 2011.

Desde la entrada en vigor del Real Decreto 1.718/2010 el pasado 21 de enero los agentes que intervienen en la prescripción y dispensación de la receta médica deben tener instaladas medidas de seguridad de nivel alto.

El Real Decreto 1.718/2010, sobre receta médica y órdenes de dispensación, entró en vigor el pasado 21 de enero para establecer un nuevo marco jurídico que regule la utilización de las nuevas tecnologías en la prescripción de medicamentos y productos sanitarios. De acuerdo con lo que establece el real decreto, las recetas médicas podrán emitirse no sólo en papel, sino vía electrónica a través de un sistema gestionado por las administraciones sanitarias públicas. Se establece un plazo de 24 meses de coexistencia con el sistema actual y, una vez finalizado, sólo tendrán validez las recetas que se adapten a lo dispuesto en esta norma.

¿Cómo funciona el proceso de prescripción y dispensación de la receta médica electrónica? El prescriptor, que podrá ser un médico, odontólogo o podólogo, accederá a través de un equipo integrado en el sistema de receta electrónica en el que se controlarán los accesos mediante procesos de identificación y autenticación. Introducirá el código personal de la tarjeta sanitaria del paciente, en el caso de recetas médicas públicas y el DNI, DNI electrónico o DNI de padres o tutores, en el caso de recetas médicas privadas. Posteriormente deberá consignar en la receta electrónica y en una hoja de información complementaria sus datos personales y los del paciente, así como los datos del medicamento e instrucciones. Firmará electrónicamente la prescripción y entregará al paciente la información con los detalles del tratamiento.

En cuanto a la dispensación, se realizará a través de las oficinas de farmacia conectadas al sistema de receta médica electrónica, requiriéndose al efecto que los titulares de las oficinas ostenten un certificado electrónico. Los accesos al sistema por parte del farmacéutico estarán también controlados y sólo podrán efectuarse con la tarjeta sanitaria del paciente. El paciente podrá solicitar en el momento de la prescripción la confidencialidad del tratamiento, por lo que, en ese caso, la dispensación podrá hacerse a través de receta en soporte papel. Adicionalmente, el farmacéutico está facultado para bloquear la dispensación cuando aprecie errores en la prescripción o por cualquier riesgo grave que pudiera afectar a la salud del paciente, debiendo comunicar al prescriptor tal situación.

El sistema de prescripción y dispensación de recetas médicas, ya sean en soporte papel o en el formato electrónico, exige un deber de diligencia en la custodia de la información, lo que básicamente se traduce en el cumplimiento de la normativa de protección de datos. Aun- que no es necesario el consentimiento de los pacientes para el tratamiento de sus datos personales, puesto que el sistema de recetas médicas supone facilitar la eficacia en la asistencia médica y farmacéutica, la obligación de informar sobre el uso y

destino de los datos recabados no queda excluida. Por ello, el real decreto establece criterios uniformes de contenido para las recetas médicas y órdenes de dispensación, incluyendo en ellos el aviso legal que exige el artículo 5 de la LOPD. Asimismo, la normativa destaca la importancia de establecer mecanismos para garantizar tanto la seguridad e integridad de los datos personales de los pacientes como la confidencialidad de la asistencia médica y farmacéutica.

#### Medidas de seguridad

Por lo tanto, que todos los agentes que intervienen en la prescripción y dispensación de la receta médica se encuentren adaptados a la normativa de protección de datos significa que tanto instituciones sanitarias como médicos y oficinas de farmacia tengan implementadas las medidas de seguridad de nivel alto que dispone el reglamento de desarrollo de la LOPD. Por ejemplo, para prevenir los accesos no autorizados al sistema de receta médica electrónica, para la custodia de impresos de recetas médicas y para el tratamiento de cualquier otra documentación que contenga datos sensibles del paciente y que sea empleada en el proceso de prescripción de recetas médicas y órdenes de dispensación hospitalaria. En el tratamiento de datos especialmente protegidos como son los de salud, la Agencia Española de Protección de Datos es particularmente restrictiva y sanciona los incumplimientos a la normativa con importes de hasta 600.000 euros según el nivel de la infracción.

## **10.- "Hacer trabajar a destajo en la asistencia lo pagaremos caro"**

### **Entrevista a Rogelio Altisent**

DM, Álvaro Sánchez León - Martes, 15 de Marzo de 2011.

El ex presidente de la Comisión Deontológica de la OMC cree que en el SNS hace falta un modelo ético de gestión del personal sanitario que centre de verdad la atención en los profesionales. En su opinión, "hacer trabajar a destajo en la asistencia es un error que se pagará muy caro".

El coordinador del Grupo de Investigación en Bioética del Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón y ex presidente de la Comisión Deontológica de la Organización Médica Colegial, Rogelio Altisent, ha publicado un artículo en Acta Bioethica sobre La ética del Desarrollo Profesional Continuado en la promoción de la calidad asistencial, un texto que analiza con nuevos ojos el paradigma de la gestión de los recursos humanos sanitarios. A pesar de la crisis, se puede y se debe mirar con más atención a los trabajadores de los sistemas sanitarios, e incluso buscar su bienestar laboral y personal.

¿Es posible que las administraciones se centren en cuidar a sus profesionales, o es una utopía en estos tiempos de la dictadura de las listas de espera?

-Es posible y además imprescindible. Cuidar a los profesionales es una urgencia vital para nuestro sistema sanitario. El ejercicio de la Medicina comporta altos niveles de responsabilidad que no se corresponden con el reconocimiento que se da en las instituciones. Por ejemplo, muchos pensamos que con mayores índices de autogestión las listas de espera se reducirían sin incrementar los recursos. Esto obedecería en buena parte a la motivación que para la mayoría de los profesionales supone sentirse reconocido cuando les sitúan en primera línea de responsabilidad.

¿Es ético consentir que los médicos se gasten más de la cuenta en su trabajo por culpa de una organización laboral tóxica en el SNS?

-Mediante la reflexión ética se llega a concluir que los profesionales más felices y satisfechos con su trabajo son los más capaces de sacar adelante las tareas más arduas y con el menor desgaste. Aquí es donde hay que sentarse a hablar de la necesidad de hacer una revolución en el modo de gestionar los recursos humanos en la sanidad.

¿Algún ejemplo positivo de dirección de recursos humanos preocupada de verdad por sus plantillas, más que por los resultados?

-La promoción de los facultativos y mejorar los resultados no son cosas incompatibles. Se relacionan directamente. Hay algunas experiencias positivas muy localizadas ligadas a las cualidades personales de algún gestor, pero es necesario un giro de mentalidad que se traduzca en cambios estructurales. En el mundo de la empresa ya llevan años impulsando la promoción de su personal como una manera de mejorar resultados.



Viendo que no es fácil que la burocracia deje paso a la verdadera gestión del personal, ¿por qué las administraciones no favorecen la autogestión al médico?  
¿No confían en los que han demostrado ser el alma del sistema sanitario?

-No hay que pensar sólo en la autogestión. La confianza se acaba traduciendo en cuestiones muy concretas: que el gerente anime a hacer la tesis doctoral o una publicación sobre un tema que interesa a la institución, que den el encargo de poner en marcha una actividad de formación continuada o de educación a la población, o algo tan sencillo como que se felicite personalmente por un logro, o que se preste especial atención a quien pasa un bache... Una auténtica política de recursos humanos debe hacer que las personas se sientan apreciadas y valoradas.

¿Es peligroso que los responsables políticos repitan tanto que el eje de sus actuaciones son los pacientes, si eso no implica antes centrarse en los profesionales?

-Para que el eje del sistema sean de verdad las necesidades reales de los pacientes hay que garantizar que los equipos funcionan. Pensemos en los actuales problemas de coordinación entre niveles asistenciales, con desajustes muy costosos en recursos materiales, pero también humanos y emocionales. La solución requiere un cambio de actitudes éticas que deberían ser inculcadas desde la universidad.

¿Es posible hablar de calidad sanitaria cuando los profesionales que la producen están quemados?

-Hay un problema de concepto en la base. Se debe equilibrar la asistencia con la investigación, la docencia y la gestión. El problema de desánimo y desgaste entre los médicos obedece a una desorientación en el modelo profesional. Hacer trabajar en la asistencia a destajo es un error que se pagará muy caro.

¿Han abandonado las administraciones sus responsabilidades en el Desarrollo Profesional Continuo del médico español?

-Para abandonar algo antes hay que poseerlo. Desgraciadamente en este asunto estamos en la edad de piedra. El DPC es algo más que hacer cursos. La carrera profesional, más allá de un nuevo complemento salarial, ¿es ya un fracaso laboral en vez de un mecanismo de incentivación para impulsar el profesionalismo en el ejercicio médico?

-Con un modelo de carrera fundamentado en la antigüedad hemos perdido una oportunidad histórica.

¿En qué debería consistir la promoción profesional de los médicos españoles?

-En resumen, habría que cultivar y desarrollar las actitudes y cualidades deontológicas más allá del deber legal, el compromiso con la calidad y la formación continuada, las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo, la implicación en la gestión, y la investigación y docencia.

## **11.- Evitarán que un bebé nazca con predisposición a sufrir cáncer de colon**

**Tras conseguir el primer bebé libre del gen del cáncer de mama, el Hospital Sant Pau y la Fundación Puigvert trabajan ya en otros casos**

ABC, Esther armora / barcelona Día 17/03/2011.

Tras haber conseguido liberar, por primera vez en España, a un bebé de la mutación genética que podría causarle cáncer de mama, el Hospital de Sant Pau de Barcelona y la Fundación Puigvert, en colaboración con el laboratorio Reprogenetics, ultiman un nuevo caso de Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) para evitar que otro bebé herede de sus padres una alteración que le predisponga a sufrir cáncer de colon y de útero.

Portavoces del hospital barcelonés han afirmado que el caso ya ha sido autorizado por la Comisión Nacional de Reproducción Asistida y está a punto de realizarse. Asimismo, hay otros dos casos pendientes de familiares portadores del gen BRCA1 -del cáncer de mama- que están estudiando recurrir a esta técnica, uno de los cuales ha sido autorizado.

Tal como avanza hoy ABC, gracias al DGP se ha logrado, por primera vez en España, liberar a un bebé de heredar de su madre el gen alterado que provoca este tipo de cáncer ginecológico. La oncóloga Teresa Ramón y Cajal, asesora de cáncer hereditario y familiar del Hospital de Sant Pau, destaca la importancia del proceso y recuerda la alta probabilidad que tenía este bebé de padecer esta enfermedad en un futuro, dado que, "en su familia se habían registrado ya muertes por cáncer de mama y ovario".

Tras recibir la autorización de la Comisión Nacional de Reproducción Asistida, la paciente se sometió a un proceso de estimulación ovárica. Se obtuvieron 12 ovocitos maduros, de los que un total de nueve fueron fecundados, aunque sólo seis evolucionaron de forma correcta. Tras realizar el análisis genético, se comprobó que cuatro de éstos habían heredado la alteración y otros dos estaban libres, por lo que fueron transferidos. Uno de ellos acabó en embarazo.

Tenía un alto riesgo de padecer cáncer

Fuentes del hospital barcelonés consultadas por ABC han explicado que los padres del bebé decidieron no donar a la ciencia los embriones desechados sino eliminarlos. El caso, que ha sido sufragado íntegramente por el sistema público catalán de salud, recibió la autorización de la Generalitat y de la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida en 2009, tras constatar que la madre tenía antecedentes familiares de muerte por cáncer de ovario -dos hermanas- y de aparición precoz de tumor de mama en edad joven -en otra hermana viva-.

El doctor Joaquim Calaf, director del Programa de Reproducción Asistida Puigvert-Sant Pau, asegura que la significación del hecho no radica tanto en la técnica utilizada -con la que de forma similar ya han nacido seis bebés libres de dolencias genéticas en España-, como en que se trata de la primera autorización en España de estas características. Por su parte, la doctora

Teresa Ramón y Cajal ha precisado que la madre tenía un 50% de posibilidades de transmitir la mutación a su bebé, aunque éste tenía una probabilidad acumulada del 60% de desarrollar un tumor de ovario y de mama.

## **12.- Carta al director: Sobre el bebé sin predisposición al cáncer de colon.**

María Helena López de Ceballos Reyna  
Especialista en Oncología Médica  
Máster en Bioética  
Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres

Señor Director:

Acaba de comunicarse el nacimiento del primer bebé no portador de la mutación del gen BRCA 1 en España (y segundo en todo el mundo), hijo de una portadora de dicho gen, tras realizar una selección embrionaria. El BRCA1 confiere un riesgo mayor del habitual de padecer cáncer de mama y de ovario, de forma que, a los 70 años, en torno a un 60% de las portadoras tendrán cáncer de mama y un 40%, cáncer de ovario.

Tras aprobarse el caso de esta pareja en la Comisión Nacional de Reproducción Asistida, se obtuvieron in vitro nueve embriones, de los cuales seis evolucionaron adecuadamente. De éstos, se detectó la mutación genética en cuatro de ellos (por lo que se eliminaron), estando libres otros dos, que fueron transferidos al útero de su madre. Sólo uno de ellos pudo terminar el embarazo y nacer.

La noticia buena es que el bebé conseguido está libre de la mutación en cuestión (aunque no del riesgo de padecer cualquier tipo de cáncer). La noticia mala es que los otros embriones no han podido nacer porque venían con un error de fábrica: ser portadores del gen en cuestión.

Con dicha selección embrionaria no se cura de cáncer a nadie: sólo se seleccionan aquellos embriones sanos, eliminando los portadores. Éstos ni siquiera son enfermos, sino sanos con alto riesgo de desarrollar cáncer a lo largo de la vida.

¿Es esta selección embrionaria un claro avance en el tratamiento del cáncer?

No parece. Con ella puede disminuir el tanto por ciento de pacientes con cáncer de mama y ovario; pero no porque se les cure, sino porque no se les deja nacer.

En las Unidades de Consejo Genético en Cáncer Familiar llevamos a cabo la identificación de las personas con riesgo familiar de cáncer, intentando detectar los portadores de mutaciones genéticas predisponentes. Asimismo se realiza un seguimiento estrecho de estas familias para una detección precoz del cáncer. También existe ya la posibilidad de realizar cirugías reductoras de riesgo (extirpación preventiva de las mamas y los ovarios), además de investigar en la prevención con determinados fármacos.

Se ha criticado extensamente la eugenesia llevada a cabo en determinados momentos de la historia, especialmente en la época nazi. Médicos sin escrúpulos se dedicaban a eliminar a seres humanos que no pasaban el control

de calidad por diversas taras. ¿Podemos aceptar la eliminación de embriones enfermos? Es más, ¿puede la comunidad científica y la sociedad aprobar que se elimine a embriones sanos por el hecho de tener un alto riesgo de padecer cáncer a lo largo de su vida?

### **13.- Los pacientes perciben la asistencia humanizada como más fiable** **ESTUDIO CUALITATIVO REALIZADO EN MADRID**

DM, R. S. - Lunes, 21 de Marzo de 2011.

La probabilidad de que un paciente sufra un evento adverso depende en gran medida de su gravedad y comorbilidad, así como del uso de procedimientos invasivos. Sumando estos factores, no resulta difícil de suponer que una de las áreas más susceptibles de sufrir incidentes son las unidades de críticos.

Sin embargo, los pacientes y sus familiares no lo perciben así: "No se sienten competentes para hablar de seguridad y, en el caso de la UCI, la presuponen; la posibilidad de que una unidad de críticos no sea segura les desorienta", explica Ángela Alonso, intensivista en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, en Madrid, e impulsora de un estudio cualitativo de percepción de la seguridad de los pacientes ingresados en UCI.

La investigación, realizada mediante encuestas telefónicas al alta, desvela otras cuestiones importantes para la calidad, como "que los pacientes y sus familiares realizan una delegación absoluta de los cuidados cuando están en situación crítica, y por ello valoran mucho la atención personalizada, que el médico no sólo se interese por los datos de los monitores sino por su estado general". De hecho, según Alonso, "un trato profesional desposeído de humanidad resulta inseguro para los pacientes, independientemente de que la asistencia sanitaria sea impecable".

\* Para los usuarios y sus familiares, la seguridad en las unidades de críticos se presupone, y pensar que puede tener carencias les desorienta

Lavado de manos

El estudio se ha presentado durante una jornada organizada por la Unidad Funcional de Gestión de Riesgos Sanitarios del Hospital de Fuenlabrada, donde se han expuesto algunas de sus experiencias en la mejora de seguridad de los pacientes. Una de las iniciativas más destacables es la que se puso en marcha al detectar que algo tan imprescindible para la seguridad como el lavado de manos sólo contaba en 2007 con una adherencia del 7 por ciento entre los profesionales. "Tras realizar 35 talleres formativos teórico-prácticos a los que asistieron 1.070 profesionales -incluyendo al 73 por ciento de las enfermeras y el 69 por ciento de los médicos-, el porcentaje subió al 22,2", detalla Elena García Puente, responsable de la iniciativa.

Posteriormente, gracias a más talleres y a recordatorios en los salvapantallas de los ordenadores, la adhesión llegó al 38,46 por ciento. Ahora, según un estudio observacional realizado por la Consejería de Sanidad, la cifra se ha estabilizado en torno al 25 por ciento.

Sin embargo, llama la atención que "de los cinco momentos del lavado de manos que recoge la estrategia de la OMS, el que más adherencia tiene es el de después de manejar a un paciente, y el que menos, antes de realizar una tarea aséptica, lo que indica que es más frecuente lavarnos las manos para protegernos a nosotros que para proteger al paciente".

#### **14.- Sida: 30 años de discriminación. El paro agrava la situación para los seropositivos.**

EL MUNDO. 21/03/2011. Fernando Villar

Avanzan los tratamientos, el diagnóstico precoz y la atención sanitaria, pero la discriminación continúa. Treinta años después del primer diagnóstico de VIH en España, el Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida recuerda que siguen vulnerándose los derechos de los pacientes seropositivos en ámbitos como el trabajo, la atención al paciente y la vida cotidiana.

Así lo constata el Informe de Consultas de la Asesoría Jurídica del Observatorio de Derechos Humanos y VIH/sida de REDVIH que, durante el año pasado, recibió 168 consultas de personas quienes recurrieron a sus servicios (un 18% más que en el año anterior) por discriminaciones relacionadas con el VIH.

El principal ámbito de consulta ha sido el empleo (26%), que se mantiene en números absolutos pero baja en porcentaje debido a la mayor diversidad de motivos de consulta. Muy de cerca le sigue la atención sanitaria, con un 23% de los casos. La administración (10%), el acceso a seguros (9%), el bienestar social (7%) y la vida familiar (7%) también figuran entre los principales campos de consulta.

Según explica este organismo, los motivos más habituales de consulta en el ámbito laboral tienen que ver con cambios en las condiciones de trabajo, la vulneración de la confidencialidad de datos médicos, la solicitud de la prueba del VIH sin tener relevancia para el puesto, dificultades para encontrar trabajo, especialmente en personas con certificado de discapacidad, complicaciones al reincorporarse de una baja o las dificultades para renovar el contrato. Una situación, denuncian, que se agrava dentro de un contexto de crisis económica general con poca oferta de trabajo.

También en el médico

En el ámbito de la atención sanitaria, los principales motivos de consulta han sido: la vulneración de la confidencialidad, cambios en programación de operaciones, trato vejatorio y abuso de poder, negación de la profilaxis post-exposición u otros servicios.

Durante todo el año, se han recibido casos de 15 Comunidades Autónomas y una Ciudad Autónoma, con mayor número de consultas procedentes de las zonas más pobladas (Cataluña, Madrid, Andalucía, Canarias y Valencia). La media de edad de las personas atendidas ha sido de 39 años (36% mujeres y 64% hombres), con un 10% de población inmigrante.

El coordinador del Observatorio, Joan Bertran de Bes, afirma que "con este informe, el Grupo de Derechos Humanos y VIH de REDVIH constata que las personas con VIH/sida todavía experimentan discriminación en España. Los derechos básicos de las personas con VIH se ven vulnerados en espacios

como el trabajo, la sanidad, la administración, el acceso a servicios o las relaciones personales. Por ello resultará fundamental aplicar las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo, eliminar las exclusiones en oposiciones públicas y en el acceso a seguros, así como revisar la catalogación del VIH/sida como 'infecto-contagioso' y dar una respuesta firme y unitaria a la criminalización de la transmisión del VIH".

El Observatorio de Derechos Humanos autor de este informe se creó en 2003 con los objetivos de abordar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, dar visibilidad a los casos de vulneración de derechos y sensibilizar a la población sobre esta situación. Para ello, ofrece el Servicio de Asesoría Jurídica confidencial gratuita, al que puede dirigirse toda persona que viva en España y considere que ha recibido trato discriminatorio relacionado con el VIH y el sida. El Observatorio es un proyecto financiado por el Plan Nacional del Sida del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.