

## **Artículos Breves. Mes de Noviembre 2009**

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. Cuidados paliativos contra eutanasia.**
- 2. Los rostros de la miseria sanitaria. Médicos voluntarios abren en EE UU clínicas móviles para atender a los pobres**
- 3. Argumentos bioéticos contra el aborto. Médicos, académicos y científicos han redactado una lista de quince razones contra el aborto y la reforma de la ley**
- 4. La ONU alerta del creciente tráfico de personas para trasplantes**
- 5. "Los derechos humanos no constituyen un límite para investigar, sino un acicate"**

## **1.- Cuidados paliativos contra eutanasia.**

La Organización Médica Colegial aboga por expandir la atención a enfermos terminales como una manera de evitar que éstos pidan que les quiten la vida  
El País. EMILIO DE BENITO - Madrid - 06/10/2009

"Nuestro trabajo es quitar los condicionantes de la petición de eutanasia". "Tengo que evitar que la gente la pida". Para el presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), Juan José Rodríguez Sendín, existe una clara disyuntiva entre las dos opciones a las que se puede enfrentar un paciente al final de su vida, y su opción es clara: en cuidados paliativos "hay muchísimo margen de mejora". "No tienen cabida otros debates mientras esto no se haya logrado".

Rodríguez Sendín, que intervino en unas jornadas formativas organizadas junto a la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS) junto a Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC, aportó un par de argumentos para defender su postura. Paliar el sufrimiento "es lo que hemos hecho siempre", y ante la posible legalización de la eutanasia "tiene más riesgo plantearlo, que no plantearlo".

Los propios médicos admiten que con esta postura dejan fuera a un 1% de los enfermos atendidos en unidades de paliativos, que, a pesar de recibir esta atención, piden la eutanasia. "Probablemente a ese 1% haya que darle respuesta", pero "lo prioritario y urgente" es que "todo el mundo tenga acceso a cuidados paliativos". Porque su objetivo es que la "demanda de eutanasia baje al mínimo posible".

Con este planteamiento, la OMC ha elaborado una declaración sobre la Atención médica al final de la vida en la que se reconoce que recibir un adecuado tratamiento ha pasado de ser una necesidad a ser un derecho. El problema es que los cuidados paliativos no están suficientemente desarrollados en España. Y lo que hay, está repartido de manera muy irregular. Apuntaron que Canarias, Extremadura y Cataluña son las comunidades más avanzadas. "La puesta en escena de los cuidados paliativos es francamente deficiente", apuntó el presidente de la OMC.

En este texto se reconoce que tratar el dolor "no es una cuestión opcional, sino un imperativo ético" del médico. Pero los datos avalan que esto no es así. Según datos que aportó Gómez Sancho, más de la mitad de las personas mueren con dolor, un 24% recibe reanimación cardiaca aunque sean terminales, y un 55% tiene todavía la sonda nasogástrica. Unas cifras que en 2001, en un informe de la OCU (Organización de Consumidores y Usuarios) eran aún peores: un 80% había tenía dolor en los 15 días anteriores a su muerte, un 60% había muerto en el hospital (cuando un 85% había manifestado expresamente que no quería hacerlo ahí). Y un 2,5% había manifestado en algún momento el deseo de que acabaran con su vida -y su sufrimiento.

Para tener claro el escenario, los médicos están haciendo una encuesta entre los usuarios de unidades de cuidados paliativos, para ver de verdad cuántos quieren la eutanasia, dijo Gómez Sancho, quien negó la utilidad de otros trabajos en que se pregunta a toda la población, y en las que sale que el 60% de los menores de 24 años es partidario de que se legalice esta práctica, una proporción que baja al 40% entre los mayores de 65 años. El médico atribuyó esta diferencia a que no es lo mismo opinar cuando se ve la muerte cuando algo muy lejano que cuando se es ya una persona mayor y se ve la situación como más cercana.

En España, el desarrollo de los cuidados paliativos ha dependido de la sensibilidad de las autoridades, señaló Gómez Sancho, y "hace años" que los ministerios de Educación y Sanidad tiene pendiente resolver la formación de los médicos en este área. El experto descartó que vaya a convertirse en una especialidad, porque "en Europa hay una restricción fortísima a nuevas especialidades" y por una cuestión de confianza del paciente y para respetar su relación con su médico. Si una persona va a morir en casa, no se le puede quitar a su médico de familia en esos momentos tan duros, que lo conoce desde hace 30 años. Lo mismo pasa con un paciente oncológico, que lleva meses viendo al mismo especialista, dijo Gómez Sancho. Por eso cree que la formación deberá ser transversal, y aplaudió que en la nueva ordenación de Bolonia ya haya una asignatura al respecto.

#### Caso holandés

Lógicamente, al hablar de eutanasia se usó el ejemplo holandés. Fue el primer país en despenalizar la práctica primero y en legalizarla después. Pero el médico señaló cómo cuando esto se hizo, en 1990, en Holanda no había casi cuidados paliativos. Ahora, sin embargo, están mejor dotados que España al respecto, y en ese tiempo el número de solicitudes de eutanasia se ha reducido a menos de la mitad (aunque no ha desaparecido).

Y de este ejemplo salen alguno de los riesgos que hacen que los médicos españoles sean aún más remisos a que se regule. Por ejemplo, que en 1995 un informe del fiscal general holandés detectó que en un tercio de las eutanasias no estaba acreditado el consentimiento informado. También que era fácil hacer un "chantaje emocional" a un anciano para que la pida con la idea de dejar de ser una carga para su familia. Y el deterioro que supone para la imagen de los médicos, que pueden perder la confianza de un paciente si éste no sabe si va a hacer todo lo posible para curarle o va a ser más partidario de hacerle morir.

#### La auténtica eutanasia

En el debate sobre la eutanasia, lo primero que hay que hacer es ponerse de acuerdo en los términos. La Organización Médica Colegial (OMC) ha elaborado un glosario, en el que deja claros los conceptos. Como conclusión, el presidente de la Comisión Central de Deontología de la OMC, Marcos Gómez Sancho, destacó las tres características de lo que es una eutanasia: voluntaria, activa y directa (se busca como efecto la muerte). Claro que para su regulación en España eso tiene un problema: coincide con la definición de homicidio.

## **2.- Los rostros de la miseria sanitaria**

### **Médicos voluntarios abren en EE UU clínicas móviles para atender a los pobres**

El País. DAVID ALANDETE - Grundy - 11/10/2009

Un millar de personas espera bajo el frío rocío de las montañas, llegados desde muy distintos rincones de la América más pobre. Algunos han conducido durante horas y han dormido en sus coches. Están enfermos. Muchos no acuden al médico desde hace años. Carecen de seguro en un país sin sistema de salud público, una condena que comparten con otros 50 millones de ciudadanos. Son las víctimas colaterales de la ley de la oferta y la demanda, aplicada a la sanidad.

Sólo en Tennessee los doctores de otro Estado pueden atender sin cobrar. Son las tres de la madrugada del sábado, tres de octubre. Los voluntarios de la organización Remote Area Medical (RAM) dan turnos para la clínica móvil gratuita que han instalado en el instituto de Grundy, en la cordillera de los Apalaches, uno de los lugares más pobres del país. Esta es una ciudad fantasma apartada del sueño americano, aletargada durante décadas en el seno de una industria, la del carbón, que muere lentamente.

En este pueblo de 1.000 habitantes casi no quedan comercios. Los de su única calle cerraron hace años, escaparates rotos de lo que fue próspera comunidad minera. Las procesadoras de carbón languidecen oxidadas, en laderas perdidas. No hay trabajo. El paro ronda el 9%, los ingresos son magros y muy pocos disponen de seguro médico.

La ansiedad típica de los pasillos de hospital planea sobre la gente que espera en el aparcamiento. "¿Qué voy a hacer si me dicen que tengo algo grave? No tengo seguro", se queja una mujer, cigarrillo en boca, antes de rechazar identificarse o responder a más preguntas.

Deborah Wojeiechowicz, camarera de 38 años, sabe muy bien a dónde lleva ese callejón sin salida. Sufre de piedras en el riñón. No puede respirar bien. Necesita dientes nuevos. Y vive al día, de los 600 dólares (400 euros) mensuales que le da su empleo. Dice no cumplir los requisitos para obtener el seguro público para gente pobre del Gobierno. Madre de tres hijos, sólo va al médico en caso de emergencia.

Gracias a una ley de 1986, los hospitales no pueden rechazar a pacientes que acuden a urgencias, aunque carezcan de seguro. De ese modo ha nacido un sistema sanitario en la sombra, en el que los pobres acuden al hospital sólo en casos de extremo dolor. Sus facturas impagadas se acumulan. Por un puñado de visitas por sus piedras en el riñón, Deborah debe 17.000 euros. No las pagará. El hospital lo sabe y aún así la llevará a juicio. Llega el doctor Joseph Smiddy, radiografía en mano. "No hay nada extremadamente preocupante. Cuidese, deje de fumar, vuelva el año que viene". En este día, el doctor ha dado muchas malas noticias. "Enfisemas. Fibrosis. Ha habido incluso un caso de tuberculosis que hemos tenido que aislar", explica.

Este neumólogo sabe como pocos lo injusto que es el sistema sanitario norteamericano. Trata de forma gratuita a quien se lo pide y se puede permitir un viaje hasta Kingsport, en Tennessee, donde tiene su consulta. Pero incluso eso le sabe a poco. Ha montado un cuarto de revelado de radiografías, sellado a la luz, en una camioneta, y acude con él allá adonde se le necesita, sin cobrar. "Es duro decirle a alguien que puede sufrir cáncer", comenta.

Smiddy, con su abnegado altruismo, es una nota al margen en un cruel sistema sanitario que cuesta más de un billón y medio de euros. Como él, cientos de voluntarios acuden a la llamada de san Stan Brock, un hombre de 72 años que ofrece mucho más que esperanza. Desde 1982 lleva a su organización, RAM, a lugares donde era imposible encontrar médicos. Comenzó a operar en el Amazonas. En los noventa, sin embargo, decidió hacer un par de expediciones a Tennessee, en EE UU, donde había una carencia total de doctores. Se quedó. Desde entonces ha montado unas 600 clínicas temporales. En los Apalaches se le venera. Los pacientes le piden autógrafos. Salva vidas.

Desde este año, su clínica llega a grandes ciudades. "En agosto tuvimos que ir a Los Ángeles. Atendimos a unos 6.000 pacientes", dice. Nueva York, Washington y Miami son sus próximas paradas.

Brock mantiene la calma ante dramas personales que a otros les harían llorar. Pero hay algo que le enerva. "En este país existe una norma ilógica que impide a médicos de un Estado prestar servicio gratuito en otro. Por esa medida, siempre vamos cortos de médicos. Sólo hay una excepción: Tennessee, donde cambiaron las leyes después de que yo insistiera mucho". Hasta la caridad es una cláusula más en el gran contrato feroz que es la sanidad en EE UU.

### **3.- Argumentos bioéticos contra el aborto. Médicos, académicos y científicos han redactado una lista de quince razones contra el aborto y la reforma de la ley**

ABC, 13 Octubre 2009.

«Una ley para salvar ilegalidades»

En su punto 13, la AEBI recogen que: «Las investigaciones judiciales a clínicas abortistas han evidenciado que se está ante un gran fraude de ley. El aborto se lleva a cabo por empresas privadas que buscan incrementar sus beneficios económicos reduciendo costes y evitando controles y regulaciones; es la prestación más privatizada, llegando al 97% en algunas comunidades autónomas, y carece de seguridad en la atención sanitaria. Se ha desviado la certificación requerida para abortar del mundo sanitario a los agentes sociales no sanitarios, que gestionan la interrupción del embarazo con los centros privados. La reforma actual de la ley lejos de buscar la protección de la vida del no nacido, sólo procura salvar las ilegalidades hasta ahora cometidas».

Y en el punto 14 afirma: «La reforma se inspira en los postulados ideológicos del feminismo radical y tiene como objetivo ideológico inculcar la idea de que abortar es un tema de salud, ajeno a la vida del hijo».

El VII Congreso Nacional de Bioética organizado por el CEU y la Asociación Española de Bioética y Ética Médica (AEBI) ha puesto sobre la mesa un documento en el que se recogen 15 conclusiones. Ante la próxima marcha por la vida que se celebrará el 17 de octubre en Madrid, aporta rotundos alegatos en contra del aborto y, en concreto, de la reforma de la ley que pretende el Gobierno.

La primera de las aportaciones de la AEBI insiste en que «con la fecundación completa de los gametos comienza la existencia de cada ser humano». Una cuestión que, pese a resultar evidente, ha sido negada por el Gobierno, de manera especial por la ministra de Igualdad, Bibiana Aído, para quien «un feto (de 13 semanas) es un ser vivo, pero no humano».

En este sentido, los expertos en bioética insisten: «No existe duda acerca de que el cigoto es el viviente en estado unicelular». Al respecto, Natalia López Moratalla, presidenta de la AEBI y catedrática de Bioquímica y Biología Molecular de la Universidad de Navarra, criticó a la Comisión de Bioética de España que elaboró la semana pasada un informe apoyando la reforma de la ley del aborto. «No es coherente que reconocieran que la vida empieza en la fecundación y luego aprobaran el plazo de 14 semanas. Esperaba un poco más de sentido común», señaló.

En la misma línea, Luis Miguel Pastor, titular de Biología Celular de la Universidad de Murcia, destacó la «sistemática ocultación de datos biomédicos de los que quieren negar el estatuto de humano al embrión». Y destacó que «entre los comportamientos no bioéticos se encuentra el de manipular la ciencia por motivos ideológicos para hacer apología de posturas previas».

Hubo durante el congreso mucho debate científico, pero también médico, moral y jurídico. En este último aspecto fue relevante la intervención del magistrado de la Audiencia Nacional José Luis Requero. Defendió la inconstitucionalidad de la reforma y negó que existan razones de seguridad jurídica que la sostengan. «La Ley de 1985 - explicó- era bastante clara, y otra cosa distinta era que se incumpliese». Además, consideró inadmisibles que tras años de infracciones en estas materias, «quienes han propiciado este gran fraude -en referencia a las clínicas abortistas- invoquen la situación creada como pretexto para cambiar la ley».

#### Espiral de violencia

En cuestiones médicas, el documento de la AEBI reconoce que «en ocasiones el aborto inducido genera en la madre una espiral de violencia contra sí misma. Toda mujer que se someta a un aborto debe recibir un adecuado soporte psicológico con el fin de minimizar el impacto negativo del mismo, con independencia de haber sido convenientemente informada con anterioridad de los riesgos potenciales de la intervención abortiva».

«Al daño psíquico de la madre -prosigue en otro punto-, se suman los daños que afectan a su salud física y reproductiva. Se han descrito también alteraciones en las relaciones sexuales cuando uno o los dos miembros de la pareja han estado involucrados en un aborto». Y es que «el aborto lesiona gravemente el derecho a la igualdad de la mujer embarazada: es una violencia de género que anula todo derecho a la igualdad».

#### **4.- La ONU alerta del creciente tráfico de personas para trasplantes Doce personas mueren al día en Europa esperando un trasplante. Un 10% de los trasplantes de riñón en el mundo son resultado del comercio de órganos**

El País SANDRO POZZI - Nueva York - 13/10/2009

El tráfico de seres humanos para extraer sus riñones, hígado, páncreas, corazón o pulmones y comerciar con ellos no es un mito. Es un crimen en alza a escala mundial, como denuncian Naciones Unidas y el Consejo de Europa. La falta de órganos disponibles en los sistemas de donación para trasplantes alimenta este perverso trueque en el que mujeres y niños son usados como moneda de cambio.

El trasplante es algo más que una terapia clínica: es una esperanza para los casi 100.000 pacientes que reciben cada año un órgano, fruto de la generosidad de otra persona que no conocen. Otros esperan con paciencia a ese donante para poder someterse a una intervención que les evitará estar conectados a una máquina y les prolongará la vida.

Sin embargo, hay un problema "universal" que resolver, como señalan los doctores Rafael Matesanz y Beatriz Domínguez, dos de los cuatro relatores del primer estudio de la ONU sobre el tráfico de seres humanos con el fin de extirpar sus órganos, tejidos y células, y hacer negocio con ello: el tráfico de órganos existe, principalmente, por la escasez de órganos.

De acuerdo con los datos aportados, a finales de 2007 había en Europa 58.200 pacientes en espera para un trasplante de riñón, corazón o hígado. Se realizaron 25.900 intervenciones. La demanda de órganos es aún más alta en EE UU, con 95.150 personas en las listas de espera. Se realizaron 25.300 trasplantes. "Las cifras sólo muestran la punta del iceberg", señala el estudio, que augura un incremento de la demanda.

Se estima que 4.000 pacientes mueren al año en Europa esperando un trasplante, es decir, 12 personas al día. La escasez de órganos, advierten los relatores, tiene "serias consecuencias". Hasta un 10% de los trasplantes de riñón que se realizan en el mundo son resultado del tráfico de órganos, extirpados principalmente de mujeres y niños de países pobres, donde no se respetan sus derechos.

Un alto número de crímenes relacionados con el tráfico de órganos no se denuncia, lo que lo convierte en una actividad ilícita de bajo riesgo y muy lucrativa. En muchas ocasiones, toma la forma de lo que se conoce como "turismo del trasplante". Los receptores de los órganos -habitualmente de países ricos- viajan a países donde no existen o no se aplican las medidas para prevenir el crimen o proteger la vida de los donantes.

El precio del paquete -incluye viaje y trasplante- para un riñón se estima en entre 70.000 y 160.000 dólares (entre 47.000 y 107.000 euros). Y, como señala el informe, estos "servicios" pueden contratarse fácilmente en Internet.

Asimismo, el estudio subraya que el paciente debe ser tratado en la mayoría de las ocasiones cuando llega a su país de origen por complicaciones en el trasplante.

Los relatores recomiendan en el estudio que se prohíba cualquier tipo de ganancia financiera con la venta de órganos y otras partes del cuerpo humano. Un principio que ya existe en la Convención del Consejo de Europa sobre Derechos Humanos y Biomedicina de 1997. Así, apunta el trabajo, se evitará poner en riesgo el sistema de donación de órganos, basado en el altruismo. "Esa debe ser la base del sistema de trasplante de órganos", dicen los relatores en un claro llamamiento a los miembros de la ONU. En paralelo, en sus seis recomendaciones piden que se adopten medidas para incrementar la disponibilidad de órganos para trasplante.

Se trata, en definitiva, de crear una nueva convención que prevenga el tráfico de órganos, tejidos y células, que permita proteger a las víctimas y persiga a los criminales. Para ello, el estudio recomienda que se haga una clara distinción legal y científica entre tráfico de órganos y tráfico de seres humanos con el propósito de extirparles los órganos para el trasplante. "Ambas expresiones se usan de manera confusa, y son dos problemas que requieren soluciones diferentes", señalan los relatores.

El estudio destaca la necesidad de establecer una definición internacional común del tráfico de órganos, tejidos y células humanas, construida sobre la idea de que cualquier transacción de órganos al margen del sistema nacional de trasplante debe ser considerada como tráfico.

## **5.- "Los derechos humanos no constituyen un límite para investigar, sino un acicate"**

Diario Médico. Maxi Puertas. Salamanca - Miércoles, 14 de Octubre de 2009.

"Los derechos humanos no son un límite para la investigación, sino que deberían ser un acicate para investigar". Así lo ha defendido Luis González Morán, de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas, durante el Congreso Internacional sobre Bioética en Europa y Derechos de la Persona, organizado por el Instituto Superior de Estudios Europeos y Derechos Humanos de la Universidad Pontificia de Salamanca.

González Morán ha manifestado que los derechos humanos deben ser una percepción interna del propio investigador que le lleve a investigar sobre lo que sea más importante para el ser humano en ese momento.

El experto ha defendido esta tesis al hilo del análisis bioético que ha realizado de la Ley de Investigación Biomédica. Esta norma, en su opinión, cuenta con aspectos destacados, pero también plantea importantes problemas.

En el apartado positivo, González Morán ha citado la propia existencia de una ley, pues viene a cubrir el vacío legislativo en torno a la investigación desde una perspectiva totalizadora.

En cuanto a los aspectos negativos, el más grave, en su opinión, es la ambigüedad en torno a los preembriones. Debido a la ausencia del estatuto del embrión, se termina cuestionando la primacía del ser humano y el comienzo de la vida humana. El experto ha criticado la ambigüedad sobre la obtención de células de origen embrionario, ya que si bien se prohíbe la constitución de embriones con fines experimentales, a continuación se da vía libre a cualquier técnica, incluida la activación de ovocitos mediante transferencia nuclear, para la obtención de células humanas con fines terapéuticos o de investigación.