

## **Artículos Breves. Mes de Noviembre 2010**

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. EE.UU. pide perdón por infectar a cientos de guatemaltecos con sífilis y gonorrea hace 60 años**
- 2. Neurobiología y cirugía reconstructiva en TEDxSol**
- 3. Un parapléjico entra en el primer ensayo clínico con células madre embrionarias**
- 4. Objeción de los médicos de AP. Andrés Ollero**
- 5. Asistencia sanitaria, un trabajo colaborativo y no jerárquico**
- 6. Críticas a la forma de regulación de este derecho. Aborto: la objeción y la inconstitucionalidad. Alfonso López de la Osa**
- 7. El médico es de Ciencias, pero no es ajeno a las Humanidades**
- 8. Mark Siegler: "La ética mejora la práctica clínica y ayuda en la relación con el paciente"**
- 9. El paciente debe estar en el diseño asistencial**
- 10. El profesionalismo es la piedra angular de un sistema de calidad y sostenible**
- 11. La Asociación Española de Bioética afirma que el Comité Clínico no puede decidir sobre la vida humana**
- 12. "Hay razones éticas y legales que no admiten regular la objeción de conciencia"**
- 13. Rechazo a la directiva de información al paciente en investigaciones de fármacos**
- 14. Tribuna: Vacunación voluntaria u obligatoria. Juan Siso**

## **1.- EE.UU. pide perdón por infectar a cientos de guatemaltecos con sífilis y gonorrea hace 60 años**

Hillary Clinton lamenta las «abominables prácticas de investigación» desarrolladas entre 1946 y 1948  
ABC. 01/10/2010.

La Secretaria de Estado de EE.UU., Hillary Clinton, ha pedido disculpas este viernes a Guatemala por los experimentos que infectaron intencionadamente a personas de ese país con sífilis y gonorrea entre 1946 y 1948, y ha anunciado la apertura de una investigación sobre el asunto. En un comunicado conjunto con la Secretaria de Salud, Kathleen Sebelius, Clinton califica de «antiético» el estudio estadounidense de inoculación de enfermedades de transmisión sexual desarrollado en Guatemala durante el Gobierno de Juan José Arévalo Bermejo (1945-1951).

«Lamentamos profundamente que esto haya sucedido y ofrecemos nuestras disculpas a todas las personas que resultaron afectadas por esas abominables prácticas de investigación», explica el texto.

El presidente guatemalteco, Álvaro Colom, ha calificado de «espeluznantes» y de «crímenes de lesa humanidad» los experimentos. El gobernante asegura que se llevará a cabo una «profunda investigación» de los hechos que afectaron a más de 1.500 guatemaltecos, y ha adelantado que su país estudia presentar una denuncia para exigir un resarcimiento. Colom ha reconocido, además, la «hidalguía» de la Casa Blanca al pedir perdón. Dijo también que es consciente de que esos experimentos «no forman parte de una política del actual gobierno» de los Estados Unidos.

### **Sin tratamiento**

Los experimentos, liderados por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos en la administración de Harry S. Truman (1945-1953), estudiaban el desarrollo de las enfermedades en periodos prolongados de tiempo, sin ofrecer tratamiento alguno a los infectados. Las prácticas han salido a la luz gracias a un estudio de la investigadora de la Universidad de Wellesley Susan Reverby, que afirma que infectaron a 696 personas, muchas de ellas pacientes internados en instituciones para enfermos mentales.

Estas personas fueron infectadas mediante visitas de prostitutas que tenían la enfermedad y a muchos de ellas se les alentó a que contagiaran a otras, según la investigadora, que no pudo determinar si los pacientes fueron curados o tratados más adelante. Clinton y Sebelius se han mostrado «indignadas de que tal investigación reprochable haya ocurrido bajo el pretexto de la salud pública» y aseguran que «no representa los valores» de Estados Unidos ni su «gran respeto hacia el pueblo de Guatemala».

### **«Triste recordatorio»**

«El estudio es un triste recordatorio de que las garantías adecuadas para la investigación en seres humanos no existían hace medio siglo», afirma el comunicado. En la actualidad, añade, EE.UU. mantiene el «inquebrantable

compromiso» de «garantizar que todos los estudios médicos en seres humanos cumplan con las rigurosas normas legales y éticas» del país e internacionales.

«A medida que avanzamos para comprender mejor este atroz suceso, reiteramos la importancia de nuestra relación con Guatemala y nuestro respeto por el pueblo guatemalteco, así como nuestro compromiso con las normas éticas más exigentes en la investigación médica», concluye el comunicado. De acuerdo con el estudio de Reverby, los experimentos trataban de determinar si la penicilina podía prevenir, y no sólo curar, una infección de sífilis.

## **2.- Neurobiología y cirugía reconstructiva en TEDxSol**

### **A un paso de lograr el cuerpo 'a la carta'**

DM - Jueves, 7 de Octubre de 2010.

Madrid ha acogido la primera edición de TEDxSol, una conferencia bajo el prestigioso formato TED, pero organizada de forma independiente por profesionales españoles. Con el hilo conductor de la innovación, el acto reunió a ponentes de sectores muy diversos, incluidos el sanitario, representado por la neurobióloga Mara Dierssen y el cirujano plástico Iván Mañero.

Iván Mañero, fundador de Clínica Mediterrània y del Instituto de Cirugía Plástica que lleva su nombre, combina su actividad médica con la docencia, la investigación y la solidaridad, ya que ha fundado la organización no gubernamental Asociación Médica por la Infancia y la Fundación que lleva su nombre para mejorar las condiciones de vida de los niños de Guinea Bissau.

Sin embargo, es más conocido por su experiencia realizando operaciones de cambio de sexo y a ellas ha dedicado la conferencia titulada, Sin ningún género de dudas, en la que ha expuesto las dificultades y el estigma social que sufre este tipo de pacientes, así como las contradicciones de los sistemas sanitarios públicos cuando se plantean si deben incluir o no estas intervenciones en el catálogo de prestaciones cubiertas con financiación pública.

"Al fin y al cabo estas personas tienen una patología que resolver y que arrastran desde su nacimiento, sin haberla elegido. Nadie pone en duda, en cambio, que se financie el tratamiento contra enfermedades provocadas por hábitos de vida insalubres que sí dependen directamente de la acción del usuario", como pueden ser la obesidad o las patologías provocadas por el consumo de tabaco, entre otras.

Aun así, Mañero ha reconocido los problemas derivados del efecto llamada que se produce si este tipo de intervenciones se financian sólo en parte del Sistema Nacional de Salud, como ha venido sucediendo con Andalucía.

"La sociedad española está preparada para entender el fenómeno; los que no creo que por ahora estén preparados son los legisladores", ha dicho. Por ello, asegura que "los tratamientos de cambio de sexo requieren de una gran valentía por parte de la clase política, legislativa y científica para llevarse a cabo".

#### Reconstrucción humana

El cirujano también se ha referido a la nueva era que ha supuesto la biotecnología y la creación artificial de tejidos para su especialidad. Al igual que en el reciente encuentro digital celebrado con Diariomedico.com, Mañero considera que ya se ha abierto la etapa en que será posible trasplantar o reemplazar casi cualquier parte del cuerpo humano. En este sentido, insiste en que el único límite será el que marque la ética.

Mañero ha reivindicado el papel reconstructivo de su especialidad, ligada a menudo a operaciones frívolas. Por un lado, ha recordado que los retoques

estéticos son populares por igual en todas las clases sociales. Por otro, ha incidido en el impacto terapéutico de intervenciones estéticas, como la reconstrucción del pecho tras una mastectomía, lo que hace necesaria su especialidad.

De forma didáctica e ilustrativa ha explicado cómo son las operaciones que realiza en su día a día en el quirófano en cuanto a cambio de sexo se refiere, incluida la modelación craneal. En ocasiones hay intervenciones más complejas que requieren nuevas investigaciones y avances en las técnicas quirúrgicas.

#### Futuro

Echando una mirada al futuro de la especialidad, Mañero ha adelantado que "ya se está trabajando en trasplantes de pene para los casos en los que la reconstrucción no sea suficiente, ya que las técnicas con las que contamos hasta ahora son agresivas. En ocasiones incluso hay que extraer tejido de otras partes del cuerpo del paciente, como el brazo, lo que implica mutilar en cierto sentido para crear un nuevo órgano".

### **3.- Un parapléjico entra en el primer ensayo clínico con células madre embrionarias**

#### **El tratamiento para reparar la médula espinal se realizará en Estados Unidos**

El País, MALEN RUIZ DE ELVIRA - Madrid - 11/10/2010

Ya se ha seleccionado un paciente para iniciar el primer ensayo clínico del mundo con células madre embrionarias, ha informado la empresa estadounidense Geron, fabricante de las células. El ensayo, de fase I, se dirige a probar la seguridad y, secundariamente, la eficacia de un tratamiento para recuperar la movilidad en parapléjicos recientes.

El paciente es una persona cuya identidad no se ha revelado que ha sufrido graves daños en la médula espinal y está en el hospital privado Shepherd Center de Atlanta (Estado de Georgia, EE UU). Para poder recibir el tratamiento -una única inyección de células precursoras de un tipo de células nerviosas, derivadas de células madre embrionarias- el accidente medular tiene que haberse producido menos de 14 días antes de recibir la inyección.

En total, van a participar en el ensayo 10 pacientes en siete hospitales, de los cuales solo uno, el Northwestern Medicine de Chicago, había anunciado su participación hasta ahora, aunque no ha sido el primero que ha enrolado pacientes.

"Estamos contentos de que nuestros pacientes participen en este emocionante investigación", ha declarado Donald Peck Leslie, director médico de Shepherd Center. "Nuestro personal médico evaluará el progreso de los pacientes como parte de este estudio. Deseamos participar en ensayos clínicos que puedan ayudar a los que sufren daños en la médula espinal".

"El inicio del ensayo clínico es un hito en el campo de las terapias basadas en células madre embrionarias", dice Thomas B. Okarma, presidente de Geron. "Cuando empezamos a trabajar con estas células en 1999, muchos predijeron que pasarían décadas antes de que se pudiera aprobar una terapia para realizar ensayos clínicos. Este logro resulta de una extensa investigación y desarrollo y una sucesión de pasos innovadores para poder producir los bancos de células madre, la fabricación a gran escala de los productos celulares diferenciados y los estudios preclínicos in vitro y en modelos animales de daños a la médula espinal, lo que ha llevado a que el regulador estadounidense FDA autorice el ensayo clínico".

Mientras hay muchos ensayos ya en marcha de uso terapéutico de células madre obtenidas de tejidos de adultos, no había ninguna aplicación práctica para las de origen embrionario.

La empresa Geron lleva años colaborando con la Universidad de Wisconsin, donde James Thompson aisló por primera vez las células embrionarias humanas en 1998, y ha logrado derivar de estas hasta siete tipos de células funcionales de órganos como el sistema nervioso, el páncreas, el corazón y los huesos. Todos los procesos están protegidos por patentes y la polémica en

Estados Unidos sobre la prohibición de utilizar fondos públicos para investigación en células madre no les afecta, ya que su actividad la realizan con fondos privados.

#### **4.- Objeción de los médicos de AP**

**Andrés Ollero**

Diario Médico, 15 octubre 2010.

El autor, Andrés Ollero, director del Máster de Bioética y Bioderecho de la Rey Juan Carlos, analiza la resolución del Tribunal Superior de Castilla-La Mancha sobre objeción de los médicos de primaria.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (que engloba a un número de países superior incluso al Parlamento Europeo) ha rechazado el intento de limitar el ejercicio del derecho de objeción de conciencia de los profesionales sanitarios. Días antes el Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha suspendía una pintoresca nota interior de la gerencia del sistema autonómico de salud, que pretendía negar que los médicos de atención primaria puedan negarse, por razones de conciencia, a realizar las labores de información previstas por la reciente ley de aborto a plazo. Ambos casos reflejan una circunstancia que resulta particularmente significativa. En el primero se reaccionaba ante una iniciativa de signo contrario, promovida por un lobby que pretendía imponer de modo generalizado una determinada concepción moral al respecto. Hubiera bastado una actitud pasiva por parte de quienes no la comparten para que hubiera logrado un impacto de notable eficacia. No muy distinta fue la actitud de la Junta castellanomanchega, que esperaba quizá provocar una inhibida aquiescencia entre los afectados, entre los que preveía quizá una invencible querencia a no meterse en líos. Afortunadamente el Colegio de Médicos de Toledo supo estar a la altura de las circunstancias. La moraleja es clara: cuando de respeto de derechos hablamos no basta con que existan recursos institucionales para controlar a quienes ejercen el poder; resulta imprescindible el coraje cívico capaz de activarlos.

Que desde la Junta se pretendía ejercer vías de hecho sin consistente apoyo jurídico lo deja entrever el propio tribunal al estimar que la invocación a que en casos como el contemplado "debe primar el interés público" se producía "sin mayor ilustración" al respecto; o sea, por las buenas.

A falta de argumentos, la Administración habría recurrido a vender humo, intentando ampararse en una "apariencia de buen derecho o *fumus boni iuris*", que al tribunal más bien le olió a chamusquina, al no disimular que no le resultaba "de ningún modo" convincente.

La información como condición necesaria

Por el contrario, la actitud de la institución colegial no fue recibida como "la invocación más o menos extravagante de un derecho". La realización de una tarea informativa (por escaso que sea el contenido que legalmente se le haya atribuido) "constituye un presupuesto legal para la posibilidad de practicar el aborto", lo que hace muy discutible el intento de aparentar que "no sea una intervención directa en él, dado el carácter de *conditio sine qua non* de dicho trámite".

Más llamativo aún resulta que se pretendiera limitar mediante una nota informativa el ejercicio de un derecho que, como dejó sentado el Tribunal

Constitucional hace ya veinticinco años y ahora se recuerda, "existe y puede ser ejercido con independencia de que se haya dictado o no la normativa que lo regule" en adecuados términos.

Es frecuente, en contextos de deontología profesional, apelar a razones morales de excelencia para animar a suscribir determinadas posturas. Como jurista, recordaría que el derecho pretende sólo, o nada menos, que garantizar un mínimo ético, sin el que no cabe una auténtica convivencia humana y no servir de vehículo a heroicidades morales. De ahí la importancia de ejercer los derechos como una mínima exigencia de coraje cívico y no como fruto de la peculiar mojigatería de sectores dados al escrúpulo moral.

## **5.- Asistencia sanitaria, un trabajo colaborativo y no jerárquico**

**MÉDICOS Y ENFERMEROS DEBEN TRABAJAR MANO A MANO EN BENEFICIO DEL PACIENTE**

**Máximo González Jurado**

DM, - Lunes, 18 de Octubre de 2010

La polémica desatada por la propuesta de Femyts de que sólo los médicos son capaces de hacerse cargo de las direcciones asistenciales en Madrid encuentra ahora respuesta en el Consejo General de Enfermería. El autor defiende la plena capacidad académica y profesional de los enfermeros.

Javier López de la Morena, coordinador general de la Federación de Médicos y Titulados Superiores de la Comunidad de Madrid (Femyts) ha manifestado públicamente su posición sobre la capacidad o, aún mejor, su criterio sobre la "incapacidad" legal y deontológica de los profesionales enfermeros para dirigir el proceso asistencial.

Para afianzar su tesis, López de la Morena comienza realizando un uso restrictivo del término "facultativo". Ha sido precisamente la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), que él invoca reiteradamente y en cuya génesis tuvimos una participación muy activa tanto la Organización Médica Colegial (OMC) como la Organización Colegial de Enfermería, la que ha establecido el alcance de este término en su artículo 7.1, cuando literalmente atribuye a los diplomados sanitarios, "dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal de los cuidados o los servicios propios de su competencia profesional en las distintas fases del proceso de atención de salud".

El término "facultativo" no es, pues, privativo de los profesionales médicos, sino de todos aquéllos que, de forma autónoma y con plenitud de atribuciones, realizan las competencias que son inherentes a su titulación. Éste es el caso de los profesionales de Enfermería.

La gestión clínica

Pero hay más. En su argumentación, el coordinador general de Femyts ha obviado también las previsiones que la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias realiza en lo relativo a la "gestión clínica", a la que dedica todo su artículo 10.

Queda allí meridianamente claro que "las funciones de gestión clínica podrán ser desempeñadas en función de criterios que acrediten los conocimientos necesarios y la adecuada capacitación".

Y es cierto que la LOPS atribuye a los profesionales con nivel de licenciado "la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proyecto de atención integral de la salud y, en su caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso".

Coincidimos absolutamente con esta afirmación, si bien no se debe pasar por alto el inciso "en su caso", que, precisamente, se refiere al carácter no exclusivo de esa competencia para los licenciados.

No olvidemos tampoco la reforma llevada a cabo en los planes de estudios universitarios con motivo de su adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior y, como consecuencia de la cual, licenciados y diplomados han pasado a compartir un mismo nivel y titulación académica: la titulación de graduados en condiciones de absoluta igualdad académica.

Es la propia ley repetidamente invocada por López de la Morena la que exige esa equiparación y modificación en su disposición transitoria tercera.

Colaboración conjunta

¿Por qué no pensar de una vez por todas con criterios de modernidad, adaptados a la esencia constitutiva y colegiada del trabajo en equipo, en lugar de reducir la asistencia sanitaria a un ejercicio jerárquico que hoy aparece trasnochado en todos los países del mundo?

Es también la LOPS la que, en su artículo 9.3, expresa con claridad esta dimensión, al afirmar que "cuando una actuación sanitaria se realice por un equipo de profesionales se articulará de forma jerarquizada o colegiada, en su caso, atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y, en otro caso, al de titulación, en función de la actividad concreta a desarrollar, de la confianza y conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas".

¿Por qué no dejar de hablar, como expresa el coordinador general de Femyts, de médicos, por un lado, y "personal colaborador", por otro? ¿Hasta cuándo seguirán pensando algunos que fuera de ellos no existe vida inteligente y que todos somos "personal colaborador"? Médicos y enfermeros somos profesionales sanitarios y colaboramos conjuntamente al servicio del paciente.

En definitiva, desde un punto de vista estrictamente legal, y también desde un punto de vista deontológico, hace muchos años que Enfermería dejó de ser una profesión al servicio de otra para ser una profesión al servicio de la sociedad.

## **6.- Críticas a la forma de regulación de este derecho. Aborto: la objeción y la inconstitucionalidad**

**Alfonso López de la Osa**

DM, Martes, 19 de Octubre de 2010.

El autor analiza algunos de los artículos de la ley del aborto que han sido recurridos ante el Tribunal Constitucional y hace especial hincapié en la regulación de la objeción de conciencia que contempla la norma.

Ante el recurso de inconstitucionalidad interpuesto contra la Ley 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva, el Tribunal Constitucional tiene una nueva oportunidad de reforzar el ordenamiento jurídico, siendo coherente con su más sólida jurisprudencia. Encorsetar en alambicadas estructuras legales un problema tan serio como imponer a los facultativos la práctica obligatoria de abortos, en relación con los valores más intrínsecos de la conciencia de cada persona, no puede sino encaminarnos hacia una práctica de la medicina estéril y coaccionada en un contexto actual ya tristemente denostado por el poco reconocimiento social y económico que tienen nuestros profesionales.

Son varias las disposiciones que han sido puesta en entredicho. Queda por ver la argumentación que empleará el tribunal sobre una ley que más parece haber querido transgredir y provocar que dar respuesta a un verdadero problema de la sociedad: lo queramos o no, los supuestos preexistentes y despenalizados en el Código Penal de 1995 daban pie a un amplio margen de maniobra al respecto. Por mencionar algunas de las materias recurridas, podemos señalar las que versan sobre el concepto de "educación sanitaria integral y con perspectiva de género", la inclusión en la carrera de Medicina de la investigación y formación en la práctica clínica de abortos y la nueva denominación legal de interrupción voluntaria de embarazo (IVE). Sobre esto, el Consejo General del Poder Judicial en su informe al anteproyecto decía que debía tenerse en cuenta, "a efectos de coherencia, que en el Código Penal mantienen su vigencia y redacción preceptos que utilizan el término aborto, mientras que los nuevos recurren a la IVE". Otros temas cuestionados son la manera de transmitir la información sobre los derechos laborales de las embarazadas o madres, las ayudas públicas o los centros donde pueden recibir información sobre anticonceptivos, en sobre cerrado y sin coloquio singular, y el otorgamiento del consentimiento informado por las menores de edad.

\* Cualquier cortapisa u obstáculo a la objeción de conciencia podría llevar a entender que los médicos están obligados a practicar abortos so pretexto de la amenaza de la desobediencia civil

La objeción de conciencia es tratada de manera abrupta y poco acorde con la importancia de los derechos y valores en juego. El legislador era perfectamente conocedor de la reacción que la ley iba a causar, por lo que debía de haber sido más cauto. El profundo respeto con el que se deben tratar los problemas de conciencia no se refleja en su articulado. La objeción es un derecho constitucional que puede ser invocado por un profesional sanitario por estar recogido en la Constitución. Cualquier cortapisa u obstáculo podría llevar a

entender que los médicos están obligados a practicar abortos so pretexto de la amenaza de la desobediencia civil. Admitir la objeción al aborto no da pie a tolerar objeciones a cualquier deber jurídico; tal afirmación no puede sino encaminarnos al simplismo.

¿Existe un egoísmo o interés de los facultativos de no realizar abortos, o tales decisiones son más bien fruto de una justificación moral? El médico que invoca la objeción no rechaza el mandato abstracto del derecho, sino la manera que tiene dicho mandato de aplicarse a un caso particular: considerar que está matando a una persona, o en todo caso eliminando algo que es más una persona que una cosa. La existencia de numerosos casos de objeción de conciencia ya denota que algo no funciona.

Sea cual sea el resultado del recurso, la objeción de conciencia al aborto ya fue creada por el TC en 1985: "La objeción de conciencia forma parte del contenido esencial a la libertad ideológica y religiosa reconocido en el art. 16.1 de la Constitución". Igualmente vigente en la actualidad y aplicable a la realización de abortos o la enseñanza o aprendizaje de sus técnicas, la objeción es un derecho fundamental, directamente aplicable y cuya virtualidad no requiere desarrollo legislativo.

## **7.- El médico es de Ciencias, pero no es ajeno a las Humanidades**

LA FORMACIÓN INTEGRAL DE LOS FUTUROS PROFESIONALES PASA POR LAS LETRAS

**Santiago Rego Santander**

DM, Miércoles, 20 de Octubre de 2010.

La profesión médica siempre ha estado muy cerca del pensamiento libre y las Letras, según los expertos reunidos en la mesa coloquio Los médicos humanistas en la ciencia española, que han reivindicado la necesidad de formar a los médicos en todos los campos del saber.

"El que sólo sabe Medicina, ni Medicina sabe". Esta frase popular la suscriben los expertos que han participado en el coloquio sobre Los médicos humanistas en la ciencia española, donde se ha puesto de manifiesto que aunque la Medicina es una ciencia no es incompatible ni con el libre pensamiento ni con el buen manejo de las Letras en sus más variadas disciplinas: ensayo, novela, poesía, cine, teatro...

Esta es la opinión, por ejemplo, de Fernando Val Bernal, jefe del servicio de Anatomía Patológica del Hospital Valdecilla y catedrático de la Universidad de Cantabria, para quien los médicos españoles, desde hace varios siglos, han demostrado que querían pensar por ellos mismos. "La lista es innumerable y, de hecho, en el pasado siglo, Carlos Jiménez Díaz y Gregorio Marañón destacaron con luz propia y dejaron claro que hay que abandonar en la Medicina los dogmatismos y las ideas preconcebidas sobre las cosas".

Val está convencido de que el facultativo tiene que saber pensar por uno mismo. "La Historia de la Medicina así lo refleja, y los médicos que han ido abriendo camino clínico y quirúrgico en las más diversas especialidades han sido profesionales que se han basado en lo que es la ciencia, pero a través de observaciones que fueran comprobables".

El profesor ha puesto como ejemplo a Juan Tomás Porcell, que tuvo un protagonismo destacado en la peste que sufrió Zaragoza en el año 1564, una época en la que España era la potencia más importante de Europa y contaba con médicos muy innovadores. "Aunque las ideas morales sobre la enfermedad y las de Galeno eran las predominantes, hubo médicos que se sobrepusieron a su época y, mediante la realización de autopsias, comenzaron a pensar por su cuenta y abandonaron las ideas tradicionales que únicamente se sostenían en los libros", ha comentado.

Según Val Bernal, los médicos de aquella España renacentista comenzaron a practicar autopsias, que entonces definían como "anatomías", empezaron a observar que las enfermedades tenían localizaciones y, de esta forma, combatieron algunas de las ideas que se mantenían en los textos clásicos. "Era una minoría de médicos; destacan Andrés Laguna, Francisco Díaz, uno de los inventores de la urología que diseñó el uretrotomo; y Dionisio Daza Chacón, que fue un gran cirujano de los ejércitos de Carlos I y Felipe II y que definió, por primera vez, la lesión por onda expansiva".

Desde la Universidad.

A juicio de Juan Francisco Díez Manrique, profesor de Psiquiatría de la Universidad de Cantabria, a los estudiantes y residentes hay que transmitirles que la Medicina, aun siéndolo, no es sólo ciencia. "Además de la formación técnica, la Universidad también aporta una cultura humanística con actividades de teatro, cine, conferencias, concursos de relato y de poesía, que engordan el lado humanístico del futuro médico".

Otro de los ponentes, Francisco Vázquez-Quevedo, cirujano de Valdecilla, ha subrayado que España ha tenido dos premios Nobel -Cajal y Ochoa- y que el nivel general humanista en la profesión ha sido alto. "Al médico le ha preocupado siempre el hombre, y ha sido, por tanto, un profesional al que le han gustado las humanidades, pese a provenir del campo de las ciencias, como Pío Baroja".

## **8.- Mark Siegler: "La ética mejora la práctica clínica y ayuda en la relación con el paciente"**

DM, Javier Granda. Barcelona. - Viernes, 22 de Octubre de 2010.

Mark Siegler, director del Centro MacLean de Ética Médica Clínica de la Universidad de Chicago, ha visitado Barcelona por invitación de la Fundación Víctor Grifols y Lucas para impartir dos conferencias dentro del ciclo Josep Egozcue.

Pionero en la investigación bioética, considera fundamental compatibilizarla con la práctica clínica y conseguir así mejorar la comunicación entre médico y paciente. Durante su estancia en la capital catalana se ha mostrado defensor apasionado de la ética como parte esencial de la práctica clínica. En su opinión, la ética ayuda en el cuidado del paciente porque el cuidado moderno requiere de médicos y enfermeras que estén al tanto de temas éticos en la práctica clínica diaria.

"Debe saberse cómo comunicar de manera honrada y veraz, cómo entregar a los pacientes el consentimiento informado y ser capaz de hablar con los pacientes o saber si quieren que su familia o seres queridos se involucren en sus decisiones o lo quieren hacer ellos solos. Y, en los asuntos relacionados con el fin de la vida, tanto médico como enfermera deben saber manejar el dolor, cuidados paliativos y los tipos de elecciones que los pacientes pueden tomar entre cuidados más o menos agresivos. Esta es una medicina rutinaria a día de hoy", ha explicado.

Para el experto, en un primer nivel, la ética ayuda a los médicos y a las enfermeras a entender este tipo de preguntas pero, en un segundo nivel, la ética "ayuda a la comunicación y a la interacción entre el médico y el paciente", que llevan a las buenas prácticas. En este sentido, cree que los comités éticos pueden asesorar a los hospitales para que desarrollen y difundan comportamientos éticos.

A un mayor nivel, opina que la ética puede ayudar a que los sistemas de salud se centren en los pacientes fuera del sistema, en los más vulnerables, "para asegurar que se reduzcan al máximo las inequidades, sobre todo pensando en el cuidado de pacientes con enfermedad mental, discapacitados físicos o psíquicos o población inmigrante".

Un término clave

Siegler acuñó el término ética clínica en 1973, junto al desaparecido Alvan Feinstein. Como ha recordado, "a principios de los años setenta, desarrollé una de las primeras UCIs de Chicago, con muchas limitaciones y problemas que pensaba que eran clínicos, pero que mis compañeros consideraban que eran éticos, como que apenas teníamos seis camas en toda la ciudad y debíamos decidir a quién dar el alta para dejar una libre".

## **9.- El paciente debe estar en el diseño asistencial**

El paciente ha de asumir un papel activo en todo el proceso asistencial. Es un salto cualitativo que se logrará sólo incorporando su opinión al diseño y organización de los procesos.

DM, María R. Lagoa. Santiago - Lunes, 25 de Octubre de 2010 - Actualizado a las 00:00h.

Los expertos que han participado en el debate organizado por la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA) sobre el papel del ciudadano en la seguridad de la atención sanitaria han abogado por la participación de los pacientes en los programas de calidad y seguridad. La discusión ha sido uno de los argumentos que ha suscitado mayor interés durante el último congreso celebrado por la SECA en Santiago de Compostela y organizado por la sociedad homónima en Galicia (Sogalca).

"La opinión del paciente debe incorporarse sistemáticamente a la elaboración de las guías de práctica clínica y al diseño de los procesos asistenciales". Así de claro ha sido el presidente de la SECA, Pedro Parra, que ha ejercido de moderador de la mesa redonda. Ha admitido que últimamente existe un movimiento asociativo, que ha calificado de encomiable, pero que ha considerado insuficiente: "Hay que encontrar espacios donde los pacientes interactúen con los profesionales que elaboran los procesos; eso sí, cada actor en la medida que le corresponde, no va a decidir un paciente cual es el mejor método para abordar un cáncer".

En la misma línea, la directora general del Instituto Universitario Avedis Donabedian-UAB, Rosa Suñol, ha señalado que la atención centrada en el paciente se define como la atención que establece una colaboración entre profesionales, pacientes y sus familias para garantizar que las decisiones respeten las necesidades y preferencias del usuario y que tengan la educación y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su atención. Suñol ha presentado algunos resultados del estudio MARQUIS, realizado para evaluar las estrategias dirigidas a mejorar la atención centrada en el paciente.

Participaron un total de 389 hospitales europeos, de los cuales 113 eran españoles (públicos y privados). Los resultados de los centros españoles indican que la implicación directa del paciente en actividades de aumento de la calidad está poco extendida. Los que aseguran implicar a los usuarios en estas actividades (siempre, casi siempre o a veces) representan entre el 8 por ciento de los casos con puntuación más baja y el 26 por ciento en la mejor de las situaciones.

Los datos muestran, sin embargo, que las políticas sobre información están disponibles en más del 80 por ciento de los hospitales y los términos sobre privacidad del paciente se cumplen en más del 90 por ciento. El 66,3 por ciento de los centros tienen políticas que abordan la implicación del paciente en su tratamiento y, en un porcentaje que se sitúa entre el 68 y el 95 por ciento, el equipo directivo y el comité asistencial analizan la opinión de pacientes. El

proyecto DUQuE (ver DM del 14-IX-2010), amplía los objetivos del MARQuIS y evalúa el impacto que tienen las estrategias de calidad y la implicación del ciudadano mediante resultados de efectividad clínica, seguridad y percepción de los pacientes.

#### Seguridad

Según Clara González Formoso, enfermera de la Gerencia de Atención Primaria de Vigo, la asistencia centrada en el paciente supone también "un cambio significativo" porque agrega a la evidencia y la eficiencia, la consideración de la efectividad y la autonomía del paciente respecto a sus preferencias como factores clave de la toma de decisiones.

En su opinión, la seguridad del paciente es un componente fundamental de la calidad asistencial. En este sentido, Parra ha apuntado que la seguridad, sin concebirse como el objetivo del sistema, ha de plantearse como un requisito básico. González Formoso ha precisado cuales son los beneficios de un paciente bien informado: disminuye el número de ingresos, depresiones y bajas laborales, mejora la relación entre el profesional sanitario y el paciente, se incorporan hábitos de vida saludables y mejora el cumplimiento terapéutico.

## **10.- El profesionalismo es la piedra angular de un sistema de calidad y sostenible**

LA RECUPERACIÓN DE LOS CONSEJOS DE ADMINISTRACIÓN ES UNA DE LAS CONDICIONES PARA AVANZAR

DM, María R. Lagoa. Santiago - Lunes, 25 de Octubre de 2010.

El profesionalismo es la piedra angular de un sistema sanitario de calidad, eficiente y sostenible, y para ello se necesitan líderes profesionales independientes del partidismo político, la recuperación de los consejos de administración al frente de los centros y la interiorización del concepto por parte de los propios sanitarios.

La Organización Mundial de la Salud define calidad de asistencia como el proceso en que cada enfermo recibe un conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos, teniendo en cuenta los factores del paciente y del servicio médico, logrando obtener el mejor resultado con el mínimo riesgo y la máxima satisfacción.

Los expertos participantes en el XXVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial y I Congreso de la Sociedad Gallega de Calidad Asistencial, celebrado en Santiago de Compostela, han coincidido en que en el avance hacia este objetivo cobra especial importancia el profesionalismo o profesionalidad, el liderazgo y el trabajo en equipo. Ante un aforo nutrido y con asistentes como el presidente de la Xunta de Galicia, Alberto Núñez Feijóo, y la consejera de Sanidad, Pilar Farjas, el que también fuera consejero en el País Vasco, ahora director del Departamento de Salud Internacional en la Escuela Nacional de Sanidad, José Manuel Freire, ha defendido un cambio que implica dos movimientos de efectos sinérgicos.

Por un lado, cambios culturales en las profesiones sanitarias hacia una puesta en valor de la profesionalidad: "Debe empezar en las facultades de Medicina y las escuelas de Enfermería; los gestores tienen que reforzar estos valores, el compromiso con la calidad, estar al día, establecer una buena relación con el paciente". Por otra parte, hay que mejorar la calidad democrática de nuestro sistema político, introduciendo esquemas organizativos de buen gobierno en la sanidad pública.

El marco organizativo de la sanidad española tiene dos rasgos peculiares que no comparten los sistemas considerados ejemplares, como el del Reino Unido, Nueva Zelanda y los países nórdicos: la sujeción a las mismas reglas de la administración pública común y la inestabilidad y desprofesionalización de los cargos directivos, una tendencia que está afectando también a los responsables de unidades clínicas, "convertidos en cargos de confianza. Estas características condicionan negativamente la gestión, el entorno de trabajo y las perspectivas de los responsables clínicos. No puede ser que toda la pirámide de gestión de un hospital cambie porque lo haga el gerente. Es esencial que los líderes gestores y clínicos sean profesionales independientes de los ciclos políticos; sus procesos de selección deben ser abiertos y basados en su profesionalidad y capacidad". Otra pata necesaria para armar el banco es

restablecer los patronatos o consejos de administración al frente de los centros. Los gestores deberán responder ante ellos con transparencia y políticas basadas en la evidencia.

#### Liderazgo compartido

Todos han significado el liderazgo como motor del cambio: "Los responsables clínicos necesitan, además de conocimientos, un liderazgo que les permita dar un giro copernicano a nuestra manera de trabajar. Se trata de fomentar la relación entre disciplinas que comparten objetivos, crear equipos multidisciplinares y un continuum asistencial que borre barreras entre niveles, y compartir con otras profesiones, especialmente la enfermería", ha resumido el director del Área del Corazón del Complejo Hospitalario Universitario de La Coruña, Alfonso Castro Beiras, quien ha dejado claro que "lo que antes era dirección en la unidad de trabajo, hoy tiene que ser liderazgo".

Para Castro Beiras, la unidad clínica pertenece al sistema y no al hospital: "Hay que trabajar en red, sabiendo que el rendimiento importa y que necesitamos sistemas de medida de la calidad, y conociendo el valor de lo que hacemos y cómo lo hacemos". A su juicio, la actual crisis es una oportunidad para vencer las resistencias y colocar definitivamente al paciente en el centro.

Alberto Manzano, jefe del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Santiago de Vitoria, ha dicho que el liderazgo en gestión clínica "es fundamental para el funcionamiento de unidades de gestión clínica y gobierno clínico". El líder debe ser capaz de impulsar a los miembros del equipo hacia la búsqueda de la mejora continua; negociar con la gerencia el acuerdo de gestión clínica; organizar la unidad; establecer, de acuerdo con la dirección, horarios, turnos y distribución de las funciones para lograr los objetivos; evaluar el desempeño de todos los componentes, y proponer la contratación de bienes y servicios.

Para ello, Manzano ha apostado por incrementar las habilidades relacionadas con la inteligencia emocional hacia un liderazgo compartido: "Los líderes emocionalmente inteligentes alientan en sus subordinados un grado de bienestar que les lleva a compartir ideas, aprender los unos de los otros y asumir decisiones grupales. Las organizaciones más duraderas son aquellas que saben crear generaciones de líderes eficaces". El dominio de la inteligencia emocional supone el conocimiento de uno mismo, de las fortalezas y las debilidades, el autocontrol emocional, la transparencia y sinceridad, la flexibilidad para afrontar cambios, el optimismo, la empatía, la capacidad para reconocer las necesidades de las personas y la buena gestión de las relaciones.

## **11.- La Asociación Española de Bioética afirma que el Comité Clínico no puede decidir sobre la vida humana**

MADRID, 25 Oct. (EUROPA PRESS)

La Asociación Española de Bioética (AEBI) asegura que un obstetra no puede trasladar su "responsabilidad personal" en el diagnóstico del feto a un Comité Clínico, entidad que "nunca podrá asumir la responsabilidad médico-legal ante un caso de conflicto" y a la que "no corresponde decidir qué es la vida humana ni el nivel de calidad de vida que es necesario alcanzar para poder conservarla".

Esta es una de las principales conclusiones del informe que la AEBI ha elaborado para revisar desde el punto de vista deontológico, la Declaración de la Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) relativa a la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo. La norma atribuye al Comité Clínico el papel de certificar que el feto padece una enfermedad tan extremadamente grave e incurable que se justifique el aborto después de la semana 14 de gestación.

El texto, al que ha tenido acceso Europa Press, afirma que la Declaración de la Comisión de Bioética "nunca puede ser considerada" como una nueva norma, sino que se impone el criterio de cada facultativo, y considera "rechazable" que se traslade al Comité Clínico la responsabilidad "personal e intransferible" que cada obstetra tiene sobre sus pacientes.

Según explica la AEBI, la Declaración de la SEGO expone un conjunto de "normas metodológicas" para que los comités puedan "alcanzar y justificar sus decisiones", en el que se incluye una serie de supuestos a modo de ejemplo, por lo que "puede convertirse en una lista de indicaciones para el aborto ante las que no sea necesario el dictamen del Comité Clínico por entenderse que ya las ha evaluado la propia SEGO".

Además, la Asociación de Bioética Española critica que el traslado de evaluación a los citados comités "se hace imponiendo una visión de la medicina ajena a la misma que no admite la deficiencia y acepta la eugenesia prenatal" de manera que en lugar suponer un avance en la definición de anomalías y enfermedades graves prenatales, la Declaración "puede convertirse en una cooperación necesaria desde la Ginecología y Obstetricia al proyecto eugenésico programado desde la ley".

En este sentido, afirma que al tratar de la posición previa de cada comité sobre "cómo y qué" considera que es la vida humana, "se decide que hay vidas tan carentes de calidad que no son dignas de ser vividas y, por tanto, se puede prescindir de esas personas". Es decir, "supone una grave discriminación de los nacidos que padecen enfermedades incurables", por ejemplo, las "miles de personas" que viven "una vida digna" padeciendo esclerosis tuberosa, explica el informe.

"No corresponde a la Medicina, menos aún a un Comité Clínico, decidir qué es la vida humana ni el nivel de calidad de vida que es necesario alcanzar para poder conservarla", concluye el texto, para recordar el mandato del Código de Ética y Deontología Médica en vigor, según el cual "al ser humano embriofetal enfermo se le debe tratar de acuerdo con las mismas directrices éticas" que a los demás pacientes.

#### "DEBERÍAN TENERLO EN CUENTA"

Por su parte, el portavoz de Ginecólogos por el Derecho a Vivir (DAV) y presidente de su Comisión Deontológica, Esteban Rodríguez, ha destacado que el informe "subraya la necesidad de un pronunciamiento de la SEGO mucho más contundente sobre la ley del aborto y sus consecuencias en el desarrollo de la profesión médica".

Para la organización, que elaboró su propio análisis sobre la Declaración, "la SEGO debería tener en cuenta estas consideraciones, puesto que cada vez son más las instituciones científicas y bioéticas de reconocido prestigio las que se han hecho eco del informe" que en su día emitió DAV y que ahora recibe el "espaldarazo" de la AEBI.

## **12.- "Hay razones éticas y legales que no admiten regular la objeción de conciencia"**

DM, Marta Esteban - Martes, 26 de Octubre de 2010.

"Soy consciente de que hoy una posición dominante es no aceptar un ejercicio libre y sin cortapisas de la objeción de conciencia, pero defiendo que desde una posición ética y legal la objeción de conciencia no admite regulación más allá del reconocimiento que de ella hace el artículo 16 de la Constitución Española".

Así lo declara Enrique Villanueva, catedrático de Medicina Legal de la Universidad de Granada, que recuerda que la objeción no es sólo un "derecho constitucional, autónomo, individual y fundamental", sino que se puede "afirmar que es incluso un derecho preconstitucional emanado de los derechos de la personalidad".

La libertad de conciencia es "la esencia del ser racional, que es el único ser vivo que puede decir no y esa libertad no es una dádiva del Estado, no es necesario conquistarla ni arriesgar nada por ella".

En cuanto a las razones que impedirían una regulación de la objeción, Villanueva dice que este derecho "procede en realidad del derecho natural, es innato y un atributo del ser humano que no precisa de regulación legal".

El experto plantea la pregunta de si la regulación de la objeción ayudaría a resolver lo que se ha denominado objeción interpretativa. Según Villanueva, "la lex debe ser cierta, es decir, definida de tal modo que quepan pocas interpretaciones". Es más, la ley "no se hace para los juristas, sino para todos los ciudadanos, que tienen el deber de conocerla y cumplirla".

### Situación incierta

En el caso del aborto y la inclusión de la objeción en la norma, "¿se puede decir que los médicos están hoy mejor protegidos que antes?". Desde la regulación de la objeción "se ha generado una gran confusión y cada comunidad autónoma pretenderá desarrollar la ley a su manera". Según Villanueva, la regulación de la objeción que ha hecho Castilla-La Mancha "es restrictiva de los derechos fundamentales".

Además, en este tema se olvida también que "la objeción de conciencia puede ser sobrevenida, es decir, se puede objetar en función del caso concreto". Por ejemplo, un médico puede "aceptar practicar un aborto en caso de violación, pero no hacerlo si descubre que ha sido engañado".

A este panorama se añade el "lío con las listas de objetores, donde ya hay tres modelos: la lista que hace la Administración, la que realiza el colegio y la del servicio sanitario".

### **13.- Rechazo a la directiva de información al paciente en investigaciones de fármacos**

La directora de la Aemps, Cristina Avendaño, se opone a la futura norma europea que permitiría a la industria informar sobre fármacos, y la OMC reclama el papel del médico como fuente principal de información.

DM, José M<sup>a</sup> Juárez. Zaragoza - Miércoles, 27 de Octubre de 2020.

La directora de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (Aemps), Cristina Avendaño, ha mostrado su recelo a la directiva europea en tramitación que podría permitir la información directa al paciente sobre medicamentos.

Avendaño, que ha participado en las jornadas sobre la legislación del paquete farmacéutico que organiza en Zaragoza el Parlamento Europeo, explica que "desde la Aemps hay un amplio rechazo a la directiva tal y como está planteada actualmente. Somos partidarios de mejorar la información al paciente, pero en la línea actual, a través del informe público de evaluación de medicamentos, la ficha técnica y el prospecto".

Sin embargo, Avendaño opina que la industria no sería un agente legítimo para ofrecer información al paciente por los conflictos de intereses que supondría. En línea semejante, Serafín Romero, secretario general de la Organización Médica Colegial (OMC), ha comentado en su intervención que "los médicos somos, junto con las autoridades, la principal fuente de información sobre los fármacos, pues nos basamos en la evidencia científica y en principios deontológicos como la eficiencia que nos capacitan para recomendar lo que más conviene a cada paciente en cada ocasión".

En opinión de Romero, los médicos "somos la pieza clave en la consecución de una mayor seguridad, algo que la industria farmacéutica no puede conseguir con sus mensajes, al igual que sucede con el aumento de la calidad y la reducción del riesgo y el gasto en salud pública". Romero ha comentado que cada año "mueren 250.000 europeos por realizar un uso inadecuado de los medicamentos", una razón por la que los médicos "debemos contar con una formación amplia y favorecer una integración total con farmacéuticos y enfermeros para transmitir una información clara".

En esta línea, Carmen Peña, presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, se ha referido a los médicos como "los expertos en el diagnóstico y el tratamiento", una labor complementaria con la realizada por el farmacéutico para "favorecer una legislación europea ambiciosa en lo relacionado con la trazabilidad y la falsificación".

Según Peña, "la actualización de la regulación requiere un apoyo importante de los profesionales y un uso mayor de las nuevas tecnologías para garantizar un mayor control de los medicamentos en cada eslabón de la cadena farmacéutica". Por su parte, José Luis Cobos, subdirector del Gabinete de Estudios del Consejo de Colegios de Enfermería, ha apostado por "ofrecer un asistencia multidisciplinar por procesos y garantizar la continuidad asistencial a los pacientes crónicos y polimedicados".

#### **14.- Tribuna: Vacunación voluntaria u obligatoria**

UNA REFLEXIÓN SOBRE EL ACCESO FORZOSO Y LA LIBRE ACEPTACIÓN TENIENDO EN CUENTA A LOS MENORES DE EDAD

**Juan Siso**

DM, Miércoles, 27 de Octubre de 2010.

El autor analiza cómo se plantea el acceso a las vacunas en la Organización Mundial de la Salud, en Estados Unidos, en la Unión Europea y en España, postulando que la voluntariedad que hay nuestro país supone concebir desde la perspectiva de la Salud Pública el respeto a la autonomía del individuo y a su capacidad de decidir, que en caso de aceptar supone asumir los beneficios y los posibles prejuicios de la vacuna.

Las vacunas, como es sabido, son medicamentos biológicos dirigidos a la inmunización contra las enfermedades. Su contribución a la Salud Pública es incuestionable y han hecho disminuir la mortalidad, tanto como el acceso al agua potable y más que los antibióticos. El asunto que voy a analizar es el acceso forzoso, la aceptación libre de la vacunación, y la cuestión añadida de referir este asunto a los menores como receptores. Desde los poderes públicos se plantea la opción de no obligar a la vacunación, respetar la libertad individual o imponer esta acción para proteger la seguridad sanitaria colectiva.

Se sustenta este planteamiento en la afirmación de que está científicamente probado el riesgo, caso de ser vacunado, de contraer la enfermedad, precisamente, contra la que se intenta proteger, aunque no se pueda delimitar el alcance del riesgo. El que se pueda perjudicar a quien se intenta beneficiar permite afirmar que no vacunarse no implica un riesgo hacia el resto de la sociedad y no puede obligarse a nadie a ser vacunado y que sólo puede ser obligatoria la vacunación cuando exista peligro inminente sobre la salud pública.

Las acciones sanitarias son realizadas por la OMS y Unicef, que han desarrollado para 2006-2015 la Visión y Estrategia Mundial a Inmunización. En este apoyo a la prevención de enfermedades se unió la Fundación Bill & Melinda Gates y el propio Banco Mundial.

Las competencias en la Unión Europea corresponden a los Estados sin perjuicio de la Red de Vigilancia Epidemiológica y de Control de las Enfermedades Transmisibles. Los índices de vacunación en la Unión son altísimos, alcanzándose para enfermedades como la poliomielitis, rubéola o difteria) cotas próximas al noventa por ciento.

En Estados Unidos la vacunación es obligatoria, con un calendario nacional y otros estatales. La obligatoriedad apenas admite exenciones por motivos ideológicos o creenciales y se combina con un seguro de responsabilidad para cubrir daños sanitarios producidos por la vacuna administrada obligatoriamente.

En España no es obligatoria, solamente es recomendada. La Constitución garantiza el derecho a la protección de la salud y a la vida y a la integridad física, pero ¿es obligatorio proteger la salud, la vida y la integridad física por su titular? La Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente, reconoce la autonomía de la voluntad y prima el principio de autonomía sobre el valor de la salud.

En nuestro país no existe documento de consentimiento informado previo a la administración de vacunas. Simplemente se manifiesta conformidad, o no, para su administración. Existe un calendario vacunal elaborado por el Consejo Interterritorial hasta los 16 años. Junto con el calendario nacional existen otros 19 para las 17 autonomías y para Ceuta y Melilla, hecho que motiva el criterio de algunos expertos de recomendar un calendario único.

En la vacunación voluntaria el paciente asume sus pretendidos beneficios y posibles perjuicios y con ello queda conjurada la posibilidad de reclamar ante en daño derivado de la administración del producto sanitario. Entender este planteamiento supone concebir, desde la óptica de la Salud Pública, que el respeto a la autonomía del individuo puede ser un argumento importante, aunque no el único, de apoyo a la tesis de voluntariedad de la vacunación.