

## **Artículos Breves. Mes de Agosto 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. Órganos humanos a la carta.**
- 2. Los ciudadanos formarán parte de las decisiones de los Comités de Ética de los centros sanitarios andaluces.**
- 3. Basta de cesáreas rutinarias.**
- 4. El nuevo Código Deontológico ve la luz tras dos años de trabajo.**
- 5. Código de Deontología: vademécum de sensatez. Rogelio Altisent.**
- 6. Se ultima la orden que limita el acceso a los datos sanitarios del enfermo.**
- 7. "La medicina defensiva es una de las causas de que el sistema sea insostenible". Luciano Vidán.**
- 8. Los 14 días del 'preembrión' sólo son una mera conjetura. Gonzalo Herranz.**
- 9. Los médicos ya no recetarán fármacos de marca.**
- 10. Los farmacéuticos y los fabricantes se oponen a los medicamentos sin marca.**
- 11. Sociedades e industria piden matices a la receta obligatoria por principio activo.**

## 1.- Órganos humanos a la carta

**Tras seis años infiltrado en las redes ilegales, el periodista norteamericano Scott Cagney publica un espeluznante relato sobre el tráfico de personas**

ABC, ANNA GRAU / NUEVA YORK, 03/07/2011.

Se oye hablar a menudo de oscuros traficantes de órganos, de niños o incluso de adultos que desaparecen en plena calle para que sus riñones o su hígado reaparezcan «mágicamente» en otro cuerpo al otro lado del mundo. Parecen historias de terror pensadas para hacer subir la adrenalina y luego volverlas a aparcar en el cajón de lo excepcional o directamente fantástico. Hasta ahora y hasta aquí. Un periodista norteamericano, Scott Cagney, ha dedicado seis años de su vida a investigar «the red market», el mercado rojo. Y ha llegado a conclusiones espeluznantes.

Prácticamente cada parte del cuerpo humano tiene un precio, que oscila enormemente de un mercado a otro. Una pinta (473 mililitros) de sangre se paga a 25 dólares en la India, pero puede alcanzar los 337 dólares en Estados Unidos. Entonces en la India han salido «emprendedores» que, no satisfechos con revender cara la sangre que compran barata, tratan de aumentar todavía más el margen de beneficio obteniéndola gratis. ¿Cómo? Pues en siniestras «granjas de sangre» donde mantienen a gente cautiva durante años «sangrándola» —como si la ordeñaran— entre una y tres veces a la semana. Los candidatos a alimentar estas granjas a veces han accedido a ello porque viven en la miseria y en la mayor desesperación. Otras veces han sido simplemente secuestrados en una parada de autobús.

En Estados Unidos se llegan a pagar 24.400 dólares por la implantación de córneas que pueden obtenerse legalmente a través de donaciones voluntarias —de hecho EE.UU. las exporta— o ilegalmente. En 2001 un cirujano chino declaró ante el Congreso estadounidense que él personalmente había vendido cientos de córneas, junto con riñones y muestras de piel, de prisioneros ejecutados en su país.

### Los paraísos del trasplante

Obtener legalmente un trasplante de corazón puede suponer un dispendio cercano al millón de dólares y soportar una angustiada lista de espera para acceder al órgano en sí. Ilegalmente hay quien lo consigue por 119.000 dólares. Nuevamente, el mayor suministro parece proceder de prisioneros chinos ejecutados. Lo mismo para las donaciones ilegales de hígados, que pueden resolverse por unos 157.000 dólares. Pero como se puede donar una parte del hígado y seguir viviendo, aquí los ejecutados chinos «compiten» con personas extremadamente miserables en la India y en Filipinas, que unas veces más voluntariamente, otras menos, entran en este mercado.

¿Y qué pasa con la donación estrella, los riñones? En Estados Unidos o en Europa las listas de espera se prolongan por años y años. Pero el mercado rojo internacional es floreciente y, una vez más, extremadamente competitivo: un riñón nuevo cuesta 62.000 dólares en China pero «solo» 15.000 en la India. Se

abren a su vez mercados emergentes en Indonesia, Pakistán y Kosovo, donde en 2008 empezó a funcionar una red de tráfico de este tipo de órganos investigada de cerca por Scott Cagney.

¿Y no es enormemente peligroso investigar esto? Cagney, que cuando hablamos con él se muestra amable sin dejar de dárselas de tipo duro (¿una mezcla de periodista y de Indiana Jones?) le quita hierro al asunto, lo cual dice mucho en su favor. «He sentido más miedo cuando investigaba otras cosas, como los niños raptados por la mafia», asegura. Y es verdad que lo que más sorprende de su libro es lo inmensamente cerca que llega a su objetivo. No solo muestra fotos de las víctimas sino de sus verdugos. A veces vemos a cara descubierta al personal sanitario que realiza, o mejor sería decir que perpetra, algunas de las extracciones de órganos que luego se venderán por ahí al mejor postor. «Muchos de ellos no pertenecen a las mafias y además no tienen la sensación de estar haciendo nada malo; al contrario, incluso piensan que hacen una buena cosa, que ayudan a salvar vidas», nos comenta Cagney, entre endurecido y perplejo.

Antes de horrorizarnos porque esas personas piensen así, tal vez habría que preguntarse hasta qué punto no pensamos así nosotros mismos. Hasta qué punto todo este tráfico no se origina en nuestra aberrante ilusión de normalidad. Ni sé cómo, hablando con Cagney, me he descubierto preguntándole: «Pero, ¿qué haría usted si una persona muy querida, su mujer o su hijo, necesitara desesperadamente un órgano, y ésta fuese la única manera de conseguirlo?». Silencio profundo. Sin duda porque acabo de colocarle la pregunta del millón de dólares, pienso satisfecha.

La respuesta del millón y medio

Pero hete aquí que, cuando menos me lo espero, me salta a la cara la respuesta del millón y medio: «Su pregunta parte de una premisa falsa, ¿no se da cuenta? ¿No se da cuenta de que para preguntar eso hay que considerar una opción viable, aunque sea extrema, la de disponer del cuerpo de una persona en beneficio de otra?». Touchée. Es verdad. Es como si le hubiéramos preguntado a cuánta gente estaría dispuesto a asesinar para salvar a un ser querido.

Rápidamente Cagney nos rescata de nuestra culpabilidad y nuestra angustia haciéndonos ver que medio mundo conspira en la sombra para «ayudarnos» a ver las cosas así. A pensar en estos términos utilitarios de otros seres humanos. Por un lado tenemos avances médicos que han multiplicado— aunque no para todos— la esperanza de vida y las posibilidades de curar muchas cosas que hasta hace poco no tenían remedio. Por otro lado tenemos millones de personas sumidas en la pobreza y el oscurantismo e incluso en culturas donde la vida humana individual tiene un valor relativo si se compara con el que tiene en Occidente. En el momento en que la oferta y la demanda coinciden, cierta ecuación monstruosa empieza a tomar forma.

Es una monstruosidad bilateral. Por un lado están los donantes a la fuerza, por otro lado los receptores de unos órganos que, dado su turbio origen, nadie puede garantizar que estén en perfecto estado de revista. Al proceder de

personas desnutridas, desvalidas y con los lógicos problemas de salud asociados a estas condiciones, puede pasar cualquier cosa. Este ha sido a veces el argumento para oponerse a que personas que cumplen condena en Estados Unidos «compren» su libertad donando órganos, como ocurrió bastante recientemente: dos hermanas con una larga condena por robo fueron indultadas a cambio de que una donara un riñón a la otra, liberando así al estado de costosas facturas por su tratamiento de diálisis.

Los tentáculos del mercado rojo son variados, son enormes y a veces parecen o incluso son inocentes. No todo es arrancar sangre o hígados por la fuerza. Por ejemplo las favorecedoras extensiones de pelo humano con que muchas nos hemos adornado alguna vez —quien esto firma adquirió unos mechones en 2002 en Estados Unidos por alrededor de 200 dólares— proceden en muchos casos de donaciones a un templo hinduista en el sur de la India, regido por una deidad que en teoría destruye los pecados de los creyentes que le hacen ofrendas. Entonces resulta que una joven india se corta la melena para agradar a su dios, y esa melena acaba en una inconsciente cabecita occidental. Y alguien que está en medio se embolsa al cabo del año unos cuantos miles o incluso millones de dólares.

#### Mayor transparencia

Este es sólo un ejemplo, relativamente inocuo, aunque no del todo, de la colosal ignorancia en que se funda todo el invento. ¿Seguiríamos comprando extensiones de pelo si conociéramos con precisión su origen y su historia? ¿O pagando a madres de alquiler si supiéramos cómo y por qué y en qué condiciones llegan a serlo? ¿O adoptando niños sin preguntar de dónde salen? ¿O adquiriendo óvulos para tratamientos de fertilidad donados por inmigrantes sin papeles? ¿O dando por hecho que no hace ninguna falta donar sangre, porque, total, seguro que cuando nosotros la necesitemos el hospital ya la sacará de algún sitio?

«La transparencia es la clave para atajar los abusos, es la única salvaguarda posible», afirma Scott Cagney, categórico. Empezar por saber de dónde proceden los órganos o funciones corporales parece esencial para poner orden en los mercados, en los rojos, en los negros o incluso en los blancos.

Y es que en los mismos circuitos legales ha habido controversia sobre si es mejor pagar por las donaciones o fiarlo todo al altruismo. Ambas opciones han demostrado tener inconvenientes, lo cual lleva a menudo a tirar por el camino de en medio, no siempre con mala intención o con afán de lucro. Por ejemplo en Estados Unidos hace tiempo que funciona una red de donaciones voluntarias alternativas a la red oficial y a sus desesperantes, a veces criminales, listas de espera. Ciudadanos que un buen día deciden donar un riñón a un desconocido porque sí. Mientras no acepten dinero a cambio, es perfectamente legal.

Otra cosa es cómo se engrana eso en una industria sanitaria donde, aunque el órgano pueda ser gratis por ley, no lo es nada de lo que le rodea: ni la conservación, ni el trasplante en sí, ni mucho menos la atención necesaria para

recuperarse después de donar. «En el momento en que entra el dinero en juego, todo se corrompe o puede corromperse», sentencia Cagney.

## **2.- Los ciudadanos formarán parte de las decisiones de los Comités de Ética de los centros sanitarios andaluces**

### **Se seleccionarán por sorteo y tendrán voz y voto sobre la resolución de conflictos**

El Ideal, Redacción. Granada 5 de julio

La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha iniciado la selección de los ciudadanos que participarán en los 19 Comités de Ética Asistencial de la sanidad pública andaluza. La elección de estos ciudadanos se realiza por sorteo entre todas las personas que componen la Base de Datos de Usuarios de los centros sanitarios y, con esta medida, la Consejería de Salud pretende fomentar la participación de los ciudadanos en la resolución de los conflictos éticos que puedan plantearse en el ámbito sanitario.

La promoción de la participación ciudadana, junto al fomento de la formación en bioética tanto de usuarios como de profesionales y estudiantes de ramas sanitarias y la adopción de mejoras en aspectos como la información que se ofrece a los usuarios a través del consentimiento informado constituyen algunas de las líneas fundamentales de la “Estrategia de Bioética de Andalucía”, presentada en Granada por la consejera de Salud, María Jesús Montero.

Para la consejera de Salud, esta estrategia, que contempla un total de 100 medidas, constituye un plan de gran complejidad puesto que pretende abordar todos y cada uno de los aspectos éticos que se plantean en la atención sanitaria y garantizar una actuación adecuada.

Tal y como señaló la consejera de Salud, “la Estrategia de Bioética viene a dar respuesta a situaciones en las que colisionan los derechos que el ciudadano entiende que le pertenecen con la labor asistencial de los profesionales, en un contexto como el actual en el que el usuario de la sanidad andaluza es corresponsable en la toma de decisiones, tiene cada vez más información y es protagonista de su proceso de salud”.

Andalucía ha sido la primera comunidad autónoma en adaptar la normativa estatal a la regulación de los órganos de ética asistencial y de investigación biomédica a través del decreto que define la regulación total de los Comités de Ética. Con la incorporación de ciudadanos que aporten su opinión desde la base de la empatía y sin influencia legal o sanitaria se continúa avanzando en la labor que desarrollan estos comités.

Actualmente, una decena de andaluces han realizado ya las entrevistas previas a su incorporación a los Comités, de los que ya hay constituidos un total de 19. Además, estos Comités han mejorado la accesibilidad a los ciudadanos con el establecimiento de una línea de consulta abierta y directa de los ciudadanos con los profesionales ante situaciones de conflicto. Para ello, se han establecido áreas de referencia con la identificación de 336 expertos para resolver situaciones de conflicto.

El centenar de medidas que integran la “Estrategia de Bioética” se articulan en tres ejes fundamentales: ciudadanos, profesionales y organización sanitaria como espacio compartido de valores. Estas actuaciones tienen como objetivo fundamental plantear los aspectos éticos como elemento transversal a toda la organización y desarrollar los valores de la sociedad desde la garantía a la autonomía personal y a las creencias de cada individuo.

### **3.- Basta de cesáreas rutinarias**

#### **El porcentaje de partos por esta técnica cae ocho puntos y se acerca a las recomendaciones de la OMS**

El País, CARMEN MORÁN 09/07/2011

El número de cesáreas que se practican en los hospitales ha empezado a caer, una buena noticia si se tienen en cuenta las indicaciones de la OMS, que desde hace más de 20 años recuerda que no es justificable que estas intervenciones superen un 15% sobre el total de los partos. En 2007, las cesáreas suponían alrededor del 25%, mientras que los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), correspondientes a 2009, muestran un descenso de ocho puntos. Esa caída ya se registró en 2008. Las organizaciones que defienden la necesidad de concluir los partos, en la medida de lo posible, de forma normal, se congratulan con estas cifras.

El logro es claro: una cesárea no deja de ser una intervención quirúrgica que, además de prolongar tres o cuatro días más la hospitalización de la madre, multiplica el riesgo de infecciones y cuadruplica el de hemorragias. Sin olvidar tampoco el fondo económico, ya que un parto sin complicaciones cuesta unos 1.400 euros mientras que una cesárea normal cuesta más de 2.700, según datos del Ministerio de Sanidad.

En 2007, Sanidad acordó con las comunidades la puesta en marcha de lo que llamaron Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN) para "humanizar" este proceso y situarlo en "su justa dimensión fisiológica". Años después, la estrategia parece haber surtido efecto. Los profesionales suelen achacar el inflado número de cesáreas a la comodidad de algunos de sus colegas o bien a la falta de personal en ciertos turnos, que llevaría a practicar una cesárea antes de tiempo por si horas después se hace inevitable y no hay facultativos para ello. Las intervenciones en la sanidad privada duplican en algunos casos las cifras de la pública.

Las demandas judiciales tampoco han ayudado a deshinchar estos datos. Si algo iba mal en el parto y no se había practicado una cesárea, el médico solía perder la pugna en tribunales.

Para ir cambiando estas costumbres se aprobó la estrategia de partos normales. La ginecóloga Pilar de la Cueva fue en los comienzos la coordinadora científica del proyecto: "Profesionales de distintos ámbitos veníamos trabajando en ello años antes; entonces te decían que eras una jipi, pero lo que pedíamos era, simplemente, que ahorraran a las embarazadas prácticas inútiles, como el rasurado, la episiotomía, que no separaran al bebé de la madre de forma inmediata, que dejaran entrar a la pareja, muchas de esas cosas se han conseguido ya. Una cosa es que se pida epidural, pero aunque no duela no hay por qué rajar sistemáticamente", cuenta.

De la Cueva piensa que el empujón definitivo lo ha dado la sociedad, las madres, que han reclamado otros modos en los hospitales. Su frase favorita, que recoge el texto de la estrategia, es la que menciona la necesidad de



"incrementar la calidez y la calidad de dicha atención". De la Cueva explica que se han impartido talleres para los profesionales, médicos, matronas, aunque cree que aún se debe hacer un mayor esfuerzo por llegar al ámbito judicial. "Ya tenemos protocolos precisos basados en la evidencia científica. Y sabemos que las cesáreas no siempre son necesarias y se conoce el sufrimiento del bebé y la más difícil recuperación tras el parto".

Las cesáreas venían subiendo casi un punto cada año en España, pero esa tendencia se rompió en 2007. Ese año el INE inició la recogida de datos propios sobre cesáreas, bien a través de los facultativos en los hospitales o con encuestas a los padres que se les ofrecen al inscribir al bebé en el registro civil. Pero el Ministerio de Sanidad recaba también sus propias cifras, las últimas de 2008. Aunque en 2007 los datos del INE no son todavía rigurosos por completo, coinciden con los del ministerio: un 25% de cesáreas practicadas. A partir de entonces, y ya con los datos del INE, que el ministerio da por buenos, se produce la caída. "No sube, y eso ya es positivo, eso había que pararlo. Hay muchas prácticas inútiles, como los enemas, no dejar a las parturientas tomar líquidos, poner oxitocina de forma rutinaria. Ahora a la mujer se le pide más opinión, que participe", explica Longinos Aceituno Velasco, jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia del hospital Huércal-Overa (Almería).

En Europa coexisten tres modelos, desde el más intervencionista e institucionalizado, donde puede inscribirse España, hasta el que se da en Holanda o países nórdicos, donde el parto se practica incluso fuera de los hospitales y es atendido por matronas. Hay otro, el que se practica en Alemania o Reino Unido, institucionalizado pero humanizado. La estrategia aprobada en 2007 por el ministerio plantea que solo se intervenga "para corregir las desviaciones de la normalidad y que los profesionales sanitarios favorezcan un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres".

Así pues, no se trata de sacar los partos de los hospitales, ni de rechazar la epidural, por ejemplo, pero sí de dejar margen de decisión a las parturientas.

"Estamos satisfechos de cómo los profesionales han ido incorporando estas prácticas, y protocolos basados en las evidencias científicas", dice la jefa de servicio del Observatorio de Salud de las Mujeres (Ministerio de Sanidad), Isabel Espiga. "Había mucha variabilidad en las cifras de cesáreas, entre comunidades, entre unos hospitales y otros, incluso en los mismos hospitales. Ahora es más homogéneo", añade.

Asociaciones como El Parto Es Nuestro, implicadas desde 2003 en conseguir que las cesáreas disminuyan, aplauden estos datos, pero advierten: "Esperamos que el descenso no sea a costa de un mayor número de partos instrumentalizados o con fórceps", dice su presidenta, Marta Parra.

#### **4.- El nuevo Código Deontológico ve la luz tras dos años de trabajo**

Diario Médico, A.Serrano | S. Valle | 11/07/2011

La profesión médica tiene un nuevo Código Deontológico. La Organización Médica Colegial (OMC) ha aprobado una nueva guía de la profesión que sustituye a la de 1999 y en cuya elaboración se han invertido dos largos años. El texto, que está previsto que se haga público mañana, surge de la Asamblea General que la organización médica celebró el pasado sábado y en la que se votaron las últimas 70 alegaciones presentadas al borrador.

Los 58 miembros que asistieron a la asamblea -había convocados sesenta- fueron votando una por una las objeciones remitidas por los colegios. "Nos quedamos veinte personas haciendo el recuento final", apunta Serafín Romero, secretario general de la OMC. Esta dinámica dilató la reunión hasta la tarde con el cómputo de los votos, cuyo resultado definitivo se conocerá hoy.

##### **Aborto**

La cuestión de mayor polémica abordada en el nuevo texto es la referida a la objeción de conciencia de los facultativos en relación con la información sobre el aborto. Este derecho se recoge en el artículo 55.2 de la última redacción provisional del código, que señalaba: "El médico, que legítimamente opte por la objeción de conciencia a la que tiene derecho, no queda eximido de informar a la mujer sobre los derechos que el Estado le otorga en esta materia ni resolver, por sí mismo o mediante la ayuda de otro médico, los problemas médicos que el aborto o sus consecuencias pudiesen plantear". Sobre esta cuestión el secretario general de la OMC afirmó que la asamblea había buscado el consenso amplio en el respeto al derecho de la mujer a ser informada y que "la información a la paciente es una obligación del médico, pero sin estar obligado a dar el sobre cerrado, sino a informar lo que crea conveniente en cada caso". Romero aseguró que casi todos los artículos del código se habían modificado y que la mayoría de los cambios atendían a cuestiones semánticas, aunque también había algunos más de concepto.

##### **Participación**

Otra de las acusaciones que ha rodeado a la elaboración del nuevo código ha sido el de un excesivo oscurantismo que habría impedido la participación de los colegiados en la presentación de alegaciones e incluso en el conocimiento del texto. A esta cuestión responde Luis Ciprés, miembro de la Comisión Deontológica de la OMC, detallando el trabajo que se ha seguido tanto de la comisión deontológica como de la comisión central en la elaboración del texto, "en el que se han remitido dos borradores a los colegios profesionales para que los estudiaran y presentaran sus sugerencias en dos momentos diferentes".

Romero también coincide en esta valoración alegando que desde la OMC se "han enviado los borradores a los colegios profesionales, a los que a su vez les correspondía enviarlos a sus colegiados".

Según algunos asistentes a la asamblea, el nuevo código da un giro copernicano al de 1999, "que ya estaba desfasado", e introduce cinco capítulos

más y unos cien epígrafes nuevos respecto al antiguo. También tuvieron claro que éste tiene que ser legible para el ciudadano y no sólo para el facultativo.

## **5.- Código de Deontología: vademécum de sensatez**

**Rogelio Altisent**

Diario Médico, 11/07/2011

Un código de deontología profesional es un compendio de sabiduría práctica que ofrece principios, prescripciones y recomendaciones para orientar la excelencia en el ejercicio de una profesión con unas exigencias básicas sometidas a la disciplina corporativa. Un buen código se sitúa entre la normativa legal y la ética personal, señalando un nivel de exigencia que va más allá de la ética de mínimos que establece el Derecho, marcando a la vez las líneas rojas que los comportamientos profesionales no deberían traspasar, aunque la ley no haya entrado a prescribirlo. Habitualmente los profesionales de la medicina se mueven por ideales de excelencia, pero cabe preguntarse si estos ideales son absolutamente relativos, y si no lo son, ¿quién define el marco de lo que es un buen profesional? En España los Colegios de Médicos como instituciones de derecho público reciben el encargo de la sociedad para establecer un Código de Deontología (CD) exigible a sus colegiados. La aprobación del CD solo puede hacerse mediante un procedimiento democrático, tal como establecen los Estatutos de la OMC.

\* "Un buen código es un antídoto tanto para la judicialización de la medicina como para la privatización de la ética médica"

El texto del CD de 2011 que se acaba de aprobar es el producto del consenso de los profesionales canalizado a través de los colegios provinciales donde las juntas directivas y las comisiones de deontología han debido estudiar y analizar su actualización, de manera abierta a la colegiación durante más de un año, periodo en el cual se han debatido propuestas y alegaciones hasta su redacción definitiva. Esta renovación del anterior Código de 1999 no partía de cero, pues existe un procedimiento de revisión continuada que son las Declaraciones de la Comisión Central de Deontología que adquieren rango de Código Deontológico desde el momento de su aprobación, que ya habían definido doctrina deontológica, por ejemplo, sobre las fronteras de las competencias dentro de la profesión, la relación con la industria farmacéutica o la objeción de conciencia.

Personalmente entiendo que un buen código es un antídoto tanto para la judicialización de la medicina como para la privatización de la ética médica. Esto tiene un valor social inconmensurable, pues supone impulsar los comportamientos profesionales por encima de unos principios éticos que son puntos de partida abiertos a la creatividad y a la generosidad personal, pero que también son claras referencias morales ante el riesgo de la arbitrariedad o de la politización de la medicina.

No es posible lograr un CD que satisfaga a todos los médicos españoles en todas sus letras, del mismo que tampoco lo es que una minoría pueda imponer sus criterios, pues supondría una quiebra corporativa de consecuencias imprevisibles para la profesión, donde la población se llevaría la peor parte. Una institución democrática debe buscar acuerdos. Esto no significa que el

consenso sea sinónimo de arbitrariedad impuesta por mayoría, pues los médicos del siglo XXI no vamos a inventar nuevos principios como si fuéramos demiurgos, pero si nos corresponde interpretar y definir la respuesta de la medicina a las nuevas circunstancias y los nuevos desafíos de nuestro tiempo.

Ha llegado el momento de leer con calma el nuevo Código de Deontología Médica, en mi opinión excelente, y de iniciar su estudio crítico, incluso apuntando nuevas mejoras para el futuro. Tenemos la tarea pendiente de que las nuevas generaciones, ya en los estudios de Grado, aprendan a valorar la riqueza prudencial que contiene: un auténtico vademécum de sensatez. A los Colegios les corresponde ahora la responsabilidad de difundirlo y exigirlo con fortaleza. El beneficio lo recibirán los pacientes y la sociedad, pues ésta es la justificación última de los Colegios de Médicos.

## **6.- Se ultima la orden que limita el acceso a los datos sanitarios del enfermo.**

EUROPA PRESS, Santiago de Compostela, 11/07/2011

El técnico o auxiliar de farmacia no podrá acceder ni al historial farmacoterapéutico ni al clínico del paciente

La Consejería de Sanidad de la Junta de Galicia ultima la orden que regula la asistencia al farmacéutico por parte del personal técnico o auxiliar en la dispensación de medicamentos y productos sanitarios sujetos a la receta electrónica, que establece que estos trabajadores no podrán acceder al historial farmacoterapéutico ni a información relacionada con la historia clínica personal del paciente.

La consejera de Sanidad de Galicia, Pilar Farjas, ha informado de la última fase de tramitación de la orden que regula la asistencia al farmacéutico. Según la Administración sanitaria, la acreditación "va a suponer una mejora de la prestación farmacéutica para los ciudadanos porque redundará en un mejor servicio por las propias oficinas de farmacia. Además, queda garantizada la protección de datos de los pacientes", indica la consejera. En este sentido, precisa que la dispensación no se dará por terminada hasta que el acto sea avalado por el farmacéutico.

El máximo mandatario gallego, Alberto Núñez Feijóo, ha explicado que con esta orden "se establece en qué momentos puede actuar y qué funciones puede realizar un auxiliar de farmacia y cuáles el farmacéutico. Intentamos dar garantías de que los técnicos puedan seguir haciendo su labor y dar garantías a los pacientes". Por otra parte, el Servicio ha anunciado que creará un grupo de expertos para la coordinación de la estrategia de atención integral al paciente con dolor, que empezará a trabajar en el último trimestre de 2011.

### Atención al dolor

El desarrollo de una medida global, según explican desde la Junta, permitirá incorporar la atención al dolor como una estrategia transversal en todos los procesos y una continuidad asistencia entre atención primaria y especializada.

## **7.- "La medicina defensiva es una de las causas de que el sistema sea insostenible"**

**Luciano Vidán**, del Colegio de Médicos de La Coruña  
María Lagoa. La Coruña | 19/07/2011 00:00

Es un hecho que la proliferación de denuncias judiciales contra los profesionales sanitarios ha derivado en la práctica de una medicina defensiva que, según el presidente del Colegio de Médicos de La Coruña, Luciano Vidán Martínez, perjudica tanto al médico, que trabaja sometido a presión, como a la colectividad porque se solicitan pruebas innecesarias que generan un importante coste económico.

"La medicina defensiva es una de las causas de que el Sistema Nacional de Salud sea cada vez más insostenible", ha señalado Vidán durante el curso de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo en La Coruña titulado El régimen jurídico de la responsabilidad sanitaria, que dirige el catedrático de Derecho Civil, Domingo Bello Janeiro.

### **Miedo al banquillo**

Pero aún hay más efectos perversos de ese miedo del profesional a acabar sentado en el banquillo; uno de ellos es que algunas especialidades pueden quedarse sin médicos: "La medicina defensiva va a ser la negación del sistema sanitario. En Estados Unidos, por ejemplo, hay hospitales que no tienen neurocirujanos porque nadie quiere ejercer en esta especialidad por el elevado coste de las pólizas que tienen que pagar".

Además, el médico está dispuesto a arriesgar menos: "La medicina en muchas ocasiones es una ecuación beneficio/riesgo y cada vez el médico se atreve menos; hay que buscar alguna fórmula que permita hacer una medicina sensata".

El presidente del colegio de médicos de La Coruña ha llevado a primer término de la discusión las condiciones laborales en las que los profesionales realizan su trabajo, con agendas sobredimensionadas. También la falta de medios que han de sortear para ofrecer información al paciente y hacer valer el principio de autonomía: "Muchas veces el médico tiene que informar en una situación de gravedad en un pasillo o en una habitación llena de gente".

Los riesgos para la confidencialidad que se desprenden del uso de las nuevas tecnologías ha sido otro de los argumentos de su conferencia y, en este sentido, ha instado a extremar las medidas de seguridad. También ha exigido a la Administración sanitaria que ponga los recursos para evitar las agresiones a los profesionales.

Por su parte, Domingo Bello Janeiro ha cifrado en 100.000 las contiendas judiciales que se abren cada año en nuestro país por responsabilidad civil o penal contra los profesionales sanitarios por lo que ha considerado esencial reducir las listas de espera.

## **8.- Los 14 días del 'preembrión' sólo son una mera conjetura**

**Gonzalo Herranz**, de la Universidad de Navarra

Herranz defiende que entre biólogos y bioéticos debe darse una relación vital. De ello depende, por ejemplo, que el embrión de menos de 14 días esté provisto de dignidad. El catedrático de Anatomía Patológica revela en este sentido que la cronología del modelo de Corner sigue siendo una hipótesis.

Me invitaron a dar la lección de clausura de la V edición del Máster en Bioética de la Universidad de Navarra. Y elegí para ella un tema básico: la seriedad con que, en bioética, se ha de tomar la biología. Es muy estrecha la relación que se anuda entre biología y bioética. Eso quiere decir que biólogos y bioéticos no pueden trabajar dándose la espalda. Se necesita un vivo intercambio entre ciencia natural y filosofía moral, entre logos y ethos. En mi lección a los nuevos másteres les instaba a que dedicaran horas a leer ciencia biológica, y a hacerlo intensa, críticamente. Lo exige mantener alto el listón. A veces pienso que la bioética académica está perdiendo aliento. Y parte de la culpa de ese aflojamiento puede radicar en que cada año son más numerosos los trabajos de bioética debilitados por su biología mal entendida o falseada. No ocurre eso siempre por culpa de los bioéticos: no faltan biólogos que, por intereses ideológicos, dan por buenas interpretaciones dudosas, y por definitivos datos provisionales. Para mostrar a los másteres una aplicación de esas ideas y consejos, les puse varios ejemplos. Elijo para esta Tribuna, uno que, a mi parecer, puede interesar -y hacer pensar- a muchos.

### Supuesta cronología de la gemelación

En embriología, obstetricia y genética humanas, se tiene por dato firme que los gemelos monocigóticos se originan por división del embrión durante los 14 días que siguen a la fecundación. En eso coinciden los libros de texto y los artículos de investigación avanzada. En ese concepto se apoyan, en donde las haya, las leyes de reproducción asistida y experimentación en embriones humanos. Es, a fin de cuentas, biología "oficial".

\* He llegado a la conclusión de que la correlación tiempo de desarrollo posfecundación/tipos de gemelos que presentan manuales y artículos de investigación es una mera hipótesis

Que en esas dos semanas el embrión humano puede dividirse y originar dos seres humanos es idea que fascina a muchos bioéticos, juristas y teólogos. Les permite afirmar que, mientras es posible esa división, no estamos ante un individuo humano, sino ante un ser pre-personal, ante un pre-embrión, el cual, obviamente, no puede ser persona humana ni titular pleno de los derechos humanos. La coherencia filosófica de este argumento ha sido debatida hasta la náusea.

Pero, ¿cuál es su solidez científica? ¿Es dato probado, demostrado, que el embrión humano puede dividirse y originar gemelos a lo largo de sus dos primeras semanas de desarrollo? He dedicado tres años a rastrear, con deseo de ser exhaustivo, las publicaciones biomédicas sobre el asunto. Y he llegado a



la conclusión de que la correlación tiempo de desarrollo posfecundación/tipos de gemelos (DCDA, MCDA, MCMA, gemelos unidos) que monótonamente presentan manuales y artículos de investigación es una mera hipótesis. La lanzó G. W. Corner en 1922. Fue completada por O. v. Verschuer en 1932. La divulgó de nuevo Corner en 1955. Y, poco a poco, ha sido sumisamente aceptada por todos, a pesar de lo que el propio Corner afirmaba.

\* Curiosamente, la 'historia' de los 14 días ha dado a los bioéticos un argumento muy astuto que les autoriza a mantener a los embriones en un limbo de inferioridad ética y así manipularlos impunemente

Decía en 1922: "Voy a permitirme un breve ejercicio de imaginación sobre la morfogénesis de los gemelos monocoriónicos humanos". Y, en ese ejercicio de imaginación, no sólo fundía en un modelo hipotético sus ideas sobre la gemelación diamniótica del cerdo con las de Paterson sobre la monoamniótica del armadillo, sino que tradujo a coordenadas temporales de la embriología humana lo que suponía que podía ocurrir en la geminogénesis monocoriónica humana.

Más de 30 años más tarde, cuando su ingeniosa y brillante teoría se estaba ya convirtiendo en paradigma indiscutido, en dogma que no había generado herejes, el propio Corner, al reproponerla y completarla, seguía declarando que era cosa artificial, especulativa. Decía, en 1954, en su Baer Lecture: "Los embriólogos y obstetras hemos construido con lápiz y papel la teoría morfológica de la gemelación uniovular, trazando los diferentes modos que podría seguir el cigoto para desarrollar al final dos embriones. Todo eso está en los manuales. Se ha elaborado, sin embargo, mediante meras conjeturas a partir de la estructura de la placenta y las envolturas fetales...".

Un necesario cambio de paradigma

Ha pasado más de medio siglo y nadie ha modificado el modelo de Corner. Pero nadie le ha dado fundamento empírico. En los laboratorios de reproducción asistida se han examinado millones de embriones humanos: pero de esas observaciones no ha venido luz, aunque sí alguna confusión. Llevamos noventa años parados, fascinados por una teoría perfecta, lógica y racional, que ha apagado la curiosidad y anestesiado la rebeldía.

Curiosamente, la "historia" de los 14 días ha dado a los bioéticos un argumento muy astuto que les autoriza a mantener a los embriones en un limbo de inferioridad ética y así manipularlos impunemente. Pero ese no parece un comportamiento serio, responsable. Cuando de sus reflexiones un bioético saca conclusiones de gran calado (por ejemplo, negar dignidad plenamente humana al embrión humano), ese bioético está obligado a proceder sin prejuicios éticos y biológicos. No puede aceptar a ciegas un dato biológico, por popular que sea, sin cerciorarse de su origen, historia y validez, pues no le vale creer en la biología con la fe de carbonero. Ni le es lícito privar de derechos humanos a ciertos seres humanos aplicando teorías biológicas hechas sólo con "lápiz y papel". Han de exigir de los biólogos no que les halaguen los oídos con suposiciones, sino hechos bien comprobados, de garantía, oro científico puro, no oropel.

Cabe preguntarse: ¿Por qué no se ha investigado la posibilidad de que la gemelación se dé en el primer momento, en la primera división del cigoto? Eso resolvería muchos problemas ontológicos. Sobre todo, recuperaría para los gemelos monocigóticos una morfogénesis sencilla. La gemelación sería resultado del mismo proceso de la fecundación, que, iniciado con la penetración del embrión, se completa con la primera división del cigoto. De ordinario, esa división origina los dos primeros blastómeros. Pero en la gemelación monozigótica, esa división produciría dos cigotos. Cada gemelo proseguiría autónomamente su desarrollo: cada uno decide su propio desarrollo.

Esta teoría arrumbaría el modelo teórico de la escisión en diferentes etapas (dos blastómeros, mórula, blastocisto inicial y tardío, disco embrionario), y colocaría en su lugar un modelo teórico de fusión de membranas. La nueva idea causará escándalo, chocará con prejuicios de piedra berroqueña. Pero confío en que, en un futuro no lejano, sepamos suficiente para ver cómo nacen dos cigotos. La cronología del modelo diseñado por Corner sigue siendo una mera hipótesis, nunca demostrada. No es lícito convertirla en un relato factual. Es abusivo esgrimirla en el debate bioético en apoyo de la tremenda afirmación de que el embrión de menos de 14 días está desnudo de dignidad. Esa es una inferencia despótica.

## **9.- Los médicos ya no recetarán fármacos de marca**

**Prescribir el genérico más barato en toda España es una de las medidas adoptadas en el marco del Consejo Interterritorial de Salud para garantizar la sostenibilidad del sistema**

ABC / Madrid, 21/07/2011

El Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas han acordado modificar el procedimiento de prescripción de medicamentos para que se haga por principio activo en todo el Sistema Nacional de Salud (SNS). Los médicos recetarán el medicamento por su principio activo (por ejemplo, paracetamol) y no por su marca comercial. Cuando el usuario vaya a la farmacia con su receta, se le dará el genérico más barato.

Esta es una de las medidas adoptadas en el marco del Consejo Interterritorial de Salud para garantizar la sostenibilidad del sistema. "Puede suponer un ahorro fundamental", ha resaltado la titular del ramo, Leire Pajín, después de las casi cinco horas que ha durado la reunión, informa Ep.

En la misma, también se ha acordado modificar el sistema de precios de referencia y rebajar un 15 por ciento el precio de los medicamentos con más de 10 años desde su registro que no tienen un genérico en el mercado, entre otras medidas. En total, el objetivo es conseguir un ahorro de 2.000 millones de euros anuales.

Además, Pajín también propondrá al Consejo de Política Fiscal y Financiera que, de los 8.000 millones de euros adicionales con que contarán las comunidades autónomas para sus presupuestos de 2012, la mayoría se destinen a Sanidad. Por otro lado, en la reunión de este jueves el Ministerio y las comunidades se han comprometido a que la historia clínica digital y la receta electrónica sean interoperables en todo el SNS "a lo largo de 2012", al tiempo también han acordado tener un único modelo de tarjeta sanitaria.

## **10.- Los farmacéuticos y los fabricantes se oponen a los medicamentos sin marca**

ABC, 22 julio 2011.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y Farmaindustria, la patronal de los fabricantes de medicamentos, han coincidido hoy en arremeter contra las medidas de ahorro aprobadas ayer por el Consejo Interterritorial de Salud, entre ellas obligar a los médicos a recetar medicamentos por principio activo y no por marca comercial, así como una reducción en precios de referencia.

Para los colegios de farmacéuticos, estas medidas «impactan de nuevo sobre el sector del medicamento, y en particular, sobre la totalidad de las farmacias, que ya acumulan 16 medidas de recorte en los últimos diez años». En este sentido, echa de menos que el Consejo Interterritorial no haya adoptado medidas en «las partidas verdaderamente ineficientes» del Sistema Nacional de Salud (SNS) y destaca que «vuelva a incidir en la partida más controlada y transparente, la del gasto ambulatorio del medicamento, que representa un 20% del gasto sanitario total».

«Es imprescindible que el próximo Consejo de Política Fiscal y Financiera dote a la Sanidad de los recursos económicos que realmente necesita, y habilite que los recortes que se están produciendo sobre el medicamento reviertan sobre el sector afectado», aseguran los farmacéuticos.

No obstante, valoran que el Consejo Interterritorial «haya sido sensible a establecer sistemas de compensación a las farmacias pequeñas en núcleos de población de menos de 1.500 habitantes, en línea con lo que el Consejo General viene solicitando desde el año 2009».

Más de 21.000 farmacias y 80.000 empleos

El servicio asistencial que prestan las farmacias, advierte el Consejo General, «peligra por la demora en el pago de algunas Comunidades Autónomas, inasumible para la economía de la farmacia, por lo que se debe asegurar dicho pago a los farmacéuticos, al igual que al resto de los profesionales sanitarios del SNS, solo así podrán garantizar la disponibilidad de los medicamentos».

«Las 21.364 farmacias -añade- necesitan un escenario certidumbre que les permita proporcionar los actuales y nuevos servicios asistenciales, así como mantener los 80.000 puestos directos de trabajo, que constituyen un empleo estable, cualificado y mayoritariamente femenino».

Farmaindustria, por su parte, asegura que las medidas adoptadas en el Consejo Interterritorial de Salud son un «error» que traerá «graves consecuencias» y pérdidas para el sector, al tiempo que afecta a la actividad profesional y perjudica a los pacientes, informa Ep. «Nos lo están poniendo muy difícil», ha asegurado el director general de Farmaindustria, Humberto Arnés, acusando al Ministerio de Sanidad y a las comunidades autónomas de no haber afrontado la deuda que mantienen éstas últimas con los laboratorios,

que asciende a 5.400 millones de euros. «No sólo no nos pagan, sino que ahora nos bajan los precios y nos ponen nuevas restricciones», ha sentenciado.

## **11.- Sociedades e industria piden matices a la receta obligatoria por principio activo**

DM, Laura G. Ibañes | 22/07/201

El sector sanitario ha reaccionado con sorpresa y conmoción ante los nuevos recortes de 2.400 millones de euros anunciados por sanidad que centrarán, de nuevo, el grueso de las medidas en el gasto farmacéutico con la obligación de prescribir por principio activo en todos los casos, la reducción de un 15 por ciento en el precio de los fármacos de más de 10 años y la modificación del sistema de precios de referencia.

La industria farmacéutica ha advertido del gravísimo impacto en sus cuentas que, junto a los recortes de los anteriores reales decretos disminuirá sus ingresos un 30 por ciento, y tanto sociedades como colegios de médicos y farmacéuticos piden ciertos matices a la obligación de prescribir por principio activo.

\* Humberto Arnés: "Vamos a ser el único país de Europa junto a Rumanía que obliga a prescribir por principio activo y es una medida inadmisibles desde el punto de vista sanitario"

Humberto Arnés, director general de Farmaindustria, ha afirmado sobre los recortes que "la industria está consternada porque el impacto de las medidas anunciadas por sanidad alcanza los 2.400 millones de euros, que se suman a otros 2.500 millones que se recortaron con los dos anteriores reales decretos ley. Es decir, en 17 meses han recortado la facturación del mercado en un 30 por ciento, pese a que el gasto farmacéutico decrece un 10 por ciento, pese a que la Administración nos debe 5.400 millones, y pese a que teóricamente estábamos en un clima de consenso con el plan sectorial, que queda en vía muerta".

Según Arnés, "se ha optado por la prescripción obligatoria por principio activo, que va contra la libre prescripción del médico y que es inadmisibles desde el punto de vista sanitario... Seremos el único país de Europa junto a Rumanía que obliga a recetar por principio activo".

\* Jerónimo Fernández: "Siendo consecuentes con el posicionamiento deontológico de la OMC es una medida racional: la libertad de prescripción es elegir la sustancia, no la marca"

Farmaindustria advierte además de que si esa obligación de recetar por principio activo "se aplica también a fármacos innovadores, se acabará radicalmente la concesión de licencias a compañías nacionales".

Con claras objeciones a la prescripción se ha expresado también Julio Zarco, presidente de Semergen, para quien "no es una medida adecuada; se ha perdido la oportunidad de hablar más allá del ahorro farmacéutico, de recortar de los grandes pozos de ineficiencia del sistema, que no es la farmacia sino la duplicidad de pruebas complementarias, la coordinación de primaria con

especializada, el modelo orientado a los agudos y saturado por los crónicos.. Y se ha optado en su lugar por una medida insuficiente y que no va en la línea correcta".

Recelos también en boca de Moisés Robledo, secretario de SEMG, que reconoce que "recibimos bien la medida en cuanto al ahorro que puede generar, pero el debate de la sostenibilidad debería haber sido más amplio e ir más lejos que los recortes habituales en farmacia, estudiando el gasto en incapacidad temporal o los problemas y gastos que genera la burocracia".

\* Julio Zarco: "No es una medida adecuada y se ha perdido la oportunidad de recortar de los grandes pozos de ineficiencia, como la duplicidad de pruebas"

Robledo critica que "además se ha anunciado esto, como de costumbre, sin consultarnos, sin explicarnos y sin darse cuenta de que la libertad de prescripción significa mucho más que elegir lo que se quiere... Es elegir lo que es mejor para el paciente y en ocasiones eso es incompatible con una prescripción por principio activo, porque puede ser que el fármaco que le van a dispensar lleve un excipiente con lactosa a la que es intolerante el paciente y hace falta articular una forma de asegurar excepciones. Además, si se cambia todos los meses de marca el paciente será incapaz de seguir y cumplir sus tratamientos".

Estas excepciones son reclamadas también por Josep Basora, presidente de Semfyc para quien, con todo, "hay que entender que se trata de una medida adoptada en crisis y en un contexto muy difícil. Sin embargo, no hemos sido consultados pese a ser los más afectados por una decisión de estas características, y esperamos que en la redacción final se nos tenga en cuenta porque creemos que puede plantear problemas de adherencia al tratamiento. Éticamente no me plantea problemas, pero sí hace falta reflexionar sobre la adherencia y sobre el papel secundario que va a tener el médico".

Más apoyo se escucha desde la OMC, cuyo vicesecretario, Jerónimo Fernández Torrente, afirma que "siendo consecuentes con nuestro posicionamiento deontológico, la prescripción por principio activo nos parece racional desde todos los puntos de vista, incluido el económico. La libertad de prescripción bien entendida es elegir la sustancia, no la marca. Sin embargo, hay que reconocer que pueden plantearse problemas de adherencia si la apariencia de los genéricos no es la misma en cada principio activo y eso es lo que hay que garantizar".

Faltan ingresos

Desde la patronal de la industria de genéricos, Aeseg, también se ve con preocupación el paquete de medidas adoptado: "La aplicación de estas medidas agotan y ponen en riesgo el desarrollo de un sector comprometido con el ahorro, la productividad, el desarrollo, el empleo, la inversión y la balanza comercial, además de no atacar la raíz del problema de sostenibilidad del SNS como es la insuficiente financiación".

Críticas también de la patronal de distribuidores, Fedifar, para la que "el farmacéutico es el único sector industrial que está siendo erosionado en pro de la sostenibilidad del SNS".

Y es que, según el Consejo General de Colegios Farmacéuticos "acumulamos ya 16 medidas de recorte en los últimos diez años. Es imprescindible que el próximo Consejo de Política Fiscal y Financiera dote a la Sanidad de los recursos económicos que realmente necesita, y habilite que los recortes que se están produciendo sobre el medicamento reviertan sobre el sector afectado".