

Artículos Breves. Mes de Octubre 2008

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 que pensamos es oportuno conocer.

Índice:

- 1.- El principal reto que plantea el aborto en México es de orden cultural. Entrevista a Rodrigo Guerra.
- 2.- El inmigrante usa el Sistema Nacional de Salud, pero también lo paga
- 3.- La mayoría de los colegios andaluces ve innecesaria la ley de muerte digna
- 4.- Es bueno que tú existas: No estamos ante una cortina de humo. Estamos ante un proyecto de abolición de la persona. Ignacio Sánchez Cámara.
- 5.- La OMS advierte retrasos para lograr los retos del milenio
- 6.- Anteproyecto de muerte digna: del encarnizamiento terapéutico al legislativo Federico de Montalvo
- 7.- Hospital belga logra extraer células madre sin dañar embriones
- 8.- No es vida artificial, pero se parece mucho. Un laboratorio de Harvard crea una 'protocélula'
- 9.- Doce pacientes probarán una terapia génica para aliviar el dolor crónico
- 10.- Literatura para ponerse en la piel del enfermo
- 11.- La Comisión Europea propone dar un "trato humano" a los animales en los mataderos
- 12.- Unesco lanza reflexión sobre envejecimiento de sociedades

1.- El principal reto que plantea el aborto en México es de orden cultural

Entrevista a Rodrigo Guerra, de la Academia Pontificia pro Vita
QUERÉTARO, martes, 2 septiembre 2008 (ZENIT.org-EI Observador)

Hace unos días la Suprema Corte de Justicia de México (SCJN) ha definido la constitucionalidad de la ley que despenaliza el aborto en el Distrito Federal antes de las 12 semanas de gestación. En breve, surgirá una tesis jurisprudencial que permitirá que en otros lugares de la república mexicana puedan implementarse leyes similares. Este caso se inscribe en el amplio proceso global que anima a una cultura que lastima la vida de las personas, en especial, a las más débiles y vulnerables.

Siguiendo con la pista de esta resolución que oficializa el aborto en el país con el segundo número de católicos del mundo, ZENIT-EI Observador entrevistó a Rodrigo Guerra López, Doctor en Filosofía por la Academia Internacional de Liechtenstein, autor de importantes libros sobre antropología, bioética y filosofía social. Actualmente es Director del Centro de Investigación Social Avanzada (CISAV), miembro de la Academia Pontificia pro Vita y ha comparecido ante la Suprema Corte como especialista en Biofilosofía. Recientemente ha recibido la medalla "Iustitia et Pax" del Consejo Pontificio del mismo nombre por su contribución en la promoción y defensa de la dignidad humana.

--¿Qué significa para México que la Suprema Corte haya declarado "constitucional" a la ley que despenaliza el aborto antes de las 12 semanas de gestación en el Distrito Federal?

--Rodrigo Guerra: Esta lamentable decisión de la Suprema Corte tiene un evidente significado jurídico: para los Ministros la vida humana no se encuentra protegida constitucionalmente desde la fecundación a través de las garantías que presenta la Carta Magna en su llamada parte "dogmática". Esto sitúa al embrión humano en estado de máxima indefensión durante las primeras etapas de su desarrollo.

Sin embargo, el principal significado que posee esta decisión es de orden cultural: la comprensión sobre la universalidad de los derechos humanos ha quedado desfigurada ya que la vigencia del derecho a la vida queda circunscrita a algunos seres humanos, los que poseen ciertas características funcionales, y no a todos sin excepción. Un Estado que opera bajo esta premisa mina sus propios fundamentos teóricos y pragmáticos.

--¿Qué quiere decir que los fundamentos teóricos y pragmáticos del Estado quedan minados con una decisión como esta?

--Rodrigo Guerra: Un Estado de Derecho no es un "Estado de leyes" sino una comunidad basada en la justicia que anima a las leyes. Bajo esta concepción el Estado no se legitima a sí mismo sino a partir de sus fundamentos prepolíticos, es decir, a partir de aquel conjunto de evidencias antropológicas que permiten comprender los deberes y derechos que poseemos las personas humanas por el mero hecho de ser personas.

Cuando el derecho a la vida no es reconocido en toda su amplitud sino que se restringe a un cierto tipo de seres humanos - aquellos que son funcionales de acuerdo a un cierto estándar, como lo es el basado en la operación eficiente del sistema nervioso central - el poder se vuelve autorreferencial, es decir, el poder se torna medida de sí mismo abriéndose así la posibilidad de que todos seamos prescindibles. Un Estado que no protege el derecho a la vida desde la fecundación y hasta la muerte natural incurre en graves contradicciones teóricas y deviene gradualmente en absurdos prácticos, como lo demuestra la historia.

--¿Cuáles son las vías para corregir esta situación?

--Rodrigo Guerra: Desde un punto de vista político la vía que procede es reconstruir la parte dogmática de la Constitución de la República. Para ello, el poder legislativo tiene una misión que cumplir. Este es el corazón de una auténtica Reforma del Estado.

Sin embargo, conforme pasa el tiempo, va quedando claro que la batalla principal no es de orden político sino cultural. O mejor aún, para que los eventuales triunfos políticos a favor de la vida no sean débiles o efímeros, se requiere de un trabajo en el campo de la educación, de la conciencia, de las actitudes y de los compromisos vitales. La batalla que estamos librando es primariamente cultural antes que política. En el terreno cultural están situados los esfuerzos por deconstruir la conciencia a favor de la vida, de la familia, de la sociedad libre y del respeto radical a los derechos humanos. En este terreno es donde tiene que emerger una esperanza diversa a la que surge desde las ideologías de derecha o de izquierda, aparentemente enfrentadas, pero cómplices en su actitud instrumental respecto de los más débiles, vulnerables y excluidos.

--¿Qué papel han tenido los católicos en esta controversia en torno al aborto?
¿Qué desafíos esperan a los que actúan movidos por la fe en Jesucristo?

--Rodrigo Guerra: A pesar de que algunos medios de comunicación quisieron polarizar el debate - "clérigos" vs. "científicos" -, la discusión en torno al aborto se estableció principalmente en los términos de la embriología, de la filosofía y del derecho. Esto se debió sin duda al surgimiento de nuevos protagonistas que no fueron vergonzantes respecto de su fe y que recuperaron simultáneamente un discurso racional y razonable, sensible a la sociedad democrática y plural en la que vivimos. El moralismo no prevaleció en las exposiciones de los especialistas que defendieron la vida en la Corte ni en la valiente postura de la Conferencia del Episcopado Mexicano, a través de su Presidente, monseñor Carlos Aguiar, en la televisión.

Tal vez hacia el futuro lo relevante será que los católicos redescubramos la importancia de trabajar comunionalmente de manera estable. Si algo debilita la presencia de los católicos en la vida pública es la división, es el protagonismo fatuo, es la actitud sectaria.

--En momentos parece que la fuerza de los católicos es muy pequeña en comparación a quienes con grandes financiamientos apoyan causas como la del aborto. ¿Qué se puede hacer para dar viabilidad política a la causa a favor de la vida, de la familia y de la fe en Jesucristo?

--Rodrigo Guerra: Jesucristo no es un proyecto de acción política aún cuando exista el deber de transformar el mundo según el Evangelio. Aunque parezca paradójico lo único que le da viabilidad "política" a la presencia cristiana en la vida social consiste en que nuestra conciencia no quede seducida por las promesas y el glamour del poder político.

Los cristianos somos fuertes cuando recuperamos lo esencial: que Jesucristo es una Persona viva que se hace encuentro respondiendo y rebasando las expectativas de nuestro corazón. Cuando advertimos la novedad y la potencia del cristianismo como acontecimiento una creatividad y fecundidad sin fin emergen como movimiento. Podremos perder batallas pero avanzamos firmes porque la muerte y el pecado han sido ya vencidos de manera definitiva. Nuestra fuerza no descansa en el dinero sino en la certeza de Aquel al que hemos encontrado.

--Le insisto un poco más ¿cómo podemos educar para que la fe se vincule positivamente con el compromiso social y con la lucha a favor de la vida?

--Rodrigo Guerra: Haciendo conciencia que el cristianismo es método. Dios ha escogido tener condición humana para irrumpir dentro de la historia. Por ello, la Encarnación nos muestra el camino para involucrarnos en todo lo humano, aún en lo más particular y concreto. Este involucramiento posee una dimensión comunitaria esencial. El cristianismo al redescubrirse como experiencia comunal permite que surja un sujeto social nuevo marcado por la responsabilidad de todos hacia su destino. Este es el aporte de los cristianos en la construcción de una "nueva ciudadanía". Ser ciudadano no significa principalmente adquirir una cierta "mayoría de edad" sino adquirir una conciencia sobre la responsabilidad que poseemos delante de la realidad.

En la medida en que la Iglesia como "communio" asume el método mencionado la sociedad se enriquece con el aporte específico que solo el cristianismo puede dar. La Doctrina social de la Iglesia es el camino educativo para lograr esto. En ella, los creyentes y todos los hombres de buena voluntad, podemos encontrar las razones para construir una sociedad en la que exista como opción decisiva la afirmación de la vida y de la dignidad de todos por igual.

Por Jaime Septién

2.- El inmigrante usa el Sistema Nacional de Salud, pero también lo paga DM, Loreto Mármol 08/09/2008

Inmigración. Son muchos los ciudadanos que tienen la percepción de que los inmigrantes copan los centros de salud públicos, otros piensan que quitan recursos a los españoles o que la calidad asistencial se reduce. Lo cierto es que promueven el crecimiento económico y contribuyen a las arcas públicas más de lo que gastan.

Pero su impacto en el SNS es inminente: hay cinco millones de nuevos beneficiarios -una presión demográfica que en algunos casos no se refleja en la oferta de servicios-, pocos estudios cuantitativos y una necesidad de mejorar la financiación.

Vienen y la mayoría se queda, y los cambios sociales y económicos que imponen son imparables. La incidencia de la inmigración también se hace notar en el Sistema Nacional de Salud, que tiene ante sí el reto de ofrecer a todas las personas que lo necesitan la mejor cobertura posible. Hacer frente a las nuevas corrientes demográficas, y además de forma eficaz, pasa por mejorar las herramientas de gestión de recursos e insistir en las políticas preventivas.

Muchas veces a los inmigrantes se les percibe como personas sin derechos a las que se les regala caritativamente la asistencia sanitaria. Uno de los mitos más extendidos en la sociedad es que los inmigrantes son un gasto -sobre todo sanitario- para las arcas públicas. Otros piensan que están copando la sanidad pública, lo que puede traducirse en un recorte de la calidad.

"El Gobierno tiene que darse cuenta de que desde que se calculó el modelo de financiación sanitaria hay cinco millones de nuevos beneficiarios a los que hay que atender", dice Ana Pastor, vicepresidenta segunda del Congreso y coordinadora de Participación Social del PP. Sólo en la Comunidad de Madrid, del millón de extranjeros empadronados, 897.192 tienen tarjeta sanitaria, 752.969 más que hace siete años.

¿Número excesivo?

Una encuesta del Instituto de Estudios Sociales de Andalucía indica que casi el 62 por ciento de los españoles opina que el número de inmigrantes es excesivo, pero ¿es cierto que quitan recursos sanitarios?

Uno de los debates políticos es si la inmigración colapsa el SNS. Incluso Consuelo Rumí, secretaria de Estado de Inmigración y Emigración, ha afirmado que la fortaleza del sistema público de salud "se ha puesto a prueba" por el impacto migratorio, por lo que el Ejecutivo debe evitar que el fenómeno social lo deteriore.

Pastor lo tiene claro: "El sistema sanitario de nuestro país necesita, de forma urgente, una inyección de recursos financieros si no queremos perder lo que habíamos logrado, que era estar entre los mejores del mundo". En opinión de Rosa Aparicio, catedrática de Sociología de la Universidad Pontificia Comillas,

hay que calibrar los servicios de acuerdo con la nueva necesidad poblacional: "En los tres últimos años España ha experimentado un crecimiento como no se había visto en un espacio tan corto de tiempo, y esta presión no se refleja en los servicios". Además, advierte de la gran carencia de estudios para determinar la demanda y poder dimensionar la oferta.

José Luis Martincano, coordinador del grupo de Atención al Inmigrante de Semergen, apunta que el coste estimado de la cobertura sanitaria para extranjeros -sin incluir urgencias- es menor que sus aportaciones al Tesoro Público.

Contribución al Estado

Los datos hablan por sí solos: si se compara la aportación anual de los inmigrantes a las arcas públicas (23.402 millones de euros) con los gastos que generan (18.618), el superávit a favor del Estado es de 5.000 millones de euros, lo que se traduce en que la inmigración ha contribuido al 39 por ciento del crecimiento del PIB, ha incrementado en 623 euros la renta anual de cada español y con este dinero se pueden mantener 900.000 pensionistas (de los que menos del 1 por ciento son extranjeros). "La inmigración es un fenómeno positivo que contribuye al desarrollo de nuestra economía", comenta Pastor.

Los estudios estiman que aportan hasta tres veces más de lo que consumen. Según Francisco García Pascual, director de la Fundación Pfizer, a medida que se incorporan al mercado laboral contribuyen al sostenimiento del sistema: "Lejos de deteriorar las garantías sociales las fortalecen". El INE indica que son 4.526.522 los inmigrantes mayores de 15 años en 2007, y más de dos millones los ocupados. Según Trabajo e Inmigración, la cifra de extranjeros afiliados a la Seguridad Social asciende a más de un millón y medio.

Jóvenes y trabajadores

Además de su disposición al trabajo, tienen una media de 30 años y vienen con un estado de salud bueno: "No emigra el que quiere sino el que puede", matiza Martincano. Así, salvo en los servicios de urgencias, pediatría y ginecología, hacen un menor uso que los españoles. Ahora bien, "una mala adaptación generará una mayor necesidad de asistencia".

En palabras de Rumí, el reto requiere que "la inmigración se ordene a partir de la legalidad y se ajuste a la demanda del mercado laboral, así como que el Estado inyecte recursos y compense la incorporación de nuevos beneficiarios españoles e inmigrantes".

Mientras tanto, ante la crisis y el desempleo, el Gobierno ha anunciado medidas para adaptar la contratación en origen a la oferta y está facilitando el retorno de quienes atraviesan dificultades. "La enorme presión demográfica de los últimos años no se ha visto compensada con el aumento de los servicios", según la catedrática Aparicio

Un reto para el médico: cambios en la asistencia sanitaria

El reto también es para los profesionales sanitarios, que deben ocuparse de atender de la mejor forma posible a un colectivo diverso. José Luis Martincano, coordinador del grupo de Atención al Inmigrante de Semergen, es consciente de que el primer contacto de necesidad del inmigrante puede ser el sistema sanitario, "la tarjeta de visita de nuestra sociedad y cultura". Por eso, opina que "el fenómeno migratorio precisa nuestra adaptación constante".

Sin embargo, según sus palabras, la mayoría de médicos piensa que el inmigrante deberá adaptarse a nuestros valores y costumbres -incluidos los referentes a la medicina occidental-; unos pocos piensan que si demuestran respeto y una actitud expectante con el paciente evitarán los problemas culturales; otros no se olvidan de los factores sociales de sus pacientes y asocian cada procedencia a una forma de comportarse y sólo unos pocos creen necesario adquirir y desarrollar conocimientos para realizar una valoración individualizada y que el contacto paciente-médico sea eficaz en ambas direcciones. Francisco García Pascual, director general de la Fundación Pfizer, concluye que son necesarias algunas intervenciones concretas que faciliten el acceso al sistema, como la presencia de traductores y mediadores culturales o la edición de guías de educación en salud traducidas a varios idiomas. No en vano, las diferencias se traducen en dificultad para delimitar el motivo de consulta (por tanto mayor tiempo invertido) y dificultad para establecer actuaciones preventivas, que provocan sobrecarga al profesional y al sistema. "El médico debe proveerse de una mente abierta y estudiosa de los detalles culturales de sus pacientes", puntualiza Martincano.

3.- La mayoría de los colegios andaluces ve innecesaria la ley de muerte digna

DM, Gonzalo de Santiago 09/09/2008

El anteproyecto de ley de muerte digna de Andalucía no ha sido bien acogido por la mayor parte de los presidentes colegiales andaluces, que afirman que no era necesario. Los mandatarios han criticado además que no se haya contado con el profesional para elaborar el texto y que no se mencionen aspectos tan importantes como la objeción de conciencia.

La mayoría de los presidentes colegiales andaluces han criticado el anteproyecto de Ley de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el proceso de la muerte. Su inconveniencia y su nula referencia a aspectos tan importantes como la objeción de conciencia son las objeciones más repetidas. Además, no se entiende que el texto ha llegado antes a la prensa que a los profesionales.

Juan José Sánchez, presidente del Colegio de Médicos de Málaga, afirmó no estar en contra de la ley como tal, pero cree que no era el momento oportuno, "pues el testamento vital aún necesita un rodaje en Andalucía para evaluar y medir sus resultados". Se mostró crítico con que el texto no lleve aparejada la objeción de conciencia del médico y con su artículo 17, que obliga a los profesionales a respetar los valores y preferencias del paciente, debiendo abstenerse de imponer sus opiniones personales morales, religiosas, filosóficas o de cualquier otra naturaleza. "La propia Constitución, en su artículo 16, garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto. Por tanto hay que apelar a la libertad del profesional médico, teniendo en cuenta que su actividad tiene un componente ético importante". Sánchez también criticó que la iniciativa legal llegue a los profesionales a través de los medios de comunicación y pidió que se cuente con ellos en su redacción final.

Multas desproporcionadas

El presidente del colegio gaditano, Ricardo Miranda, también ve innecesaria la medida. "El encarnizamiento terapéutico es algo que no hacen los médicos. Me parece ridículo que se insista ahora en ello". Además, criticó las multas previstas, "más propias de jugadores de fútbol que de médicos". En su opinión, esa desproporción encierra un objetivo velado: atraer el debate hacia esa dirección y no hacia el fondo de la norma, que es la introducción de la eutanasia. "El médico tiene derecho a ejercer la objeción de conciencia y no es ningún verdugo".

Pedro Barranco, del colegio granadino, calificó de "barbaridad" que la consejera amenace a los médicos con multas de un millón de euros. "No creo que sea lo más apropiado u oportuno y la norma es innecesaria. Se ha faltado al respeto y se ha puesto en entredicho a la profesión. Hay que respetar la libertad de conciencia de cada uno".

También de "innecesaria" calificó la medida Antonio Luna, presidente del colegio de Jaén. "Las normas deontológicas ya son suficientes. El médico no

practica el encarnizamiento terapéutico y se autorregula". Por ello, el profesional debe tener libertad de acción, siempre, eso sí, "sujeta a la voluntad del paciente".

Otra de las quejas repetidas entre los presidentes de los colegios ha sido la forma en que el anteproyecto ha salido a la luz. Así lo piensa Serafín Romero, presidente del Colegio de Médicos de Córdoba. "Hablamos del texto por lo que ha salido en la prensa, ya que ni siquiera nos ha llegado el borrador". Además, mostró su desacuerdo con las medidas punitivas y que del texto se desprenda la idea de que se está llevando a cabo una práctica que no es la adecuada. "Se pone la palabra digna en el título del anteproyecto, como si ahora la asistencia fuera indigna".

Francisco Ortega, presidente del colegio almeriense, afirmó no haber conocido en su larga experiencia profesional a ningún médico que haya practicado el ensañamiento terapéutico, "por lo que sobran las amenazas. El médico andaluz merece un profundo respeto y lo que se debería debatir es cómo proveernos de unos servicios paliativos que garanticen la atención al enfermo". Además, se mostró contrario a que se le imponga al médico cualquier actuación en contra de sus creencias.

"Hace falta pulirla"

Carlos González Vilardell, presidente del Colegio de Médicos de Sevilla, no comparte la opinión de que la medida sea inoportuna, aunque cree que hace falta pulirla. "Es un punto de partida para suplir algunas lagunas". A pesar de ello, precisó que no le gustan algunos aspectos del texto. "Se trata al facultativo como un empleado, con sanciones y normas, y no como a un profesional" y echa en falta que se cite la objeción de conciencia del profesional, "pero no nos podemos olvidar de que aún es un anteproyecto de ley". Vilardell criticó que se anticipara el texto a la prensa antes que a los profesionales.

Muy cauto se mostró el presidente del Colegio de Médicos de Huelva, Juan Luis González, que no quiso opinar "hasta que no disponga del texto". Aunque, en principio, "me parece bien que se legisle sobre esta cuestión".

4.- Es bueno que tú existas: No estamos ante una cortina de humo. Estamos ante un proyecto de abolición de la persona.

Ignacio Sánchez Cámara.

LA GACETA 10 septiembre 2008.

El Ministerio de Sanidad se propone regular durante esta legislatura el suicidio asistido, es decir, la eutanasia, o, si se prefiere huir del eufemismo, el asesinato consentido. Cualquier enfermo podrá exigir que se ponga fin a su vida. A tal efecto mortuorio, se creará una comisión de expertos, que corroborará las tesis del Gobierno que lo nombró. El ministro ha declarado: “esta sociedad es moderna y está preparada” para el debate. Y si no lo está, ya será convenientemente adiestrada. El aborto y la eutanasia van de la mano. Si hay un derecho a matar, ¿cómo no va a haber un derecho a morir? Así como existe una bioética y un bioderecho, también tendremos una “tanatoética” y un “tanatoderecho”. Ética y Derecho de la muerte.

Uno de los momentos más patéticos de las declaraciones periodísticas del ministro Soria fue en el que afirmó: “La batalla contra la muerte no la vamos a ganar, pero la batalla contra el dolor, sí”. Al parecer, matando a quien empiece a sufrir. Una ley no puede suprimir el dolor; eso sólo puede hacerlo el amor. No hay desvarío contemporáneo que no invoque, en vano, el nombre del progreso. La eutanasia no es un fin ideal que se encuentre en el futuro. Pertenece, como la esclavitud, a un pasado (aunque no del todo) superado, que se resiste a desaparecer.

Hace unos meses, concretamente el pasado 12 de marzo, publicaba Ignacio García de Leániz un magistral artículo en estas páginas de Opinión de LA GACETA, titulado Al rescate del tesoro “mar adentro”, en el que pronosticaba, a partir de la presencia gubernamental en el estreno de Mar Adentro en septiembre de 2004, este asalto a la ciudadela de la persona en que consiste la eutanasia. Y oponía la película española, la pasmosa La escafandra y la mariposa, de Julian Schnabel, basada en el testimonio personal redactado por Jean-Dominique Bauby, quien fuera redactor-jefe de la revista Elle. A los 43 años, en plena madurez y éxito profesional, sufrió una hemorragia cerebral que lo dejó inmovilizado de por vida en una cama. Su empeño personal y el de su equipo médico consiguieron que se comunicara a través de un código binario, utilizando el parpadeo de un ojo. No sólo logró sobrevivir, sino también, de este modo, redactar sus memorias. Es sólo un ejemplo, pero heroico y perdurable.

No estamos ante una cortina de humo o ante un debate ficticio o interesado electoralmente. Estamos ante un proyecto de abolición de la persona. Cuando ya no queden personas, la tarea del socialismo será fácil, imparable. El sufrimiento del enfermo muchas veces no proviene tanto de su mal, como de la soledad, de la falta de estima. El entorno clínico de Bauby restauró su autoestima mediante el mensaje: “Es bueno que tú existas”. Nadie a quien se le transmita ese mensaje, deseará acabar con su vida. A partir de esta experiencia, comenzó a restaurar su vida afectiva, a comunicarse con sus familiares, a querer y a ser querido. Es decir, a querer vivir.

Sólo quien está absolutamente desesperado desea morir. Y alguien que ama y es amado nunca está absolutamente desesperado. Lo terrible de la eutanasia no es tanto su legalización, como el hecho de que alguien opte por la muerte, es decir, que alguien no consiga convencerse de que, a pesar de todo, es bueno que exista.

5.- La OMS advierte retrasos para lograr los retos del milenio

DM, Redacción 11/09/2008

Los retos marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su consecución en 2015 corren peligro. Según se expone en el último boletín de la organización, a la crisis económica, que pone en riesgo los logros ya alcanzados, se une el hecho de que aún existan importantes desfases en el cumplimiento de algunos objetivos como el refuerzo de la asistencia al desarrollo y el acceso a medicamentos esenciales en los países más pobres.

Quedan tan sólo siete años para que se cumpla el plazo para la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio marcados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), pero siguen existiendo importantes desfases en el cumplimiento de los compromisos mundiales. Según el último boletín de la OMS, el debilitamiento de la economía mundial y los fuertes incrementos de los precios pueden invertir algunos de los avances logrados en diversos ámbitos, por lo que es preciso reforzar las asociaciones globales con el fin de evitar una posible regresión y dar respuestas urgentes para salvar los desfases de aplicación.

Una de las asignaturas pendientes es el refuerzo de la ayuda para el desarrollo, puesto que sólo el 20 por ciento del total que se destina a temas sanitarios se dedica a apoyar las prioridades sectoriales del gobierno. "La sostenibilidad de las intervenciones para reducir la incidencia de la tuberculosis, la malaria y el VIH depende de los esfuerzos de los servicios de salud públicos, y por ello el refuerzo en los presupuestos nacionales como el mejor mecanismo para canalizar los flujos de ayuda", resalta la OMS.

Según expone el documento, una de las principales metas es mejorar la disponibilidad de medicamentos a precios asequibles para los países pobres del mundo. De hecho, la disponibilidad de fármacos en el sector público sólo representa una tercera parte, mientras que la correspondiente al sector privado supone unas dos terceras partes y sus precios son entre 2,5 y 6,5 veces más elevados que los precios internacionales de referencia. La solución pasa, según la OMS, por el refuerzo de la alianza entre los gobiernos, las empresas farmacéuticas y los consumidores, el reconocimiento explícito a medicamentos y tecnologías como parte del derecho a la salud, y políticas que sustituyan los fármacos esenciales por genéricos.

6.- Anteproyecto de muerte digna: del encarnizamiento terapéutico al legislativo

Federico de Montalvo. Profesor doctor de Derecho Constitucional, Universidad Pontificia Comillas (Icade)
DM, 12/09/2008

El autor analiza el anteproyecto de ley de muerte digna de Andalucía desde el punto de vista jurídico para destacar las irregularidades que presenta. Advierte de los problemas que plantea el hecho de que los derechos que promulga, que pertenecen a todos por la condición de ser humano, sólo sean efectivos para los residentes en dicha autonomía.

Andalucía ha redactado un anteproyecto de ley de muerte digna cuya tramitación parlamentaria se espera que comience el próximo año. Sin perjuicio de las buenas intenciones que el ejecutivo autonómico pueda perseguir, el texto presenta algunos problemas jurídicos. En el ánimo del autor no está transmitir una visión extremadamente negativa del borrador, sino apuntar las cuestiones que, desde el análisis del Derecho Constitucional, puedan resultar problemáticas.

Merece la pena destacar la obsesión que en los últimos años tiene el legislador, tanto estatal como autonómico, por regular el proceso de morir. En una sociedad en la que poco o nada se habla sobre el proceso de morir, en la que la muerte es un verdadero tabú, el legislador ha aprobado en la última década cerca de treinta normas que abordan este problema. Podría decirse que el legislador, con el fin de evitar el encarnizamiento terapéutico, está provocando un verdadero encarnizamiento legislativo.

El anteproyecto supone un paso más en el camino iniciado, al amparo sobre todo del desarrollo autonómico de la Ley 41/2002, de creación de un cuerpo normativo diferente y contradictorio de derechos y libertades de los pacientes en cada comunidad.

Resulta significativo que el texto se inicie en su exposición de motivos con una mención limitada al derecho a la salud como instrumento que legitima a la autonomía para dictar la norma, cuando constituye un desarrollo directo del derecho a la vida e integridad física y psíquica del artículo 15 de la Constitución.

Es paradójico que una futura ley que quiere regular el final de la vida no haga referencia al derecho que protege la vida.

Así, la muerte se nos muestra como un acto o tratamiento médico más y no como un proceso biológico con una dimensión personal y social que trasciende al propio derecho a la salud.

Naturaleza de ley orgánica

La omisión del artículo 15 debe responder, seguramente, al temor del proponente de que la ley se convierta, ipso facto, en inconstitucional por

constituir un desarrollo directo de dicho artículo, vulnerándose el principio de competencia al exigir su naturaleza una ley orgánica, que únicamente puede ser aprobada por el Parlamento nacional y no por uno autonómico. Tal prohibición responde a una doble intención: a) exigir una mayoría reforzada para desarrollar derechos y libertades que reciben por la Constitución una mayor protección, y b) garantizar la igualdad de los españoles en el ejercicio de tales derechos y libertades.

El silencio acerca del artículo 15 contrasta con las constantes referencias a la regulación de la eutanasia del Código Penal.

El anteproyecto se atreve a determinar cuál es el contenido del artículo 143.4 del Código Penal, cuando esta labor corresponde, normativa y constitucionalmente, al Parlamento o, en su defecto, al Tribunal Constitucional, y en modo alguno a una autonomía.

Muchos podemos estar de acuerdo con la definición del anteproyecto, pero el aparente acierto no elimina las exigencias constitucionales, dado que el concepto legal de eutanasia debe ser único en el territorio nacional, salvo que iniciemos el camino de defender distintos tipos delictivos en las comunidades autónomas.

Más allá de estos problemas, lo alarmante es que los derechos y libertades, que como el derecho a la vida y a la integridad física y psíquica nos pertenecen no por nuestra condición de ciudadanos, sino por la de seres humanos, queden sujetos para su reconocimiento al hecho de ser residente en una autonomía.

La situación es, a todas luces, surrealista. ¿Hay que esperar a morir en Andalucía para que ese proceso sea digno? ¿Puede ser sancionado el médico que ejerce en otra comunidad que no respeta la voluntad del ciudadano andaluz? El texto limita su ámbito de aplicación a Andalucía, lo que plantea por qué no podemos participar los ciudadanos no andaluces en su discusión parlamentaria, cuando el inicio del proceso de morir es casi siempre imprevisible y puede producirse involuntariamente en territorio andaluz.

El problema se agrava, además, por la ausencia de una norma estatal que pueda servir de marco. ¿Tiene sentido aprobar una norma con efectos sólo en una autonomía sobre un hecho tan esencialmente humano y tan poco autonómico (salvo en lo que se refiere a la liquidación del impuesto de sucesiones) como es la muerte cuando aún no se ha iniciado ni siquiera la tramitación de una ley estatal? Evidentemente no. En definitiva, parece que volvemos, con todo el respeto, al lema de "a ver quién legisla más lejos". Lo correcto en un Estado descentralizado como el nuestro sería que por el propio Parlamento andaluz se impulsara, prioritariamente, la aprobación por el Parlamento nacional de una ley orgánica o, al menos, de una ley básica.

Por otro lado, el texto destaca el aspecto individual de la muerte, obviando toda referencia al aspecto social o comunitario. Y hasta tal punto que no se hace ni una sola mención a la posible objeción de conciencia del personal sanitario involucrado en el proceso de morir de un paciente. La muerte no sólo posee

una condición individual, sino también familiar y social. El texto parece reivindicar el paradigma de la autonomía de la voluntad que responde a una visión bioética del principialismo en la que prima la autonomía frente a los demás principios de beneficencia, no maleficencia y justicia. Supone recuperar un camino que no sólo encaja mal con nuestro concepto de comunidad y Estado social, sino que está siendo ya abandonado por sus propios padres creadores que reclaman ahora la relevancia del principio de justicia. ¿Es justo que cada uno de nosotros podamos imponer plenamente nuestro propio modelo de muerte en un sistema sanitario gratuito, universal y limitado en recursos? Mucho habría que discutir al respecto.

El anteproyecto posee también deficiencias al amparo del principio de seguridad jurídica, empezando por el propio concepto de dignidad, que es muy complejo. El concepto de dignidad y el de muerte digna admiten interpretaciones absolutamente contradictorias. Así, es objeto de reivindicación tanto por quienes promueven la despenalización de la eutanasia activa directa como por quienes se oponen a ella.

El propio Fukuyama apuntó hace tiempo que es un concepto que gusta utilizar con reiteración, pero que casi nadie es capaz de definir o explicar.

¿Qué es muerte digna o dignidad en el proceso de morir? ¿Equivale a la plena autonomía? ¿Somos más dignos porque gozamos de mayor autonomía? Otros países de nuestro entorno, como Francia, no limitan el concepto a la autonomía, sino a algo más complejo como la vulnerabilidad del ser humano. Esta vulnerabilidad que impide, como ha decidido algún tribunal francés (caso lanzamiento de enanos) que nuestra autonomía sea siempre y plenamente respetada, reviste mayor significado en el ámbito de la sanidad. Los trabajos de campo sobre esta cuestión apuntan la conveniencia de recuperar el principio de confianza. El encarnizamiento informativo que ha provocado en la relación médico-paciente el paradigma de la autonomía parece que sigue teniendo eco, no en el ciudadano, pero sí en el legislador.

Sanciones para un ámbito complejo

El texto contiene también una regulación de las instrucciones previas, pero no establece qué derecho se ejerce a través del documento. De su tenor podría extraerse que el derecho que se ejerce es el de autorizar o rechazar el tratamiento. Sin embargo, dicha interpretación no se corresponde con el tratamiento que la voluntad prospectiva tiene en nuestro ordenamiento. El Tribunal Constitucional ha proclamado que la voluntad prospectiva, aquélla que se emite para que tenga efectos en el futuro, reviste una eficacia limitada cuando pueden derivarse daños irreversibles, ya que se desconoce la voluntad contemporánea del sujeto (principios de irreversibilidad y proporcionalidad). Esta inseguridad se torna peligrosa desde el momento en que el anteproyecto recoge un régimen sancionador especialmente riguroso para los incumplimientos de las instrucciones previas. Es paradójico que se establezca un régimen sancionador respecto de conceptos tan complejos y ambiguos como la muerte digna o los efectos de la autonomía prospectiva.

Hay que desear que los aspectos positivos que recoge la norma en relación a los cuidados paliativos no se queden en el papel y se promueva su desarrollo. Como han venido recordándonos los médicos que trabajan dicho ámbito y la propia sociedad científica, el verdadero debate es la universalización de los cuidados paliativos.

El problema no es sólo el reconocimiento formal de derechos, sino que también se faciliten los medios materiales para ejercerlos.

Sin el desarrollo de unidades hospitalarias y, sobre todo, domiciliarias de cuidados paliativos no podemos hablar de verdadera autonomía en el proceso de morir y nuestro problema no es tanto proclamar derechos como desarrollar medios paliativos, respecto de los que nuestro sistema de salud presenta un importante déficit.

Si, al menos, para este propósito sirve la futura ley, bienvenida sea, pese a sus irregularidades constitucionales y legales.

El texto se atreve a determinar el contenido del artículo 143.4 del Código Penal -que regula la eutanasia-, cuando esta labor es del Parlamento nacional o del Tribunal Constitucional

Lo correcto en un Estado descentralizado como el nuestro sería que el Parlamento andaluz impulsara la aprobación estatal de una ley orgánica o, al menos, de una ley básica

7.- Hospital belga logra extraer células madre sin dañar embriones

Esta es la primera vez que se logra extraer células de un embrión en un proceso preimplantatorio sin dañarlo.

EFE 12/09/2008 - 13:00

Científicos del Hospital Universitario Ziekenhuis de Bruselas han sido los primeros en lograr la extracción de células madre embrionarias sin destruir el embrión, según informó la institución en un comunicado de prensa.

Las células madre se extraen normalmente de un embrión en el quinto día de su desarrollo preimplantatorio, lo que implica necesariamente la destrucción del embrión.

Sin embargo, los científicos belgas han conseguido extraer las células madre de una célula del embrión que tiene cuatro en el segundo día de desarrollo.

De esta forma, el embrión no es destruido y las tres células restantes pueden seguir su desarrollo y ser implantadas, como embrión, en el útero.

"Este progreso puede tener consecuencias positivas para países donde por razones éticas extraer células madre esté prohibido o sea controvertido", destacó el hospital en el comunicado.

Las células madre o troncales son un tipo especial de células indiferenciadas que tienen la capacidad de dividirse indefinidamente sin perder sus propiedades y llegar a producir células especializadas.

Pueden obtenerse en diferentes fases del desarrollo humano, ya sea del embrión, del feto, del recién nacido o del adulto.

Sin embargo, las células madre embrionarias son las más adecuadas para el tratamiento de enfermedades porque poseen una capacidad indefinida de multiplicación y pueden convertirse en cualquier tipo de tejido.

Esto abriría el camino para la cura de una gran variedad de enfermedades vinculadas a la regeneración celular, como la diabetes, o degenerativas, como el mal de Alzheimer o las lesiones neurológicas.

8.- No es vida artificial, pero se parece mucho

Un laboratorio de Harvard crea una 'protocélula'

El País, J. S. - Madrid - 12/09/2008

El laboratorio de Jack Szostak, de la Facultad de Medicina de Harvard, ha dado un paso significativo hacia la creación de una forma de vida artificial, según ha anunciado en la Conferencia Internacional sobre el Origen de la Vida recién celebrada en Florencia. Szostak ha creado lo que llama una protocélula, una esfera microscópica con ciertos parecidos a las células vivas del mundo real.

La membrana de la protocélula está formada por ácidos grasos: moléculas largas (cadenas de 10 a 20 átomos de carbono) con una cabeza polar (eléctricamente cargada). Como cualquier otra grasa, esta molécula tiende a separarse del agua, con la excepción de la cabeza, que al ser polar es afín al agua.

Esta estructura ambivalente de los ácidos grasos provoca que, en un medio acuoso, se autoorganicen de la forma que evita al máximo los contactos entre las cadenas y el agua. Forman una doble fila, con las cadenas alineadas en paralelo y las cabezas apuntando hacia el agua [véase imagen]. La doble fila se curva espontáneamente hasta formar una esfera hueca.

Szostak ha comprobado que sus protocélulas pueden guardar moléculas de ADN, el soporte de la información genética. Y que incluso pueden aportar al ADN un entorno adecuado para su replicación. Craig Venter, el científico que desafió al proyecto genoma público, asegura que este mismo año tendrá lista una bacteria con el genoma mínimo necesario para sustentar la vida. Sus datos preliminares indican que bastará con menos de 300 genes, que Venter fabricará uno a uno en el laboratorio.

9.- Doce pacientes probarán una terapia génica para aliviar el dolor crónico

ABC, N. R. C. MADRID Miércoles, 17-09-08

Doce personas con cáncer y dolores que no responden a ningún tratamiento serán los primeros voluntarios en probar una terapia génica para poner fin a su sufrimiento. La Universidad de Michigan (EE.UU.) es el primer centro que utiliza esta estrategia para combatir el dolor intratable, el que no responde a ningún calmante. La mayoría de los ensayos clínicos que se han realizado hasta la fecha han intentado corregir enfermedades originadas por un gen defectuoso, como ocurre con los «niños burbuja», una anomalía que anula el sistema inmunológico.

Para combatir el dolor, los científicos no intentarán corregir un gen anómalo, sino introducir un gen que regula la encefalina. Esta molécula funciona como uno de los calmantes naturales del organismo, un opiáceo natural que alivia las molestias y produce sensación de bienestar. El gen se introducirá con la ayuda de un virus -el del herpes simple- como «taxi» biológico para llegar al sistema nervioso. El ensayo con este primer grupo de pacientes confirmará si el virus herpes es capaz de llegar a los nervios sensoriales y dejar su «carga» sin graves efectos secundarios. Si demuestra su eficacia, la estrategia podría convertirse en una nueva herramienta para aliviar otros tipos de dolor crónico, incluido el dolor neuropático que padecen las personas con diabetes.

A través de la piel

El virus y su «carga» se inyectarán directamente en la piel para dirigirse a las rutas del dolor. Será un «viaje» sencillo para el virus del herpes porque la piel es la vía natural que utiliza para alcanzar las células nerviosas.

El dolor es un problema médico difícil de manejar, a pesar del arsenal de calmantes con el que se cuenta. Los fármacos convencionales tienden a distribuirse por el sistema nervioso de una forma generalizada, no dirigido al punto del dolor. Con lo que se necesita más cantidad de calmantes para conseguir mejores resultados, pero también a cambio de mayores efectos secundarios. La terapia génica pretende ser más selectiva. «Permitirá interrumpir de forma selectiva la transmisión de las señales del dolor y la percepción de las molestias», explica David Fink, uno de los responsables del ensayo.

La encefalina se liberará de forma selectiva en la espina dorsal, en la zona encargada de transmitir el dolor desde la zona afectada del cuerpo hasta el cerebro.

10.- Literatura para ponerse en la piel del enfermo

DM, Gonzalo de Santiago 18/09/2008

Un novedoso método de aprendizaje basado en *La muerte de Ivan Ilich*, de Leon Tolstoi, es la propuesta de Pablo Rodríguez del Pozo, profesor de Ética Médica del Weill Cornell Medical College (Qatar), para que los médicos se acerquen a la experiencia subjetiva de los enfermos. El bioético explica que lo que más sorprende del libro es ver cómo médicos y pacientes pueden llegar a tener objetivos completamente distintos: el profesional se preocupa por el diagnóstico, mientras que el enfermo lo hace por el pronóstico.

La muerte de Ivan Ilich es una de las obras más famosas del escritor ruso Leon Tolstoi y narra de forma magistral los últimos días de un enfermo terminal. La originalidad del libro radica en que Tolstoi cuenta la historia desde el punto de vista del enfermo; interioriza como escritor la experiencia de la muerte y la narra concienzudamente para trasladar al lector el sufrimiento y los pensamientos de un paciente cualquiera que pasa por dicho trance. El progresivo aislamiento y abandono de Ivan Ilich nos ayuda a reflexionar sobre la actitud que normalmente tomamos con estos enfermos.

La obra del escritor ruso es la mejor descripción posible que se ha realizado en literatura sobre el proceso que afronta un enfermo terminal. Tolstoi describe de forma precisa el proceso de un funcionario de la alta burguesía rusa, Ivan Ilich, desde los primeros síntomas hasta su muerte. "Tolstoi presenta un cuadro minucioso y universal del proceso de enfermedad y muerte, abarcando desde la vivencia subjetiva -y los planteamientos existenciales del paciente a la dinámica social y familiar que la enfermedad desata a su alrededor. Esta narrativa está siempre presente, de una manera u otra, en cada paciente y en su historia personal, sólo que con frecuencia los médicos corremos el riesgo de que nos la eclipse una práctica diaria que es cada vez más más tecnificada y más vertiginosa".

Así ha interiorizado el libro Pablo Rodríguez del Pozo, profesor de Ética Médica del Weill Cornell Medical College (Qatar), que ha diseñado un curso de aprendizaje de la Bioética apoyándose en la obra del escritor ruso. El objetivo es mirar la historia del paciente-protagonista como la mezcla de dos dimensiones inseparables en la realidad: la historia clínica y la historia personal y la narrativa. Para ello ha construido un caso clínico, que no es otro que el de Ivan Ilich, siguiendo los hechos médicos narrados por Tolstoi en su novela. Los alumnos reciben a lo largo de tres sesiones fragmentos de información a partir de los cuales tienen que elaborar hipótesis y estudiar bastante para desentrañar el diagnóstico y pronóstico clínicos. En otras palabras, "los alumnos se ven forzados a pensar en Ivan como si fuera su paciente".

Antes de estas sesiones los alumnos ya han leído la novela y vuelven a ella para situar en cada momento de la narrativa los hechos médicos recogidos en el caso clínico. "Creo que al final se consigue muy bien la integración buscada. Los alumnos terminan el ejercicio con la clara noción de que la separación entre historia personal e historia clínica sólo existe en nuestras mentes, que en la realidad son una unidad, como el paciente mismo".

Este método es necesario porque la simple lectura de la novela no sirve "para la enseñanza a todos los niveles, ya que requiere -para ser entendida en toda su dimensión- una experiencia clínica que no tienen, por ejemplo, los alumnos que cursan los primeros años de Medicina. De ahí la necesidad de complementar la novela con un ejercicio clínico inspirado en los hechos médicos -de inmenso realismo y coherencia- descritos en la novela".

"Objetivos diferentes"

Lo que más le sorprendió al bioético del libro "fue ver cómo médicos y pacientes pueden llegar a tener objetivos completamente diferentes. En la novela los médicos sólo parecen interesarse por el diagnóstico, por resolver este caso tan interesante. El paciente, en cambio, sólo se interesa por el pronóstico, por si se va a recuperar, si va a morir o si va a sufrir". En este sentido, y preguntado sobre si a los médicos les falta empatía, Rodríguez del Pozo considera que lo que no suelen tener más que nada "es tiempo e incentivos para desplegar empatía con sus pacientes. Pero la empatía también se enseña y se aprende, y se fomenta mediante la reflexión y las buenas lecturas". ¿Se ha perdido el componente personal en la relación médico-paciente? El profesor de Ética Médica considera es muy frágil hoy en día.

"Ya Laín Entralgo señalaba que la medicina actual, basada en el paradigma científico positivista y fuertemente apoyado en el uso intensivo de la tecnología, corría el riesgo de transformar la relación médico-enfermo en un vínculo meramente objetivante-operativo, perdiendo de vista la dimensión personal, básicamente intersubjetiva de dicha relación". Por eso, aconseja la lectura de esta obra, que "está tan lograda, que sería difícil para el lector -sea o no médico- no ponerse en la piel del paciente".

"La mentira, esa mentira adoptada por todos, de que sólo estaba enfermo, pero que no se moría, que bastaba que estuviese tranquilo y se cuidase para que todo se arreglara, constituía el tormento principal de Ivan Ilich. Le constaba que, por más cosas que hicieran, no se obtendría nada, excepto unos sufrimientos aún mayores y la muerte. Lo atormentaba que nadie quisiera reconocer lo que sabían todos e incluso él mismo, que quisieran seguir mintiendo respecto a su terrible situación y lo obligaron a tomar parte en aquella mentira. La mentira, esa mentira que se decía la víspera misma de su muerte, rebajando ese acto solemne y terrible hasta igualarlo con las visitas, las cortinas y el esturión para la comida..., hacía sufrir terriblemente a Ivan Ilich. Y, cosa rara, muchas veces, cuando veía que trataban de seguir engañándole, estaba a punto de gritar: ¡Cesad de mentir! Vosotros sabéis, lo mismo que yo, que me muero. ¡Al menos, cesad de mentir! Pero nunca había tenido el valor de hacerlo".

Este es un ejemplo de la profundidad psicológica de una novela, que, a pesar de su brevedad, muestra claramente los estados mentales que experimenta un enfermo que se enfrenta a su muerte. El escritor ruso narra la toma de conciencia del personaje sobre la vacuidad de su vida pasada, en lo que supone todo un resurgimiento espiritual. La narración plasma perfectamente el

sufrimiento del hombre, la soledad que rodea al enfermo en sus últimos momentos y el olvido de sus familiares y amigos.

11.- La Comisión Europea propone dar un "trato humano" a los animales en los mataderos. El órgano plantea que haya un "oficial del bienestar animal" responsable de que se tomen todas las medidas posibles para reducir el sufrimiento de los animales

El País, EMILIO DE BENITO - Madrid - 18/09/2008

Cada año, los mataderos de la UE sacrifican 250 millones de cerdos, vacas, ovejas y cabras, sin contar con los miles de millones de pollos, 25 millones de animales para utilizar su piel y un número variable de cabezas de ganado enfermos. El número no va a descender, pero la Comisión Europea propone que el trato que se les dé sea lo más "humano" posible. Para ello ha elaborado una propuesta que se centra en dos aspectos: en todos los mataderos habrá un "oficial del bienestar animal", responsable de que se tomen todas las medidas posibles para reducir el sufrimiento de los animales al mínimo (lo que incluiría la formación de todo el personal).

Comisión Europea

Todo el trabajo se basaría en un aspecto: garantizar que los animales sean dejados inconscientes antes de que actúen los matarifes. Una vez sean atontados o adormecidos, habrá que realizar una vigilancia continua para evitar que se espabilen. También se pide a los estados que creen servicios de vigilancia e investigación para minimizar el sufrimiento de los animales.

"Como sociedad, tenemos la obligación de cuidar a los animales, lo que incluye minimizar su estrés y evitar el dolor durante el proceso de la matanza", ha dicho la comisaria europea de Sanidad, Androulla Vassiliou. "Las actuales leyes de la UE están anticuadas y necesitan revisión. Esta propuesta supondrá una auténtica diferencia en la manera en que los animales son tratados durante el sacrificio, y promoverá la innovación", dijo Vassiliou.

12.- Unesco lanza reflexión sobre envejecimiento de sociedades

El organismo asegura que la tendencia es irreversible y es un desafío no sólo científico, sino también político.

EFE 18/09/2008.

El V Foro Científico de la UNESCO, dedicado a la longevidad y la calidad de la vida, acaba de lanzar una reflexión ética sobre las condiciones de vida de las personas de edad, ante el creciente e irreversible fenómeno de envejecimiento de la población, informó hoy un comunicado de la Organización.

La reflexión abierta concierne, igualmente, a las intervenciones científicas que puedan frenar los procesos de envejecimiento ", precisó la UNESCO.

Esta tendencia irreversible que se da en " nuestras sociedades " es un desafío científico, " pero también político y cultural ", que debe llevar a poner al servicio del desarrollo sostenible los conocimientos y las políticas científicas, subrayó el director general de la UNESCO, Koichiro Matsuura.

El envejecimiento de la población es un fenómeno " que tendrá fuertes repercusiones en la organización de todas las sociedades", previno.

El objetivo de estos Foros científicos que se celebran desde marzo de 2003 regularmente es poner al alcance del público, de manera atractiva y comprensible para los no especialistas, los últimos descubrimientos científicos en materias de salud.

El que se acaba de celebrar fue organizado en colaboración con el semanario francés Paris Match, precisó la Organización de la ONU para la Educación, la Ciencia y la Cultura.