

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA  
CENTRO DE BIOÉTICA



Centro de Bioética



GACETILLA 03/12  
Julio / 2012

Palabras claves: Paliativos, wrongful conception, wrongful birth, Dr- House, anorexia, genéricos, prescripción.

Nota aclaratoria: Esta gacetilla ofrece noticias de diversas fuentes sobre temas de reflexión en el campo de la Bioética, sin presentar elaboración ni expresar la opinión de este Centro de Bioética sobre dichos tópicos.

Las gacetillas precedentes pueden ser consultadas en la página Web:

<http://www.ucc.edu.ar/portalucc/seccion.php?sec=29&pag=520>

## ÍNDICE:

- 1.- El déficit de formación en paliativos se refleja en el sufrimiento del paciente
- 2.- Alimentar a un niño sano, ¿un nuevo deber del médico?
- 3.- Dr. House...¿The End? Dr. A.M. Santos
- 4.- Un juez británico obliga a alimentar a una mujer anoréxica
- 5.- China legisla para imponer sus genéricos a los laboratorios
- 6.- La responsabilidad del médico en el derroche

### 1.- El déficit de formación en paliativos se refleja en el sufrimiento del paciente

Diario Médico. S.V. | 01/06/2012 00:00

"De un total de 40 facultades de Medicina, hay 21 donde se ha programado la impartición de asignaturas con contenidos explícitos de cuidados paliativos, pero sólo hay ocho facultades donde será asignatura troncal. En el resto, o se contempla dentro de otras materias troncales, como Oncología, Medicina Interna o Geriatria, o es optativa". Con estos datos extraídos de un estudio de Carlos Centeno, de la Clínica Universidad de Navarra, Rogelio Altisent, de la cátedra de Profesionalismo y Ética Clínica de la Universidad de Zaragoza, puso cifras al déficit de formación en cuidados paliativos de la titulación de Medicina. En la jornada que la Organización Médica Colegial (OMC) dedicó a los paliativos, Altisent denunció el retraso en el desarrollo de esta especialidad.

Situación actual

La situación actual fue calificada por el facultativo como "muy grave", pues, según apuntó, "la falta de acreditación significa ausencia de criterios de selección de profesionales y una pérdida importante de médicos bien formados y experimentados".

\* "Hay profesionales de la salud que todavía confunden eutanasia con sedación o desconocen el manejo básico de los opioides"

En este sentido, señaló que "hay profesionales de la salud que todavía confunden la eutanasia con la sedación, o desconocen el manejo básico de los opioides, ignorando las posibilidades que tenemos para el control de

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA**  
**CENTRO DE BIOÉTICA**

síntomas en el enfermo al final de la vida, o que se plantean la objeción de conciencia a la sedación paliativa, lo que significa que hay pacientes que sufren por insuficiente calidad asistencial".

Referentes europeos

La mayoría de los países europeos con sistemas sanitarios avanzados tienen la acreditación profesional en cuidados paliativos como área de capacitación específica (ACE), a excepción de Reino Unido e Irlanda, que tienen la especialidad clásica.

El facultativo recordó que en 2011 se llegó a redactar un real decreto sobre troncalidad y ACE que proponía la medicina paliativa como una de las dos ACE que estaría en la parrilla de salida. "En 2012, con el nuevo Gobierno, se ha valorado la necesidad de regular urgentemente las ACE y así se ha publicado textualmente en el Real Decreto-Ley sobre sostenibilidad del sistema sanitario", explicó.

La creación de la especialidad de cuidados paliativos tendría cabida dentro de la ley nacional de atención al final de la vida que demandan tanto la OMC como la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal).

## **2.- Alimentar a un niño sano, ¿un nuevo deber del médico?**

Federico de Montalvo, profesor de Derecho Constitucional, UP Comillas (Icade) y Eduardo Asensi, socio director del despacho de abogados Asjusa-Letramed

Diario Médico. | 07/06/2012

La decisión de un juez de condenar a un ginecólogo a pagar la manutención de un menor sano por no realizar bien el aborto que solicitó la madre atenta contra el derecho de familia. El deber de alimentar a un hijo entraña la obligación del menor de hacer lo mismo con sus padres en el futuro.

Hace algunos días Diario Médico recogía de manera destacada una sentencia dictada por un Juzgado de Primera Instancia de Palma de Mallorca por la que se estima una demanda contra un ginecólogo que impidió a una paciente abortar voluntariamente, al no detectar en una segunda ecografía que existía un embrión que desembocó en el menor que ahora es su hijo (ver DM del 25-V-2012). Lo relevante del fallo es la indemnización que reconoce a favor de la demandante, comprendiendo conceptos tales como "gastos de alimentación, vestimenta, sanidad, educación y manutención, y cualesquiera otros precisos para su debida formación, que el menor requiera... hasta los 25 años de edad".

Cierto es que en nuestro sistema jurídico no es novedoso el reconocimiento de indemnizaciones derivadas de daños causados por la concepción no deseada de un hijo por fallo de las medidas anticonceptivas (wrongful conception), ni tampoco, como es el caso que nos ocupa, por la privación de la posibilidad de abortar (wrongful birth). En 1997 el Tribunal Supremo se pronunció sobre un supuesto de wrongful birth, admitiendo una indemnización por los daños morales y los perjuicios económicos que derivan del nacimiento de un hijo con malformaciones. Sin embargo, la jurisprudencia ha venido declarando de manera reiterada que el nacimiento de un niño en sí mismo no supone un daño indemnizable, más aún cuando se trata de un niño sano, de manera que el daño indemnizable será, en su caso, la privación de la autonomía de voluntad de los padres, un daño moral. Y ello, como vamos a exponer de inmediato, como consecuencia de la naturaleza del deber de alimentos en las relaciones paterno-filiales que consagra nuestro Código Civil.

Privación de la autonomía de voluntad

En el caso que nos ocupa, el juzgado respeta la doctrina consolidada, de manera que establece una indemnización, a tanto alzado, por los daños derivados de la privación de la autonomía de voluntad de la progenitora acerca de la decisión de tener un hijo, y por la zozobra, estrés y angustia sufrida por la madre durante todo el proceso. El problema radica, sin embargo, en que a dicha indemnización se añade una segunda

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA**  
**CENTRO DE BIOÉTICA**

por el mero hecho de tener que sufragar los gastos de alimentación de su hijo hasta que cumpla, no la mayoría de edad, sino una edad que, a tanto alzado, permite concluir que el menor, ya entonces mayor, gozará de los medios suficientes para valerse económicamente por sí mismo, y ésta es la de 25 años.

Para justificarlo, la sentencia recuerda que "la demandante no quería tener un hijo, y si el aborto hubiera sido un éxito a día de hoy no tendría ninguna descendencia y no tendría por qué asumir una serie de obligaciones materno-filiales, entre las que se cuentan, obviamente, las económicas y que se traducen en gastos de alimentación, educación, vestimenta, etc".

Pues bien, con todo el respeto que nos merece el juzgador, tal decisión constituye no sólo un evidente alejamiento de la doctrina consolidada del Tribunal Supremo sobre la acción de wrongful birth, sino, además, un desconocimiento de la figura del deber de alimentos en relaciones paterno-filiales.

#### Deber de alimentos

La naturaleza jurídico familiar del deber de alimentos (carácter personalísimo, recíproco, indisponible e irrenunciable) impide que el coste que conlleva este deber pueda considerarse un daño susceptible de indemnización, puesto que va en contra de lo recogido en nuestro propio ordenamiento, que prohíbe cualquier tipo de transacción en materia alimenticia (art. 1814 CC).

El deber de alimentos se configura como un derecho-deber, de manera que lo que puede, en determinado momento, constituir una deuda a favor del hijo, es perfectamente transformable en un crédito a favor de los padres. Así, no puede afirmarse que el tener un hijo constituya, más allá del daño moral antes comentado, un perjuicio cuando los padres poseen desde ya una futura expectativa de crédito en su favor, derivado del deber que también tendrá el hijo en el futuro de alimentarles. Ello, salvo, claro está, que el juzgador haya pretendido instituir tal deber de alimentos del hijo a favor del médico, que es quien va a encargarse del soporte económico de su manutención y educación.

Si el deber de alimentos entre padres e hijos se explica de acuerdo con el principio de solidaridad familiar, en el que se interrelacionan unos derechos y deberes que funcionan recíprocamente, se podría dar el absurdo de que unos padres que se ven judicialmente eximidos del deber de prestar alimentos a su hijo, puedan, por el contrario, exigírselos a su hijo. Y a este respecto, no debemos olvidar que nos encontramos ante el nacimiento de un niño aparentemente sano, no de un niño con malformaciones o minusvalías, caso éste en el que el Tribunal Supremo sí ha admitido indemnizar, junto al daño moral, daños de naturaleza patrimonial por el "impacto psíquico que supone crear un ser discapacitado que nunca previsiblemente podrá valerse por sí mismo y que puede llegar a alcanzar edades medianas".

En definitiva, esperemos que en el trámite de recurso se subsane lo que constituye una decisión dictada a espaldas de una interpretación sistemática e integradora del Código Civil, que no sólo alcanza a los archiconocidos artículos 1101 y 1902, sino también a los artículos 143.2., 151, 154.1 y 155.2.

### **3. - Dr. House...¿The End?**

Dr. A.M. Santos

Ethos and Technos. 11 de Junio de 2012.

Tras ocho temporadas, la conocida serie televisiva "Dr. House" ha llegado a su fin. Estrenada por la cadena Fox en el 2004, durante todos estos años ha conquistado a decenas de miles de seguidores alrededor del mundo. Las historias de la serie se centran en el médico Gregory House, un sujeto misántropo, cínico y extremadamente antipático, pero en quién también se conjugan enormes conocimientos y habilidades médicas, así como unas dotes intelectuales sorprendentes para la observación, la síntesis y la abstracción. Tales aptitudes lo ubican como "As" del diagnóstico médico del también ficticio "Princeton-Plainsboro Hospital". Ahora la serie se cierra, luego de unas últimas temporadas en las que su protagonista se sumerge

## UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA CENTRO DE BIOÉTICA

más y más en una introspección psicológica con ribetes metafísicos que dieron lugar a capítulos de tema bastante sombrío.

Es notorio el éxito que puede llegar a alcanzar las series de médicos y hospitales, algo que desde hace tiempo le ha convertido en todo un subgénero. Resulta que la práctica sanitaria desarrolla su acción en estrecha cercanía a la persona, y precisamente al servicio de algunos de sus bienes más preciados: la vida y la salud. Esto, en momentos tan cruciales de la existencia como son, su jubiloso inicio, su siempre dramático fin, así como durante la enfermedad. Situación esta última en la que el individuo sufre, además de los síntomas propios de su estado, grados variables de limitación, dependencia e incertidumbre. Frente a esto, tenemos la agobiante presión de trabajo y la enorme sobrecarga emocional de unos profesionales que disponen de estrecho margen para el error y se enfrentan a difíciles decisiones, en su continua carrera contra-reloj frente al dolor y la muerte. Todo ello convierte a este campo del ejercicio profesional en un complejo y rico ámbito de vivencias y relaciones interpersonales, que gira en torno a la precariedad de la condición humana en el reino de este mundo. Nada más apropiado para recrear situaciones que van desde el drama hasta el thriller, siempre con alguna que otra dosis de hilaridad.

Según cuentan, Paul Attanasio, David Shore y el resto de los creadores de la serie se inspiraron en una columna del New York Times que estaba a cargo de la Dra. Lisa Sanders profesora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Yale. Allí se mostraban casos médicos difíciles e inusuales. Pero como suele suceder en este subgénero, las historias médicas son solo un marco o instrumento para abordar el entramado de relaciones que dan pie a los conflictos humanos y profesionales entre médicos, directivos y pacientes. Sin embargo, el centro de toda la serie ha sido la lucha interna de su protagonista. A pesar de su éxito profesional, House está lleno de defectos, carencias y limitaciones. Es un hombre atrapado no tanto por el dolor físico de su pierna enferma (que apunta a ese “lado podrido” en cada uno de nosotros), como por un intenso sufrimiento psicológico y espiritual. No por gusto, el propio Hugh Laurie, ese actor que tan magistralmente le ha sabido encarnar, ha definido al Dr. House como un “náufrago emocional”.

House es un contradictorio mosaico: casi siempre es huraño, intempestivo y sarcástico pero a ratos muestra un lado jocosos o hasta pueril. Algunas veces obra de un modo despiadadamente honesto y muchísimas otras, es un hábil manipulador de colegas, pacientes y familiares, a quienes trata como meras piezas en un tablero. Precisamente, quizás este sea su rasgo más remarcable: un recio pragmatismo (tan vinculado al ámbito anglosajón) según el cual, “el fin siempre justifica a los medios”, incluso aunque la dignidad humana con frecuencia quede rota y pisoteada al borde del camino. Entonces, lo importante pasa a ser no tanto el paciente como el diagnóstico, no la persona sino la enfermedad, lo cual a todas luces resulta un enfoque extremadamente reduccionista. Su famosa frase “todos mienten” (everybody lies), redondea un arquetipo en el que predomina el escepticismo y el desdén hacia la naturaleza humana. Pero House no nos mira por encima del hombro, sino desde la lona y el polvo.

Hay muchas cosas de fondo que no me han gustado en esta serie y que desde hace tiempo hicieron menguar mi interés en ella. El asunto no es de “forma” sino de “contenido”. No se trata de las perceptibles “costuras” o desniveles entre uno y otro capítulo o entre las diversas temporadas, comprensibles en un tipo de producción industrial en el que a ritmo frenético trabajan en paralelo varios equipos de guionistas y directores. Tampoco me refiero a los casos exagerados al extremo, o a las prácticas y situaciones inverosímiles o hasta disparatadas (eso sí, solo para el ojo avezado de un facultativo televidente), sino a ciertos aspectos de índole conceptual y bioética. En toda la serie palpita un relativismo ético en el que «el bien» o «el mal» son apenas opciones intercambiables según el interés de los sujetos actuantes. Por otro lado, House constantemente indica estudios y tratamientos de forma impulsiva y temeraria, haciendo añicos aquel principio de *primum non nocere* (ante todo no hacer daño) que ha guiado a la medicina desde los tiempos hipocráticos y que asume al enfermo en su excelsa dignidad personal.

Un asunto no menos importante es el descomunal protagonismo de la tecnología médica. No recuerdo haber visto nunca al irónico Dr. House palpando un abdomen o auscultando a un paciente. Muy pocas veces se

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA**  
**CENTRO DE BIOÉTICA**

presenta a alguno de los miembros de su equipo entrevistando y examinando exhaustivamente al caso. En su lugar, allanan su morada o le extorsionan de formas tan inimaginables como poco éticas para obtener algún dato relevante, en una práctica abiertamente transgresora que roza la frontera de lo delincuencia. Luego, todos prefieren sentarse alrededor de una mesa y adentrarse en una lluvia de ideas (con rayos incluidos) en el que cada uno trata de imponer la suya propia a toda costa. Más tarde sale cada cual a ejecutar su función: aplicar tecnología y más tecnología. Claro que casi todo será en vano, al final solo bastará un detalle, para que en un raptó de iluminación, House consiga el necesario diagnóstico.

De cualquier manera, también hay numerosos aciertos y verdades en muchos de los capítulos de la serie:

\* El proceso salud-enfermedad es una realidad compleja en la que intervienen numerosos factores contextuales de tipo sociológico, cultural y ambiental. Por tal motivo, no todo se soluciona solo con fármacos y operaciones.

\* La relación entre médico y paciente nunca tiene un solo sentido. No se trata de un facultativo “proveedor” y un necesitado paciente “receptor”, sino que juntos han de ser capaces de entretejer una relación donde ambos aportan y a la vez reciben.

\* Contrario al “cliente” convencional, el paciente no siempre tiene la razón. Por tanto el médico no es un mero proveedor de un servicio, que ha de estar dispuesto a complacer a toda costa los deseos del paciente.

\* Las tecnologías médicas no lo pueden todo, ni siempre tienen la razón. A veces más bien aportan confusión y su empleo inadecuado puede provocar resultados desastrosos. La medicina contemporánea es aún arte y ciencia que sigue necesitando del método clínico, requiere mucho del juicio lógico, de la experiencia y hasta de la intuición.

\* La medicina dista mucho de ser una ciencia exacta. Aún haciéndolo todo bien y a la luz del más actualizado conocimiento, las cosas pueden salir muy mal. Por otro lado, los médicos se equivocan, incluso los mejores, aquellos más hábiles y motivados. Ellos sufren con sus fracasos, pero también tienen la oportunidad de crecer con cada error.

Otro innegable valor es que House no se presenta como un ogro que enseña todo el tiempo los dientes. Aunque se empeñe en ocultarlo, también por momentos muestra una elevada sensibilidad humana, y junto a él, todos terminamos siendo afectiva y efectivamente involucrados. Así, es capaz de maravillarse ante la manita del feto que en medio de una operación sale del útero materno y toca la suya. Luego queda el resto del día mirándose el dedo al que se aferró la frágil manita, y en un instante, a todos se nos devela el valor de esa vida. O aquel episodio en el que logra que un niño autista sobreviva. Pero cuando por su mente pasa que no ha valido la pena salvarle la vida a alguien que luego seguirá “lastrado” por tal enfermedad, el niño, ante la mirada atónita de sus padres (y del propio House), se le acerca, le mira a los ojos y le regala su juguete. La conducta rompe su aislamiento y se aparta de la usual en un autista, pero el gesto de agradecimiento implica una comunicación precisamente con alguien que tiene por norma rechazar a todos. A House le hace reflexionar sobre sí mismo y los que estamos del lado de acá de la pantalla apreciamos el valor de cada vida humana y la esperanza con que ha de ser asumida.

La teleserie llega a su fin, sin embargo, una vez más la realidad se entrelaza con la ficción. En nosotros puede haber mucha más oscuridad a lo “House” de lo que pensamos o estamos dispuestos a admitir. Tras algunas batas blancas se escuda bastante soberbia, mucho paternalismo autoritario y muy poca disposición a la empatía, la apertura y la comunicación. Desprovistos de la genialidad con que se representa al personaje televisivo, algunos facultativos de carne y hueso le aventajan ampliamente en arrogancia y egocentrismo. Así, tan victimarios como víctimas de un actuar deshumanizado, no es difícil forzar diagnósticos, mentir, manipular y en fin, a cada paso violentar la dignidad de colegas y pacientes. En efecto, podemos llegar a ser peores que House, con los agravantes de la cotidianidad y de un escenario donde el sudor, las lágrimas y la sangre no son de maquillaje.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA**  
**CENTRO DE BIOÉTICA**

**4.- Un juez británico obliga a alimentar a una mujer anoréxica**

El tribunal considera que la enferma, de 32 años, no tiene capacidad para decidir por sí misma. Sus allegados creen que se han de respetar sus deseos

El País. Walter Oppenheimer Londres 15 JUN 2012

Es una antigua estudiante de medicina de 32 años que vive en Gales, no puede ser identificada por razones legales y se la conoce como E. No tiene expresamente la voluntad de morir pero es protagonista de un caso extremo de anorexia: tiene “un miedo obsesivo a coger peso” hace ya más de un año, se niega a tomar ningún tipo de alimento sólido y apenas agua, lo que la ha llevado a tener un índice de masa corporal de 11,3, equivalente a un peso de 33 kilos para una persona que tuviera 1,70 metros de altura.

Un juez del Tribunal de Protección, en Londres, ha dictaminado ahora que debe ser alimentada “incluso a la fuerza si es necesario”. ¿Por qué? Porque “E es una persona especial cuya vida es valiosa; ella no lo ve así en estos momentos, pero puede que sí lo haga en el futuro”, ha razonado en su sentencia el juez Peter Jackson, encargado del caso.

Su índice de masa corporal es de 11,3, equivalente 33 kilos para 1,70 metros

Creado en 2007, el Tribunal de Protección tiene capacidad para “tomar decisiones en nombre de personas que son incapaces de tomarlas por sí mismas”. El tribunal puede decidir si una persona está o no en condiciones de tomar una decisión, puede tomar decisiones financieras o de bienestar en nombre del afectado o nombrar a personas que actúen en su nombre o impedir que lo sigan haciendo.

El caso de E fue planteado el mes pasado por las autoridades del municipio en el que reside, por entender que si no se alimenta morirá. Con trastornos relacionados con la comida desde los 11 años, E sufre otros problemas de salud graves y desde la adolescencia tiene problemas de alcoholismo “como vía de escape”.

El juez ha admitido que ha tenido muchas dudas porque hay razones de peso tanto a favor como en contra para obligar a E a alimentarse. “Es la primera vez que me he planteado la posibilidad real de que un tratamiento para mantener a alguien con vida no es lo mejor que se puede hacer por una persona que, aunque no tiene capacidad [para decidir por sí misma], es completamente consciente de su situación”, reconoce el juez.

El magistrado dice: “La diferencia entre vida y muerte es la mayor que conozco”

“Los factores en uno y otro sentido son, en mi opinión, casi absolutamente equilibrados. Pero, habiéndolos considerado con todo el cuidado de que soy capaz, creo que la balanza se inclina ligeramente pero sin ninguna duda a favor de un tratamiento de conservación de la vida”, concluye.

Y admite que se ha quedado “impresionado por el hecho de que la gente que mejor conoce a E no estaba a favor de un tratamiento”. “Creen que ya ha tenido bastante y que se han de respetar sus deseos. Creen que se le ha de permitir tener una muerte digna”, acepta el juez.

Admite también el magistrado que para los padres de E es una situación “imposible”, y que para ella el tratamiento es “no ya una intrusión en su cuerpo del tipo más íntimo posible, sino una imposición a su voluntad que E vive como algo abusivo”. Acepta que las opiniones de esta mujer “merecen el más absoluto respeto” y que “no es una niña o un adulto muy joven, sino una mujer inteligente y elocuente”.

Pero “solo vivimos una vez: nacemos una vez y morimos una vez, y la diferencia entre la vida y la muerte es la diferencia más grande que conozco”, concluye el juez. Por eso cree que E tiene que ser alimentada, aunque sea a la fuerza. Quizás para que sea ella quien decida, cuando esté en condiciones de hacerlo por sí misma, qué quiere hacer con su vida.

**5.- China legisla para imponer sus genéricos a los laboratorios**

Pekín sigue a India y cambia la ley para burlar las patentes en casos de emergencia e interés público

El País. José Reinoso Pekín. 15 JUN 2012

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA**  
**CENTRO DE BIOÉTICA**

China ha decidido seguir los pasos de India para luchar contra los altos precios de las medicinas, que impiden a muchos de sus ciudadanos el acceso al tratamiento de algunas enfermedades. Pekín ha modificado parcialmente las leyes de protección de la propiedad intelectual para abaratar determinados fármacos que se encuentran bajo protección de la patente, informa Reuters. La decisión provocará seguramente inquietud en las grandes multinacionales del sector, que ven China como uno de los grandes mercados en crecimiento y una vía para compensar las renqueantes ventas en los países occidentales.

La nueva legislación —que entró en vigor el 1 de mayo y fue dada a conocer en la web de la oficina nacional de patentes— permite a las autoridades sanitarias emitir las llamadas licencias obligatorias a compañías designadas para que produzcan versiones genéricas de fármacos bajo patente en caso de emergencias estatales, circunstancias excepcionales o en interés del público.

La modificación de la normativa va incluso más allá, ya que fabricantes designados podrán exportar también los genéricos a otros países por “razones de salud pública”, incluidos miembros de la Organización Mundial de Comercio (OMC). Los reglamentos de la OMC autorizan a un Gobierno a que acuda a licencias obligatorias en algunos casos cuando tratamientos que potencialmente pueden salvar una vida son demasiado caros.

La decisión se produce meses después de que India pusiera fin, por esta vía, al monopolio de la multinacional alemana Bayer sobre un fármaco contra el cáncer. El Gobierno indio concedió en marzo su primera licencia obligatoria a la compañía Natco Pharma para fabricar Nexavar, un medicamento utilizado para tratar el cáncer de riñón y el de hígado.

En el caso de China, las autoridades tienen la vista puesta en tenofovir —su nombre comercial es Viread—, de la empresa estadounidense Gilead Sciences, que es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como parte de un cóctel de medicamentos para tratamiento de primera línea contra el virus del sida.

Los expertos aseguran que Pekín quiere aprovechar las posibilidades que ofrece el marco legal para incrementar la producción de medicamentos genéricos, no solo para el consumo de su población, sino para exportar a los mercados internacionales. Algunos analistas dudan de que el cambio legal vaya a implicar una ruptura generalizada de patentes y creen que, al menos, aclara las reglas. El interés chino por los genéricos no es nuevo. Se remonta al menos a 2008 o 2009, cuando la Oficina Estatal de la Propiedad Intelectual invitó a expertos extranjeros a Pekín para que mostrasen a los funcionarios locales cómo preparar el terreno legal para emitir licencias obligatorias, algo en lo que otros países como Tailandia, India, Malasia e Indonesia tienen experiencia.

Los fabricantes chinos de genéricos producen principios activos desde hace años, pero los exportan a otros países, cuyas compañías farmacéuticas los vuelven a vender luego en China bajo patente a precios que mucha gente no puede pagar. El Gobierno está preocupado, en particular, por la dificultad de hacer accesibles a los enfermos fármacos de última generación contra el sida. Aunque Gilead accedió a compartir los derechos de propiedad intelectual de sus productos con fabricantes de genéricos de muchos países en julio pasado a cambio de unos derechos limitados, China quedó excluida del acuerdo. Desde que Pekín cambió la legislación sobre patentes, Gilead ha hecho algunas concesiones, como donar una cantidad sustancial de tenofovir si China adquiere otro tanto, según aseguran expertos de la organización Médicos Sin Fronteras citados por Reuters.

Durante la sesión anual de la Asamblea Popular Nacional China, el pasado marzo, los diputados se comprometieron a hacer más asequibles las medicinas y ampliar la cobertura de los seguros sanitarios pagados por el Estado. Además de los recortes de precios aplicados a los fármacos en 2011, el Gobierno está introduciendo un sistema de compras para abaratar las medicinas esenciales. El Gobierno quiere eliminar también la dependencia de los hospitales de la venta de medicamentos en sus farmacias para 2015, con objeto de bajar el coste de los tratamientos. Muchos hospitales recetan de forma innecesaria para incrementar sus beneficios.

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA**  
**CENTRO DE BIOÉTICA**

La presión sanitaria y las dificultades para cubrir a la población han aumentado por el envejecimiento. China tenía 178 millones de personas mayores de 60 años en 2009; la ONU prevé 437 millones para 2050.

### **6.- La responsabilidad del médico en el derroche**

Diario Médico. Soledad Valle | 26/06/2012

Tanto el Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud como el Código Deontológico aluden a las obligaciones del médico en la buena gestión de los recursos. Pero cargar el peso del ahorro en la actividad asistencial no parece ni razonable ni deseable. La polémica no es nueva, pero se ha encendido con la opinión del consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, instando al facultativo a contener el gasto en sus decisiones. Expertos en Derecho Sanitario y Bioética opinan sobre esta cuestión.

Es quien prescribe y, por tanto, el que ordena el gasto. El médico tiene la última palabra sobre lo que cuesta cada enfermo y es lógico pensar que le corresponde una buena parte de la responsabilidad en el derroche que ha protagonizado la sanidad pública.

\* "Los médicos no pueden estar bajo sospecha porque ellos no gestionan la Sanidad", según López de la Osa, profesor de Derecho Administrativo"

Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), admitió ese mal del Sistema Nacional de Salud (SNS) en una conversación con Diario Médico, pocos días después de que el Gobierno anunciase el primer recorte millonario que se iba a aplicar a la Sanidad (ver DM del 13-IV-2012). Pero no ha sido el único facultativo con responsabilidad dentro de la profesión médica que admite ese gasto sin sentido. Álvaro Gándara, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal), cuestionó la gran inversión destinada a comprar la última tecnología quirúrgica, mientras la atención terminal no llega a todo el que lo necesita (ver DM del 25-V-2012).

Los profesionales reconocen el derroche de los recursos públicos, lo que hace inevitable la pregunta de por qué no lo denunciaron antes. Pero la respuesta a esta cuestión parte de admitir que el médico tiene culpa de la mala gestión. Y ¿la tiene? El consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid, Javier Fernández-Lasquetty, afirmó en una entrevista que "todos sabemos que hay un gasto superfluo en la Sanidad. Quien lo ve de cerca es el profesional y creo que es necesario que, para la supervivencia del SNS, haga un esfuerzo y evite con sus decisiones todo gasto que sepa que no es estrictamente necesario o determinante para el diagnóstico y el tratamiento".

Varios médicos han opinado sobre estas declaraciones en la página web del periódico manifestándose en desacuerdo. La polémica no es nueva, pero cobra actualidad en el momento en el que vivimos, cercano al rescate económico, cuando los recortes pueden dejar "herida de muerte" la sanidad pública, como ha alertado la OMC.

\* El deber de dar a cada paciente lo mejor es difícil de equilibrar con hacer un uso racional de los recursos", dice De Montalvo, doctor en Derecho Constitucional

Alfonso López de la Osa, profesor de Derecho Administrativo en la Universidad Complutense de Madrid y experto en Derecho Sanitario, responde a esta cuestión advirtiendo de su complejidad. "Al tratar la contención



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA**  
**CENTRO DE BIOÉTICA**

del gasto, debemos tener en cuenta que los médicos no deben estar bajo sospecha porque ellos no gestionan la sanidad. Los facultativos prescriben y ejecutan tratamientos. Los gestores de la Sanidad son otros".

**Medicina defensiva**

Las sospechas sobre la actuación profesional del médico pueden tener unas repercusiones nada deseables. Según De la Osa, "la tranquilidad del médico es determinante para trabajar correctamente, pues es quien realiza directamente la prestación asistencial, y si no viene dada por el sistema, el facultativo optará por vías alternativas para lograrla". Entre estos otros caminos está la medicina defensiva, a la que se responsabiliza de buena parte del despilfarro. La razón hay que buscarla en el aumento de las demandas por negligencias sanitarias, mientras que no hay casos conocidos de médicos expedientados por gastar mucho.

Federico de Montalvo, profesor de Derecho Constitucional en la Universidad UP Comillas (Icade), señala que la única referencia que conoce de esta exigencia de responsabilidades es por motivos de prescripción de fármacos, en los que se llegue a demostrar, por ejemplo, que se ha recetado un medicamento para favorecer a una compañía farmacéutica y no por el bien del paciente.

\* El Código Deontológico recoge que el médico en cargos directivos debe velar para que las prestaciones se adapten a las necesidades reales de la población

De Montalvo apunta que "el médico tiene dos compromisos ético-legales: uno hacia el paciente al que atiende y otro hacia la sociedad, de modo que lo que puede ser lo mejor para un paciente puede perjudicar al resto de la sociedad". Y admite que "el deber del médico de dar a cada enfermo lo mejor es difícil de equilibrar con el deber de hacer un uso racional y adecuado de los recursos".

El artículo 19 del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud recoge entre los deberes del médico el uso de "los medios, instrumental e instalaciones de los servicios de salud en beneficio del paciente, con criterios de eficiencia, y evitar un uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas". En este sentido, el Código Deontológico de la profesión señala que "los médicos que ocupan cargos directivos en instituciones sanitarias deben velar para que las prestaciones se adapten a las auténticas necesidades de la población y a las posibilidades reales de financiación, evitando que se ofrezcan servicios sanitarios sin la debida dotación de medios humanos y materiales".

Así, la ley y la deontología hacen una reserva de responsabilidad para el médico en la buena gestión de los recursos que, sin embargo, parece difícil de llevar a la práctica.

José Jara, médico y presidente de la Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid (Abimad), opina que el margen de decisión del médico sobre el gasto es muy pequeño, y pone un ejemplo de lo que califica como un macroderroche: "La voladura controlada del edificio de la Maternidad del Hospital Gregorio Marañón, en Madrid, realizada hace unos años, cuando en absoluto se encontraba en un estado tan deteriorado como para que fuera demolida, y la posterior construcción de una nueva maternidad que fue suntuosamente encargada al arquitecto Rafael Moneo. ¿Cuántas reducciones de nómina serán necesarias para equilibrar ese gasto que difícilmente se puede justificar como necesario?".

**\*Novedades en web de Bioética:**

- **Revista Acta Bioethica.** Santiago de Chile. 2011, Vol. 17, N° 2. Temas actuales en Bioética. <http://www.actabioethica.cl/>

- **Revista Bioética. Conselho Federal Brasileiro de Medicina.** Editada desde 1992. Vol. 19, 3°, 2011. [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica)

- **Revista "Bioètica & Debat".** Institut Borja de Bioètica de la Universidad Ramon Llull. Se pueden descargar algunos ejemplares en: <http://www.bioetica-debat.org/modules/tinycontent/index.php?id=7>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA  
CENTRO DE BIOÉTICA**

- **Revista de Bioética y Humanidades Médicas Quirón.** Argentina, Vol. 41, n° 2. Edición digital. Director fundador: José Alberto Mainetti. <http://ar.microjuris.com/revistaQuiron.jsp> [Quirón. Revista de Medicina y Bioética](#)
  
- **Revista de Bioética Latinoamericana.** Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela. Último número en web: n° 9, n° 1, marzo-agosto 2012. <http://www.saber.ula.ve/revistabioetica/>
  
- **Revista Colombiana de Bioética.** Universidad El Bosque. Vol. 6, n° 2. Julio-diciembre 2011. [www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/revista12.html](http://www.bioeticaunbosque.edu.co/publicaciones/Revista/revista12.html)
  
- **Revista Cuadernos de Bioética, España.** Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Vol. 22, n° 77, enero-abril 2012. Tema monográfico: Eugenesia y eutanasia en la sociedad actual. <http://www.aebioetica.org/cuadernos.htm>
  
- **Revista Latinoamericana de Bioética.** Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá. Vol. 10, n° 2. Bioética, tecnología y sociedad. [www.umng.edu.co/www/section-3761.jsp](http://www.umng.edu.co/www/section-3761.jsp)
  
- **Revista Medicina y Humanidades.** Facultad Medicina Campus Sur, Universidad de Chile. Año 2011, n° 1-2 [www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1\\_2\\_2011.html](http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n1_2_2011.html)
  
- **Revista Persona y Bioética.** Departamento de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad de La Sabana. Colombia. Último número en web: 2011, Vol 15, n° 2: <http://personaybioetica.unisabana.edu.co/index.php/personaybioetica>
  
- **Revista Redbioética/Unesco.** Año 2, n° 4. Julio-diciembre 2011.  
<http://revista.redbioeticaunesco.org/>

**\* Información de Congresos:**

- **3ª Congreso CIENCIAS, TECNOLOGÍAS Y CULTURAS. Quehacer interdisciplinario, calidad académica, redes internacionales.** Universidad de Santiago-Chile, 7-10 enero 2013. Información: [www.internacionaldelconocimiento.org](http://www.internacionaldelconocimiento.org) y allí Congreso 2013. Contacto [eduardo.deves@usach.cl](mailto:eduardo.deves@usach.cl)

- **IX Congreso Latinoamericano y del Caribe de Bioética. FELAIBE. Fecha de realización: 17 al 20 de abril de 2013. Sede: Guanajuato, Gto., México. Universidad de Guanajuato.** En breve estará el programa provisional.

**\*Información de cursos:**

- **Curso de formación de formadores Bioética 4x4. Fundación Ciencias de la Salud, Madrid, 9ª edición.** 17-21 septiembre 2012. Dirección: Dr. Diego Gracia. [www.fcs.es/cartera\\_formation/bioetica\\_4x4\\_curso\\_formation\\_formadores\\_9\\_edicion.html](http://www.fcs.es/cartera_formation/bioetica_4x4_curso_formation_formadores_9_edicion.html)

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA  
CENTRO DE BIOÉTICA**

- **VII Curso de Ética de la Investigación en Seres Humanos y VI Curso de Bioética Clínica y Social.** Programa de Educación Permanente en Bioética REDBIOÉTICA/UNESCO [extensión@redbioetica-edu.com.ar](mailto:extensión@redbioetica-edu.com.ar) [www.redbioetica-edu.com.ar](http://www.redbioetica-edu.com.ar)

**\*Información de postgrados:**

**España:**

- **Barcelona. Máster Universitario en Bioética. Centro: Institut Borja de Bioètica (Universitat Ramon Llull)** 2 cursos acadèmics: 2011/12 i 2012/13. Modalitat presencial i també on-line. Más Información: Web: [www.ibbioetica.org](http://www.ibbioetica.org) Enllaç URL:<http://www.ibbioetica.org/cat/modules/tinycontent/index.php?id=8>

- **Madrid. Máster Universitario en Bioética. Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid.** Responsable: Prof. Dr. D. Pablo Martínez de Anguita. Cuenta con el asesoramiento técnico de la Profa.Dra. Mónica López Barahona, y la colaboración del C.E.U.

- **Madrid. Máster de Bioética y Bioderecho. Universidad Rey Juan Carlos de Madrid,** dirigido por el Prof. Andrés Ollero Tassara y el Dr. Manuel de Santiago Corchado. <http://www.urjc.es/catedrabioeticaybioderechodetinsa/master/presentacion.html> [http://www.urjc.es/estudios/titulos\\_propios/bioetica\\_bioderecho/](http://www.urjc.es/estudios/titulos_propios/bioetica_bioderecho/)

- **Madrid. San Pablo.** Web:

[http://www.urjc.es/practicum\\_masteres/ciencias\\_salud/bioetica/bioetica.htm](http://www.urjc.es/practicum_masteres/ciencias_salud/bioetica/bioetica.htm)

- **Madrid. Máster Internacional en Bioética. Centro de Estudios Biosanitarios,** desde la Cátedra de Bioética Jérôme Lejeune. Modalidad on line. El Máster tiene una duración de un año, y se puede realizar la inscripción a lo largo de todo el año. Información: Eugenia Fernández Cámara a [mefcamara@ceb.edu.es](mailto:mefcamara@ceb.edu.es). Secretaria técnica, Eva Galián: [egalian@ceb.edu.es](mailto:egalian@ceb.edu.es)

- **Murcia. Máster en Bioética a distancia. Universidad de Murcia.** Ha comenzado ahora el proceso de preinscripción, para el periodo 2012-2013. Información:

<http://www.um.es/web/vic-estudios/contenido/masteres/preinscripcion>

<http://www.um.es/web/medicina/contenido/estudios/masteres/bioetica>

- **Madrid. Máster Evaluación sanitaria y acceso al mercado (Fármaco-economía) Universidad Carlos III, Madrid.** Información: [www.uc3m.es](http://www.uc3m.es)

- **Navarra. Magíster en Bioética. Universidad de Navarra.**

<http://www.unav.es/master/bioetica/plazos>

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA  
CENTRO DE BIOÉTICA**

- **Sevilla. Master en Bioética y Humanización de la Asistencia.** Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, con título propio de la Universidad de Sevilla, 60 créditos ECTS. Director: José María Galán González-Serna. web: <http://www.cfp.us.es>

- **Valencia. Master Universitario en Bioética de la Universidad Católica de Valencia “San Vicente Mártir”.** VII edición comienza 20 de mayo. Modalidad semipresencial. <https://www.ucv.es/bioetica>

### **Latinoamérica**

- **Argentina. Magíster en Ética biomédica. Universidad Católica Argentina.** Buenos Aires, presencial. Director: Pbro. Lic. Rubén Rebello.

<http://www.uca.edu.ar/index.php/site/index/es/universidad/facultades/buenos-aires/bioetica/posgrado/>

- **Argentina. Maestría en Bioética. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza.** Directora: Dra. Marta Fracapani. <http://www.fcm.uncu.edu.ar/joomla/index.php/bioetica>

- **Argentina. Maestría en Bioética Jurídica (Universidad Nacional de La Plata, Argentina),** Director: Eduardo Luis Tinant. Curso lectivo 2010-2012. Inscripción: Secretaría de Postgrado, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Tel. 054 (0221) 427-2764/427-2801. Mail: [e-tinant@sinectis.com.ar](mailto:e-tinant@sinectis.com.ar)

- **Argentina. Curso de Postgrado en la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) “Bioética y Derechos Humanos en América Latina.** Parte I: Bioética y Derechos Humanos” Profesora y Coordinadora: Dra. María Luisa Pfeiffer, Inicio: 23 de agosto de 2011 |Fin: martes 25 de octubre. Información.: [posgradonuevasede@sociales.uba.ar](mailto:posgradonuevasede@sociales.uba.ar)

- **Argentina: Diploma y Especialización en Bioética y programa de capacitación en ética de la investigación.** FLACSO. <http://bioetica.flacso.org.ar/propuesta.html>

- **Argentina. Curso Bienal de Bioética Médica, año 2011 (Dos años de duración). Comités Asistenciales de ética: dinámica y aplicaciones.** Escuela de Graduados de la Asociación Médica Argentina. Directora del Curso: Dra. Alicia Irma Losoviz. Información personalizada: TE. 4825-4485 / [ailosoviz@intramed.net](mailto:ailosoviz@intramed.net) Web: <http://www.ama-med.org.ar> <http://www.bioeticaclinica.com.ar>

- **Colombia. Especialización, Maestría y doctorado en Bioética, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.** [doctoradobioetica@unbosque.edu.co](mailto:doctoradobioetica@unbosque.edu.co)

- **Colombia. Especialización en Bioética. Universidad de La Sabana.** Web: <http://www.unisabana.edu.co/postgrados/especializacion-en-bioetica/nuestro-programa/>

- **Colombia. Maestría en Bioética. Centro de Bioética, Universidad Javeriana. Bogotá.**

[http://pujportal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Bioetica/programas/maestria\\_presentacion](http://pujportal.javeriana.edu.co/portal/page/portal/Bioetica/programas/maestria_presentacion)

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA  
CENTRO DE BIOÉTICA**

- **Cuba. Maestría en Bioética Universidad de La Habana.** Febrero 2012- diciembre 2014. Coordinador Académico: Dr. José Ramón Acosta Sariego: [joseacosta@infomed.sld.cu](mailto:joseacosta@infomed.sld.cu) [cesbh@matcom.uh.cu](mailto:cesbh@matcom.uh.cu)

- **Chile. Magíster en Bioética, Pontificia Universidad Católica de Chile.** Santiago de Chile, edición 2012-2013. Presencial. Postulación hasta el 15 de enero. Directora. Dra. Paulina Taboada. Información: Fono: 3543048/Fax: 6339785, mail:[bioetica@med.puc.cl](mailto:bioetica@med.puc.cl) web: <http://medicina.uc.cl/magister/post-bioetica>

- **Chile. Magíster en Bioética impartido por las Facultades de Filosofía y Humanidades y de Medicina de la Universidad de Chile.** E-mail: [postgrad@uchile.cl](mailto:postgrad@uchile.cl) Sitio Web: <http://www.cedea.uchile.cl> Postulación en línea:<http://www.postulacion.uchile.cl>

- **Chile. Magister Interuniversitario de Bioética, 2011-2012,** Centro de Bioética, Facultad de Medicina de la Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Chile, con el Institut Borja de Bioética. Director: Juan Pablo Beca. Información: web:

<http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/> . mail: [bioetica@udd.cl](mailto:bioetica@udd.cl)

- **Chile. Programa de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial 2012-2013.** Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile. Para información: Dr. Eduardo Rodríguez Yunta E.mail:[erodriguezy@u.uchile.cl](mailto:erodriguezy@u.uchile.cl) Website: <http://www.uchile.cl/bioetica>

- **Ecuador. Maestría en Ética de la Investigación biomédica. Guayaquil, Ecuador.** Información en web:[www.bioetica.org.ec/maestria\\_benitez.htm](http://www.bioetica.org.ec/maestria_benitez.htm)

- **México. Maestría en Bioética Universidad Anáhuac Mayab,** de Nayarit, Yucatán, México. Coordinador: Dr. Eduardo Espinosa y Macin. Inicio en septiembre 2011. Información: <http://www.anahuacmayab.mx/131-1-bioetica.html>

- **México. Maestría y Doctorado en Bioética. UNAM.**

[www.filos.unam.mx/POSGRADO/Bioetica/bio.htm](http://www.filos.unam.mx/POSGRADO/Bioetica/bio.htm)

- **México. Especialidad y Maestría en Bioética. Universidad Panamericana.** México D.F. Curso 2011-2012. Web:[www.up.edu.mx](http://www.up.edu.mx)

- **México. Magíster en Bioética CISAV. Dos años, comienzo agosto 2013.** Centro de Investigación Social Avanzada. A.C. Querétaro, México. Informes: Jimena Hernández, Adjunto a la División de Bioética, [bioetica@cisav.org](mailto:bioetica@cisav.org) y [www.cisav.org](http://www.cisav.org)

- **Paraguay. Especialización en Bioética. Universidad Nacional de Asunción,** Facultad de Ciencias Médicas. Paraguay. Abril 2012 a agosto 2013. Coordinador: Dr. Enrique de Mestral. Información: [escuelapostgradofcm@gmail.com](mailto:escuelapostgradofcm@gmail.com)

- **Perú. Maestría en Bioética y Biojurídica. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.** Coordinador General: Mg. Antero Enrique Yacarini Martínez. Facultad de Medicina. Av. Panamericana Norte N° 855. Chiclayo- Perú. Teléfonos: 074-606200, anexo 1045 / 979354330. Pre-inscripciones en la Web:

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CÓRDOBA  
CENTRO DE BIOÉTICA**

**[www.usat.edu.pe/usat/postgrado](http://www.usat.edu.pe/usat/postgrado) / Contacto: E-mail: [bioetica@usat.edu.pe](mailto:bioetica@usat.edu.pe)**

**-Venezuela. Maestría en Bioética. Universidad Central de  
Venezuela. <http://www.educamericas.com/node/5333>**