

Comentarios al proyecto de Plan de Lucha contra el Dopaje del Gobierno Español Año 2005

En referencia al texto del Proyecto del Plan de Lucha contra el dopaje en el deporte y, previa discusión en el seno de la Federación Española de Medicina del Deporte, hemos considerado oportuno efectuar las siguientes consideraciones.

El dopaje tiene dos actores principales que son el deportista pero, como todo el mundo reconoce, el médico, en este caso el médico del deporte que se ve sometido a diversos procedimientos emanados de las leyes y normativas vigentes en tema de deporte.

Sin embargo, esta participación del médico del deporte no trae aparejada ninguna medida referente a la figura que éste ocupa en el deporte ni a su papel en el marco del proyecto.

Las decisiones referentes a las normativas que se implantan se toman de espaldas al médico del deporte, por lo que la primera consideración respecto al plan es que los representantes de los médicos del deporte participen institucionalmente en los estamentos donde se decidan los temas relacionados con el dopaje y se les tanga en una consideración mayor de la que vienen teniendo hasta el momento.

Se debería especificar con mayor profundidad el aspecto del consentimiento viciado del deportista, al menos, cuando este sea mayor de edad.

En otro orden de cosas, entendemos que la criminalización de este proyecto es excesiva con la represión del dopaje y se deberían distinguir con mayor precisión diversos aspectos. Entendemos que se están mezclando conceptos y que como consecuencia se producen tratamientos desproporcionados, concretamente entendemos que no es lo mismo el caso de un ciclista que se administra EPO que un vigorético (posiblemente culturista) que realiza ciclos de anabolización. El primero es un deportista, el segundo, seguramente no, puesto que no persigue los objetivos tradicionales del deporte. Estas dos circunstancias y, especialmente, lo que supone el tráfico y comercialización de las sustancias necesarias para estos fines, no se deben incluir en el mismo apartado. En este sentido, la justicia deportiva sería suficiente para reprimir el dopaje y el planteamiento de la criminalización sería apropiado para el segundo caso.

Respecto al apartado 6 (Control e inspección de botiquines) se debe exigir que el médico pueda disponer de medicamentos que, aunque incluidos en las listas de sustancias dopantes, pueden ser necesarios en tratamientos de urgencia, como sucede con corticoides, diuréticos, beta-2 agonistas, insulina (en caso de tener deportistas diabéticos), sueros, betabloqueantes. El médico no puede renunciar en ningún caso a su derecho y deber de tratar, especialmente situaciones de urgencia. Téngase en cuenta que cualquier facultativo, con necesidad de atender equipos, delegaciones, etc. puede ser denunciado por no tratar adecuadamente un cuadro urgente (de deportista o de acompañantes, sobre los que también tiene responsabilidad). Este aspecto debe quedar perfectamente contemplado en la norma. En caso contrario, este aspecto sería trasladado al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos o a las instancias oportunas.

Desde un punto de vista técnico proponemos las siguientes cuestiones:

- En el artículo 53 (Códigos deontológicos profesionales contra el dopaje) se deberían incluir a los enfermeros que también tienen participación en el deporte.
- Se debe incluir en todos los currículos de los cursos de formación de técnicos deportivos de diversos niveles, formación en dopaje puesto que tiene la misma responsabilidad que cualquier otra persona que trabaja en el mundo del deporte.
- Se debe hacer un esfuerzo para simplificar los procedimientos para la utilización de sustancias prohibidas para uso terapéutico que han emprendido un curso preocupante desde el punto de vista de su sofisticación, complejidad, encarecimiento y necesidad de un gran aparato burocrático.

Queremos advertir que observamos con preocupación que los criterios de positividad de procesos asmáticos y de broncoespasmo inducido por esfuerzo no sólo son difíciles de cumplir para algunos deportistas enfermos, sino que no serían alcanzados por muchos pacientes de la población normal. Esto supone un grave problema de tratamiento para los deportistas afectados.

Queremos hacer una consideración podríamos decir de tipo epidemiológico. En el último informe de la Agencia Mundial Antidopaje se indica que de los 151.210 controles efectuados en los laboratorios acreditados a nivel mundial sólo se encontraron 2.447 resultados analíticos adversos (1,62% del total). De ellos 190 son por pseudoefedrina, 100 por efedrina, 12 por otras efedrinas. 378 por cannabis. 82 por anestésicos locales. 189 por salbutamol, 76 por terbutalina. 286 por corticosteroides. De estos productos, algunos ya no están prohibidos y en el resto, salvo el cannabis son de uso terapéutico y la mayoría no habrán sufrido sanción. Si se hace el cómputo de positivos excluyendo estas sustancias hablaríamos de un total de 1134 positivos, lo que supondría un porcentaje de positivos del 0,74%. Esta cifra, tampoco la total, no constituye un problema de salud pública bajo ningún criterio.

Está muy bien desarrollar y llevar adelante toda la lucha contra el dopaje que se plantea, pero debemos pedir que se desarrolle y se aplique de la misma forma toda la aplicación de protección sanitaria del deportista (recordamos que su Comisión se encuentra paralizada, que no se aborda en ningún momento la implantación de procedimientos de aptitud para la práctica deportiva mediante reconocimientos médico-deportivos) y que, en los motivos en los que se basa la lucha contra el dopaje, se invoca permanentemente la protección de la salud del deportista, como motivo fundamental para su implantación.

Consideramos de gran importancia las medidas de prevención, siempre y cuando se desarrollen ampliamente y de forma efectiva. Como ampliación a ellas hay que decir que la lucha contra el dopaje será muy difícil si la programación y desarrollo de las competiciones sigue exigiendo metas imposibles y que superan lo que razonablemente supone pedir a un organismo. Se debe contemplar un mayor protagonismo del médico en dicha programación para evitar situaciones extremas como sucede en la actualidad.

Entre los diversos aspectos de trabajo de la Federación Española de Medicina del Deporte uno prioritario es el del estudio de la muerte súbita del deportista. En este

momento suponemos que estamos soportando no menos de 100 casos de muerte súbita (que no accidental) en deportistas en el Estado Español por año. Esto por no hablar de problemas graves, por ejemplo cardiacos, que sin duda se detectan en nuestros deportistas sin que lleguen a fallecer. Esto si que es un problema sanitario sobre el que lamentablemente, hasta el momento, no se ha tomado ninguna medida y que consideramos inaplazable.

Nos preocupa de una forma muy importante la corriente de opinión que pone en entredicho la honorabilidad, profesionalidad, ética y colaboración del médico en el mundo del deporte.

Queremos recordar que la figura del médico es primordial en el avance del deporte, incluso en el español y que es muy peligroso que se tienda a menospreciar y a poner bajo sospecha a nuestro colectivo.

El dopaje existe con y sin médico. Muchas prácticas (por no decir la mayoría) se realizan sin médico. Por lo que no aceptamos la consideración de que en todo caso de dopaje hay un médico implicado como colaborador necesario o incluso como inductor.

Estamos de acuerdo en que se sancione a los médicos implicados, pero sólo a estos. Pero no estamos de acuerdo con que se tienda a perder el principio de presunción de inocencia que, en ocasiones, parece abarcar a todo el colectivo de médicos del deporte.

Esperamos que nuestras aportaciones sirvan para enriquecer el proyecto y también para mejorar las condiciones de trabajo de los profesionales de la Medicina del Deporte.

Federación Española de Medicina del Deporte
Abril 2005