

## **Artículos Breves. Mes de Enero 2009**

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.

### **Indice:**

- 1. La madurez del menor debe valorarse caso por caso y documentarla en la historia.**
- 2. La reforma sanitaria de Obama ampliaría la cobertura médica a 30 millones de estadounidenses.**
- 3. Cuando la ética también muere por televisión.**
- 4. 60 años de la Declaración de los Derechos Humanos. Millones de personas no tienen garantizados derechos humanos básicos.**
- 5. Enfermos mentales y desatinos. Onésimo González.**

## **1.- La madurez del menor debe valorarse caso por caso y documentarla en la historia**

DM, Enrique Mezquita. Valencia 01/12/2008

El concepto de menor maduro nació en los años 70 en Estados Unidos como respuesta a una demanda social que se había generado a partir de decisiones y conflictos judiciales entre padres, hijos y profesionales en el ámbito de la asistencia sanitaria.

Según un grupo de especialistas reunidos en las IV Jornadas Nacionales de Comités de Ética Asistencial, celebradas en la sede de Valencia de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, aunque la situación jurídica española en este ámbito está regulada por la Ley de Autonomía del Paciente, y sus homólogas autonómicas, la realidad es que la complejidad del tema reclama que el abordaje de los casos sea individualizado, tanto para valorar si un menor está capacitado o no como para decidir en qué contexto puede resultar posible su decisión.

### Valoración de la madurez

Núria Terribas, directora del Instituto Borja de Bioética, de la Universidad Ramón Llull de Barcelona, ha señalado que la Ley 41/2002 es clave que "la responsabilidad de valorar el grado de madurez del menor en función de la decisión a tomar, recae en el profesional". Por ello, ha señalado que "debe documentar muy bien todo el proceso en la historia clínica, remarcando en qué se ha basado para otorgar esa graduación al paciente". De esta forma, el profesional implicado tendrá los argumentos precisos para poder sostener esa decisión.

Montserrat Esquerda, pediatra del Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Lérida y profesora de Bioética en la Universidad de esa localidad, ha hecho hincapié en la "imposibilidad de generalizar" respecto a la competencia de un menor en la toma de decisiones, lo que implica que "se debe ir a la casuística".

Según Esquerda, la valoración de esa competencia "hay que verla como un proceso", destacando que intervienen factores personales, pero también familiares y culturales, en la toma de decisiones. Además, ha resaltado que "muchos temas de menores están relacionados con la sexualidad, y en ellos siguen pesando muchos los valores, que generalmente están implícitos". En contraste, "el tema del menor maduro cuando es un enfermo crónico es un gran desconocido".

Según María Elena Martín, cirujano pediátrico del Hospital General Universitario de Alicante, es muy importante que los profesionales "se ganen la confianza del adolescente", ya que también se trata de "una inversión para su salud del futuro". A su juicio, "respetar la confidencialidad es clave para lograrlo".

Entre los temas de la práctica clínica diaria relacionados con el menor maduro que generan más dudas al profesional, se encuentran los relacionados con la píldora postcoital, la prescripción de medicamentos, el consumo de drogas y las revisiones de salud y vacunación.

## **2.- La reforma sanitaria de Obama ampliaría la cobertura médica a 30 millones de estadounidenses**

Azprensa, Madrid (3-12-2008)

El estudio, basado en los resultados de la reforma sanitaria puesta en marcha por el estado de Massachussets en 2006, que contempla la mayoría de las medidas anunciadas por el próximo presidente estadounidense, indica que tendría un coste anual de 75.000 millones de dólares.

La reforma sanitaria que proyecta la Administración Obama con el objetivo de ampliar la cobertura del sistema de salud a dos terceras partes de los americanos sin seguro médico tendría un coste anual de 75.000 millones de dólares, un gasto que llegaría al billón de dólares en los próximos diez años. Aproximadamente, una tercera parte de esta cantidad provendría en 2009 de dotaciones presupuestarias ya existentes para los no asegurados y el resto se obtendría mediante subidas de algunos impuestos, minimizando determinadas rebajas fiscales ya anunciadas y ejerciendo un mayor control de algunos gastos corrientes.

Esta es una de las principales conclusiones del estudio Healthcare policy in an Obama Administration: Delivering on the promise of universal coverage elaborado por PricewaterhouseCoopers, que analiza las reformas del sistema sanitario prometidas por el nuevo presidente estadounidense para incrementar la cobertura del sistema sanitario americano, mejorar su calidad y situarlo al alcance de la mayoría de americanos sin seguro médico.

Un informe realizado por PwC a partir de los resultados obtenidos por la reforma sanitaria llevada a cabo en el estado de Massachussets en 2006 (que cubre al 97 por ciento de los ciudadanos, el ratio más elevado del país, frente al 85 por ciento de media nacional) y de la opinión de más de treinta expertos y altos ejecutivos de la Administración, la industria y el sector sanitario estadounidenses.

El informe, que subraya las dificultades que va a encontrar Obama para llevar adelante esta iniciativa, estima que el 40 por ciento de los 30 millones de estadounidenses que accederían al seguro sanitario lo harían a través de la cobertura de las empresas, con lo que se revertiría la tendencia de pérdida de peso de este tipo de seguro que se viene produciendo en los últimos tiempos.

Según el informe, los acicates para que la Administración Obama tenga que abordar la reforma del sistema sanitario estadounidense en la próxima legislatura han aumentado de manera extraordinaria en el último año por tres razones: el fuerte aumento del gasto sanitario, que ya supone un 16 por ciento del PIB estadounidense...y sigue subiendo; el acuerdo generalizado entre los líderes de la industria sanitaria sobre la necesidad de adoptar medidas para mejorar la cobertura, la calidad y la accesibilidad financiera; y, por último, las reiteradas promesas realizadas por el presidente para atajar el problema. Estímulos que se contraponen con el escenario actual de recesión económica, deterioro de las cuentas públicas y crecientes restricciones presupuestarias.

El estudio señala que la mejora de la accesibilidad financiera al sistema es el principal desafío que tiene que afrontar la reforma. Aunque el crecimiento de los precios de las pólizas se ha ido desacelerando en los últimos cinco años, el aumento esperado para 2009 se situará entre el 9 por ciento y el 10 por ciento. La mejora de la gestión del sistema y el creciente consumo de medicamentos genéricos han ayudado a reducir los costes sanitarios, compensando en parte los incrementos generados por los avances tecnológicos y el envejecimiento de la población. Respecto a ésta última variable, el informe estima que el número de estadounidenses de más de 65 años aumentará en 9,5 millones durante las dos próximas legislaturas, 3.255 al día, un ritmo que triplica el aumento de este colectivo de población registrado en los últimos ocho años.

El informe advierte que la expansión de la cobertura sanitaria a nivel federal incrementaría algunos de los desequilibrios del actual sistema de salud, como la escasez de profesionales sanitarios. Además, radiografía los impactos positivos y negativos de la reforma sobre los distintos actores del sector: proveedores, aseguradoras, empresas farmacéuticas y de tecnología médica, y compañías que ofrecen cobertura sanitaria a sus empleados.

En el caso de los proveedores (hospitales, clínicas...), el informe destaca algunas consecuencias favorables de la reforma como la reducción de servicios médicos prestados a personas no cubiertas con seguro de salud, la ampliación de los servicios que pueden prestarse a los ciudadanos de manera rentable para los centros y la posibilidad de realizar mayores inversiones en tecnología sanitaria para mejorar la calidad del servicio y lograr una mayor eficiencia de costes a largo plazo. En el otro lado de la balanza, el informe subraya el riesgo de que, ante la falta de doctores de atención primaria, se faculte para realizar sus funciones a personal menos cualificado, o proliferen pequeñas clínicas que traten de cubrir las carencias en Atención Primaria.

Respecto a las aseguradoras, la reforma y el consiguiente aumento de ciudadanos con cobertura médica podría proporcionar a las compañías mayores ingresos y mayores márgenes de beneficio, nuevos incentivos para ofertar productos innovadores y eventuales recortes de costes. Sin embargo, también puede acarrear consecuencias menos favorables, entre ellas, determinados cambios en el marco de funcionamiento del sector.

En cuanto a las empresas farmacéuticas y de tecnología médica, el informe señala que cabe esperar un aumento de la demanda de fármacos y un mayor apoyo fiscal a los programas de investigación y desarrollo. En cambio, la Administración Obama planea una reducción de márgenes y una minoración de ingresos de las compañías, especialmente en los medicamentos más caros.

### **3.- Cuando la ética también muere por televisión ABC, Jueves, 11-12-08**

El canal británico de televisión «Sky Real Lives» retransmitió anoche un documental que, bajo el título «¿Derecho a morir?», incluía unas sorprendentes imágenes: la grabación del suicidio asistido, en septiembre de 2006, de un hombre, Craig Ewert, profesor universitario de 59 años, que padecía una enfermedad neuronal degenerativa incurable que le paralizaba el cuerpo y que le habría conducido a la muerte natural en un máximo de cinco años. Nunca hasta ahora se había emitido en una televisión el suicidio de un hombre asistido por una clínica, en este caso el centro suizo Dignitas de Zurich. Allí, recostado sobre una cama, Ewert recibió por propia voluntad, y previa petición expresa, un vaso con una dosis mortal de un somnífero que ingirió a través de una pajita y posteriormente accionó con su boca un reloj con temporizador que desactivó el sistema de respiración asistida. Tres cuartos hora se estuvo grabando la macabra escena hasta que Craig Ewert dejó de respirar. Esta emisión de un suicidio no sólo ha reabierto en el Reino Unido el complejo debate moral sobre el derecho de un enfermo incurable a «morir dignamente», sino un debate de índole ético sobre el papel de los medios de comunicación y la idoneidad de retransmitir este tipo de episodios. Idoneidad que en este caso carece de sentido desde todo punto de vista. A veces, la ética también muere por televisión.

#### **4.- 60 años de la Declaración de los Derechos Humanos**

##### **Millones de personas no tienen garantizados derechos humanos básicos**

ELMUNDO.ES Actualizado jueves 11/12/2008 12:12 (CET)

\* Las ONG coinciden en que la mejor protección de estos derechos es acabar con la pobreza

\* Millones de personas no tienen acceso siquiera a alimentación o agua potable

\* Mujeres y civiles sufren ataques impunes de gobiernos y grupos armados

\*Numerosos pueblos indígenas se enfrentan a la extinción, por falta de protección

Amnistía ha elevado un zepelín sobre el cielo de Madrid para pedir que los derechos humanos estén por encima de todo. (Foto: Marta Arroyo)

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Con motivo de su 60 cumpleaños, varias ONG piden a los gobiernos que garanticen los derechos de millones de personas en situación de vulnerabilidad y alertan del impacto de la crisis económica sobre ellos.

La mayoría de las organizaciones de desarrollo coinciden en que la mejor forma de garantizar los derechos humanos es acabar con la pobreza. Así lo manifestó el director de Amnistía Internacional España en la charla que mantuvo este martes con los lectores de elmundo.es. Esteban Beltrán aseguró que "la declaración es papel mojado para las víctimas de la pobreza

En opinión de Intermón Oxfam, un primer paso para acabar con la pobreza sería la consecución de los Objetivos del Milenio de la ONU, que supondrían un enorme avance en la garantía del derecho a la salud, a la educación, y a la vida.

Esta ONG alerta de que la posible disminución de la ayuda al desarrollo, junto a la pérdida de ingresos por remesas, exportaciones, y el descenso de la inversión extranjera de los países del Sur, pueden poner en peligro los pequeños avances conseguidos. Además, señala que esta situación puede debilitar a los Estados ya frágiles y sumirlos en la inestabilidad y la violencia.

Intermón considera que los derechos a la educación, a la salud o a la seguridad "son todavía más relevantes en épocas de crisis" y pide a los países ricos que minimicen sus consecuencias.

Civiles y mujeres, contra la impunidad

Por su parte, Amnistía denuncia que los abusos contra los derechos humanos son algo común. Según sus informes, los aspectos más preocupantes son los ataques con impunidad de grupos armados y fuerzas gubernamentales contra civiles, la violencia contra la mujeres y el uso de la tortura para obtener información.

Asimismo, destaca la tendencia a la represión de la disidencia, los ataques contra periodistas y activistas, la falta de protección de los refugiados la negación de los derechos económicos y la evasión evasión de la rendición de cuentas por parte de las empresas que atentan contra estos derechos.

Intermón añade otros dos hechos a tener en cuenta: la escasa protección de los civiles atrapados en conflictos y los efectos del cambio climático en las vidas de las personas más pobres. En la actualidad, las grandes víctimas de los conflictos que asolan el planeta son las poblaciones de Afganistán, R. D. Congo, Irak, Colombia, Darfur o Somalia.

Pero hay otras poblaciones que sufren las consecuencias del desarrollo, en términos generales, y que no suele aparecer en las estadísticas. La ONG Survival recuerda que sólo 20 países han ratificado la legislación internacional sobre pueblos indígenas, cuyos derechos son violados constantemente.

"Sesenta años después de que el mundo reconociera la inviolabilidad de los derechos humanos, pueblos indígenas enteros se enfrentan a la extinción. No hay excusa para esto hoy por hoy. Cada gobierno debe asumir la responsabilidad y ratificar el Convenio para ayudar a garantizar la supervivencia de los pueblos indígenas".



## **5.- Enfermos mentales y desatinos. Onésimo González**

DM, 30/12/2008

El protocolo que autoriza judicialmente a medicar a los enfermos mentales graves que no quieren seguir un tratamiento y que fue elevado al CGPJ por el TSJ valenciano es criticado por el autor, pues cree que estos pacientes tienen los mismos derechos que el resto de los ciudadanos.

El número de Diario Médico del 26 de noviembre de este año informó acerca de un protocolo de la Audiencia Provincial de Alicante, que la Sala de Gobierno del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana ha elevado al Consejo General del Poder Judicial (CGPJ), presentándolo como alternativa a la enfermedad mental grave. El documento, denominado medicación judicial en la información, es una forma de autorización judicial a "los profesionales sanitarios o a las familias" para medicar a enfermos mentales graves que se niegan a seguir tratamiento.

Hace algo más de un año, en estas mismas páginas (ver DM del 8-VI-2007), se señalaba la contumacia judicializadora de la atención a los enfermos mentales que muestran algunos colectivos sociales y profesionales, incapaces de aceptar que los enfermos mentales son, antes que nada, ciudadanos como los demás y enfermos totalmente equiparados a los otros. Dichos colectivos siguen concibiendo a la psiquiatría como un instrumento de defensa social, como un agente del orden, y no como un agente de salud plenamente integrado en el sistema sanitario.

El primer desatino judicializador fue el artículo 765 del proyecto de Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), presentado en octubre de 1998 y que atribuía a los jueces la facultad de dar el alta a los pacientes ingresados de modo involuntario con autorización o aprobación judicial. La movilización social y profesional que suscitó dicha pretensión consiguió modificar el proyecto legislativo, aprobándose el 763 de la LEC en su actual redacción (heredero del 211 del Código Civil) y que reconoce, como no puede ser de otra manera, que el alta médica es competencia y responsabilidad del médico y no del juez.

### **Autorización judicial**

El segundo desatino fue la pretensión de modificar el artículo 763 de la LEC introduciendo la posibilidad de autorización judicial de tratamientos involuntarios ambulatorios. Conducida por la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales, tal iniciativa tuvo la virtud de propiciar un prolongado y fructífero debate en la Comisión de Justicia e Interior del Congreso que, iniciado en 2004, está por concluir y entre cuyas sesiones considero muy ilustrativa la del 17 de mayo de 2007.

En dicho debate se han sucedido grupos parlamentarios, asociaciones profesionales, colectivos de familiares, representantes de usuarios y expertos altamente cualificados a título individual. La conclusión es que cada vez está más claro que no es necesaria la modificación legislativa, ya que la normativa

vigente (artículo 9 de la Ley 41/02 de Autonomía del paciente, artículo 6 del Convenio de Oviedo) contempla las intervenciones médicas no consentidas para todo tipo de pacientes y en todo tipo de circunstancias; opinión que comparten asociaciones profesionales, expertos a título individual y el Defensor del Pueblo Español.

El tercer desatino, que puede calificarse de esperpéntico, fue la iniciativa del Ministerio de Justicia en octubre de 2006 de introducir en el Proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria una nueva regulación de los tratamientos ambulatorios involuntarios. El entonces ministro, López Aguilar, ignoró el debate que se venía produciendo en la Comisión desde dos años antes, descalificó a los intervinientes y eludió el preceptivo informe del Consejo General del Poder Judicial.

Tal iniciativa sorprendió a todos e indignó a más de uno. Además del vicio formal, técnicamente era insostenible, como la totalidad del proyecto legislativo. Tanto es así que ha tenido el privilegio de ser el único proyecto de ley que, aprobado en el Congreso, hubo de ser retirado por el Gobierno antes de la discusión en el Senado al ser imposible su aprobación, por impresentable. En ese proyecto abortado se funda jurídicamente el protocolo alicantino (punto 5, régimen jurídico, primer párrafo), que calificamos de cuarto y último desatino (último por el momento).

#### Titulares de derechos

Me parece muy preocupante que profesionales e instituciones jurídicas participen o protagonicen iniciativas como las que criticamos, ya que parecen ignorar, o al menos no considerar, que los enfermos mentales son titulares de derechos y sujetos de imputación de responsabilidades como los demás ciudadanos. Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad (abril 1986) están totalmente equiparados a los demás enfermos, y su atención integrada en el Sistema Nacional de Salud, integración desarrollada tanto en la Ley de Cohesión y Calidad como sobre todo en el Real Decreto de Cartera de Servicios, cuyos anexos enumeran lo que la atención a la salud mental compete a la atención primaria y a la especializada, y que incluye como en el resto de los enfermos la atención urgente, intervención domiciliaria y transporte sanitario, etc.

Carece de sentido establecer servicios, recursos o normas específicas sólo para enfermos mentales cuando existen o están contemplados para el común de los enfermos. Sólo sirve para señalar la diferencia y fundar la estigmatización. Además de la posibilidad de tratamiento involuntario que brindan la Ley de Protección Patrimonial de las Personas con Discapacidad y el Convenio de Oviedo, si la alteración es persistente y afecta al autogobierno cabe la declaración de incapacidad, que puede referirse o limitarse al cuidado sanitario y en cuya sentencia el juez puede designar a quién haya de sustituir la voluntad del paciente en ese punto. Si la conducta del paciente es amenazadora, agresiva y lesiona bienes o personas, debemos remitirnos al Código Penal; la enfermedad mental sólo a veces exime o atenúa la responsabilidad.

El juez penal dispone de las diversas medidas de seguridad, entre las que se incluye la imposición de tratamiento con o sin privación de libertad. Lo que no deben hacer los jueces es dar altas médicas, ordenar medicaciones, ni suplir la responsabilidad de los pacientes, sus familias y la de los profesionales sanitarios; cuando alguien enferma debe acudir o ser llevado al médico y no al juez. Muchas veces lo que se califica como enfermedad no lo es; en ocasiones los medicamentos tienen efectos secundarios intolerables y no son pocos los pacientes que mejoran al dejar de medicarse. El 763 de la LEC es un mecanismo de garantía del derecho a la libertad personal; derecho cuya defensa compete a los jueces más allá de la función jurisdiccional (art. 117.4 Constitución Española) y no es propio que se utilice, de modo perverso, para judicializar la asistencia psiquiátrica.