

## **Artículos Breves. Mes de Enero 2010**

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

### **Índice:**

- 1. Conclusiones de la Jornada sobre “Efectos del cambio climático en la salud” de la Organización Médica Colegial de España (OMC)**
- 2. Calidad asistencial y derechos. Guillermo Sierra**
- 3. El Gobierno restringirá la objeción de conciencia a los sanitarios que intervengan directamente en un aborto**
- 4. Las menores que aborten tendrán que informar a sus padres salvo si hay coacción**
- 5. ¿Somos libres para morir? El 'caso Haidar' desata el choque entre los derechos a la libertad y a la vida.**
- 6. Declaración de la OMC sobre la actuación médica ante la huelga de hambre de Aminatu Haidar.**
- 7. Justicia climática: en Copenhague se debate la justa distribución de las emisiones futuras de CO2.**
- 8. La ley no da más seguridad ni al médico ni al 'nasciturus'. OMC.**
- 9. La OMC pide comisiones técnico-éticas para garantizar la legalidad de los abortos**
- 10. Copenhague: Un acuerdo decepcionante, una concienciación esperanzadora**
- 11. Claves para entender el sistema de salud estadounidense**
- 12. La objeción médica, regulada con 'objeciones' en la ley del aborto**

**1.- Conclusiones de la Jornada sobre “Efectos del cambio climático en la salud” de la Organización Médica Colegial de España (OMC)  
Web OMC, 4 de diciembre de 2009**

En la Jornada sobre “Efectos del cambio climático en la salud” celebrada en la OMC, con la colaboración de La Caixa, se ha puesto de manifiesto la evidencia de este hecho así como su influencia en la salud, por lo que los médicos deben implicarse en la lucha contra el mismo. El portavoz del PSOE ha invitado a la OMC para que haga oír su voz en la Comisión de estudio sobre el cambio climático del Gobierno

El cambio climático es un hecho comprobado y los médicos deben participar en la lucha contra el mismo ya que sus efectos sobre la salud son igualmente evidentes. Estos han sido algunos de los puntos en que han coincidido los participantes en la jornada “Efectos del cambio climático en la salud” organizada en Madrid por la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial (FFOMC), con la colaboración de La Caixa. En vísperas de la celebración de la cumbre sobre cambio climático que comenzará el próximo 7 de diciembre, se ha señalado que Copenhague no es la meta, sino un punto de comienzo.

En la apertura de la jornada, el presidente de la OMC, Juan José Rodríguez Sendín, reconoció que “el cambio climático está aumentando la carga de enfermedad” y que el médico tiene que involucrarse de forma activa y notoria en la lucha contra este problema ya que es su responsabilidad “la atención integral al paciente y, en consecuencia, a todo lo que pueda afectar su salud”. Desde luego para la OMC, este es un compromiso firme y la celebración de esta jornada “no va a ser un hecho aislado sino ya que nos vamos a ocupar de ello de forma continuada”.

Aumentarán las olas de calor y sus efectos sobre la salud

Tras la introducción de Jesús Lozano, director de la Fundación para la Formación de la OMC, el profesor de Geografía e Historia por la Universidad de Barcelona, José Miguel Raso Nadal, explicó que cuando se habla de clima se está hablando de promedios, pero que el tiempo siempre es variable; la diferencia frente a épocas pasadas es que “todos los cambios que se habían producido hasta ahora habían sido por causas naturales, y esta es la primera vez en que el hombre es el responsable”.

Las últimas predicciones de aumento de temperatura media para finales de este siglo oscilan entre +1,8°C a +4°C, pero “incluso la más baja de estas predicciones va a crear problemas”. Entre ellos se refirió al impacto sobre los recursos hídricos, agricultura y ganadería, así como la amenaza contra la biodiversidad y la elevación del nivel del mar en las zonas costeras. En cuanto a algunos de los efectos más directos sobre la salud, comentó que la disminución de la capa de ozono y el consiguiente exceso de radiación ultravioleta tendrá efectos directos sobre el sistema inmunológico, el cáncer de piel y las cataratas; con todo, el aumento de la mortalidad por el calor va a ser

uno de los principales problemas ya que las olas de calor serán cada vez más fuertes y frecuentes.

#### Necesidad de vigilancia constante

En el desarrollo de la mesa de debate, moderada por José Ramón Huerta, coordinador de Relaciones Internacionales de la OMC, el subdirector general de Sanidad Ambiental del ministerio de sanidad, Fernando Carreras, alentó la formación de los profesionales sanitarios en todo lo relacionado con el cambio climático y la salud y explicó los sistemas de vigilancia incluidos en el Plan nacional de actividades preventivas de los efectos del exceso de temperaturas. Estos sistemas incluyen la predicción de temperaturas (para poder alertar a los sistemas sanitarios), la vigilancia de la mortalidad específica (que se ha traducido en un descenso de mortalidad por olas de calor desde que se instauró este Plan), y la monitorización de la mortalidad diaria (que incluye al 60% de la población y al 89% de los mayores de 74 años). Sin embargo, como ejemplo de la estrecha relación entre aumento de las temperaturas y mortalidad, comentó que en el verano de 2009 aumentó un 2,5% la mortalidad sobre lo esperado para este periodo.

Por su parte, José Vicente Martí, presidente de la Sociedad Española de sanidad Ambiental, reclamó la necesidad de nuevos instrumentos, sistemas de vigilancia y de información geográfica, que proporcionen de forma constante una mayor información, ya que son muchos los aspectos a controlar (temperatura, contaminación atmosférica, calidad del agua, vectores de transmisión de enfermedades, tormentas y precipitaciones, etc.) que permita saber qué y dónde puede pasar.

#### El modelo energético necesita un Pacto de Estado

La portavoz del partido Popular en la Comisión de Cambio Climático del Congreso de los Diputados, M<sup>a</sup> Teresa Lara, se mostró pesimista respecto al acuerdo que puedas salir de la cumbre de Copenhague ya que, según explicó, Estados Unidos que es el país más contaminante del mundo debe estar en esa firma vinculante. “Si ellos no la firman, la industria europea estará en inferioridad de condiciones y muchas empresas se instalarán en otros países que no tengan esas limitaciones”, añadió. También se mostró crítica con la actual política española ya que, de todos los países de la Unión Europea, “España es el que más se aleja de los objetivos del protocolo de Kyoto” a pesar, como reconoció, de “la disminución de emisiones en este último año nuestro país” y que achacó a la disminución del consumo provocada por la actual crisis económica.

En lo que sí coincidieron la representante popular y Fernando Moraleda, portavoz socialista en la Comisión de Cambio Climático del Congreso de los Diputados, fue en reconocer que “la clave está en analizar el modelo energético español” y establecer un nuevo modelo. “Somos un país electrodependiente”, reconoció Moraleda, y ante la actual situación señaló que “el modelo energético no se puede resolver con una Ley, necesita un pacto de Estado”.

También coincidieron en las repercusiones que el cambio climático puede tener sobre la salud y en especial sobre las regiones más pobres del planeta. El cambio climático va a obligar al desplazamiento de más de 50 millones de personas, con todos los efectos que ello conlleva. “Es bueno –señaló el portavoz socialista- que se empiece a hablar del cambio climático desde el punto de vista social, de cómo puede afectar a la salud del ciudadano”. Y con relación a la próxima cumbre mundial, opinó que “Copenhague no es la meta, sino la salida”.

## **2.- Calidad asistencial y derechos**

**Guillermo Sierra | Ex presidente de la Organización Médica Colegial  
Diario Médico, 7 de Diciembre de 2009**

Solventar todos los problemas que entorpecen el funcionamiento del sistema sanitario requiere la implicación conjunta del médico y el paciente. El profesional y el ciudadano deben participar activamente en la labor de garantizar la calidad asistencial y, con ello, preservar sus derechos.

Renunciar a la libertad es renunciar a nuestros derechos y a nuestras obligaciones (J. J. Rousseau). Aceptar una situación por la simple razón de que viene ocurriendo es renunciar a nuestros derechos. Es evidente que la responsabilidad de los gestores es gestionar los recursos y que la forma más sencilla de ahorrar es recortar gastos, aunque posiblemente no sea la más adecuada. Lo difícil es tener imaginación para mejorar los servicios al menor coste, sin disminuir la calidad y con profesionales motivados.

Las administraciones se han marcado un camino y están en su legítimo derecho: ¿para qué gastar en pagar la carrera profesional si el médico lo acepta? ¿Para qué gastar en contratos estables si mediante contratos temporales solucionan el problema? ¿Para qué gastar en personal auxiliar si el médico acepta hacer su trabajo y esta función? ¿Para qué hacer traslados voluntarios si los médicos aceptan el forzoso? Aunque la sociedad salga perjudicada, es mucho más económico hacer de médicos que ser médicos. Lo primero es una ocupación, lo segundo una profesión. Por lo tanto, es evidente que no necesitan que el médico tenga el título de máster si va a hacer lo mismo y con menos coste siendo graduado.

Nosotros con llorar en el muro de las lamentaciones que suelen ser la cafeterías de los centros de trabajo tenemos bastante. Echamos la culpa a las organizaciones de representación y justificamos así nuestra pasividad. En honor a la verdad, es cierto que a algunas organizaciones les viene muy bien este argumento para hacer poco, y esto origina un ambiente propicio para hablar de la libre colegiación.

La sociedad debe implicarse

Es evidente que hay que hacer algo. Esta acción pasa por saber transmitir a los ciudadanos que la aceptación de esta situación, si bien perjudica a los profesionales, más va a perjudicar a la sociedad. No avanzar es retroceder y todo sistema que no avanza debe ser renovado. Esta renovación requiere una implicación directa de la sociedad civil en algo tan importante como es el derecho constitucional a la protección de la salud.

La implicación de la sociedad no pasa por el zarandeo ni por el insulto. Este comportamiento, aparte de ser inapropiado, sólo conduce a distraer y a no valorar en su justo término el sinfín de deficiencias existentes en el sistema sanitario. En unos momentos en los que no avanzamos en equidad -existiendo desigualdades en los recursos y en las prestaciones-, no avanzamos en

solidaridad, algo que se ha convertido en una mera buena intención; no avanzamos en la disminución real de las listas de espera quirúrgica, que se falsean por intereses políticos; no avanzamos en la disminución de las listas de espera diagnóstica, que son las que realmente deben preocupar, y no avanzamos en dar respuestas convincentes a un sinfín de preguntas.

Preguntas como: ¿con qué criterios se externalizan algunos servicios y con qué criterios se adjudican? ¿Por qué ya no existen los concursos oposición o las entrevistas públicas? Desconocemos los criterios de selección, los nombres y méritos de los profesionales a los que no se han adjudicado las plazas.

¿Por qué la burocratización del sistema va encaminada a facilitar el trabajo de la Administración, restándole obligaciones, y no mejora el trabajo del profesional, permitiéndole más tiempo para la asistencia? ¿Por qué se olvida de forma sistemática que una empresa competente del siglo XXI debe tener como socios a los profesionales, escuchándoles y motivándoles de acuerdo a sus responsabilidades y conocimientos? ¿Por qué se olvida que el dueño del sistema sanitario es el ciudadano y no el partido político que ostente el poder? La falta de respuesta a estas preguntas no es más que la ausencia de transparencia en un servicio público que acaba perjudicando a los ciudadanos.

Estoy plenamente convencido de que todos deseamos que nuestro sistema de salud no pierda excelencia ni calidad, y que éstas cada vez sean mayores. Si todos deseamos lo mismo, ¿por qué no se facilita que los profesionales y los ciudadanos participen de forma activa en su reestructuración? ¿Qué mejor ocasión para que nuestros representantes políticos demuestren que no tienen inconveniente en que exista una comisión de vigilancia y de mejora de la calidad asistencial en la que participen profesionales y ciudadanos? Participación que se contempla en la Ley de Calidad y de Cohesión. Si no lo hacen ellos, debiera ser hecho por las organizaciones profesionales, creando el Observatorio de la Calidad.

Es evidente que está por ver el alcance de los objetivos deseables con estas propuestas, pero la insatisfacción de los ciudadanos, la desmotivación de los profesionales sanitarios y la preocupación social del momento son más que suficientes para buscar otras alternativas. El rumbo actual nos lleva a situaciones imprevisibles y posiblemente indeseables.

### Rebelión pacífica

Hace meses, una voz autorizada que fue máxima responsabilidad sanitaria en el pasado llegaba a la conclusión, como ya lo había manifestado anteriormente Costas Lombardia, que de esta situación sólo se podía salir si el médico y el paciente toman el protagonismo que les corresponde. Este protagonismo pudiera demandar una "pacífica rebelión civil", cuya razón de ser es un compromiso con la excelencia y con la calidad, desde la exigencia profesional y desde la exigencia de los medios técnicos, materiales y humanos necesarios. No se debe entrar en una consulta ni en un quirófano sin que reúnan todas las condiciones exigibles para la excelencia de la asistencia sanitaria. Aquí tienen un papel importante los colegios profesionales, las sociedades científicas y los

sindicatos. Debemos dejar muy claras en el consentimiento informado las deficiencias que pudieran originar efectos adversos. Nuestro sistema sanitario, que es de un riesgo equiparable al aeronáutico o al de la energía nuclear, no dispone de los medios de control necesarios.

Los ciudadanos deben valorar si les interesa ser parte activa de esta rebelión pacífica exigiendo en todos sus términos el cumplimiento de la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002 de 14 de noviembre), y dar un paso más en su compromiso social de hacer un uso adecuado de los recursos sanitarios. Si el ciudadano acepta que se pague con su dinero a quienes le han exprimido con los créditos, cómo no va a aceptar que se mejore el sistema sanitario. Pero exige, y hace bien, ser escuchado y participar de forma activa en las decisiones y en el futuro de los centros sanitarios de los que es dueño.

No debemos olvidar que el deterioro de la asistencia sanitaria va incidir sobre todo en las clases más desprotegidas, que no tienen la influencia social y económica para conseguir ser atendidas. Evitar este deterioro, y las situaciones injustas, es la auténtica solidaridad de la que tanto nos gusta presumir.

Para lograr esto se necesita que la medicina sea una profesión, no una ocupación. Una profesión humanista y con exigencias deontológicas. Si el ejercicio de la medicina se somete a los intereses de un partido político o a los intereses económicos, se pone en peligro la libertad de la persona. Si el médico no lucha por este derecho, estamos renunciando a nuestra libertad. Debemos tener muy claro que nadie nos va a regalar nada; es necesario luchar para conseguirlo. Debemos dar y debemos exigir.

### **3.- El Gobierno restringirá la objeción de conciencia a los sanitarios que intervengan directamente en un aborto**

ABC, EFE | MADRID 9-12-09

El diputado de IU, Gaspar Llamazares, que ha comparecido junto al diputado de ERC, Joan Tardá, ha anunciado que ambas formaciones han llegado a un acuerdo para que en el proyecto de ley del aborto se reconozca el hecho de la objeción moral "por parte 'únicamente' de aquellos profesionales sanitarios directamente relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo".

El diputado ha señalado que, pese al reconocimiento de ese derecho de los médicos a objetar, deberán hacerlo por escrito, y "no podrán cuestionar el derecho de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo".

Dicho proyecto será debatido mañana en la Comisión de Igualdad y la próxima semana que viene estará en el Pleno. El acuerdo entre IU-ERC con el PSOE también incluye un "avance en relación a temas de educación sexual y de formación en los programas universitarios de los profesionales". "La educación sexual formará parte de la educación general de los niños y niñas, y por otra parte la formación de los profesionales incluirá la educación sexual reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo", ha informado Llamazares.

#### Objeción por escrito

Sobre la objeción de conciencia, Tardá y Llamazares han explicado que el acuerdo sobre la objeción de conciencia consiste en que se reconoce el hecho "por parte únicamente de aquellos profesionales sanitarios directamente relacionados con la interrupción voluntaria del embarazo". "En este sentido es el cirujano el que tiene esa característica, la persona de la enfermería que le ayude y poco más", ha dicho el diputado de IU, quién ha especificado que dicho profesional tendrá que hacerlo por escrito, "aunque no podrá cuestionar el derecho de la mujer a la interrupción voluntaria del embarazo. El servicio público garantizará la prestación".

Respecto a la inclusión de la educación sexual reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo en los programas universitarios y la educación general, ha indicado que la dicha formación será "curricular y no a través de horas extras".

Otro acuerdo alcanzado entre IU-ERC y PSOE es que se han modificado aquellos requisitos que se planteaban en cuanto a la necesidad de dos especialistas para dar el informe previo de la interrupción voluntaria del embarazo, de tal manera que "se simplifica en un especialista el que hace el informe". Sin embargo, tanto Tardá como Llamazares han opinado que el proyecto de ley "aún posee algún déficit" y ha insistido en que todavía hay lugar para más negociación.

#### **4.- Las menores que aborten tendrán que informar a sus padres salvo si hay coacción**

Aprobada la ley en la Comisión de Igualdad del Congreso con los cambios pactados con PNV y la izquierda, y con el único voto en contra del PP  
EP - Madrid - 10/12/2009

La Comisión de Igualdad del Congreso de los Diputados ha aprobado hoy, con el apoyo de todos los grupos salvo el PP y la abstención de CiU, el dictamen del proyecto de ley que reforma la legislación sobre el aborto, al que se han incorporado las últimas enmiendas pactadas por el PSOE con el PNV y Esquerra (ERC) e IU-ICV. La nueva ley ha obtenido 21 votos a favor, 16 en contra y una abstención.

Los nacionalistas vascos han anunciado esta mañana que han cerrado un acuerdo con el PSOE para que la nueva ley obligue a las menores de 16 y 17 años a informar a al menos uno de sus padres o tutores legales su decisión de abortar, salvo que puedan alegar fundadamente que dicha comunicación pueda suponerles "un peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos o se produzca una situación de desarraigo o desamparo".

Durante su intervención en la Comisión, la representante socialista, Carmen Montón, ha defendido este acuerdo porque "la capacidad de decidir es de las mujeres jóvenes" y ha recalcado que la nueva ley "no prohíbe que las menores informen a sus padres". "Lo normal es que las menores cuenten con sus padres", ha indicado, pero la norma se ha hecho teniendo en cuenta las situaciones en las que "desgraciadamente" no es así. "Se ha incluido este punto para no poner a esas jóvenes entre la espada y la pared y abocarles a un circuito de clandestinidad que les puede llevar a un aborto legal e inseguro".

El PP cree que será "un coladero"

Por su parte, la portavoz de Igualdad del PP, Sandra Moneo, ha asegurado que estas excepciones van a ser "el verdadero coladero para que las menores puedan abortar sin el conocimiento de sus padres". "Al PP no le sirven ni fórmulas intermedias ni pretendidos lavados de cara en esta legislación", ha aseverado. La diputada popular acusó al Gobierno de hacer un proyecto de ley a partir de la "excepción" de las menores que viven en un ambiente familiar conflictivo y criticó que algunos grupos sólo "ofrezcan a estas jóvenes el camino de la clínica abortista sin que sus padres tengan el más mínimo conocimiento", en vez de darles alternativas que les ayuden a sacar adelante a su hijo.

ERC e IU prefieren que las menores no tengan la obligación de informar a sus padres, pero no se oponen a este punto siempre y cuando la decisión sea de la mujer. En el texto también se ha incluido los acuerdos alcanzados entre los socialistas y ERC-IU-ICV, que regulan la objeción de conciencia de los profesionales, garantizan la educación sexual en todos los niveles educativos de los colegios y que los alumnos de Medicina y Enfermería estudien cómo se realiza un aborto.

Estos acuerdos entre PSOE y la izquierda parlamentaria también incluyen que el Estado financie en parte o en su totalidad los anticonceptivos de última generación y que se elimine la obligación de realizar un segundo informe médico para poder abortar entre las 14 y las 22 semanas de gestación. El proyecto de ley será votada el próximo día 17 en el Pleno del Congreso para ser enviado al Senado antes de las vacaciones de Navidad.

## 5.- ¿Somos libres para morir?

**El 'caso Haidar' desata el choque entre los derechos a la libertad y a la vida. La Ley de Autonomía del Paciente permite renunciar a todo tratamiento**

El País, PERE RÍOS 12/12/2009

La huelga de hambre como medida de presión para reivindicar una causa social o política es muy antigua, pero son muy pocas las personas capaces de llegar hasta el final, hasta el punto de sacrificar su propia vida en defensa de esas convicciones. Nadie duda que el ayuno de la activista saharauí Aminetu Haidar es uno de esos casos excepcionales y que va en serio, porque dura ya 25 días y nada hace pensar que desistirá de su actitud.

La legislación impide que se le obligue a ser alimentada

El caso ha resucitado el debate sobre la respuesta que ha de dar el Estado cuando se enfrenta a una situación así, en la que se plantea la colisión entre el derecho a la libertad de la persona y el derecho a la vida. Y, en consecuencia, la obligación o no de los poderes públicos de intervenir para evitar una muerte. ¿Debe realizar concesiones el Estado o ha de permanecer neutral? ¿En qué momento? Si los Gobiernos de España y Marruecos no han sido capaces de lograr un acuerdo, ¿ha de esperarse a que la mujer entre en coma para trasladar el problema a un juez y que se vea presionado a ordenar la alimentación forzosa para salvar su vida?

Diversos expertos coinciden, desde ópticas profesionales también distintas, en que el caso Haidar no es sólo una cuestión de legalidad ni que deba solucionar la justicia. Pero al mismo tiempo ninguno niega que la intervención judicial acabará siendo inevitable y decisiva si la mujer pierde la consciencia y una vez constatado el fracaso de todas las alternativas posibles, incluida la diplomática, la presión política y la negociación de tú a tú con la propia huelguista.

"La persona es soberana y se ha de respetar su derecho fundamental a la libertad. Es indiscutible que si esta mujer no quiere comer, no se la puede obligar bajo ningún concepto, pero creo que el sentimiento humanitario nos ha de llevar a proteger su vida y ha de prevalecer por encima de esa libertad personal. Por eso creo que no se la puede dejar morir". Es el diagnóstico de la situación que hace Victòria Camps, catedrática de Ética de la Universidad Autónoma de Barcelona, quien admite sin reparos que "se trata de un tema muy complejo que supera la ética y el derecho, porque en muchas ocasiones como ésta, las cosas no son ni blanco ni negro".

"La intervención médica forzosa, por los valores humanos que en ella se implican, constituye un tema de excepcional importancia que irradia sus efectos a distintos sectores del ordenamiento jurídico, especialmente al constitucional y al penal, y trasciende del campo de lo jurídico para internarse en el mundo de la axiología, en el que afecta a creencias y sentimientos profundamente arraigados en la conciencia del ser humano, suscitando polémica doctrinal, muy variada y a veces irreconciliable, en la que están en juego concepciones

distintas del sentido de la vida humana". La larga cita está extraída, como delata su redactado, de una sentencia que dictó el 27 de junio de 1990 el Tribunal Constitucional.

El presidente de entonces era Francisco Tomás y Valiente, asesinado por ETA en 1996. Esa sentencia fue la primera de un total de tres que se dictaron en idéntico sentido en siete meses para denegar los recursos de amparo que presentaron los presos de los GRAPO. El Constitucional avaló la alimentación forzosa acordada por el Ministerio del Interior, sólo cuando resulte indiscutible que su vida está en peligro, porque así lo digan los médicos, y tras la pérdida de la consciencia. En ese caso, además, el Tribunal Constitucional resolvió en contra del criterio del juez de vigilancia penitenciaria, partidario de respetar el derecho de los presos a morir para protestar por la dispersión que sufrían. Uno de ellos, incluso, acabó muriendo en la protesta.

Ese caso es el que más se acerca al escenario legal que parece que se avecina con Aminetu Haidar, pero si en temas de justicia no existen dos gotas de agua iguales, mucho menos se puede hablar de similitud entre aquel caso y éste, porque la activista saharauí está en libertad, no bajo la tutela del Estado en una cárcel. Aunque tampoco puede obviarse que si Haidar permanece en el aeropuerto de Lanzarote es en contra de su voluntad, porque ella quiere regresar a El Aaiún y volver con los suyos al Sáhara Occidental, de donde fue expulsada por el Gobierno de Marruecos y obligada a subir en un avión rumbo a esa isla canaria el pasado 14 de noviembre.

El sociólogo Salvador Giner considera que "Haidar es libre para hacer lo que quiera con su vida" y apostilla que su caso debería servir para hacer pedagogía y volver a plantear la cuestión pendiente del Sáhara. "Creo que en España, a excepción de Canarias, no tenemos conciencia de lo que está pasando aquella gente y que ignoramos el trasfondo sociológico en el que viven: su estructura étnica, social, el desierto, la demografía. Nos ocupamos más de los campamentos de refugiados de Gaza que de los del Sáhara, y éstos los tenemos aquí al lado".

Y es después de recordar ese contexto social y político que Giner apostilla: "Lo que Marruecos no soporta es que una mujer y madre de tres hijos les plante cara. El Gobierno de allí no está para señoras Gandhi, pero lo que están haciendo los saharauis y que a mí me parece bien es exportar un problema interno".

Victòria Camps entiende que no se puede invocar la Ley de Autonomía del Paciente para obligar a Haidar a que ingiera alimentos, porque está plenamente consciente y en esas condiciones ha dejado escritas sus últimas voluntades. "Y mientras tanto, en el ejercicio de ese derecho personal, se está suicidando lentamente sin que se le pueda discutir nada, al tiempo que sigue presionando a los Estados en favor de su causa. Es muy respetable lo que hace, pero se puede morir", añade Camps.

Y en medio de esta polémica, ¿qué han de hacer los médicos? "De momento no tenemos nada que decir, porque la realidad actual es que una mujer en su

sano juicio ha decidido dejar de comer en defensa de unos ideales. Y eso no plantea ningún problema ético ni de ningún tipo", explica Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión de Deontología de la Organización Médica Colegial. Otra cosa distinta es el escenario más que previsible que se puede producir en unos días.

"Si Haidar entra en coma y ha dejado escrita su voluntad, se debería respetar porque le ampara la Ley de Autonomía del Paciente. Cosa distinta es que un juez acuerde su hospitalización y, además, que se la alimente de manera forzosa", añade Marcos Gómez. En ese caso, si Haidar ha dejado escrito que no quiere que se intente salvar su vida, también habría que respetarla, como sucede con los testigos de Jehová, que rechazan las transfusiones de sangre, explica. "Si los jueces respetan casi siempre la voluntad de los testigos de Jehová, debería hacerse lo mismo con Haidar, si se diera el caso", explica el representante de los médicos quien, además, plantea otro escenario no descartable: que el personal sanitario invoque la objeción de conciencia para alimentar a Haidar de manera forzosa, ya que, en este caso, la nutrición, que debe ser aplicada de manera intravenosa, se considera un tratamiento médico.

En este sentido, Marcos Gómez recuerda que la Asociación Médica Mundial emitió en Malta en 1991 una declaración, revisada en 2006 en Suráfrica, en la que se posiciona en contra de la alimentación forzosa de los enfermos. En ese manifiesto se califica la medida de "injustificable" y "éticamente inaceptable", porque supone "un trato inhumano y degradante" del enfermo.

Iñaki Rivera, director del Observatorio del Sistema Penal y los Derechos Humanos de la Universitat de Barcelona coincide con ese análisis. "Si la persona es titular del derecho a la vida también debe serlo del derecho a disponer de ella", asegura. "Si Haidar ha tomado libre y voluntariamente la decisión de no comer sin hacer daño a terceras personas, sino únicamente a sí misma, y si la finalidad que persigue es lícita, nadie puede decir que eso es un chantaje al Estado. Lo que está haciendo es presionar al poder público para lograr un fin", añade. "Otra cosa distinta son las huelgas de hambre que se plantean con muy poca capacidad de elección, en las que se coacciona a la gente a sumarse, como ha pasado alguna ocasión en las cárceles españolas", explica Rivera.

En contra de los planteamientos de Rivera y del representante de los médicos, el Tribunal Constitucional sentenció hace casi 20 años que no puede hablarse de que exista un derecho a la muerte que tenga amparo legal. Aquellas tres sentencias dictadas para los grapo contienen unos razonamientos jurídicos que resultan plenamente vigentes en el debate suscitado por el caso de Haidar.

"No es posible admitir que la Constitución garantice en su artículo 15 el derecho a la propia muerte y, por consiguiente, carece de apoyo constitucional la pretensión de que la asistencia médica coactiva es contraria a ese derecho constitucionalmente inexistente", se decía en la sentencia dictada el 27 de junio de 1990. Y se añadía que la muerte de los presos podía ser la consecuencia de su protesta, "pero no un resultado directamente deseado que permitiese hablar, en el caso de que existiese, de ejercicio del derecho fundamental a la propia

muerte, ni, que este supuesto derecho puede haber sido vulnerado por la coacción terapéutica".

Que se trata de una cuestión compleja ya quedó en evidencia en aquellas sentencias, que contaron con dos votos particulares. En uno de ellos, el magistrado Miguel Rodríguez-Piñero, se mostró abiertamente contrario a la alimentación forzosa de los presos por considerar que suponía un trato degradante e inhumano, además de atentar contra la legitimidad del fin perseguido con la protesta, pues "la huelga de hambre persigue objetivos que no pueden obtenerse normalmente a través de las vías judiciales".

Más contundente, si cabe, fue el voto particular del magistrado Jesús Leguina, en el que se decía: "Se afirma con razón que el derecho a la vida no puede ser confundido con un pretendido derecho a morir o a decidir sobre la propia muerte. Pero ello no significa que no se tenga derecho, sea cual sea la circunstancia en la que uno se encuentre y estando en el pleno uso de las facultades mentales, a que nadie que no sea uno mismo decida e imponga coactivamente lo que haya de hacerse para conservar la salud y seguir viviendo o escapar al peligro de la muerte; ni excluye el derecho a rechazar la ayuda o la asistencia sanitaria que ni se desea ni se ha solicitado".

Más allá de los argumentos jurídicos, el sociólogo Salvador Giner asegura que "las huelgas de hambre sirven para algo si tienen un apoyo externo, como ocurrió con los presos del IRA hace unas décadas, pero en este caso puede ocurrir que Haidar se muera y no pase nada. Al menos en un primer momento". Otra cosa es lo que pueda quedar de esa protesta. "Si Haidar está sola, como parece, podría entrar en el martirologio y aparecer como una heroína, pero desconocemos qué consecuencias se podrían derivar. No podemos olvidar que hay gente dispuesta a inmolarsse con la sola pretensión de un futuro que no se sabe cuándo llegará".

## **6.- Declaración de la OMC sobre la actuación médica ante la huelga de hambre de Aminatu Haidar**

Comunicado de la Organización Médica Colegial (OMC) aprobado en su última Asamblea General

Web OMC, 15 de diciembre de 2009

Legalmente hay normativa en España que permite respetar la voluntad de rechazar la alimentación y, de momento, así lo ha interpretado la autoridad judicial en este caso.

El problema que se plantea desde el punto de vista ético y deontológico admite algunas consideraciones.

1. La Deontología Médica obliga a respetar las decisiones libres de una persona competente y, por lo tanto, un médico no puede forzar a alimentarse a una persona capaz. Sin embargo, debe informarle sobre los riesgos que para su salud entraña su decisión. Así mismo, deberá valorar hasta qué punto se trata de una decisión libre, sin manipulaciones ni coacciones.

2. Si el médico recibiera la orden judicial de alimentar a la persona en contra de su voluntad, la orden del juez se debería cumplir, salvo que el médico optara por plantear la objeción de conciencia, en cuyo caso recibirá el amparo de la Corporación Colegial.

3. La Declaración de la Asociación Médica Mundial sobre la atención a personas en huelga de hambre analiza con detalle estas situaciones y prioriza el respeto a la voluntad del huelguista, pero señalando que esto no significa abandonarle médicamente. Se subraya la importancia de dialogar privadamente con el paciente para clarificar los matices de su posición, pues sobre todo en conflictos políticos, el respeto a la negativa a tomar alimento se puede conciliar con una hidratación, lo cual concede un margen de tiempo que siempre facilita una salida negociada.

4. Conviene aclarar que no se trata de una persona en régimen penitenciario, ni de un caso de eutanasia, ni de una tentativa de suicidio. La huelga de hambre como medio de protesta pacífica es una situación diferente.

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos Madrid, 14 diciembre 2009

## **7.- Justicia climática: en Copenhague se debate la justa distribución de las emisiones futuras de CO2.**

**Países pobres en vías de desarrollo y ricos sostienen criterios distintos. Actuar sin hacer daño puede ser un principio unificador**

El País, DANIEL INNERARITY 14/12/2009

Las dificultades para llegar a un acuerdo en materia de actuaciones contra el cambio climático tienen su origen en tres propiedades relativamente nuevas de este fenómeno: su carácter antropogénico, su universalidad y la densidad de interacciones que están en juego. Debido a lo primero, ha surgido un nuevo ámbito de deliberación e intervención en lo que antes era una fatalidad sobre la que no había que tomar ninguna decisión. El tiempo y el clima, paradigmas de lo que viene dado, son actualmente unas realidades parcialmente modificables por los seres humanos y, por tanto, sólo ahora objeto de controversia. El clima ha experimentado un cambio de naturaleza y apreciación similar a otras realidades como la salud, la intimidad o las desigualdades: han pasado de ser hechos inevitables a constituirse en variables dependientes y, por tanto, en un asunto de ciudadanía democrática como cualquier otro. El tiempo era antes, podríamos decir, un tema insípido para las conversaciones de ascensor y ahora se ha convertido en objeto de debates apasionados.

La transferencia de tecnología a los países menos desarrollados es un instrumento útil

La segunda característica de este nuevo problema es su universalidad, es decir, el hecho de que afecte a todos indistintamente, que no haya espacios protegidos del cambio climático ni estrategias territoriales para limitar su alcance. Aunque también es cierto que no afecta exactamente de la misma manera a quienes viven en un espacio u otro, a ricos y a pobres, o a países cuyo nivel de desarrollo puede o no permitirse determinadas autolimitaciones. Si la afectación universal es un motivo para ponerse de acuerdo, la desigualdad en la afectación es la causa de que haya distintos intereses que dificultan el acuerdo.

La tercera fuente de complejidad procede de la red global de interdependencias ante la que nos encontramos. No se trata tanto de la cantidad de autores que intervienen como de la complejidad de los criterios de justicia que se hacen valer en las negociaciones. Este tipo de acuerdos pone a prueba la capacidad de la humanidad para llegar a un compromiso en el que se equilibren intereses contrapuestos y distintas pretensiones de justicia. Y es que los daños no están geográficamente distribuidos con criterios de igualdad, no es un asunto neutral, sino que hay quien pierde más que otros. De ahí que el cambio climático se haya convertido en parte de la esfera política.

En las negociaciones para los acuerdos sobre cambio climático no se discute propiamente sobre el clima, pues nadie cuestiona la necesidad de un acuerdo de intervención para frenar el cambio climático. Los Estados parecen entenderse sobre el principio de una acción determinada contra el calentamiento del planeta, pero siguen profundamente divididos en cuanto al

reparto de los esfuerzos entre los países avanzados y los países en vías de desarrollo. Lo que es objeto de controversia son los criterios de justicia a partir de los cuales se han de tomar las decisiones correspondientes, quién, cómo y cuándo carga con qué peso en favor de la protección del medio ambiente, algo que no tiene tanto que ver con el agua, el aire y los árboles como con el empleo y el bienestar. Los países menos desarrollados no entienden por qué deben asumir los costes del desarrollo irresponsable de las naciones industriales. Los países de Asia o del antiguo bloque soviético no quieren amenazar su proceso de recuperación económica, mientras que las economías más avanzadas se resisten a ser quienes paguen por el resto del mundo. Y los más desarrollados creen que serían injustamente afectados por las restricciones. Los intereses contrapuestos apenas permiten avanzar en los compromisos.

La convención marco de Naciones Unidas sobre el cambio climático ha sido construida sobre la base de un principio de responsabilidad común pero diferenciada según las circunstancias de cada país (artículo 4). Esta disposición ha supuesto de hecho una coartada para la falta de compromiso de reducción por parte de los países en vías de desarrollo y emergentes, posición que ha sido confirmada en el Protocolo de Kyoto. Estados emergentes como China -y más aún India- no han mostrado hasta ahora ninguna disposición a renunciar a las ventajas que de este modo se les conceden, incluso aunque un compromiso de este tipo no debería efectuarse antes de un plazo de 10 o 20 años. Al mismo tiempo, han suspendido cualquier iniciativa en esta dirección condicionándola a que los países industrializados -y especialmente Estados Unidos- demuestren que van a realizar esfuerzos sustanciales para disminuir las emisiones.

Los países en vías de desarrollo han desarrollado dos líneas de argumentación a este respecto. La primera concierne a la "responsabilidad histórica" por el carbono que han emitido hasta ahora las economías desarrolladas. Estos países avanzados han agotado una gran parte de la capacidad de la atmósfera para absorber el carbono y deberían compensar a los países en vías de desarrollo por esta "expropiación". El argumento es serio pero cabría plantearle ciertas objeciones. Los países ricos no han actuado con conocimiento de causa; se han desarrollado con la convicción -hasta hace poco casi universal- de que la atmósfera era un recurso infinito. Además, los "expropiadores" están muertos y enterrados. Sus descendientes, aunque pudieran ser identificados, no deberían ser considerados como responsables de actos que no han cometido. Estas objeciones no anulan del todo el argumento de la "responsabilidad histórica" ya que las economías desarrolladas se benefician enormemente de su industrialización pasada.

La segunda línea de argumentación de los países en vías de desarrollo concierne a la justa distribución de las emisiones futuras de carbono. Supongamos que las emisiones globales sean controladas gracias a los permisos de emisión. Los países en vías de desarrollo consideran que esos permisos deberían ser distribuidos sobre la base de la población o de la renta per cápita. Si se toma como criterio la población, el razonamiento es de orden jurídico: cada ser humano tiene el mismo derecho a utilizar el carbono global.

Sobre la base de la renta per cápita, el argumento es igualitarista: los permisos deberían concederse a los más pobres para que alcancen el nivel de los otros. Estos dos principios implican que tales permisos deben ser concedidos a las economías en vías de desarrollo, ya sea porque ellas representan la mayor parte de la población mundial, o bien porque representan a la mayor parte de los pobres del mundo. El problema es que estos principios mencionados no son generalmente reconocidos en las relaciones internacionales. Si no existe, por ejemplo, acuerdo alguno sobre el principio de reparto de los recursos naturales, ¿por qué va a haberlo en lo que se refiere a la atmósfera?

Para salir de este laberinto el economista Vijay Joshi proponía aplicar en este asunto un principio que es ampliamente aceptado como condición mínima de imparcialidad: actuar sin hacer daño. En el contexto del cambio climático, la aplicación de este principio equivaldría a permitir que los países en vías de desarrollo reduzcan sus esfuerzos hasta que hayan eliminado la miseria. Se trataría de consentir que mantengan su actual ritmo de crecimiento durante algún tiempo (más amplio para África que para China, por ejemplo), tras el cual la concesión de esos permisos sería progresivamente reducida. Para acelerar el movimiento de convergencia se podría favorecer la transferencia de ciertas tecnologías a los países menos desarrollados de manera que éstos puedan reducir el coste de sus esfuerzos.

Las negociaciones sobre el cambio climático son tan importantes que nadie se puede permitir el lujo de instalarse en las propias posiciones. Para el éxito de las negociaciones son clave las cuestiones de adaptación, si es que se quiere incluir en los acuerdos a países como China, India o Brasil, ya que ellos representarán en un futuro próximo una gran parte de las emisiones mundiales. Y para ello es esencial realizar el reparto en un espíritu de justicia. Por supuesto que las concepciones de la justicia son tan diversas y controvertidas como los intereses. Precisamente por eso la habilidad política es insustituible a la hora de construir un compromiso entre las diferentes partes.

Daniel Innerarity es catedrático de Filosofía en la Universidad de Zaragoza.

## **8.- La ley no da más seguridad ni al médico ni al 'nasciturus'** **LA OMC RECHAZA QUE SE EMPLEE ESTE ARGUMENTO PARA ACOMETER LA REFORMA**

Diario Médico, Marta Esteban - Miércoles, 16 de Diciembre de 2009.

La Organización Médica Colegial se ha manifestado ante la inminente aprobación de la nueva Ley de Salud Sexual e Interrupción Voluntaria del embarazo oponiéndose frontalmente a uno de los argumentos que el Gobierno de Rodríguez Zapatero ha empleado para respaldar la reforma: la supuesta mayor seguridad jurídica que la norma ofrecerá a los médicos y al nasciturus.

La OMC aclara que este argumento "no se ajusta a la verdad" y que "ni los médicos, y menos aún el nasciturus, estarán mejor protegidos que con la ley anterior".

Al servicio de la vida

Cinco son los argumentos en los que se apoya la declaración de la institución que preside Juan José Rodríguez Sendín. En primer lugar, recuerda que "la profesión médica está al servicio de la vida humana" y así se recoge en el Código de Ética y Deontología Médica.

Desde el punto de vista estrictamente médico, el proyecto del Gobierno incorpora un sistema de plazos y permite el aborto libre dentro de las primeras catorce semanas de gestación. Según la OMC, este límite "es difícil de precisar con el rigor que las leyes exigen a pesar de los medios técnicos actualmente disponibles". Por ello, la institución colegial advierte de que ese plazo incorpora un "aspecto subjetivo que aconseja establecer algunas cautelas".

La aprobación de una nueva ley exige la aceptación por parte de la profesión médica, pero la OMC puntualiza que "debe someterse siempre al valor superior de la libertad de conciencia de cada uno". Y es que la objeción de conciencia es "un derecho fundamental e irrenunciable".

Cooperantes necesarios

El consejo general de los médicos muestra su satisfacción por la inclusión de la objeción de conciencia en la ley al reafirmar "un derecho constitucional para todos aquellos profesionales que deban intervenir como cooperantes necesarios en la práctica de un aborto".

Con esta manifestación la OMC da respuesta a las interpretaciones que puedan hacerse sobre quién puede o no objetar ante la interrupción voluntaria del embarazo.

En efecto, tras el pacto entre el PSOE, IU y PNV en el que se acordaba que sólo quienes intervengan directamente en la realización de un aborto podían acogerse al derecho de objeción, han sido muchas las críticas y las interpretaciones a la extensión de este derecho.

No sólo los ginecólogos se consideran como parte directamente afectada por la reforma legal. Los anestesistas también se declaran como intervinientes en el acto quirúrgico y, por tanto, como titulares de un derecho individual que puede ejercer en cualquier momento. Así lo aclaraba el presidente de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación, Fernando Gilsanz, que aseguraba que el aborto también afecta a los anestesistas, que pueden individualmente alegar su objeción al aborto.

## **9.- La OMC pide comisiones técnico-éticas para garantizar la legalidad de los abortos**

UNA DECISIÓN TAN IMPORTANTE NO PUEDE DEPENDER DE UN MÉDICO  
Diario Médico, M. Esteban - Miércoles, 16 de Diciembre de 2009.

La entidad afirma que es una "decisión importante y de consecuencias irreversibles, por lo que no puede ser adoptada por un solo facultativo".

Para ello la organización pide que en los hospitales públicos y en los centros donde se vayan a realizar abortos existan "comisiones técnico-éticas que establezcan la legalidad o no de la interrupción voluntaria del embarazo".

Igualmente, con la finalidad de evitar "irregularidades en los informes médicos", la institución solicita la implantación de un sistema mediante el cual se pueda avalar que el embarazo "supone un peligro para la salud psíquica o física de la embarazada".

### **Consentimiento válido**

Como ya hiciera durante su comparecencia ante el comité de expertos nombrado por el Ministerio de Igualdad para la elaboración del proyecto, la OMC insiste en la necesidad de elaborar un consentimiento informado "que ofrezca garantías de validez y respeto a la opinión y autonomía de la mujer, con información de la naturaleza de la intervención y sus riesgos".

Asimismo exige que se ofrezca a la mujer "un periodo suficiente de reflexión" e información sobre "las ayudas sociales públicas y privadas a las que podrá acogerse en el caso de que decida continuar con la gestación".

Por último, la organización colegial también hace mención a uno de los puntos más debatidos de la reforma: el de la información a los padres de las mujeres entre 16 y 18 años que quieran interrumpir su embarazo. En este punto, el Gobierno admite las enmiendas parciales presentadas por los grupos parlamentarios y permite que se informe a uno de los progenitores de la menor.

La OMC recuerda que el aborto en estos casos no se realizará nunca sin el consentimiento de la embarazada, ya sea menor o mayor de edad, y celebra que "se hayan tenido en cuenta sus sugerencias acerca de la conveniencia e importancia que tiene informar a los padres o tutores para no privar a la menor de su consejo, apoyo y ayuda".

## **10.- Copenhague: Un acuerdo decepcionante, una concienciación esperanzadora**

El Mundo, 20.12.2009. Editorial.

Las dos semanas de cumbre contra el cambio climático que se clausuraron ayer en Copenhague se han cerrado, en la práctica, sin ningún contenido. El «no hay tiempo para hablar, hay que actuar» que proclamó Obama en su discurso, no se ha cumplido. De entrada, cada país es libre de adoptar o no el acuerdo para la protección del clima. Además, los objetivos fijados son inconcretos y poco ambiciosos: se aplaza a febrero de 2010 cuánto deben reducir los países ricos sus emisiones de gases de efecto invernadero; EEUU sólo admite rebajarlos un 4% respecto a lo que contaminaba en 1990; y se expresa el vago deseo de limitar la subida de las temperaturas en dos grados con respecto a las registradas en 1900, sin tener en cuenta que con los compromisos apalabrados se calcula que la temperatura rebasará en tres grados a la de hace un siglo. Por si todo esto fuera poco, China, el primer productor de gases contaminantes del planeta, ha conseguido que sus emisiones no las supervisen organismos internacionales, lo que impide una valoración objetiva. Por eso se entiende la indignación de los ecologistas, que hablan de «vergüenza climática», y el escepticismo de la propia ONU, que se limita a calificar la resolución final como «mera declaración de intenciones».

No sólo el contenido del acuerdo ha sido decepcionante, también la forma de lograrlo. Cinco países se han negado a firmarlo. Dado que las bases de este tipo de encuentros obligan a que lo pactado se suscriba de forma unánime, la organización se ha visto forzada a inventar una fórmula para sacar adelante el documento final, que consiste en constatar que todos tienen «conocimiento» de lo que en él se dice.

El revés de la cumbre es especialmente doloroso para Europa. Primero, porque la UE era la que llegaba a Copenhague con un planteamiento más ambicioso. Pero, sobre todo, porque el acuerdo final se cocinó en una reunión personal entre el presidente estadounidense y el jefe del Gobierno chino, lo cual pone de manifiesto el papel secundario al que ha quedado relegado nuestro continente tras el despegue de China.

Aunque para muchos el resultado de la conferencia ha supuesto una desilusión, ello no debe empañar los avances. El más importante, capital para el futuro, es la concienciación social y política mundial del problema del clima, que se comprueba sólo con comparar la repercusión que tuvo hace una década la cumbre de Kioto con ésta de Copenhague. Allí la autoridad más destacada fue el vicepresidente Al Gore; en la capital danesa ha participado más de un centenar de jefes de Estado y de Gobierno, incluidos los de las primeras potencias y los de los países más contaminantes. Lo mismo cabe decir en cuanto a la resonancia pública: el impacto mediático ha sido extraordinario. Se ha dado así un salto cualitativo fundamental que permite augurar que lo que no se ha firmado en Copenhague quizás pueda rubricarse en la cumbre de México de 2010.

Si hace dos semanas había 37 países comprometidos con el problema del calentamiento global, desde ayer son ya 187. Por eso no anda tan desencaminado el secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, cuando apunta que aunque el resultado «no es lo que esperábamos», se trata de un «buen comienzo».

## 11.- Claves para entender el sistema de salud estadounidense

EL PAÍS - Madrid - 24/12/2009. Análisis.

-¿Cuál es la estructura del sistema sanitario? Estados Unidos carece de un sistema de cobertura universal. Los empresarios garantizan la cobertura de la mayoría de los estadounidenses mientras que otra parte de la población elige aseguradoras privadas. Los términos de casi todos los planes incluyen el pago periódico de cuotas, pero a veces se exige el adelanto de cierta cantidad del coste del tratamiento, cuyo importe depende del tipo de plan concertado.

- ¿Ofrece el Gobierno cobertura sanitaria para todos? Sí. A partir de los 65 años, los ciudadanos pueden acceder al programa Medicare, gestionado por el Estado. De la misma manera, Medicaid se hace cargo de familias con sueldos modestos, niños, mujeres embarazadas y personas con discapacidades.

- ¿Cuáles son las desventajas? Los costes de sanidad para el individuo están subiendo de modo dramático. Las cuotas para los sistemas basados en el pago parcial del empresario han crecido cuatro veces más deprisa que los sueldos de los empleados, de manera que su coste se ha duplicado con respecto a hace nueve años. En 2007, el país gastó 1,5 billones de euros en sanidad. Esta cantidad equivale a un 16,2% del PIB, lo cual constituye casi el doble de la media de otros países de la OCDE.

- ¿Cuáles son los efectos del aumento de los costes? Se cree que alrededor de 46 millones de habitantes no están asegurados, y que 25 millones reciben una cobertura insuficiente para sus necesidades. Cuando alguien sin seguro alguno se pone enfermo está obligado a pagar los costes médicos de su propio bolsillo. La mitad de todas las bancarrotas privadas en EE UU se debe en parte a los gastos médicos. Su explosión obliga al Gobierno a inyectar cada vez más dinero en Medicare y Medicaid. Se espera que los gastos en ambos programas suban de un 4% del PIB en 2007 a un 19% en 2082, convirtiendo así los costes de sanidad en el factor más decisivo para el crecimiento vertiginoso del déficit presupuestario.

- ¿Qué quiere cambiar Obama? Los detalles de la reforma del sistema de sanidad serán debatidos en el Congreso. Pero el presidente ha formulado tres principios que cualquier borrador debe cumplir para poder contar con su apoyo: la reducción de los costes, la garantía de que todos los estadounidenses podrán escoger su propio plan de sanidad, incluido un plan público, y la calidad y la accesibilidad del sistema. Desde las distintas comisiones en el Senado y en la Cámara de Representantes ya han salido propuestas. La primera se decanta por un sistema de seguro obligatorio en el cual el Estado apoyaría con subvenciones a las personas necesitadas. La sanidad pública sólo estaría abierta a los que no tienen cobertura a través de un empleador. Otras dos rechazan la opción pública y prefieren una solución mixta de aseguradoras privadas y cooperativas médicas sin ánimo de lucro.

## **12.- La objeción médica, regulada con 'objeciones' en la ley del aborto El 92 por ciento de las interrupciones voluntarias del embarazo en 2008 las realizaron médicos en centros privados.**

DiarioMédico. Soledad Valle - Jueves, 31 de Diciembre de 2009.

El proyecto de ley del aborto aborda su último trámite parlamentario en el Senado con un texto que recoge de manera explícita el derecho de los médicos a objetar en la práctica de abortos, un reconocimiento que se debe de realizar por escrito. Esta obligación ha hecho pensar en un registro de médicos objetores y, en consecuencia, en su custodia y la protección de estos datos. La OMC señala a los colegios provinciales como los mejores depositarios de esta información, pero no hay unanimidad en este sentido. El acuerdo es que hay que desarrollar la norma.

El proyecto de ley del aborto pronto dejará de ser proyecto. En pocos días el texto final de la polémica norma pasará al Senado (todavía no hay confirmación oficial de cuándo), donde le espera un mero trámite parlamentario. En el largo camino recorrido por esta iniciativa legal se han introducido importantes modificaciones en su redacción, que si bien no han logrado el consenso social que muchos juzgan necesario para legislar sobre una cuestión moral tan delicada, sí ha conseguido reunir los apoyos parlamentarios necesarios para ser aprobada en el pleno del Congreso.

Añadido al final

Uno de los temas que no aparecía en su redacción inicial y se ha incorporado con las últimas enmiendas ha sido el reconocimiento del derecho a la objeción de conciencia del médico en la práctica de un aborto. Esta modificación ha sido celebrada por expertos en derecho sanitario y médicos casi de manera unánime.

Javier Sánchez Caro, director de la Unidad de Bioética y Orientación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, señala que "si esta ley del aborto no hubiera recogido de manera expresa este derecho no se habría resuelto la controversia de doctrinas que existe en el Tribunal Constitucional y hubiera peligrado el ejercicio de este derecho del facultativo". En consecuencia, para Sánchez Caro este reconocimiento era necesario y "contribuye a la seguridad jurídica del médico". Sin embargo, señala que con esta norma no va a cambiar mucho el panorama de atención sanitaria pública en los abortos, ya que "la generalidad de los médicos se ha manifestado contra la realización de abortos y una ley no transforma las conciencias". Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad y Política Social, el 92 por ciento de las interrupciones voluntarias de embarazos (IVE) que se efectuaron en 2008 se realizaron en centros sanitarios privados.

Cambia la operativa

Pero si a niveles prácticos el reconocimiento de este derecho no va a cambiar mucho la operativa que se lleva a cabo en los hospitales, la futura regulación sí

que introduce cambios, por lo menos formales, pues obliga a que los médicos objetores dejen por escrito su opción de no realizar interrupciones voluntarias del embarazo.

Esta puntualización de la norma ha abierto la discusión sobre si se debe crear un registro sobre el que cabe preguntarse quién lo custodiará y quién tendrá acceso a esta información.

David Larios, coordinador de servicios jurídicos y de bioética de los Servicios de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam), reconoce que "el tema de los registros es polémico y la ley no puede obligar al médico a que registre su objeción, pues, de acuerdo con lo que establece la Constitución, no se puede obligar a nadie a declarar sobre las creencias".

Sin embargo, Larios puntualiza que en el caso de que estos registros salgan adelante "los datos que contienen son especialmente sensibles y protegidos por la Ley Orgánica de Protección de Datos, pues se refieren a la ideología y creencias de las personas". Por este motivo, Marcos Gómez Sancho, presidente de la Comisión de Deontología de la OMC, señala que los colegios médicos son los órganos más apropiados para coordinar el registro de objetores que "debe ser voluntario, personal y absolutamente confidencial". La operativa a seguir, según Gómez Sancho, es que el secretario general del colegio provincial recoja en una ficha confidencial el nombre del colegiado y la prestación sanitaria a la que se plantea la objeción de conciencia.

Sobre la confidencialidad de estos datos, el presidente de la Deontológica señala que "ni siquiera los directivos del centro sanitario deberían saber qué médicos son objetores. Solamente las personas imprescindibles, es decir, los jefes de los servicios, que son quienes tienen que distribuir las tareas asistenciales. Es responsabilidad del jefe del servicio que la objeción de conciencia no suponga ninguna discriminación hacia el médico objetor, es decir, que no signifique ni un premio ni tampoco un castigo". Además, Gómez Sancho recuerda que los colegios provinciales tiene experiencia en este tipo de situaciones, pues "ya sucede con el programa de atención integral al médico enfermo (Paime), en el que solamente el secretario general y un psiquiatra conocen el nombre de los médicos adscritos al programa".

## Segunda opinión

Sin embargo, no todos los actores que se mueven en el ámbito del derecho sanitario están de acuerdo sobre quién debe conocer la lista de médicos objetores. Julio César Galán, abogado y médico, señala que "la Administración debe conocer quién es el médico que quiere objetar para poder garantizar el servicio a la mujer. Algo que se ve más claro en ciudades pequeñas, como Gijón, en las que no hay tantos médicos ginecólogos para realizar abortos. Es posible que no haga falta que se conozcan los nombres de las personas, pero sí, por lo menos, el número de ginecólogos".

En conclusión, sobre lo que todos los expertos consultados están de acuerdo es en que es necesario un mayor desarrollo reglamentario de este derecho para asegurar su buen ejercicio, algo que, por otro lado, prevé la futura norma.