

Artículos Breves. Mes de Julio 2011

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. Puntos oscuros de la ley nacional de paliativos**
- 2. 'Lex artis' y ordenamiento jurídico limitan el derecho a decidir del paciente**
- 3. ¿Asistencia a extracomunitarios?**
- 4. Un paso adelante para alcanzar el tratamiento universal del VIH**
- 5. ANÁLISIS DE LAS ALEGACIONES DE OMC Y SECPAL. La 'lex artis' y la indicación en la sedación, grandes ausentes**
- 6. La Iniciativa para las Vacunas reúne 3.000 millones de euros. Lo conseguido en su primera conferencia de donantes permitirá inmunizar a más de 250 millones de niños**
- 7. LA FALTA DE TIEMPO LLEVA A PEDIR MUCHAS PRUEBAS. Profundizar más en la relación médico-paciente ahorra costes**
- 8. POLÉMICA | El suicidio asistido de Peter Smedley**
- 9. DIRECTORES REGIONALES DE RRHH COINCIDEN. La motivación del médico debe permanecer ajena a los recortes**
- 10. La Ley de Autonomía del Paciente no dejó un marco jurídico claro para el menor**
- 11. La regulación penal de la eutanasia deja un hueco de licitud que no está claro**
- 12. La ética de la gestión de los recursos humanos llega a los cursos de verano de Zaragoza**
- 13. Eutanasia y sedación se diferencian por su fin**
- 14. Una Corte de Apelaciones de EEUU respalda la reforma sanitaria de Obama**

1.- Puntos oscuros de la ley nacional de paliativos

José Jara | Presidente de la Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid Diario Médico, 2 de Junio de 2011

El autor analiza el anteproyecto de ley nacional de cuidados paliativos y aclara que el texto supone un cambio radical en la relación médico-paciente. Afirma que el texto omite, desoyendo las peticiones de la Secpal y de la OMC, cualquier referencia a la *lex artis* en cuestiones como la sedación paliativa y que convierte los deseos del paciente en una norma de obligado cumplimiento para los profesionales.

"Pasar de un modelo asistencial a un sistema de derechos y garantías". Según la ministra de Sanidad, Política Social e Igualdad este es el objetivo global de la futura ley de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida. Un cambio absoluto de paradigma, por tanto, en la relación médico-paciente, ni más ni menos. ¿Cómo conseguir este ambicioso proyecto? Una lectura detenida de la ley, que es obligada antes de hacer cualquier tipo de declaración, nos sitúa efectivamente ante una situación hasta ahora desconocida y desde luego contrapuesta a lo definido en nuestra legislación vigente.

La futura ley ya no considera la *lex artis* como la referencia de la buena práctica clínica, tal como recoge el Tribunal Supremo (sentencia 11 de abril de 1994). En el nuevo articulado se enuncia textualmente (artículo 15): "Los profesionales sanitarios están obligados a respetar la voluntad manifestada por el paciente sobre los cuidados y el tratamiento asistencial que desea recibir en el proceso final de su vida". Y más adelante: "El cumplimiento de la voluntad del paciente [...] excluirá cualquier exigencia de responsabilidad por las correspondientes actuaciones de los profesionales sanitarios". Es decir, los deseos del paciente se convierten en norma de obligado cumplimiento y nuevo referente de la actuación profesional. Sin embargo, la realidad asistencial, no dictada desde despachos de asesores desvinculados de la práctica del día a día hospitalario, nos indica que los pacientes, sobre todo con diagnósticos difíciles de asumir, pasan por varias fases mentales (negación, rechazo, depresión) que generalmente superan, pero durante las cuales algunos podrían solicitar acabar con sus vidas. ¿Será ilegal oponerse a ello? Podríamos encontrar la respuesta en la misma ley, que también dice que "las infracciones de lo dispuesto quedan sometidas al correspondiente régimen sancionador". Esta amenaza parece contradecir el artículo 4.5 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que afirma: "Los profesionales tendrán como guía de su actuación el servicio a la sociedad [...] en el cumplimiento de las obligaciones deontológicas", pero la existencia de la deontología profesional no ha tenido cabida en esta nueva ley.

Desoyendo las peticiones de la profesión

De modo similar, las peticiones expresadas por la Sociedad Española de Cuidados Paliativos conjuntamente con la OMC, que hacían referencia a la *lex artis*, han quedado totalmente fuera de la nueva legislación. No está previsto que la analgesia, la oxigenoterapia, la sedación o la intervención psicosocial

deban ser inexcusablemente sujetas a indicaciones, procedimientos y criterios éticos perfectamente definidos, tal como se solicitaba. Por todo ello, aunque esta ley incluya una memoria económica, no se presenta como una posible ley integral de cuidados paliativos. No es su objetivo principal y denominarla así no parece tener demasiado sentido.

Por el contrario, la ley sí se propone establecer un indiscriminado "derecho a la sedación" (artículo 11) sin referencia a si ésta se considera indicada o no, si hay síntomas refractarios o si existen otras medidas razonables para controlar o paliar las molestias derivadas de la enfermedad. De nuevo, aquí los deseos del paciente, aunque puedan ser arbitrarios o dirigirse a la provocación de la muerte, vuelven a erigirse en el único referente de lo legalmente exigido. No es de extrañar, por tanto, que la única referencia a la *lex artis* en este nuevo marco legal se refiera exclusivamente a las propuestas de intervención del médico responsable (artículo 17), necesitándose para poder realizarlas, "en todo caso" la aprobación de otro médico del equipo, el paciente y sus familiares, debiendo oír también la opinión del personal de enfermería, ya que dichas propuestas parecen puestas "en todo caso" bajo sospecha como posible encarnizamiento terapéutico. Aunque quedan más detalles por analizar, lo más revelador de las intenciones del legislador podría estar en que en una disposición final se acuerda la expresa eliminación del punto 11.3 de nuestra Ley de Autonomía del Paciente en el que se establecían los límites a la voluntad del paciente, "al no ser admitidas instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico [léase Código Penal sancionador de la eutanasia] y a la *lex artis*". Por si alguien aún no se había enterado de lo que se estaba recogiendo anteriormente, estos límites se hacen desaparecer en el nuevo texto legal. Se puede decir más alto pero no más claro. Por todo ello, quizás no les falte razón a aquéllos que se refieren a esta nueva norma como una ley de eutanasia encubierta. Sin duda, la OMC deberá clarificar esta abundancia de puntos oscuros. Los profesionales sanitarios merecemos esa mediación para poder seguir trabajando en beneficio del paciente sin miedos a imposiciones ajenas sobre nuestros deberes éticos y deontológicos. De hecho, que el texto legislativo se haya conocido de modo apresurado y su urgencia en ser remitido al Consejo Interterritorial no hablan mucho a favor de su transparencia.

2.- ALEGACIONES AL ANTEPROYECTO DE LEY

'Lex artis' y ordenamiento jurídico limitan el derecho a decidir del paciente

DM, Marta Esteban - Viernes, 3 de Junio de 2011

La Organización Médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos han enviado 36 alegaciones al anteproyecto de ley nacional de paliativos. Reivindican la necesidad de que la lex artis y el ordenamiento jurídico actúen como límites al derecho de decisión del paciente y vinculan las actuaciones sanitarias a la indicación médica.

La Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (Secpal) han presentado ante el Ministerio de Sanidad treinta y seis alegaciones al anteproyecto de la ley reguladora de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida, tal como informó el martes Diario Médico.

Las entidades introducen claras referencias a la lex artis y al ordenamiento jurídico, pues sostienen que el derecho de decisión que asiste al paciente en el proceso final de su vida debe estar limitado por estos dos parámetros. OMC y Secpal exigen que no se derogue el artículo 11.3 de la Ley de Autonomía del Paciente, que regula las instrucciones previas y prohíbe la aplicación de aquéllas que sean contrarias al ordenamiento y a la lex artis.

* Las entidades proponen dos niveles de atención en cuidados paliativos, uno de carácter básico y otro especializado para casos complejos

Una de las propuestas es la inclusión de dos artículos, el cuarto y el quinto, que recogerían el derecho del paciente a recibir cuidados paliativos integrales de calidad y el derecho a la evaluación y control del sufrimiento. Este último vendría a sustituir al artículo 11 del anteproyecto, que regulaba el derecho al tratamiento del dolor.

La propuesta de OMC y Secpal sustituye las definiciones que el anteproyecto introduce sobre los cuidados paliativos por las recientemente aceptadas y publicadas por la European Association for Palliative Care, y proponen dos niveles de atención. Uno de carácter básico que incluiría "métodos y procedimientos en entornos no especializados en cuidados paliativos, incluyendo medidas de control de síntomas" y un nivel avanzado o especializado para "situaciones de sufrimiento de mayor complejidad". En cuanto al control de síntomas y dolor, el artículo propuesto introduce la indicación para el derecho a las intervenciones sanitarias (valoración integral y planificación anticipada de los cuidados e identificación temprana, evaluación y tratamiento de síntomas físicos) e incluye las definiciones de síntoma refractario y sedación paliativa.

El texto solicita la modificación del artículo 17 del anteproyecto, que regula el criterio de proporcionalidad de las medidas terapéuticas. Las entidades profesionales proponen una nueva redacción "para su mejor comprensión y de acuerdo con las diferencias entre limitación y adecuación del esfuerzo

terapéutico, según los principios éticos actuales y definiendo la obstinación terapéutica".

Las alegaciones incluyen una mención expresa a la obstinación informativa, que "puede ser tanto o más dañina que la obstinación terapéutica". El texto propuesto incorpora la regulación del "permiso de acompañamiento parcialmente retribuido" de dos meses de duración como máximo y aplicable una sola vez por familiar y a un máximo de dos familiares por paciente".

Áreas de capacitación

OMC y Secpal piden que la norma inste a la Administración competente a la creación en el plazo de dos años de "áreas de capacitación específicas en cuidados paliativos", a la creación de un sistema de acceso extraordinario y urgente a las ayudas a la dependencia, sin listas de espera y de resolución inmediata.

Con todo, la tramitación de la norma sigue su curso y también las críticas de los profesionales y entidades. Así, Carmen de la Fuente, vicepresidenta de la Asociación Española de Bioética y Ética Médica, critica duramente el anteproyecto al estar diseñado "con mentalidad eutanásica".

En su opinión, trata de imponer como un derecho la indicación de un tratamiento, confunde con la sedación y otorga a los comités de éticas competencias que no les corresponden, ya que ellos deben asesorar, pero no tienen la responsabilidad legal de hacer los protocolos. Su impresión es que el proyecto presentado por el Gobierno "da pie a que cada centro haga lo que quiera, rompiendo así la pretendida equidad que busca", e incluso puede fomentar la creación de centros privados de eutanasia, "como ya existen los que practican abortos". De la Fuente cree que muchos puntos de la polémica ley contradicen la de autonomía del paciente.

3.- ¿Asistencia a extracomunitarios?

Ignacio Para, Presidente de la Fundación Bamberg
DM, Viernes, 3 de Junio de 2011

El autor reflexiona sobre si tiene sentido que los residentes extracomunitarios dispongan de asistencia gratuita en un contexto de déficit como el actual y pese a que todavía hay españoles sin cobertura. Pide además que la iniciativa de IU sobre universalización no refrende esa situación.

* A un extranjero le expedirán la tarjeta sanitaria con presentarse en el centro de salud y estar empadronado. En este país se protegen más los derechos de los foráneos que los de los propios españoles

En el artículo 43 de la Constitución Española se reconoce el derecho a la protección de la salud de los españoles. Posteriormente la Ley General de Sanidad en su artículo 1.2 establece que son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Como ya hemos venido repitiendo en otras ocasiones, se da la paradoja de que estos derechos no se han cumplido respecto a todos los españoles, aunque sí respecto a los extranjeros residentes.

La nueva directiva europea aprobada recientemente sobre asistencia sanitaria transfronteriza por el Consejo de Empleo, Política Social, Salud y Protección de los Consumidores de la Unión Europea contempla el derecho de los pacientes de recibir atención sanitaria en otros Estados miembro y de ser reembolsada hasta el nivel de reembolso aplicable por el mismo o similar tratamiento en su sistema nacional de salud.

* La proposición de Ley de Universalización presentada por IU es insuficiente, parcial y tendenciosa, en el sentido de que quiere favorecer sus intereses, puestos en la estatalización de los servicios

Respecto a los jubilados residentes en la Unión Europea fuera de su país de origen y que reciben asistencia sanitaria en un tercer Estado de residencia, se reembolsará el coste de la asistencia sanitaria transfronteriza de los jubilados y cuando el jubilado reciba tratamiento en su país de origen, éste último habrá de sufragar los gastos de la asistencia sanitaria.

El Estado prestador de la atención sanitaria deberá ser capaz de garantizar los mismos estándares de calidad y seguridad a todos los ciudadanos, sean o no nacionales, así como de garantizar los mismos derechos de acceso y prestación de cuidados de salud que en el Estado de afiliación.

En resumen, la nueva regulación europea garantiza a los ciudadanos el reembolso de los gastos incurridos por la atención sanitaria recibida en otro Estado. Como se ve, es un acuerdo meramente económico y que traslada al ciudadano la carga de la financiación de su tratamiento y la carga de la tramitación del reembolso.

Es una norma que nada tiene que ver con un proyecto común europeo de gestión de la salud, y que nos va a obligar a matizar lo dispuesto en el artículo 1.2 de la Ley General de Sanidad cuando se refiere al derecho de asistencia sanitaria a los ciudadanos extranjeros que tengan fijada su residencia dentro del territorio nacional.

Está claro que los ciudadanos de la Unión Europea tienen derecho, sólo en cuanto al derecho que tienen en su propio país de origen, que les reembolsará el gasto producido. ¿Y en qué términos tienen derecho los ciudadanos residentes de países extracomunitarios? ¿Deben tener los mismos derechos que nuestros conciudadanos de la Unión Europea, o los mismos derechos de los españoles? Que tengan los mismos derechos que los españoles no deja de ser un contrasentido. Y que tengan más derechos, como sucede en la actualidad respecto a los españoles no cotizantes a la Seguridad Social, es todavía un contrasentido mayor.

Sin papeles

A un inmigrante en situación irregular (sin papeles) sólo con dirigirse al centro de atención primaria correspondiente a su domicilio, con el alta del empadronamiento y un documento personal para que le identifiquen, le expedirán la tarjeta sanitaria individual que le acreditará como usuario del Sistema Nacional de Salud, asignándole un médico de cabecera y habilitándole también a la prestación farmacéutica de la Seguridad Social. Sin más requisitos. Barra libre. Mientras tanto tenemos a cientos de miles de españoles sin derecho a la tarjeta sanitaria, como ya hemos dicho. Y los conciudadanos de la Unión Europea sólo con las condiciones de reembolso antes expuestas.

En este país se protegen más los derechos de los foráneos que de los propios españoles. Es triste decirlo, pero es así.

La proposición de Ley sobre la Universalización del Derecho a la Asistencia Sanitaria pública a las personas con nacionalidad española y residencia en el territorio nacional, presentada por Izquierda Unida en el Congreso de los Diputados, además de ser insuficiente y parcial y tendenciosa en el sentido de querer favorecer sus intereses puestos en la estatalización de los servicios, mantiene el contrasentido de que reclamando la gratuidad de la asistencia sanitaria incluida en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud para todas las personas con nacionalidad española, reitera esta gratuidad para las personas extranjeras con residencia en España, sin un protocolo que permita imputar los costes de la asistencia a los países de la nacionalidad del paciente atendido conforme a los convenios existentes en materia de salud.

El déficit español no puede permitírsele

España no debe ni puede ser un lugar donde a cualquier extranjero se le ofrezca gratis total todas las prestaciones actuales, porque ni puede permitírsele ni sus socios europeos se lo van a permitir. Sobre todo con el déficit público existente.

Ya quisiéramos que todo el mundo de todos los países (casi siete mil millones de personas) tuvieran una prestación sanitaria como la que ofrece el SNS, pero conseguir esto no es de nuestra responsabilidad. No podemos abrir las puertas de nuestro sistema a todo el mundo.

Por ello creo que se debería modificar ese párrafo de la Ley General de Sanidad y excluir de la propuesta de ley de IU la referencia a las personas extranjeras con residencia en España, pues, si esta propuesta de ley se hace para superar las bolsas de españoles no cubiertos y así cumplir con lo expresado en la Ley General de Sanidad ¡de hace 25 años!, ¿a qué viene incluir a todos los extranjeros residentes?.

Esta propuesta de ley no deja de ser un parche más sin entrar en el fondo de la cuestión, que es la necesaria renovación de la Ley General de Sanidad y su desarrollo reglamentario, hasta ahora regido por el reglamento de la Seguridad Social.

Pero, además, esta propuesta de ley, aprovechando el tirón de la universalidad, realiza, en su exposición de motivos y en su disposición transitoria, una serie de planteamientos en orden al afianzamiento del concepto de estatalización de los servicios sanitarios que nada tienen que ver con la aplicación efectiva de la universalización propuesta en la Ley General de Sanidad

4.- Un paso adelante para alcanzar el tratamiento universal del VIH CUMBRE | Acuerdo entre países ricos

El Mundo | Reuters Afp | Nueva York, 9 junio 2011.

Los países ricos han firmado un compromiso para alcanzar el tratamiento universal de todos los seropositivos. Según esta firma, todas las personas con VIH en los países pobres que necesitan fármacos -unos 15 millones- deberán tener acceso a las terapias antes de 2015. Las ONG han aplaudido el gesto, aunque subrayan que no se ha esclarecido cómo se realizará la financiación.

El acuerdo internacional se ha conseguido después de largas negociaciones, según ha señalado a Afp uno de los asistentes que ha preferido permanecer en el anonimato.

Un proyecto de declaración final de la cumbre de la ONU, a la que ha tenido acceso la agencia, confirma el compromiso para "acelerar los esfuerzos hacia el objetivo del acceso universal a los tratamientos antirretrovirales".

La medida ha sido alabada por varias ONG como Aides, Act Up y Médicos sin Fronteras, aunque los países donantes aún no se han puesto de acuerdo sobre cómo realizarán la financiación de los programas.

Más de seis millones de personas reciben actualmente un tratamiento para luchar contra el sida y el VIH en los países subdesarrollados y en vías de desarrollo. Otros nueve millones no tienen acceso a ninguna terapia y alrededor de 1,8 millones mueren cada año a causa del sida.

"Este nuevo compromiso debe concretarse en medidas inmediatas y acabar con la congelación de la financiación de la lucha contra el sida a nivel internacional", ha señalado la ONG Act Up.

Pauline Londeix, portavoz de este organismo, ha señalado que no se ha llegado a un acuerdo sobre el sufragio de los fondos. "No hay ningún plan de acción precisa", ha asegurado.

Cuestión de dinero

"Se trata de un acuerdo histórico, que permitirá a la comunidad internacional redoblar los esfuerzos y verdaderamente corregir los retrasos [en la atención] de esta pandemia fuera de control", ha señalado, por su parte, Emmanuel Trénado, director adjunto de Aides.

Los firmantes también se han puesto de acuerdo para perseguir la eliminación de la transmisión vertical (madre a hijo) del VIH antes de 2015 y determinar varias acciones preventivas en poblaciones vulnerables.

El ministro brasileño de Asuntos Exteriores, Antonio Patriota, ha indicado a la prensa que "los acuerdos de la Organización Mundial del Comercio sobre la propiedad intelectual ligada al comercio no va a impedir que los países adopten medidas para proteger a la salud pública".

Conseguir la bajada de los precios y la generalización de los medicamentos genéricos es una de las preocupaciones de los países pobres para hacer frente a la pandemia.

El coste anual de la terapia contra el VIH cayó de forma considerable gracias a la llegada de los genéricos. Hoy en día, los precios por paciente rondaban los 10.000 dólares (unos 6.900 euros) en 2001 y apenas llega a los 67 dólares (46 euros) hoy en día, según Sharonann Lynch, de Médicos sin Fronteras.

Coincidiendo con el 30 aniversario de los primeros casos de una infección, que llega a 7.000 nuevas personas cada día, la ONU ha organizado una cumbre de tres días para tratar los futuros compromisos contra el sida de la comunidad internacional.

Ha reunido a una treintena de jefes de estado, primeros ministros y vicepresidentes, principalmente de África.

Tras negociaciones que habían discurrido en paralelo a la cumbre en los últimos días, los países pobres se quejaron de la ausencia de voluntad por parte de los países ricos de desembolsar los importes necesarios para el tratamiento de todos los enfermos

5.- ANÁLISIS DE LAS ALEGACIONES DE OMC Y SECPAL

La 'lex artis' y la indicación en la sedación, grandes ausentes

DM, Redacción | 13/06/2011

El proyecto de Ley Reguladora de los Derechos de la Persona ante el Proceso Final de la Vida ha salido del Consejo de Ministros para iniciar su camino parlamentario, y lo hace rodeado de polémica no sólo por la rapidez con que el Gobierno está tramitando el texto, sino porque su contenido es prácticamente idéntico al del anteproyecto.

Tal y como informó este periódico (ver DM de hoy), el texto gubernamental sólo recoge una de las treinta y seis alegaciones que la Organización médica Colegial y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos enviaron al Ministerio de Sanidad. La solicitud de ambas entidades para que se facilite el acceso de los pacientes a los estupefacientes ha sido recogido en la disposición adicional cuarta del proyecto. El resto de las alegaciones no tiene su reflejo en la ley.

* El texto no recoge la indicación médica que OMC y Secpal incluían para la aplicación de las intervenciones sanitarias, incluida la sedación

Derecho a decidir

El artículo 4 del anteproyecto, que regula el derecho de decisión de los pacientes "sobre las intervenciones y el tratamiento a seguir en dicho proceso [el final de la vida], incluidos los cuidados necesarios para evitar el dolor y el sufrimiento", no sufre modificación pese a que OMC y Secpal solicitaron que se incluyera la lex artis y la legalidad vigente como límites a ese derecho.

Derecho al tratamiento del dolor

Regulado en el artículo 11, el proyecto establece el derecho del paciente a "recibir la atención idónea integral que prevenga y alivie el dolor y sus manifestaciones, lo que incluye, además del tratamiento analgésico específico, la sedación". Las entidades proponían sustituirlo por un nuevo articulado que regulara el derecho de los pacientes a "recibir cuidados paliativos integrales de calidad y el derecho a la evaluación y control del sufrimiento". En el primer caso, el artículo propuesto por la OMC y Secpal incluía el derecho de todos los españoles al acceso equitativo a unos cuidados paliativos integrales de calidad. Definía este término y pedía la creación de dos niveles asistenciales. Uno básico, con "métodos y procedimientos en entornos no especializados, incluyendo medidas de control de síntomas (farmacológicas y no farmacológicas), comunicación con el paciente, la familia y otros profesionales de la salud, y toma de decisiones y elaboración de objetivos de acuerdo con los principios de los cuidados paliativos", y otro de carácter avanzado o especializado que intervendría "en situaciones de sufrimiento de mayor complejidad".

* El proyecto no incluye la 'lex artis' como límite al regular con carácter general el derecho del paciente a decidir sobre el proceso final de su vida

Sedación paliativa

El proyecto se mantiene fiel al anteproyecto y a su artículo 11.3: El paciente tiene derecho "a recibir, cuando lo necesite, sedación paliativa, aunque ello implique un acortamiento de la vida, mediante la administración de fármacos en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su consciencia, con el fin de aliviar adecuadamente su sufrimiento o síntomas refractarios al tratamiento específico". El texto de la OMC y la Secpal es más explícito en este aspecto. Incluye definiciones de la sedación paliativa y síntoma refractario. Sin embargo, a diferencia del texto gubernamental, ambas entidades vinculaban la indicación médica a la aplicación de las intervenciones sanitarias en el proceso al final de la vida, incluido "para el tratamiento de los síntomas físicos".

Proporcionalidad de las medidas terapéuticas

OMC y Secpal proponían una modificación completa del artículo 17 del anteproyecto (el proyecto no varía su redacción), que aborda el esfuerzo terapéutico. El proyecto dice que deberá ser "proporcional a la situación del paciente, evitando la adopción o mantenimiento de intervenciones y medidas de soporte vital carentes de utilidad clínica, en atención a la cantidad y calidad de vida futuras del paciente y siempre sin menoscabo de aquellas actuaciones sanitarias que garanticen su debido cuidado y bienestar". En el texto alternativo, OMC y Secpal desarrollan la obstinación terapéutica y la necesidad de que la limitación del esfuerzo terapéutico se aplique tras la "opinión coincidente de otro médico de los que participe en la atención sanitaria". Pacientes y familiares deberán ser informados de la inutilidad del tratamiento y de la decisión de su retirada o de su no inicio.

Una de treinta y seis

La rapidez con la que el Gobierno ha elaborado el proyecto de ley no ha evitado que fuera objeto de numerosas críticas por parte de la profesión. De las alegaciones que la OMC y la Secpal hicieron al anteproyecto sólo una ha salido adelante, aunque todavía tendrá que pasar el trámite parlamentario en el Congreso de los Diputados y en el Senado.

**6.- La Iniciativa para las Vacunas reúne 3.000 millones de euros
Lo conseguido en su primera conferencia de donantes permitirá
inmunizar a más de 250 millones de niños**

El País, EMILIO DE BENITO / AGENCIAS - Madrid / Londres - 13/06/2011

La primera conferencia de donantes de la Alianza Global para las Vacunas y la Inmunización (GAVI por sus siglas en inglés) ha concluido con un gran éxito en Londres. La organización quería reunir 2.100 millones de euros para llevar vacunas esenciales a 250 millones de niños. Pero las ofertas han excedido esta cantidad, y llegan a los 3.000 millones, lo que permitirá exceder esta cifra.

La reunión se centraba en vacunas que o bien son comunes en los países ricos (la pentavalente) o de especial importancia en países en desarrollo (rotavirus, que causa diarrea, y neumonía, las principales causas de muerte infantil).

Entre los donantes destaca el Gobierno británico (920 millones de euros) y la Fundación Bill y Melinda Gates (700 millones). También se han manifestado Noruega (470 millones de euros); EE UU (313 millones), Suecia, Países Bajos, Australia, Francia, Alemana e Italia. España, como ya hizo en septiembre en la reunión para captar aportaciones del Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria no hizo ningún anuncio. Queda por tanto en vigor la promesa de 240 millones de dólares (unos 135 millones de euros) de 2006.

Recientes estudios académicos han demostrado que la inmunización de los niños puede conllevar rendimientos económicos positivos en los más de 70 países donde GAVI interviene. En un periodo de 10 años, si el 90% de los menores de estas naciones fueran vacunados, se salvarían cerca de 6,4 millones de vidas, además de ahorrarse en costes sanitarios y pérdida de productividad un total de 151.000 millones de dólares (105.000 millones de euros). Todo esto supondría unos beneficios de 231.000 millones de dólares (más de 160.000 millones de euros).

7.- LA FALTA DE TIEMPO LLEVA A PEDIR MUCHAS PRUEBAS

Profundizar más en la relación médico-paciente ahorra costes

DM, Marcelo Curto. Toledo | 14/06/2011

¿Cómo mejorar la actividad en rehabilitación? José Pérez Castilla, catedrático de Rehabilitación de la Universidad de Sevilla, cree tener la fórmula, que en realidad es aplicable a cualquier especialidad médica: hay que ahondar en la relación médico-paciente.

Los pacientes buscan un diagnóstico rápido y eficaz, y las consultas médicas y la Sanidad necesitan estas dos claves, como ha señalado el catedrático de Rehabilitación de la Universidad de Sevilla, José Pérez Castilla, ponente del IL Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física.

Pérez Castilla, que ha pronunciado la conferencia del Memorial Juan Parreño bajo el título Reflexiones sobre la comunicación médico-paciente, considera que "si los médicos tuvieran el tiempo suficiente para atender a los pacientes se ahorrarían costes en diagnóstico", e incide además en la erradicación de la masificación de las consultas.

* Es imposible que un médico pueda ver a treinta o cuarenta enfermos en una mañana, porque es una barbaridad y es un proceder caro

En esta línea, afirma que resulta "imposible que un médico pueda ver a treinta o cuarenta enfermos en una mañana, porque es una barbaridad y es un proceder caro. Al tener esta presión asistencial, el profesional recurre a la petición de pruebas que son muy caras para la Sanidad y también para la sociedad".

Tiempo mínimo

A su entender, cada paciente precisa de un tiempo mínimo necesario para ser tratado adecuadamente en consulta. Una consulta óptima sería aquella en la que se trata al enfermo durante un mínimo de quince minutos para "poder dialogar y escuchar al enfermo".

Pérez Castilla ha insistido en que si se realizara un cuarto de hora de diagnóstico se ahorrarían una gran cantidad de pruebas complementarias. Sin embargo, el experto es consciente de que una mayor duración de las exploraciones aumentaría el número de personal, aunque "se ahorrarían costes".

Un problema de tiempos

"El médico no tiene el tiempo suficiente para llegar a un buen diagnóstico en muchas ocasiones. El profesional, al no disponer de tiempo suficiente para una exploración meticulosa, tiene que recurrir a estudios de resonancia magnética, por ejemplo". El catedrático de Rehabilitación sostiene que "la sociedad tiene una falta de criterio" porque "es necesario saber que la relación humana con el paciente es básica para una recuperación".

Por otro lado, Pérez Castilla cree que el campo de la Rehabilitación sería "más importante" si la especialidad se conociese más en las universidades, donde los estudiantes "tienen que salir de la facultad con unas ideas claras de lo que es este campo y de las aptitudes que necesita el médico para desarrollar la actividad".

Dado que ya está retirado de la práctica de la profesión, hace una petición a los futuros médicos: "Pediría a los médicos jóvenes que investigaran más, porque se puede analizar e ir más allá en la rehabilitación desde todo los agentes físicos: láser, campos magnéticos, etcétera. Se pueden mejorar los medios físicos con los que contamos para nuestra actividad".

Además alude a una formación continuada durante la vida profesional de cada médico "para no quedarse en la Edad de Piedra y seguir aprendiendo. No se puede terminar de trabajar y dejar de leer".

8.- POLÉMICA | El suicidio asistido de Peter Smedley 'Es más fácil para la persona que se va, que para quien se queda'

El Mundo, Actualizado martes 14/06/2011

¿Estás seguro de que quieres beber este medicamento que te hará dormir y luego morir?

-Sí, seguro.

-Tengo que preguntarlo otra vez, sólo para estar segura...

-Sí, estoy seguro.

Después de oír su respuesta, Peter Smedley, un empresario de 71 años que se suicidó en una clínica de Suiza el pasado mes de diciembre, coge el vaso que contiene un líquido transparente para preparar el estómago y se lo bebe de un trago. Después, el cóctel de barbitúricos con la ayuda de chocolate. A los pocos segundos, empieza a decir frases ininteligibles, mientras es abrazado por la asistente de la clínica y por su mujer, Christine. Pronto se queda dormido. Empieza a roncar profundamente. Su respiración se corta definitivamente al cabo de un minuto.

"Murió pacíficamente, prácticamente en los brazos de su esposa, en silencio", explica una voz de fondo. La cadena británica BBC emitió en la noche de este lunes la muerte asistida de Peter Smedley, un hotelero multimillonario que sufría un trastorno neuromotor irreversible diagnosticado hace dos años.

Un día antes de su suicidio, Peter y los responsables de la clínica suiza 'Dignitas' tuvieron la sesión de preparación, aunque esta vez su mujer, Christine -con la que estuvo casado durante 40 años-, participó en la conversación.

El documental recoge numerosos detalles que rodean a la eutanasia, como la habitación de la clínica, los sentimientos de los familiares y los problemas que pueden surgir durante la ingesta de los barbitúricos: "Tienes que beber todo este vaso, si no te lo bebes entero, sólo te vas a dormir y no te vas a morir. Te lo tienes que beber de un trago", repite una de las responsables de la clínica.

-¿Crees que es el momento de irte?, pregunta la asistente.

-Yo estoy seguro.

-¿Estás deprimido?

-Deprimido no, creo que tengo sentimientos encontrados.

-Tú eres la única persona que puedes decidir en este momento. ¿Es una decisión compartida con tu mujer?

- Sí, yo creo que ha llegado el momento.

En este momento de la entrevista, Christine interviene y añade: "Él quería irse ya, no esperar hasta Navidades. Es más fácil para la persona que se va, que para la que se queda".

El documental 'Choosing to die' ('Elijiendo morir'), presentado por el conocido escritor Sir Terry Pratchett -a quien se le ha diagnosticado alzheimer y se ha

convertido en una destacada figura a favor de la eutanasia- muestra con crudeza el viaje que hacen muchas familias británicas desde Inglaterra hasta Suiza para terminar con su vida.

La cinta ha levantado fuertes críticas entre las organizaciones que se oponen a la eutanasia, las cuales describieron el programa como "propaganda a favor del suicidio asistido disfrazada como un documental" y acusaron a la BBC de alentar a otras personas a seguir los pasos de Smedley.

La cadena pública británica defiende que con el documental espera generar un debate constructivo sobre el tema: "El suicidio asistido es un importante tema de debate en el Reino Unido, y el programa le permitirá a nuestra audiencia acompañar a Terry mientras lucha con la difícil decisión que muchos en Gran Bretaña también tienen que afrontar", explicó en abril pasado Charlotte Moore, quien dirige el departamento de documentales de la BBC a cargo de su producción.

Ésta no es la primera vez que la televisión británica emite cómo una persona se quita la vida. El canal 'Sky' retransmitió en 2008 la muerte del estadounidense Craig Ewert, un enfermo terminal de 59 años, que se vivía en Reino Unido desde hace varios años y se suicidó en septiembre de 2006.

El documental 'Choosing to die' ('Elegiendo morir') empieza en la mansión de Smedley, donde el director presenta la vida y aficiones del enfermo, su colección de vinos y algunas maquetas de coches clásicos que pudo conducir en el pasado. Después, Pratchett se traslada a Bélgica, donde entrevista a una viuda cuyo marido enfermo de alzheimer también se quitó la vida, y a Andrew Colgan; un inglés de 47 años, afectado de esclerosis múltiple, quien también decide viajar a esta controvertida clínica de Suiza para morir.

"Yo creo que nadie se debería quitar la vida... Pero la falta de dignidad sí es una razón para que muchas personas lo hagan", explica el novelista Terry Pratchett.

9.- DIRECTORES REGIONALES DE RRHH COINCIDEN

La motivación del médico debe permanecer ajena a los recortes

DM, Santiago Rego. Santander | 20/06/2011

Los recortes económicos sanitarios no pueden suponer rebajas que afecten a la plantilla de médicos. Pese a la crisis, la motivación del profesional es clave para mantener la calidad asistencial. Así lo defienden los dirigentes de Personal de Cataluña, Castilla y León y Cantabria.

El ajuste económico que viven los servicios regionales de salud no puede ser una excusa ni para bajar la calidad de la asistencia, ni para rebajar las actuales plantillas de médicos. Esta ha sido una de las reflexiones en la que han coincidido Xavier Saballs, director de Recursos Humanos del Instituto Catalán de la Salud (ICS); Esperanza Vázquez, directora de Recursos Humanos de la Gerencia de Salud de Castilla y León (Sacyl), y Milagros Estrada, jefa del Personal Sanitario de la Consejería de Sanidad de Cantabria, que han participado en el IV Encuentro Interautonómico sobre Protección Jurídica del Paciente como Consumidor celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Los tres ponentes han coincidido en que, a pesar de que se repitan expresiones como austeridad y reducción del gasto sanitario, lo cierto es que "el médico es un factor esencial en la consecución final de la calidad asistencial. Desde las transferencias sanitarias de 2002, Sacyl ha incrementado su plantilla en 2.000 facultativos, un aumento que se ha estabilizado desde el año 2009 y que va parejo a un plan con 25 medidas concretas para reducir el déficit de profesionales que había en 14 especialidades, una escasez que hemos logrado reducir a tan sólo tres: Pediatría, Urología y Cardiología", ha dicho Vázquez.

* La jubilación a los 65 años, alentada por el Estatuto Marco, debe ser flexible. Según el director de Personal del ICS, ha de afrontarse "caso a caso"

Respecto a la jubilación obligatoria de los médicos a los 65 años, Milagros Estrada ha señalado que Cantabria se ha limitado a aplicar "una herramienta contemplada en el Estatuto Marco, y como nuestro Plan de Ordenación de Recursos Humanos detectó una plantilla muy envejecida se optó por ese límite de edad. Las críticas han venido porque siempre es difícil conciliar los intereses contrapuestos de los médicos y el colegio de médicos y la propia Administración sanitaria".

En Sacyl el retiro a los 65 años no es obligatorio, pero la consejería está elaborando un plan de ordenación sobre jubilaciones "porque igual hay profesionales que el sistema no necesita que prorroguen su servicio activo. Pero todo ello hay que regularlo bien y consensuarlo con los sindicatos", ha precisado la directora de Recursos Humanos.

Saballs, por su parte, ha resaltado que, con el actual contexto de crisis, "el ICS está haciendo un importante esfuerzo para optimizar los recursos en los

refuerzos y en las sustituciones. Y en lo que respecta a las jubilaciones, ha observado que esta semana se reunirá la Mesa Sectorial de Sanidad de Cataluña para abordar el desarrollo del Plan de Personal del ICS, que está prorrogado hasta el 30 de junio".

Aunque todavía no hay una decisión tomada sobre si se redactará o no un nuevo plan, Saballs ha señalado que "la voluntad del ICS es ir a una cierta flexibilización, a fin de que el profesional pueda solicitar la prórroga a los 65 años de edad, mientras que hasta la fecha sólo se prorrogaba al personal de reconocido prestigio y a propuesta de los centros. Queremos analizar a partir de ahora caso a caso, en función también de las necesidades de los centros, y flexibilizar este asunto".

Un eslabón de calidad

Los tres directores de Recursos Humanos han hecho hincapié en que si se quiere que el actual sistema sanitario siga figurando como uno de los mejores del mundo, las administraciones públicas han de ser responsables en la gestión de una buena sanidad, en donde los médicos constituyen el eslabón más visible para los usuarios. Y todo ello a pesar de los últimos recortes.

Gestión, eficiencia y recursos humanos

La sostenibilidad entra de lleno en los cursos de verano. Ya está en la calle y sobre las dudas y las conspiraciones hablan en casi todos los mentideros. Ese ha sido el enganche para meter a la sanidad en el debate público después de años de marginación, también desde la política. En Santander se ha analizado la pregunta del millón: ¿cómo hacer compatible, pues, la sostenibilidad del sistema sin reducir la plantilla actual de médicos? Esperanza Vázquez, directora de Recursos Humanos del Sacyl, ha destacado que es clave una política de recursos humanos "eficaz, ordenada y eficiente, lo que no quiere decir que las plantillas aumenten o disminuyan. Nadie habla de recortar efectivos, sino de rentabilizar los que ya se tienen, junto a una optimización de la demanda asistencial y de los propios recursos". En esa misma línea se ha expresado el responsable de Personal del ICS, Xavier Saballs, para quien los tiempos crisis exigen una política de gestión de los profesionales más ordenada y sacar también conclusiones por si se hubieran cometido excesos en los tiempos de bonanza. "Es más agradable y fácil gestionar la abundancia que el recorte, porque hay más comprensión con las etapas de crisis, pero mantener la calidad del servicio es un elemento decisivo". Según Vázquez, hay que optimizar los recursos humanos actuales, además de racionalizar y rentabilizar mejor las plantillas desde una mayor motivación del profesional, lo que se traducirá en una mejor calidad en la asistencia.

10.- La Ley de Autonomía del Paciente no dejó un marco jurídico claro para el menor

DM, Santiago Rego. Santander | 21/06/2011

Las comunidades autónomas han tomado la iniciativa para introducir marcos de seguridad jurídica en el campo sanitario, y han elaborado leyes regulando los derechos del paciente y su dignidad, cuando se trata de una competencia que debería ser únicamente del Estado, según ha manifestado Josefa Cantero, profesora titular de Derecho Administrativo de la Universidad de Castilla-La Mancha.

La experta ha intervenido en el IV Encuentro Interautonómico sobre Protección Jurídica del Paciente como Consumidor, que se ha celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP), con el patrocinio del Gobierno de Cantabria, con la conferencia titulada A vueltas con el consentimiento informado (CI): el derecho fundamental a la integridad física y el rechazo al tratamiento médico.

Según la docente, ante la falta de legislación estatal la apuesta de Andalucía, Navarra y Aragón le parece "coherente, porque la Ley de Autonomía del Paciente no dejó un marco jurídico claro para los menores, y para tomar las riendas las tres comunidades han tratado de proporcionar marcos de seguridad jurídica a los profesionales y los pacientes. Navarra ha sido valiente, y en el supuesto de conflicto quien toma la decisión es el mayor de 16 años. En el caso de Aragón se recoge el consentimiento de los mayores de 14 años que tienen madurez", ha agregado.

Ante esta situación, la ponente ha propuesto que sea el legislador estatal quien dé una "solución clara a los déficit de la Ley de Autonomía del Paciente, que estableció que CI es un derecho del paciente, pero sin fijar las condiciones legales de su ejercicio. Ello está provocando situaciones de inseguridad jurídica, y que no resulte claro el régimen que hay que dar a la negativa al tratamiento, principalmente cuando hay de por medio terapéuticas vitales con la vida del paciente en juego, o también el rechazo a una terapia cuando se trata de menores de edad".

Documentos genéricos

Por último, la profesora se ha referido a los documentos de CI y ha destacado que no se trata de un formulario más para burocratizar la atención médica, sino de permitir que el paciente tome decisiones que afectan a su salud. No vale con el ¡firme usted este documento! Hay que explicar bien al paciente en qué consiste lo que se le va a practicar".

11.- La regulación penal de la eutanasia deja un hueco de licitud que no está claro

SEGÚN LA PENALISTA CARMEN TOMÁS Y VALIENTE

Pilar Laguna. Murcia | 23/06/2011

La ayuda al suicidio y la eutanasia se prohíben en el artículo 143 del Código Penal (CP) de 1995, un precepto que no se aplica en la práctica, teniendo en cuenta que desde entonces sólo se ha utilizado en una sentencia. Carmen Tomás y Valiente, profesora de Derecho Penal de la Universidad de Valencia, sostiene que el hecho de sancionar sólo la cooperación necesaria al suicidio deja un "hueco de licitud" que el legislador no aclara bien.

Según la jurista, habría sido más satisfactorio que se establecieran fronteras entre la licitud y la punición, incluso en el ámbito de las conductas omisivas.

Durante su intervención en el XX Congreso de Derecho y Salud, celebrado en Murcia, afirma que la legislación española es contradictoria al defender intensamente la autonomía individual para rechazar tratamientos médicos y considerar como delito situaciones que a veces son muy similares. Ahí ha diferenciado entre pacientes competentes y no competentes. Los primeros tienen el derecho a rechazar medidas terapéuticas y es el mismo derecho cuando se rechaza una terapia al final de la vida que una transfusión o cualquier tratamiento médico, incluso los que supondrían una restauración de la salud.

En cuanto a los pacientes no conscientes, las decisiones se dejan en manos de la práctica médica correcta según la rama médica de que se trate. "El abanico de situaciones es tan inabarcable que el papel del Derecho en este caso es muy limitado y creo que aquí las normas deben revestir un carácter procedimental no sustitutivo". En cuanto a la sedación Tomás y Valiente recuerda que se recoge como un derecho en el proyecto de ley que ha aprobado el Consejo de Ministros, donde los aspectos más relevantes son los cuidados paliativos y la sedación, que aún deberán someterse a debate parlamentario. De hecho mostró dudas de que se apruebe antes de terminar la legislatura.

12.- La ética de la gestión de los recursos humanos llega a los cursos de verano de Zaragoza

DM, A.S.L. | 24/06/2011

La consolidación de la crisis económica en los sistemas sanitarios ha hecho que los expertos en ética médica empiecen a plantearse soluciones sobre la adecuada gestión de los recursos humanos sanitarios (ver DM del 9-V-2011).

Este será uno de los temas novedosos que aborde el VI Curso de Verano sobre Metodología de la enseñanza y la investigación en bioética de la Universidad de Zaragoza que coordina Rogelio Altisent, director del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Aragón, y que se desarrollará en la capital maña del 31 de agosto al 2 de septiembre.

En concreto, en la mesa sobre investigación en ética de la gestión del personal sanitario el programa prevé la participación de Ángel Vidal, director de Personal, Calidad y Formación del Instituto Catalán de Oncología; Miguel Ángel García, secretario de estudios de CESM y experto en demografía médica; Arcadi Gual, catedrático de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona y director de la Fundación Educación Médica; Marisa Rubio, coordinadora del Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia, y Pilar Astier, de la Facultad de Medicina de Zaragoza.

Siguiendo con la tradición de este curso, los organizadores pretenden evaluar todos los avances y las innovaciones docentes en materia de bioética, así como los nuevos caminos de la investigación en este ámbito de la educación médica cada vez más demandado por las nuevas promociones de estudiantes.

Además aprovechará su realización para insistir en la necesidad de un curriculum longitudinal en bioética que se inicie en el grado y se consolide a lo largo de la vida profesional, un desarrollo que analizarán Nieves Martín, del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Aragón; Maite Delgado, de la Facultad de Medicina de Zaragoza, y Montse Salas, documentalista del Instituto Aragonés de la Salud.

Cuidados paliativos

El programa incluye también una revisión sobre temas de actualidad, como la futura ley de atención al final de la vida que trabaja el Gobierno. En un seminario sobre Investigación en ética y cuidados paliativos participarán Javier Rocafort, presidente de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos; Josep Porta, jefe del Servicio de Cuidados Paliativos del Instituto Catalán de Oncología; Cristina Monforte, directora del Departamento de Enfermería de la Universidad Internacional de Cataluña, y María Teresa García-Vaquero, coordinadora Regional de Cuidados Paliativos de Madrid

13.- Eutanasia y sedación se diferencian por su fin

DM, S.Valle | 29/06/2011

Mientras el debate sobre cuidados paliativos se centra en el equilibrio entre deontología y política, Jacinto Bátiz, miembro de la Deontológica de la OMC, señala cuatro principios básicos para atender al terminal.

La tramitación parlamentaria de la ley nacional de cuidados paliativos se ha aplazado hasta septiembre y el nuevo código deontológico de la Organización Médica Colegial (OMC) tampoco saldrá antes de verano. En este tiempo de espera el discurso dominante denuncia la subordinación de la deontología a la política en una sospecha de intercambio de favores. Pero, en todo caso, habrá que esperar para ver la dimensión real de esta acusación.

En este contexto, la ponencia de Jacinto Bátiz Cantera, médico de cuidados paliativos del hospital San Juan de Dios y secretario de la Comisión Deontológica de la OMC, titulada Imperativos éticos en la atención al final de la vida, es un buen antídoto de realismo a tanta discusión.

Según el experto, la atención al enfermo terminal debe evitar prolongar innecesariamente la vida y acortarla de manera deliberada. Para alcanzar este doble objetivo, el médico debe observar cuatro principios: no abandonar al paciente, librarle del dolor, evitar pruebas diagnósticas y tratamientos inútiles y sedarle cuando lo necesite, todos ellos son "imperativos éticos".

"El médico debe asumir que la muerte es una etapa natural de la vida y sólo así podremos tratar al enfermo terminal sin sensación de fracaso", apunta Bátiz, que destaca la necesidad de formación en habilidades de comunicación para acompañar al paciente. "El hombre es el remedio del hombre en esos momentos y el enfermo necesita explicación sobre qué le va a pasar, y para eso tenemos que estar ahí".

Formación

Sobre la obligación del facultativo de aliviar el dolor, es muy tajante al señalar que "seguimos sin resolver el problema del dolor". Para abordar esta cuestión, el facultativo debe conocer bien los fármacos que se pueden utilizar en estos momentos; "hay que emplear el tratamiento adecuado para el dolor concreto del paciente".

Además, el experto dice que la sedación en la agonía puede ser eutanasia o no dependiendo el fin que se busque. "Es eutanasia si lo que se persigue es acortar la vida, y no lo es si el fin es encontrar la dosis adecuada para que el paciente no sufra ni física ni psíquicamente". Según Bátiz, la sedación es "el último recurso".

14.- Una Corte de Apelaciones de EEUU respalda la reforma sanitaria de Obama

El Mundo, Reuters | Washington, miércoles 29/06/201

Una Corte de Apelaciones de Estados Unidos confirmó este miércoles la reforma sanitaria impulsada por el presidente Barack Obama, que requiere que los estadounidenses tengan un seguro médico mínimo en el caso de no poder acceder a un seguro privado, lo que significa una victoria para la Casa Blanca.

La Corte de Apelaciones para el sexto circuito, con sede en Cincinnati, dijo que "la prestación de una cobertura mínima es un ejercicio válido del poder legislativo en el Congreso bajo la Cláusula de Comercio" de la Constitución de Estados Unidos.

Los expertos legales dicen que esperan que este resultado sea abordado en última instancia en la Corte Suprema a finales de este año o el próximo año, un momento crítico para Obama en la búsqueda de su reelección en 2012.

El Thomas More Law Center presentó una demanda en Michigan el día que Obama firmó la reforma de salud, argumentando que la disposición que obliga a los estadounidenses a comprar una cobertura médica antes del año 2014 bajo la amenaza de pena iba más allá de la autoridad del Congreso y era inconstitucional. Un juez federal en Michigan confirmó la ley e hizo un llamamiento al grupo por este tema.

Fallo de la Corte de Apelaciones

El fallo del juez de la Corte Apelaciones afirmó que, los que optan por comprar un seguro de salud propio siguen participando en el comercio de la salud debido a que están pagando por los servicios médicos y para ellos la ley es constitucional.

"El Congreso tiene una base racional para concluir que, en conjunto, la práctica de auto-seguro (comprarse un seguro propio) por el costo de la atención sanitaria afecta sustancialmente el comercio interestatal", sentenció el panel de la corte en una decisión.

La reforma sanitaria...

La ley propuesta por Barack Obama mantiene el sistema en manos de empresas privadas, pero mediante subsidios y ayudas fiscales promete cobertura médica a cerca de 32 millones de personas que no la tenían y contempla una intervención del Estado en el sector.

El sistema de salud está en debate desde hace casi un siglo en Estados Unidos. Generaciones enteras de líderes, de Theodore Roosevelt (1901-1909) a Bill Clinton (1993-2001), no consiguieron lograr la aprobación de proyectos a menudo rechazados por los médicos y las compañías de seguros.