

TUBO DE ENSAYO

¿Apuesta por la AP?

FRANCISCO J. FERNÁNDEZ
Director

Apuesta por la primaria. Nadie lo pone en duda. Se repite como objetivo por políticos, gestores, sanitarios... Tiene sentido. El envejecimiento y la cronicidad exigen una transformación del sistema. Éste ha de salir a la comunidad a hacer seguimiento de los pacientes (revisando su evolución, asegurando la adherencia farmacoterapéutica...) y a fomentar la prevención y el autocuidado para que los sanos no enfermen o lo hagan lo más tarde posible. "Creo que ningún sistema sanitario será sostenible económicamente en el futuro a menos que empecemos a prevenir problemas de salud como la diabetes, la obesidad, las enfermedades coronarias y el cáncer", afirmaba el prestigioso experto en salud pública Sir Liam Donaldson.

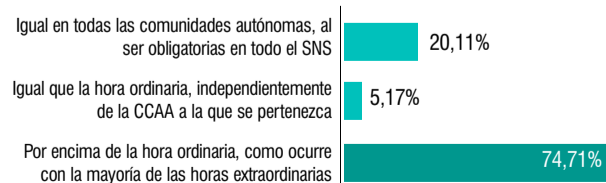
En La Coruña, en el Congreso de la SEMG, se insistía en una mesa con representantes de partidos (PP, PSOE, IU, Podemos, Ciudadanos, UPyD). "Los sistemas centrados en AP son más eficientes" (UPyD). "Hay que creerse la AP como eje" (PSOE). Toda la atención debe pivotar sobre AP, incluso la atención sociosanitaria, añadían desde el PP. "Hay que avanzar hacia ese 20 por ciento de gasto en AP que se considera ideal", se aseguraba desde Ciudadanos, que coincidía con Podemos en vincular la apuesta a un cambio de modelo sanitario, más transversal y orientado a la prevención. Hay que acabar, se pedía desde IU, con la "deriva hospitalaria e hipermedicalizada".

Coinciden en el diagnóstico. Los que gobiernan y los que aspiran a ello. Sin embargo, el gasto en primaria apenas llega al 15 por ciento (muy lejos de aquel 25 por ciento, no 20, que hace años que se marcó como objetivo). No sólo no crece, sino que se reduce: según los datos del Ministerio, que DM publicó la semana pasada, el gasto en sanidad se redujo un 12,5 por ciento entre 2009 y 2013, y, mientras en hospital cayó un 4,6, en AP lo hizo un 15,2. Y empieza a consolidarse la lista de espera en el primer nivel: hoy, 6 de cada 10 pacientes esperan; de media, 3,6 días. Algo no cuadra.

LA ENCUESTA

DIFERENCIAS EN EL PRECIO DE LA HORA DE GUARDIA

¿Cuánto debería pagarse la hora de guardia?



PARTICIPE ESTA SEMANA EN DIARIOMEDICO.COM:

¿Debería ser obligatoria la vacunación?

PROTAGONISTAS



CARLOS PELLEGRINI

Jefe del Departamento de Cirugía de la Universidad de Washington en Seattle y presidente del Colegio Americano de Cirujanos, ha sido nombrado Académico Correspondiente Extranjero de la Real Academia de Medicina.



CÉSAR VELASCO

Miembro del Instituto de Salud Global de Barcelona y de la Asociación Española de Vacunología, se ha incorporado al equipo de expertos de la OMS que trabaja para la erradicación del Ébola en Sierra Leona.



LUIS CHIVA

Jefe de Cirugía Ginecológica de MD Anderson Madrid, ha sido nombrado miembro del Comité de Calidad en Cáncer de Ovario de la Sociedad de Ginecología Oncológica Europea.

COLUMNA INVITADA

Relaciones sexuales y menores maduros



FERNANDO ABELLÁN

Abogado de Derecho Sanitario Asesores

Uno de los aspectos novedosos de la reciente reforma del Código Penal, que entrará en vigor el próximo 1 de julio, es sin duda el de la elevación de la edad para consentir las relaciones sexuales, que pasará de los 13 años actuales a los 16 años. Se trata de una medida para luchar contra los abusos sexuales a menores que nos sitúa en el rango de edad alto respecto de otros países europeos de nuestro entorno (Italia y Alemania, a los 14 años; Francia, 15 años, y el Reino Unido, a los 16 años).

Como consecuencia de lo anterior, la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años será considerada, en todo caso, como un hecho delictivo -un delito de abuso sexual-, salvo que se trate de relaciones entre "iguales", es decir, entre personas próximas por edad y grado de desarrollo o madurez.

Esta circunstancia tiene gran trascendencia en el ámbito asistencial, tanto para los médicos de atención primaria como para los ginecólogos de atención especializada, en la medida en que para algunos actos médicos relacionados con la salud sexual modifica las reglas sobre el menor maduro previstas en la Ley de Autonomía del Paciente (Ley 41/2002).

Como es sabido, con carácter general, el médico puede considerar a un paciente de menos de 16 años como menor maduro siempre que tenga capacidad intelectual y emocional suficiente para comprender el alcance de la intervención, y sólo procede informar a los padres en caso de actuación de grave riesgo.

Sin embargo, con la reforma operada en el Código Penal ya no habrá menor maduro por debajo de 16 años respecto de las relaciones sexuales, lo que comporta razonablemente que tampoco lo sean para decidir por sí mismos aquellos tratamientos médicos dirigidos a mantenerlas, como, por ejemplo, los métodos anticonceptivos. El problema, lógicamente, es que si se exige la presencia de los padres en consulta, como procedería legalmente a partir del 1 de julio, las chicas de 14 ó 15 años que mantienen con frecuencia relaciones sexuales podrían retraerse de ir al médico y quedar sin atención anticonceptiva, con el grave riesgo de tener embarazos no deseados y, en definitiva, de ver perjudicada su salud sexual.

PAPEL DEL PROFESIONAL

Otro aspecto de interés es hasta qué punto el profesional sanitario (médico, enfermera, farmacéutico, psicólogo) tendrá obligación de tomar medidas cuando constate que un

menor mantiene o ha mantenido relaciones sexuales, pues la presunción será que está ante un delito de abuso sexual penado con hasta seis años de cárcel.

Hay que decir que los delitos de abusos sexuales son delitos "semipúblicos", lo que significa que para su persecución se exige denuncia de la persona agraviada, de su representante legal (los padres) o denuncia del Ministerio Fiscal si se trata de menores de edad, y ello en contraste con lo que sucede respecto de los delitos públicos, que sí obligan a denunciar a cualquier persona que los conozca, y especialmente a médicos y farmacéuticos como establece la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

De lo dicho se desprende que el médico no tiene obligación de denunciar en estos casos, ni tampoco se le puede exigir que tenga que actuar como un policía o detective para averiguar exactamente todas las circunstancias.

Ahora bien, cuestión distinta es si el médico debe avisar a los padres para que pue-

dan, en su caso, proteger a su hija del presunto abuso y formular una denuncia contra el culpable, de manera singular cuando la propia menor de 16 años manifieste que las relaciones sexuales las mantiene con un adulto.

Resulta difícil sostener que en estos supuestos no haya que alertar de alguna manera a los padres, pues eso supondría dejar desamparada a la menor y privarla de la protección de aquéllos. Además, de no ser advertidos y confirmarse una situación de abuso sexual los padres podrían exigir responsabilidades al médico y al centro sanitario por haberla asistido a sus

espaldas.

FIJAR PROTOCOLOS

Para afrontar las situaciones más controvertidas se hace preciso fijar unos criterios o protocolos de actuación que den seguridad a los profesionales sanitarios que realizan su labor en el campo de la anticoncepción, para lo que sería conveniente provocar un foro de debate en el que buscar consensos sobre la forma de actuar, y en el que sean oídas las sociedades científicas y profesionales, las entidades de protección del menor y el Ministerio Fiscal.

A la postre, ante la reforma legal que va a entrar en vigor el próximo 1 de julio, se trata de lograr dos objetivos básicos: el primero y fundamental, que las menores de 16 años no huyan de las consultas médicas, y el segundo, que los profesionales no queden expuestos a una gran conflictividad y a reclamaciones judiciales por no estar definida la forma de actuar.

“El médico no tiene obligación de denunciar abusos a menores. Cuestión distinta es si debe avisar a los padres para que puedan proteger a su hija”

“Es preciso fijar unos criterios o protocolos de actuación que den seguridad a los profesionales sanitarios que realizan su labor en la anticoncepción”