

LEYES ERA UN ÁMBITO SIN LEGISLAR

Nuevo real decreto que recoge los datos mínimos que deben figurar en la HC

■ Redacción

El real decreto que establece los datos mínimos que deben figurar en los informes clínicos del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha sido aprobado en el último Consejo de Ministros (ver DM del 6-IX-2010).

Con esta norma se desarrolla lo establecido en la Ley Básica de Autonomía del Paciente y en la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estas leyes recogían el proyecto de regular los datos mínimos que, por su relevancia, deberían aparecer en los informes clínicos para hacer posible su uso por parte de los centros del SNS mediante el intercambio de la información.

■ Ámbito de aplicación

Así esta actividad sanitaria, que carecía de regulación alguna, es legislada con una norma que afecta a todas las comunidades autónomas y a todos los informes clínicos, tanto los de soporte de papel co-

mo electrónico.

Los datos se reparten en cuatro grandes grupos de información. En la información del documento deben aparecer la fecha de ingreso, la de alta, el nombre del responsable o responsables y la categoría profesional de los mismos, entre otros. Sobre la institución emisora, se debe identificar el servicio de salud donde se presta servicio y la dirección de este centro. El paciente tiene que facilitar su nombre, apellidos, sexo, DNI, dirección postal o número de historia clínica. Del proceso asistencial se deben recoger los motivos del ingreso, los del alta, los antecedentes, los resultados de la exploración física, la historia actual y los tratamientos a aplicar.

El objetivo de este real decreto es facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios, al disponer de una información homogénea sobre los pacientes que podrá ser compartida en todo el SNS.

ANDALUCÍA ESTUDIO ENTRE CUIDADORAS

El registro de últimas voluntades es desconocido

■ Redacción

Sólo un 20 por ciento de las cuidadoras que tienen a su cargo a familiares o allegados dependientes en la comunidad de Andalucía conoce la existencia del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de la Consejería de Salud, según se desprende de un estudio realizado por el Hospital Universitario de Valme de Sevilla.

Este trabajo, que recoge Europa Press, ha cuantificado el grado de conocimiento y la utilización del documento de voluntades anticipadas entre 400 cuidadoras andaluzas. A las participantes en el trabajo se les preguntó acerca de qué entienden por el concepto de muerte digna o si sabían de la existencia de la Ley de Dignidad ante el Proceso de la Muerte.

Bajo el nombre *El bien morir, según las personas cuidadoras familiares de pacientes en situación paliativa*, el sanitario Ángel Rodríguez Hurtado, quien ha

realizado este trabajo, apunta en sus conclusiones que las cuidadoras "consideran indispensable en el proceso de morir la ausencia de sufrimiento".

Este estudio se inició con la formación de tres grupos focales con personas cuidadoras familiares de pacientes paliativos, que responden a diagnósticos oncológicos, demencia avanzada y pluripatológicos. Como resultado de la creación de estos grupos focales, se obtuvo una lista de condiciones que las participantes consideraron como básicas en el proceso de la muerte. Posteriormente se realizó un grupo nominal de profesionales para depurar y agrupar categorías de información. Al final, se elaboró un cuestionario que se suministró a las más de 400 cuidadoras familiares participantes en el trabajo. Dicha investigación ha sido galardonada en el XXV Certamen Nacional Ciudad de Sevilla.

TRIBUNA QUEDA PENDIENTE UNA MAYOR IMPLICACIÓN DE LOS FAMILIARES DE LOS MENORES

Formación sexual poco inocente

→ El autor analiza la próxima implantación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en los centros escolares. Afirma que, aunque su creación se anuncia como un plan preventivo de salud, debería analizarse su eficacia, ya que no ha tenido los efectos esperados en otros países.



JOSÉ JARA RASCÓN

Presidente de la Asociación de Bioética de la Comunidad de Madrid

Un informe del Gobierno francés revela que la interrupción del embarazo ha aumentado pese a la libre dispensación de la píldora del día después y las clases de sexo en la escuela

En la educación sobre hábitos sexuales, más allá de la consecución de efectos sanitarios habría que sopesar si se están respetando los valores del joven o los queridos por su entorno familiar

Entre las novedades que previsiblemente nos traerá el nuevo curso académico se encuentra la implantación en los centros escolares de la nueva Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Esta medida se encontraba preanunciada en la Ley 2/2010, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Sin embargo, su desarrollo, que podría ser entendido inicialmente como un plan más de medicina preventiva, ha ido rodeado de una polvareda de polémica desde su planteamiento inicial.

Para empezar, el borrador de dicha estrategia sorprendió a todos al incluir dentro de sus objetivos un matiz ideológico que incorporaba la visión de la sexualidad femenina como algo que debía ser vivido "de una manera integral, autónoma y diversa" sin mención al intercambio de afectos de la pareja, incidiendo además en una visión en extremo simplista de la sexualidad que oponía la procreación al erotismo. Esta visión tan sesgada de la sexualidad, más propia del feminismo radical que del consenso social sobre este tema, junto con las alusiones al cibersexo a través de internet como una práctica que debería ser presentada a los menores como "un modo físicamente seguro para experimentar diferentes prácticas sexuales", acabaron por propiciar una repulsa generalizada que favoreció su retirada antes de proponerse al Consejo Interterritorial.

La falta de consenso social en la que parece haber quedado esta estrategia formativa prevista en la ley no es nada deseable, ya que sus contenidos aparentemente han quedado al libre arbitrio del personal que los asuma, aunque se deberán impartir de modo obligatorio en todos los centros escolares, tanto públicos como privados, a menores desde los once años de edad o incluso antes. Los profesionales o el personal voluntario encargados de hablar de sexo a dichos menores serán ajenos a los centros, ya que a los docentes habituales no se les considera capacitados para impartir esta temática, según declaraciones del secretario general de Sanidad.

Por otra parte, sin entrar en el debate sobre la idoneidad de quién debería dar estos contenidos y si es ético o deseable que esta materia extraacadémica se programe sin una información previa a los padres o responsables legales de los menores, desde un ámbito estrictamente asistencial, ya que dicha estrategia se plantea como un plan preventivo de salud, habría que interrogarse también por la eficacia esperable de éste y otros enfoques sobre materias de educación sexual en el ámbito escolar. Esto parece básico, ya que desgraciadamente los datos epidemiológicos aportados por otros países de nuestro entorno no permiten mucho optimismo. Un informe dado a conocer por el Gobierno francés, titulado *Evaluación de las políticas de prevención de embarazos no deseados y de apoyo a las interrupciones voluntarias del embarazo 2010*, revela que la interrupción del embarazo ha aumentado pese a la libre dispensación de la píldora del día después y las clases de sexo en la escuela, implantadas en ese país vecino desde 2001. Estos resultados deberían ser considerados de gran trascendencia si se tiene en cuenta que se trata de una evaluación a los diez años de su implantación y que los postulados de partida son muy similares a los de nuestro propio ámbito nacional.

Sin embargo, quizás el más exhaustivo metaanálisis sobre efectividad de la educación sexual a nivel escolar sea el realizado por DiCenso y cols, publicado en el *British Medical Journal* (BrMedJ 2002; 324: 1426-35), revisando 26 estudios llevados a cabo en Estados Unidos, Austr-

lia, Nueva Zelanda y Europa, lográndose así reunir datos de 9.642 chicas adolescentes y encontrando que las estrategias de prevención realizadas hasta ahora, no ya mediante campañas de salud pública sino mediante educación directa impartida en centros escolares, no han logrado que las jóvenes retrasen las relaciones sexuales ni que se disminuya el índice de embarazos. Acudiendo a las recomendaciones del Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI), una guía de práctica clínica que es producto de más de 55 organizaciones sanitarias de Estados Unidos de carácter independiente y objetivo, referencia de medicina basada en la evidencia, encontramos que se adjudica el nivel III (evidencia incompleta) para las intervenciones de asesoramiento sobre la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual (www.icsi.org).

Si se compara la tasa de abortos de nuestro país, situada en 11,7 por 1.000 mujeres en edad fértil, con la de otros países como Estados Unidos o el Reino Unido, podemos ver que en esas naciones la tasa es tres veces superior. Sin embargo, en Estados Unidos los programas de educación sexual basados en contracepción también han aportado poca evidencia en disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes. En Canadá, donde los programas de sexualidad están establecidos en centros escolares desde hace más tiempo que en Estados Unidos, las enfermedades de transmisión sexual y las tasas de embarazos continúan estables y la evidencia clínica es que las estrategias de prevención no han funcionado.

■ La opinión de los tutores

Por todo ello, antes de que se nos informe al cumplirse el plazo de dos años previsto por la ley para evaluar sus resultados y que (como es previsible) se oferte como única solución dar aún más información y comenzar a edades más tempranas, parece más lógico abordar otros posibles enfoques. Teniendo en cuenta que en nuestra sociedad conviven cosmovisiones claramente opuestas sobre cómo debe vivirse la sexualidad, las intervenciones sobre menores, ya que éstos no pueden dar su consentimiento, deberían ser extremadamente respetuosas con las convicciones morales individuales. Por eso, se hace imprescindible contar con la opinión de sus tutores legales, los progenitores en la mayoría de los casos. En la situación concreta de las intervenciones educativas sobre hábitos sexuales estas intervenciones conllevan además un trasfondo moral ineludible, de modo que más allá de la consecución de efectos sanitarios habrá que sopesar si se está manteniendo el respeto hacia los valores del propio joven o los queridos por su entorno familiar propio, tal como aconsejó el Consejo de Estado al evaluar este aspecto de la ley.

En definitiva, quizás lo más prudente y eficaz, siguiendo las directrices de organizaciones sanitarias internacionales como Onusida, sea dirigir las estrategias de prevención a grupos específicos de riesgo y, si queremos cambiar estilos de vida, buscando la evitación de conductas no saludables, se debería asumir que los temas de salud habitualmente deben ser planteados respetando su carácter de voluntariedad, ya que la imposición formativa es ajena a una práctica racional de la medicina. Queda mucho por hacer para implicar de modo eficaz a los familiares directos de los menores en esta tarea, siendo ellos quienes, en muchos casos, podrían hacerlo más eficazmente. Esta actitud sería más respetuosa con la libertad individual y probablemente permitiría una más eficiente gestión de recursos.