

TRABAJO MOVILIDAD LABORAL EN EUROPA

Cada Estado miembro decide sobre el reconocimiento de sus prestaciones sociales

■ S.V.

En la fuga de profesionales sanitarios en busca de horizontes más prometedores (ver *DM del 31-I-2012*) los países europeos aparecen entre los destinos posibles y, de manera especial, Alemania. Teniendo en cuenta esta realidad, el Tribunal de Justicia de la Unión Europea ha comunicado la conclusión prejudicial sobre el derecho de dos trabajadores polacos, que estuvieron empleados un tiempo en Alemania, a cobrar la asignación por hijo a cargo en el país germano. Los reclamantes solicitaron tributar en Alemania, con el pago del IRPF.

Pues bien, la resolución prejudicial señala que Alemania no tiene la obligación de pagar la asignación por hijo a cargo, que dispone en su legislación nacional, a los trabajadores polacos. Y en este sentido razona que "un trabajador no tiene garantizado que la extensión de sus actividades a más de un Estado miembro o su traslado a otro Estado miembro sean neutros en materia de Seguridad Social", es decir,

que su prestaciones sociales pueden cambiar y, por lo tanto, mejorar o empeorar. Y esto es así, continúa el tribunal, "dadas las disparidades de los sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros".

Estas conclusiones se derivan de la interpretación del Reglamento 1408/71, del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Unión Europea.

A pesar de que las conclusiones, elaboradas por el abogado general Ján Mazák, reconocen la libertad de cada Estado para fijar las prestaciones de la Seguridad Social, apuntan que "el Reglamento debe interpretarse de modo favorable al trabajador migrante en el sentido de que el Derecho de la UE no debe tener por efecto privar a un Estado miembro [...] de reconocer a los trabajadores prestaciones sociales prevista en su legislación nacional".

VALENCIA EL GOBIERNO DEBE RESPONDER

El TSJ admite el recurso al decreto-ley de recortes

■ E. Mezquita

Valencia El Decreto-Ley 1/2012, de 5 de enero, de medidas urgentes para la reducción del déficit en la Comunidad Valenciana (ver *DM 9-I-2012*), sigue generando polémica y reacciones en la región. La última novedad es que la sección segunda de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana ha admitido a trámite el recurso presentado contra la norma por los sindicatos de la Mesa General de la Función Pública (UGT, CCOO, CSIF, Intersindical y la Federación de Sindicatos de Enseñanza y Sanidad, que incluye a Cemsatse).

El recurso, fundamentado en la vulneración de los derechos constitucionales de libertad sindical y negociación colectiva, entre

otras cuestiones, fue presentado por los sindicatos el pasado 10 de enero, un día después de su publicación en el *Diario Oficial de la Comunidad Valenciana*.

Tras conocerse esta resolución, el Gobierno valenciano tiene diez días de plazo para presentar alegaciones ante el tribunal sobre la petición sindical de suspensión de la aplicación del decreto-ley, que fue validado en las Cortes Valencianas con el voto del Grupo Popular.

Un plazo de diez días

Andrés Cánovas, secretario general de CESM-CV, el principal sindicato de la Mesa Sectorial de Sanidad, ha dicho a *DIARIO MEDICO* que "si la Administración no presenta alegaciones al recurso en diez días, debería hacerse efectiva la suspensión cautelar del decreto-ley".

TRIBUNA LA NORMA INTRODUJO LA INTERRUCCIÓN DEL EMBARAZO EN LA FORMACIÓN SANITARIA

La ley del aborto apuesta por una salud sexual sin argumentos

→ En el debate de la reforma de la ley del aborto la autora echa en falta un mayor cuestionamiento de la educación sexual en los colegios y de la PDD, como estrategias de salud sexual y reproductiva. Estudios de Estados Unidos, Canadá y Francia deshacen la efectividad de esas medidas.



MARÍA LACALLE
Directora de la
Cátedra Unesco de
Bioética y Biojurídica

La regulación incluye la exigencia de la práctica clínica del aborto en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la Medicina y en los programas de formación continuada

Un organismo de Medicina basada en la evidencia de Estados Unidos da sólo el nivel de evidencia incompleta a los conocimientos sobre la eficacia de las acciones preventivas sobre salud sexual en adolescentes

Precisamente ahora, cuando de nuevo vuelve a ser actualidad la Ley 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, resulta de la mayor importancia recordar algo de lo que muchos parecen no haberse dado cuenta. Esta controvertida legislación incluye dos leyes en una. La mayor parte de la atención mediática que recibe esta reforma legal suele volcarse sobre las posibles repercusiones sociales que conlleva la modificación del reconocimiento del aborto como una prestación sanitaria más, pero el diseño explícito en la ley de una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, por sus amplias implicaciones, no debería ser de menor interés.

De hecho, los apartados que inciden sobre la salud sexual se extienden a dos ámbitos distintos. En primer lugar, se mencionan las medidas en el ámbito sanitario que, según el capítulo 2, no podrían abordarse de un modo ideológicamente neutral, sino desde la única perspectiva del legislador. Así, se especifica claramente que "la formación de profesionales de la salud se abordará con perspectiva de género". En esa formación, tal como ya se hizo notar cuando la reforma se hizo pública, se incluye la exigencia de la práctica clínica de la interrupción voluntaria del embarazo en los programas curriculares de las carreras relacionadas con la Medicina y en los programas de formación continuada a lo largo del desempeño de la carrera profesional (art. 8). Esta imposición legal dio lugar a diferentes polémicas debido a que la interrupción voluntaria del embarazo, al ser un acto técnico sanitario pero no estrictamente un acto médico, ya que no va dirigido a curar o aliviar una enfermedad, no parece exigible como si fuera únicamente una labor asistencial más. La importante carga ética que dicha intervención supone, añade además un plus de impacto en lo que podría ser considerado como la institucionalización del llamado *mobbing* moral a los médicos.

Medidas educativas

El segundo aspecto que la ley incluye en este capítulo trata sobre las medidas educativas que, desde una perspectiva sanitaria, se imponen bajo el título de Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva para ser aplicadas en el ámbito escolar. Dejando aparte las consideraciones que el Consejo de Estado realizó recordando que la Declaración Universal de Derechos Humanos, ratificada por España, afirma que "los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos", parece no menos importante saber si este tipo de diseños educativos han tenido eficacia demostrable en los países en los que ya han sido implantados. Respecto a este último punto, no partimos de cero en experiencia.

En Estados Unidos los programas de educación sexual basados en contracepción han aportado poca evidencia en disminuir la tasa de embarazos entre adolescentes, y en Canadá, donde los programas de sexualidad están establecidos en centros escolares desde hace más tiempo que en EEUU, las enfermedades de transmisión sexual y las tasas de embar-

zos continúan siendo estables y la evidencia clínica es que las estrategias de prevención no parecen estar funcionando (*Can J Obstet Gynecol Women Health Care* 1993: 399).

En Francia, el informe *Evaluación de las políticas de prevención de embarazos no deseados y de apoyo a las interrupciones voluntarias del embarazo*, publicado en 2010, reveló que a los diez años de haberse implantado la educación sexual obligatoria en el ámbito escolar y facilitado el acceso a los anticonceptivos, no se ha evitado que el número de abortos haya seguido en ascenso, siendo actualmente ese país el segundo a nivel europeo en el número total de abortos con cifras cercanas a 200.000 al año. No es de extrañar, por tanto, que el Institute for Clinical Systems Improvements (ICSI), un organismo de medicina basada en la evidencia que engloba recomendaciones de buena práctica clínica procedentes de 55 organizaciones sanitarias de Estados Unidos, adjudique sólo el nivel III (evidencia incompleta) a los conocimientos actuales sobre la eficacia de las intervenciones de prevención sobre salud sexual en adolescentes, lo que cuestiona su implantación indiscriminada.

La píldora del día después

Por otra parte, en nuestro país, llama la atención la ausencia de resultados obtenidos en los últimos años con la denominada píldora del día después (PDD), ofreciendo su adquisición gratuita a cargo de la sanidad pública y creando centros específicos de atención *juven* por parte de diversos ayuntamientos, a pesar de que algunos medios siguen intentando maquillar los resultados. Así, el informe del Ministerio de Sanidad 2006 menciona que el uso de este fármaco (levonorgestrel) se triplicó desde 2001, año en el que se dispensaron 160.000 unidades, llegando en 2005 a la cifra de 506.000 píldoras recetadas en ese año, y en 2009, según datos también del Ministerio de Sanidad, la estimación se vio aumentada a 747.600 unidades. Sin embargo, como lamentablemente es bien conocido, la cifra de abortos en estos años ha mantenido su evolución progresiva al alza sin apenas inflexiones desde la introducción de este nuevo recurso de anticoncepción de emergencia.

Por todo ello, quizás haya que cambiar ideas preconcebidas sobre la ineludible necesidad de introducir la educación sexual en el ámbito escolar de menores y adolescentes. La eficacia de estas intervenciones dista aún mucho de estar clarificada. De hecho, persiste también la controversia sobre si intervenciones precoces o con enfoques de sexualidad sin compromisos pueden ser maleficientes, dando lugar a una mayor precocidad sexual y un mayor número de intercambios sexuales, ocasionando colateralmente embarazos imprevistos y abortos quirúrgicos. A este respecto, comienzan a denominarse estrategias de efecto *boomerang* aquellas actuaciones de carácter preventivo que se vuelven contra quien las ha impulsado causando el efecto contrario al deseado. Toda una llamada de atención a la responsabilidad de nuestras autoridades sanitarias.