

SALUD PÚBLICA Y MULTICULTURALIDAD: INMUNIZACIÓN POBLACIONAL Y SEGURIDAD ALIMENTARIA

Yolanda GARCÍA RUIZ*

Resumen

En sociedades multiculturales caracterizadas por una significativa pluralidad de grupos religiosos, el ejercicio de la libertad religiosa puede entrar en colisión con las normas que pretenden garantizar y proteger la salud pública. Dos ámbitos resultan especialmente relevantes en esta temática. En primer lugar, la inmunización de la población y las objeciones de conciencia a la vacunación que se suscitan por parte de determinados colectivos religiosos. Y, en segundo lugar, la confrontación de determinadas prescripciones alimenticias religiosas con las normas que pretenden garantizar la seguridad alimentaria y el bienestar animal. El estudio de los problemas y desafíos que suscitan ambos temas constituye el objeto de este trabajo.

Abstract

In multicultural societies characterized by a religious plurality, the exercise of religious freedom may clash with the rules intended to ensure and protect public health. Two subjects are particularly relevant in this area: first, the immunization of the population and conscientious objection to vaccination in certain religious groups; and secondly, the confrontation of certain religious dietary requirements with the rules to ensure food safety and animal welfare. The study of the problems and challenges raised by these two subjects is the main object of this paper.

Palabras clave

Multiculturalismo, Pluralidad Religiosa, Salud Pública, Inmunización Poblacional, Vacunas, Seguridad Alimentaria, Sacrificio Ritual Animal, Bienestar Animal, Libertad Religiosa.

Key words

Multiculturalism, Religious Plurality, Public Health, Immunization, Vaccine, Food Safety, Religious Slaughter, Animal Welfare, Religious Freedom.

* Profesora Contratada. Doctora Derecho Eclesiástico del Estado, Universitat de València. yolanda.garcia-ruiz@uv.es

SUMARIO: I. Introducción: un futuro multicultural. II. Salud pública e inmunización en sociedades multiculturales. 1. Modelos de protección. A. Modelo de recomendación. B. Modelo de obligación. 2. Promoción y buenas prácticas. A. Iniciativas Internacionales. B. Iniciativas Nacionales. III. Salud pública y seguridad alimentaria en sociedades multiculturales. 1. Prescripciones alimenticias religiosas y culturales. A. Judaísmo. B. Islam. 2. Derechos, diversidad y buenas prácticas. A. Europa. B. España. IV. Reflexión final. V. Bibliografía.

I. INTRODUCCIÓN: UN FUTURO MULTICULTURAL

LAS sociedades occidentales del siglo XXI son y, previsiblemente serán sociedades multiculturales (1). Una afirmación como la anterior no supone sino manifestar una evidencia y aventurarse a predecir una realidad futura que resulta más que probable. Basta, sencillamente, con observar nuestro entorno. Las grandes urbes acogen la pluralidad cultural imperante en sus más diversas manifestaciones: a través de la presencia de distintas tradiciones religiosas, medicinales, culinarias, artísticas etc. Hoy no resulta extraño hallar, en cualquiera de las grandes ciudades europeas, centros de acupuntura china, publicidad sobre tratamientos de medicina ayurvédica de la India, templos de múltiples confesiones religiosas o restaurantes de distintas nacionalidades que nos acercan a tradiciones culinarias diversas. A todo ello se une una realidad innegable. Y es que el mundo que habitamos se ha hecho pequeño. Los medios de transporte actuales permiten recorrerlo, de extremo a extremo, en tan solo unas horas, lo cual propicia una movilidad y flujo reiterado de personas –y también de culturas y tradiciones– impensable en otras épocas. Este nuevo escenario, mucho más diverso, plural y proclive al mestizaje, se ha visto potenciado también por la revolución de las nuevas tecnologías que, actuando en un plano virtual y global, contribuyen al empequeñecimiento del mundo facilitando formas de comunicación que superan las fronteras espaciales y las distancias físicas. En la red, todos estamos conectados, al margen de cuál sea nuestra ubicación espacial, nuestra nacionalidad, cultura, religión o la lengua en la que nos comuniquemos. Y, de este modo, el acceso al conocimiento de diferentes culturas y formas de vida se internacionaliza también.

En este escenario de convivencia plural, es probable que sigan suscitándose conflictos que surgen recurrentemente en las sociedades multiculturales como consecuencia de la dificultad de aceptar costumbres o tradiciones importadas que pueden afectar a derechos y/o libertades individuales consagradas en los ordenamientos jurídicos de nuestro entorno y consideradas fundamentales. A dichas tensiones se unirán, previsiblemente, nuevos retos a los que habrá que ir dando respuesta. En este sentido, uno de los ámbitos más sensibles en la búsqueda de fórmulas de convivencia es el relativo a la salud; de manera destacada, cuando el respeto a la diversidad puede suponer una amenaza para la salud pública. Precisamente, a esta compleja temática se va a dedicar el presente estudio, esto es, al análisis de la posible incidencia de la multiculturalidad en la salud pública. Y, para abordarlo, dos ámbi-

(1) Vid. JORDÁN VILLACAMPA, M. L., «Grupos religiosos e inmigración», *Multiculturalismo y movimientos migratorios*, Tirant Lo Blanch, Valencia 2003, pp. 21-79.

tos se revelan esenciales: por un lado, el examen de la influencia que puede tener la diversidad cultural en los planes de inmunización poblacional y, por otro, su posible repercusión en aspectos que afecten a la seguridad alimentaria. Sabido es, en este sentido, que muchas culturas mantienen tradiciones medicinales y costumbres alimenticias que pueden entrar en conflicto con los programas estatales de vacunación o con las normas nacionales e internacionales sobre seguridad alimentaria.

II. SALUD PÚBLICA E INMUNIZACIÓN EN SOCIEDADES MULTICULTURALES

El 21 de julio de 2013, la prensa española (2) se hacía eco de una noticia que había provocado un acalorado debate político-social en los Países Bajos. Un grupo de calvinistas holandeses ortodoxos había sufrido una epidemia de sarampión como consecuencia de su negativa a la vacunación contra dicha enfermedad. La epidemia había afectado al menos a unos 466 niños. La propia noticia señalaba que, entre 1999 y 2000, tres niños habían muerto de sarampión en dicha comunidad religiosa y unos 150 habían tenido que ser hospitalizados. La razón aducida por el grupo religioso para rechazar la vacunación no era otra que su particular comprensión de los *designios divinos* y su negativa a interferir en el *plan enviado por Dios a sus criaturas*. Y, ante tal posicionamiento, resultaron infructuosas las declaraciones realizadas por políticos de diversas formaciones a favor de las vacunas como medio de prevención y erradicación de enfermedades, incluido el primer Ministro Mark Rutte, declarado creyente protestante.

Sabido es que la religión es uno de los factores que más relevancia puede llegar a tener en la conformación de una determinada cultura. No en vano la religión ha sido uno de los elementos que ha propiciado tradicionalmente la construcción o el afianzamiento de sentimientos comunitarios de ámbito nacional e, incluso, supranacional. La propia Declaración universal de la UNESCO *sobre diversidad cultural*, aprobada por la 31.ª reunión de su Conferencia General, el 2 de noviembre de 2001, define la cultura como: «(...) el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o a un grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones, las creencias» (3). Partiendo de dicha concepción, la religión se erige en elemento integrante y, en ocasiones, definidor de la cultura y, en este sentido, no resulta extraño –como ha sucedido en Holanda con las vacunas– que un número importante de los conflictos que se suscitan en el seno de las sociedades multiculturales tengan un origen religioso. En el caso referido, además, la problemática reviste una especial importancia, puesto que una decisión adoptada por un grupo, sobre la base de unas creencias

(2) *Vid.* «Virus por voluntad divina», *El País*, 21 de julio de 2013, p. 44.

(3) Definición conforme a las conclusiones de la Conferencia Mundial sobre las Políticas Culturales (Mondiacult, México, 1982), de la Comisión Mundial de Cultura y Desarrollo (Nuestra Diversidad Creativa, 1995) y de la Conferencia Intergubernamental sobre Políticas Culturales para el Desarrollo (Estocolmo, 1998). http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

religiosas y, por ende, privadas, ponían potencialmente en riesgo a toda la población al afectar a la salud pública.

El rechazo de determinados colectivos religiosos a algunos medicamentos y, en especial, a las vacunas es una cuestión que puede deberse a causas muy diversas. En algunas ocasiones –tal y como sucedía en el caso holandés– dicho rechazo responde a una determinada concepción tradicionalista de la vida que rehúye el progreso, los avances científicos y sus aplicaciones médicas. En otras ocasiones, las iniciales reticencias religiosas se unen al temor ante las posibles reacciones o efectos adversos de las vacunas (4) y también se dan supuestos en los que la negativa se sustenta en el rechazo a alguno de los componentes. Un ejemplo, en este sentido, es la negativa a recibir algunos compuestos de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola porque se realiza con gelatina de cerdo hidrolizada. Este componente ha provocado, en algunos supuestos, el rechazo de musulmanes y judíos que, como es sabido, tienen prohibido el consumo del cerdo o, en general, la utilización de sus derivados. Y también de budistas, hinduistas o sikhs, puesto que sus creencias incluyen el vegetarianismo como parte de su espiritualidad y, al rechazar alimentos o compuesto animales, no toman ni admiten nada que proceda del cerdo. En cualquier caso, la problemática no es baladí. En primer lugar porque, como se ha señalado, la negativa a la vacunación afecta a la salud pública, al impedir la inmunización de la población, e imposibilita la erradicación de ciertas enfermedades. Y, en segundo lugar, porque la negativa a la vacunación, que se suele plantear por los padres, en realidad, a quien de manera más directa afecta es a los menores que se van a ver expuestos a contraer enfermedades como consecuencia de una decisión de sus padres fundamentada en sus particulares creencias religiosas o ideológicas. Piénsese, en este sentido, que la vacunación no solo se rechaza por motivos religiosos, también hay casos en los que los padres se niegan por motivos ideológicos al pertenecer a movimientos naturistas que se oponen a la medicina tradicional. Esta realidad estuvo muy presente en el debate suscitado en los Países Bajos tras la epidemia de sarampión que afectó, de manera más o menos grave, a un buen número de menores. No faltaron voces que señalaban incluso la necesidad de que el Estado protegiera a los niños de sus padres (5). Y, asimismo, demandaban un cambio en el modelo de inmunización poblacional que hiciera obligatoria la vacunación.

1. MODELOS DE PROTECCIÓN

A. Modelo de recomendación

Al igual que sucede en el resto de *Europa*, en los Países Bajos la *vacunación* es *voluntaria*. Todos los países europeos cuentan con un calendario de vacunación recomendado (6) que presenta diferencias en función de los distintos Estados, pero

(4) Vid. WENGER, O.K., MCMANUS, M.D., BOWER, J.R., LANGKAMP, D.L., «Underimmunization in Ohio's Amish: Parental Fears Are a Greater Obstacle than Access to Care», *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, núm. 27, junio 2011, pp. 37-43.

(5) Vid. «Virus por voluntad divina», *El País*, 21 de julio de 2013, p. 44.

(6) Los diferentes calendarios de vacunación recomendados en Europa se pueden consultar en la siguiente dirección: <http://vaccine-schedule.ecdc.europa.eu/Pages/Scheduler.aspx>

que, en todo caso, se concibe como un modelo de mera recomendación, esto es, desde el respeto a la decisión libre y a la autonomía. La Unión Europea tiene un especial interés en el ámbito de la salud pública y colabora con los Estados a través de diversas iniciativas (7) con el objeto de contribuir a la inmunización de la población y a la erradicación de enfermedades transmisibles. Sin embargo, la competencia en este ámbito corresponde a cada Estado miembro y son ellos los que establecen –como se ha señalado– los calendarios de vacunación recomendados.

Según los datos recogidos en el Informe *sobre el estado de las enfermedades infecciosas en Países Bajos de 2012* (8) –elaborado por el Instituto Nacional de Salud Pública y Medio Ambiente holandés–, el porcentaje actual de vacunación, en el caso de la población más joven, está en torno al 95% (9). Ello refleja una amplia aceptación de la vacunación como método de prevención que permite satisfacer las expectativas estatales de inmunización poblacional. No obstante, el propio informe deja constancia de la existencia de objeciones que sistemáticamente se mantienen por parte de determinados colectivos. Los miembros de las *Comunidades Reformadas Ortodoxas*, que provocaron la epidemia de sarampión en julio de 2013 y que cuentan –de conformidad con el informe– con unos 250.000 miembros, se oponen tradicionalmente a la vacunación por razones religiosas sustentadas en la idea de la no interferencia del ser humano en los designios divinos pero no son los únicos. Desde una perspectiva ideológica, los miembros de la *Sociedad Antroposofica*, que son unos 4.300 en Holanda según el propio informe, también rechazan algunas vacunas de las que se administran en la infancia y la simultaneidad en su administración, lo cual, a su juicio, puede perjudicar el desarrollo del niño (10). Ello parece explicar que se produjera un brote de epidemia de sarampión en una sus escuelas holandesas en el año 2008. Junto a ellos, también mantienen objeciones a la vacunación la asociación *Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken* (11) que aboga por una toma de conciencia en torno a la falta de seguridad de las vacunas y sus posibles riesgos para la salud y que cuenta con unos 1.600 miembros en Holanda. Y, en otras ocasiones, se constatan también rechazos no tan institucionalizados que, sencillamente, responden a la desconfianza que suscita la falta de información sobre los posibles efectos de las vacunas, a la publicidad que determinados medios le otorga a los profesionales sanitarios que son más críticos con la inmunización y a las acciones y campañas que llevan a cabo los movimientos antivacunación (12).

Independientemente de las razones que subyacen en cada caso tras el rechazo a la administración de las vacunas, lo cierto es que el sistema de mera recomenda-

(7) Al respecto, cabe destacar la creación de una red de vigilancia epidemiológica y de control de las enfermedades transmisibles (Decisión núm. 2119/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de setiembre de 1998. *DOCE* L 268, de 3 de octubre de 1998) y el establecimiento del Centro Europeo para la prevención y el control de enfermedades (*DOCE* L 142, de 30 de abril de 2004) que funciona como una agencia independiente y que facilita asesoramiento científico y asistencia y que mantiene una estrecha colaboración con los órganos competentes en materia de salud pública de los distintos Estados miembros.

(8) *Vid. The State of Infectious Diseases in the Netherlands 2012*, National Institute for Public Health and the Environment. <http://www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:234372&type=org&disposition=inline>

(9) *Ibid.*, p. 34.

(10) *Ibid.*, p. 35.

(11) <http://nvkp.nl/>

(12) <http://www.vacunacionlibre.org/nova/>

ción seguido en toda Europa lo hace posible. Los ciudadanos no están obligados y, por consiguiente, pueden decidir libremente. Las potenciales víctimas del rechazo a las vacunas son, precisamente, las personas que no han sido vacunadas. No obstante, la erradicación de determinadas enfermedades transmisibles es una cuestión que afecta a salud pública y que no termina de ser una realidad, entre otras razones, porque no se produce una inmunización generalizada de la población. Y no solo el rechazo de determinados colectivos dificulta la erradicación de enfermedades transmisibles; a ello se une otra realidad consustancial al mundo actual y es que –como ya se indicó al comienzo del trabajo– estamos en un mundo cada vez más pequeño que permite una movilidad poblacional sin precedentes y que facilita la «importación y exportación» de virus y enfermedades. El propio *European Centre for Disease Prevention and Control*, que colabora con los Estados miembros de la Unión Europea en materia de salud pública, en su informe de diciembre de 2013 (13), alerta respecto a la posible reintroducción y transmisión de un tipo de poliovirus salvaje en Europa. Al respecto, recomienda que los países con un porcentaje de vacunación inferior al 90% incrementen sus esfuerzos para mejorar la cobertura de población vacunada. Las razones que aduce y que explican el lanzamiento de la alerta referida son principalmente dos. Por un lado, la constatación de la circulación de este virus en Israel, que es un destino frecuente de la población europea, y también la aparición de un brote de poliomielitis en Siria que podría extenderse a Europa como consecuencia de la fuerte emigración de ciudadanos sirios que están huyendo de la crisis política y de la cruenta situación bélica interna que están sufriendo.

Siendo conscientes de lo anterior y ante los potenciales peligros derivados del descenso en la vacunación o del rechazo a la misma, la cuestión que se suscita es si convendría optar por un modelo de vacunación obligatoria. Dicha opción era la defendida por algunos políticos en Holanda tras el brote de sarampión de julio de 2013 que, como se ha señalado, afectó a más de cuatrocientos niños y a alguno de ellos de manera grave.

B. Modelo de obligación

El modelo de *vacunación obligatoria* es el que se aplica en *Estados Unidos*. El Gobierno Federal publica anualmente un calendario con la vacunación recomendada hasta los dieciocho años de edad que recoge la vacunación infantil mínima. Cada Estado puede, posteriormente, optar por ampliar la cobertura a través de su legislación. De este modo, el calendario de vacunación propuesto por el Gobierno Federal es meramente recomendado y son los Estados federados los que elaboran sus respectivos calendarios de vacunación infantil de carácter obligatorio (14). Dicha obligatoriedad se logra utilizando la escuela pública (15), ya que el acceso a

(13) <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/poliomyelitis-risk-assessment-update-10-December-2013.pdf>

(14) Vid. GARCÍA RUIZ, Y., «¿Vacunaciones obligatorias de menores contra la voluntad de los padres?», *Humanitas. Humanidades Médicas*, núm. 35, enero 2009, pp. 18-20.

(15) Vid. LAW, S., «Human Papillomavirus Vaccination, Private Choice, and Public Health», *UCDavis Law Review*, University of California, Davis, School of Law, vol. 41, núm. 5, June 2008, pp. 1743-1746.

los diferentes niveles educativos exige que los menores se sometan a la vacunación considerada obligatoria en el Estado correspondiente. La razón que explica la opción estadounidense por la vacunación obligatoria no es otra que la falta de un sistema de salud pública y de atención sanitaria generalizado. Una buena parte de la población estadounidense no tiene cobertura sanitaria, ni acceso a una atención médica regular y no pueden asumir el coste de la vacunación (16). Ante tal realidad, si no se hubiera adoptado una política de vacunación obligatoria, los niveles de vacunación serían muy bajos y el riesgo de padecer brotes de enfermedades transmisibles y epidemias sería muy alto.

Al considerar la vacunación obligatoria, el modelo estadounidense se ha visto obligado a prever un programa de apoyo económico a la vacunación infantil –*Vaccines for Children Program* (17)– mediante el cual se financia la administración de las vacunas cuando los padres no pueden asumir su coste. Junto a ello, cabe destacar también la existencia de un Programa Nacional de Compensación de posibles daños derivados de la administración de las vacunas que se encuentra regulado en la *National Childhood Vaccine Injury Act* (1986) (18).

Una cuestión ampliamente debatida y derivada de la obligatoriedad de la vacunación, ha sido la posible confrontación de dicho modelo con el respeto de las libertades individuales consideradas neurálgicas en el sistema americano. El primer caso que se suscitó en los Estados Unidos sobre esta temática fue en 1905, el caso *Jacobson v. Massachusetts* (19), y ya entonces la Corte Suprema declaró que era lícito obligar a la vacunación por razones de seguridad y salud pública. En este sentido, la Corte entendía que prevalecía el interés general y el bien común sobre el interés particular del señor Jacobson que rechazaba la vacunación por considerarla irracional, arbitraria, opresiva y hostil con el derecho de todo hombre a cuidar de su cuerpo y de su salud como mejor considere (20). No obstante lo anterior, esto es, pese a reconocer la prevalencia de la salud pública frente al interés privado, lo cierto es que el modelo estadounidense contempla algunas exenciones a la vacunación obligatoria por razones de carácter religioso, filosófico o cuando existe alguna contraindicación médica (21). Ello permite compatibilizar la obligatoriedad de la vacunación con el ejercicio de libertades ampliamente protegidas en el sistema americano como, por ejemplo, la libertad religiosa.

El reconocimiento de las exenciones a la vacunación, implica que, en la escuela, convivirán niños vacunados y niños cuyos padres hayan presentado algún tipo de objeción y no hayan sido vacunados. Por ello, los centros educativos deberán llevar un control exhaustivo de los menores no vacunados. Fundamentalmente, para protegerles y no permitir que asistan a la escuela ante la aparición de algún

(16) *Ibid.*, p. 1744.

(17) <http://www.cdc.gov/vaccines/programs/vfc/index.html>

(18) *Vid. Public Law* 99-660-nov.14, 1986, 42 USC 300aa-1 y ss.

(19) *Vid. Jacobson v. Massachusetts*, 197 U. S. 11 (1905)

(20) Cit. en SILVERMAN, R.D., MAY, T., «Private Choice Versus Public Health: Religion, Morality, and Childhood Vaccination Law», *University of Maryland Law Journal of Race, Religion, Gender and Class*, vol. 1, Issue 2, 2001, p. 507.

(21) *Vid. GARCÍA RUIZ, Y.*, «¿Vacunaciones obligatorias de menores contra la voluntad de los padres?», *Humanitas. Humanidades Médicas*, op. cit., pp. 19 y 20.

brote epidémico (22). Ellos son, en definitiva, los que están expuestos a las enfermedades transmisibles aunque sean sus padres los que decidan objetar a las vacunas.

Uno de los supuestos que está provocando mayor controversia, en los últimos años, es la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano, puesto que el rechazo, en algunos casos, responde a razones de carácter cultural y/o religioso. Como es sabido, existen distintos tipos de este virus y alguno de ellos puede provocar cáncer de cuello de útero que tiene una alta mortalidad (23). La gravedad de las consecuencias de este tipo de cáncer es una de las razones que propició que diversas agencias federales y asociaciones médicas estadounidenses recomendaran, en el año 2006, la vacunación de las niñas de entre once y doce años de edad (24). Entre los organismos que apoyaron dicha recomendación, estaban la agencia estadounidense encargada de la Calidad y la Seguridad de los Alimentos y los Medicamentos (25), el Comité Asesor de Prácticas de Inmunización del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (26), la Asociación Médica Americana (27), El Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (28) y la Academia Americana de Pediatría (29). No obstante, la efectividad de la vacunación en el sistema americano depende, en buena medida, de la inclusión de la vacuna entre las consideradas obligatorias para acceder a la escuela. Y esto, por el momento, es una cuestión todavía pendiente en muchos Estados (30). Las razones que pueden explicar la resistencia de los Estados a su inclusión en los calendarios de vacunación obligatoria son muy diversas. El hecho de ser una vacuna reciente y, comparativamente con otras, poco contrastada podría ser una de dichas razones y quizá también la existencia, en torno a ella, de un cierto tabú porque su transmisión se produce por vía sexual. Ello explicaría, en cierta medida, la resistencia a su administración en determinados grupos religiosos que no la consideran necesaria porque su concepción de la sexualidad (31), ligada a la existencia de un matrimonio estable, les lleva a pensar que no es necesaria para sus hijos (32). Algunos autores, sin embargo,

(22) Vid. SALMON, D.A., TERET, S.P., MACINTYRE, C.R., SALISBURY, D., BURGESS, M.A., HALSEY, N. A., «Compulsory vaccination and conscientious or philosophical exemptions: past, present and future», *The Lancet*, Vol 367, February 4, 2006, p. 440.

(23) Algunos estudios cifran en torno a 4000 las muertes que se producen en Estados Unidos cada año como consecuencia del cáncer de cuello de útero. Vid. LAW, S., «Human Papillomavirus Vaccination, Private Choice, and Public Health», *UCDavis Law Review*, *op.cit.*, p. 1731.

(24) *Ibid*, p. 1739.

(25) *United State Food and Drug Administration*. <http://www.fda.gov/>

(26) *Advisory Committee on Immunization Practices of the Centers for Disease Control and Prevention*. <http://www.cdc.gov/vaccines/acip/>

(27) *American Medical Assotiation*. <http://www.ama-assn.org/ama>

(28) *American College of Obstetricians and Gynecologists*. <http://www.acog.org/>

(29) *American Academy of Pediatricians*. <http://www.aap.org/>

(30) <http://www2a.cdc.gov/nip/schoolsurv/schImmRqmt.asp>

(31) La incidencia jurídica que pueden tener determinadas concepciones religiosas y/o culturales sobre la sexualidad está muy presente en el debate doctrinal actual sobre multiculturalidad. Al respecto, vid. DE LORA, P., «The value of virginity and the value of the Law: generality, neutrality and the accommodation of multiculturalism in health care» <http://blogs.law.harvard.edu/billofhealth/files/2012/09/The-value-of-virginity-and-the-value-of-the-Law-Journal-of-Clinical-Ethics-final-version.pdf>

(32) Vid. BEN NATAN, M., AHARON, O., PALICKSHVILL, S., GURMAN, V., «Attitude of Israeli Mothers with vaccination of their Daughters Against Human Papilloma Virus», *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 26, 1, 2011, pp. 70-77.

aconsejan decididamente su inclusión entre las vacunas obligatorias para el acceso a la escuela y su extensión también a los niños con el objeto de lograr una mayor y mejor inmunización (33).

2. PROMOCIÓN Y BUENAS PRÁCTICAS

El impacto que tiene la vacunación en las poblaciones trasciende su repercusión en el ámbito de la salud (34). Es innegable que las vacunas han salvado millones de vidas y, en consecuencia, no resulta extraño que la inmunización de la población, a escala mundial, sea un objetivo defendido por distintas organizaciones e instituciones en diversos foros nacionales e internacionales. Lograr su extensión y administración en cada rincón del mundo requiere, por una parte, acciones coordinadas de incidencia global y gestión internacional y, por otra, el desarrollo de buenas prácticas que propicien su aceptación en un mundo caracterizado por la diversidad cultural y religiosa.

A. Iniciativas internacionales

En el año 2000, auspiciada por Naciones Unidas, se celebró en Nueva York la *Cumbre del Milenio* que logró congrega a líderes mundiales provenientes de 189 Estados. El propósito no era otro que debatir acerca de los desafíos de la humanidad en una nueva época en la que el destino común de los seres humanos resultaba ya innegable, entre otros factores, debido a la expansión de la globalización. Como resultado de dicha reunión, se adoptó la denominada *Declaración del Milenio* (35) con el objetivo de ir avanzando hacia un mundo sin pobreza, con mayor igualdad, con acceso a la salud y la educación para todos, respetuoso con el medio ambiente y también con los derechos humanos. Y para ello se establecieron los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (36) que recogen una serie de compromisos a cumplir para el año 2015. Entre ellos y por lo que aquí interesa, cabe destacar el objetivo 4.º que pretende reducir la mortalidad infantil (37), para lo cual la inmunización resulta un factor de gran relevancia, y el objetivo 6.º cuyo propósito es combatir el sida, el paludismo y otras enfermedades graves (38), como puede ser la malaria. El desarrollo y mejora de vacunas que puedan hacer frente a este tipo de enfermedades y su administración a escala mundial se revelan también esenciales.

(33) Vid. LAW, S., «Human Papillomavirus Vaccination, Private Choice, and Public Health», *UCDavis Law Review*, *op. cit.*, p. 1771 y 1772.

(34) La Alianza Mundial para las vacunas y la inmunización (GAVI, según sus siglas en inglés), fue creada por la Fundación Bill & Melinda Gates, el Banco Mundial, empresas fabricantes de vacunas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) en el año 2000. Dicha institución considera la vacunación como un factor que, además de proteger la salud, contribuye al crecimiento económico. <http://www.gavialliance.org/about/why-invest-in-vaccines/>

(35) Vid. A/RES/55/2, de 13 de septiembre de 2000.

(36) <http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview.html>

(37) http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg4/

(38) http://www.undp.org/content/undp/es/home/mdgoverview/mdg_goals/mdg6/

En el ámbito internacional, las Organizaciones con una mayor implicación en la promoción de la vacunación son la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) que, conjuntamente, han desarrollado un programa denominado *Visión y Estrategia Mundial de Inmunización* para el período 2006/2015 (39). Los objetivos principales de dicho programa radican:

- a) en la protección de la salud de un número cada vez mayor de personas a través de la vacunación;
- b) en el impulso, promoción y desarrollo de nuevas vacunas para proteger la salud pública;
- c) en integrar la inmunización junto a otras intervenciones de los sistemas de salud;
- d) y en lograr la inmunización de la población mundial en un contexto global interdependiente.

Junto a las acciones desarrolladas por la OMS y UNICEF, cabe destacar también por su relevancia las acometidas en el marco de la *Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización* (GAVI) creada, en el año 2000, por la Fundación Bill & Melinda Gates y que cuenta con la colaboración de entidades privadas y públicas entre las que se encuentran la propia OMS, UNICEF, algunas empresas fabricantes de vacunas y el Banco Mundial.

Además de las iniciativas institucionales, resulta de gran relevancia, para la inmunización poblacional a escala internacional, el trabajo de campo desarrollado por los cooperantes de distintas Organizaciones internacionales y ONGs. Entre otras, merece una especial mención el trabajo desarrollado por el *Comité Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja* que, entre las distintas actuaciones dirigidas a la protección de la salud, cuenta, en estos momentos, con un programa de acción específico para la erradicación de la poliomielitis (40), enfermedad que sólo es endémica actualmente en Afganistán, Nigeria y Pakistán y que, en las zonas insalubres se difunde a través del agua o los alimentos infectados. Asimismo, destacan las acciones llevadas a cabo desde *Médicos sin Fronteras* para lograr la inmunización de la población (41) en aquellos lugares que se encuentran en situaciones de crisis.

El esfuerzo humano y los recursos económicos destinados a la protección de la salud pública, mediante la inmunización de un número cada vez mayor de seres humanos, es innegable y, en buena medida, loable. No obstante, dichas acciones no están exentas de críticas. Las principales objeciones que se plantean a estos programas internacionales y a las acciones desarrolladas en el marco de la ayuda humanitaria son de dos tipos: por un lado, se recrimina la participación de empresas farmacéuticas en la elaboración de determinados programas de inmunización en la medida en que son una parte económicamente interesada en la venta y distribución de las vacunas. Y, por otro, se plantean también reticencias de tipo cultural auspiciadas, en muchas ocasiones, por los líderes religiosos de las comunidades que abanderan campañas contra las vacunas bajo la creencia de teorías conspirativas

(39) http://whqlibdoc.who.int/hq/2005/WHO_IVB_05.05.pdf

(40) <http://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/1138-red-cross-magazine-eng-2-2013.pdf>

(41) <https://www.msf.es/enfermedad/sarampion>

que consideran las vacunas como un instrumento utilizado por los occidentales para esterilizar a la población de sus comunidades. Estas afirmaciones alientan el rechazo a la vacunación y a ello se une, además, que alguna de las vacunas –como, por ejemplo, la de la poliomielitis– se administran con el objeto de lograr la erradicación de la enfermedad a escala mundial pero, en ocasiones, no es una enfermedad habitual en la comunidad. Cuando así sucede, los miembros de la comunidad no logran comprender el empeño de los cooperantes en proceder a la vacunación, puesto que, en realidad, sus hijos están muriendo como consecuencia de otro tipo de dolencias o por una simple diarrea. Esta incomprensión ha provocado rechazos que, a veces, se traducen en ataques directos contra las personas que trabajan administrando las vacunas. En este sentido y con el objeto de superar estas reticencias, *la Cruz Roja y la Media Luna Roja* han advertido sobre la importancia de contar con las comunidades para que las acciones de inmunización se inserten en programas más amplios de atención sanitaria integral a las comunidades y, de este modo, sean más y mejor comprendidas y aceptadas.

B. Iniciativas nacionales

Al igual que sucede en el ámbito internacional, los Estados se ven en la necesidad de desarrollar programas de actuación que permitan superar las reticencias culturales y/o religiosas a la vacunación de algunos colectivos con el objeto de avanzar en la inmunización de la población. En este sentido, resultan relevantes las medidas que se están desarrollando en el Reino Unido –a modo de *buenas prácticas*– en el marco de las políticas denominadas «*your health, your choices*» del Sistema Nacional de Salud (NHS). Con ellas, se pretende implicar a los pacientes en el cuidado de su salud y, en este sentido, se están sugiriendo modelos de atención que, tomando en consideración la multiculturalidad, buscan la aceptación de la vacunación por parte de comunidades religiosas reacias, en principio, a las vacunas o a alguno de sus componentes. El Reino Unido está siendo pionero en este ámbito, entre otras razones, porque es uno de los países europeos en los que la diversidad cultural y religiosa es un hecho desde hace décadas. Esta circunstancia ha favorecido el desarrollo de estrategias de cooperación con las comunidades religiosas.

Los motivos del rechazo a las vacunas, por razones religiosas, tienen su origen, en múltiples ocasiones, en los componentes utilizados para generarlas. La Iglesia Católica, por ejemplo, valora positivamente la vacunación y su función preventiva, sin embargo, recomienda a sus fieles que –cuando sea posible– prescindan de las vacunas generadas a partir de líneas celulares obtenidas de fetos abortados (42). Y también es frecuente el rechazo de judíos, musulmanes, budistas o sikhs a las vacunas generadas con derivados del cerdo. Teniendo en cuenta estas objeciones y dado que las políticas de implicación de los pacientes en las decisiones sobre su salud se imponen como modelo a seguir en la atención médica del siglo XXI (43), la búsqueda de la complicidad de las comunidades se revela necesaria.

(42) <http://www.cogforlife.org/vaticanresponse.htm>

(43) Vid. *Building on the best. Choice, Responsiveness, and Equity in the NHS*, diciembre 2003. <http://www.official-documents.gov.uk/document/cm60/6079/6079.pdf>

En sociedades multiculturales y pluri-religiosas, como las actuales, incorporar pautas de actuación –o buenas prácticas– en el ámbito sanitario implica que se tomen en consideración las creencias religiosas, siempre que ello no suponga la vulneración de derechos o libertades fundamentales o del orden público legalmente establecido (44). Así pues, es importante que el personal médico y sanitario tenga información acerca de las posibles reticencias religiosas y/ culturales con las que se pueden encontrar y que, en caso de duda, tengan la posibilidad de recurrir a personas de la comunidad con capacidad para interpretar la ley religiosa y para determinar qué tipo de vacuna se puede administrar –en función de las disponibles en el mercado para una determinada enfermedad– sin vulnerar las creencias religiosas (45). Por ejemplo, en el caso del Islam y el Judaísmo algunos medicamentos derivados del cerdo se pueden administrar durante un período concreto si es por causa de una enfermedad. Y, en el caso de los judíos, las reticencias respecto a los compuestos derivados del cerdo, en puridad, sólo plantean problemas cuando su administración es por vía oral (46). Es, por consiguiente, necesario conocer las particularidades de las distintas comunidades y, para ello, la cooperación con sus líderes resulta fundamental. Además, en algunos casos, es posible recurrir a productos que sean sintéticos, puesto que la opción de fabricar el compuesto utilizando componentes animales o sintéticos depende, en última instancia, de los laboratorios que lo comercializan. De este modo, al conocer las preferencias de la persona que va a recibir la vacuna es posible administrar una u otra. No obstante, puede haber casos en los que no exista una alternativa. Cuando esto ocurra, el personal médico deberá informar, de manera comprensible, de los posibles riesgos derivados de no recibir la vacuna. Máxime cuando dicha decisión afecte a un menor como suele ser habitual. En este sentido, si la vacuna finalmente se administra, en contra de lo establecido por la comunidad religiosa, resulta esencial mantener la confidencialidad y preservar la intimidad de las personas para evitar rechazos o reacciones adversas por parte de los miembros del grupo religioso.

III. SALUD PÚBLICA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA EN SOCIEDADES MULTICULTURALES

Estrechamente vinculado a la salud y a la cultura se encuentra también el tema de la alimentación. Es indudable que los alimentos inciden en la salud. No en vano se afirma que *somos lo que comemos* y también resulta innegable que la alimentación es un fenómeno socio-cultural, impregnado, en gran medida, de connotacio-

(44) Respecto a la incidencia del elemento cultural y del factor religioso en el ámbito sanitario público y sus límites, *vid.* DE LORA, P., «Diversidad cultural y salud pública», *Claves de Razón Práctica*, núm. 223, pp. 64-77.

(45) En el Reino Unido, el *Kashrus and Medicines Information Service* puede ayudar a los judíos respecto a los medicamentos que pueden recibir sin problemas y, en el caso de los musulmanes, el *Muslim Council of Britain* facilita información a la comunidad a través del servicio «MCB Direct». <http://www.mcb.org.uk/mcbdirect>

(46) *Vid. Informed Choice in Medicine Taking. Drugs Derived from Pigs and their Clinical Alternatives. An Introductory Guide for Patients and Carers*, 9 november 2004. <http://www.mcb.org.uk/uploads/PBEnglish.pdf>

nes religiosas. Las religiones, en tanto que cosmovisiones, regulan todos los ámbitos de la vida y la alimentación no constituye una excepción. Todas las tradiciones religiosas –más o menos organizadas– establecen una serie de prescripciones alimenticias que indican no sólo lo que se puede comer sino cómo se puede comer y cuándo se puede comer (47). Además, muchas de ellas practican rituales para el sacrificio de los animales destinados al consumo humano que requieren un cierto control sanitario para garantizar su adecuación a las normas estatales sobre seguridad alimentaria y salud pública.

1. PRESCRIPCIONES ALIMENTICIAS RELIGIOSAS Y CULTURALES

En el ámbito europeo, las confesiones religiosas cuyas prescripciones alimenticias han tenido más relevancia, desde una perspectiva político-jurídica, son el Judaísmo y el Islam. Y ello porque ambas exigen la realización de un ritual de sacrificio animal para la purificación de la carne objeto de consumo que ha sido cuestionado por algunos colectivos defensores de los animales fuertemente arraigados en distintos países europeos. Además, ambas tienen una presencia significativa en toda Europa, lo cual obliga a los Estados a tener en cuenta sus exigencias alimenticias como una manifestación del ejercicio del derecho fundamental de libertad religiosa, siempre que no se vulnere el orden público establecido por la ley.

A. Judaísmo

El Judaísmo es una de las confesiones religiosas que impone mayores restricciones alimenticias a sus fieles. Los alimentos que se consideran aptos para el consumo se denominan *kosher* que, en hebreo, significa adecuado o apropiado. Dichos alimentos cumplen las leyes dietéticas del judaísmo conocidas como *kashrut*. En la *Toráh*, es decir, en los cinco primeros libros de la Biblia o Pentateuco, se recogen las normas del *kashrut*, detalladas, fundamentalmente, en Levítico 11 y Deuteronomio 14 (48). En dichos pasajes, se relacionan los animales considerados aptos para

(47) Vid. CONTRERAS, J., «Alimentación y religión», *Humanitas. Humanidades Médicas*, n.º 16, junio 2007. <http://www.fundacionmhm.org/tema0716/articulo.pdf>

(48) En Deuteronomio 14, se señala: «No comerás nada que se abomina. Éstos son los animales que podréis comer: buey, carnero, cabra, ciervo, gacela, gamo, cabra montés, antílope, búfalo, gamuza. Todo animal de pezuñas partida, hendida en dos, y que rumia, lo podréis comer. Sin embargo, entre los que rumian y entre los animales de pezuña partida y hendida no podréis comer los siguientes: el camello, la liebre y el damán, que rumian pero no tienen la pezuña hendida; los tendréis por impuros. Tampoco el cerdo, que tiene la pezuña partida y hendida, pero no rumia; lo tendréis por impuro. No comeréis su carne ni tocaréis su cadáver. Esto es lo que podréis comer de todo lo que vive en el agua: todo lo que tiene aletas y escamas lo podréis comer. Pero no comeréis lo que no tiene aletas y escamas: lo tendréis por impuro. Podéis comer toda ave pura. Pero las siguientes no las podréis comer: el águila, el quebrantahuesos, el águila marina, el buitre, las diferentes especies de halcón, todas las especies de cuervo, el avestruz, la lechuza, la gaviota, y las diferentes especies de gavilanes, el búho, el ibis, el cisne, el pelícano, el calamón, el somormujo, la cigüeña, las diferentes especies de garza real, la abubilla el murciélago. Todo insecto alado lo tendréis por impuro, no lo comeréis. Todo volátil puro lo podréis comer. No comeréis ninguna bestia muerta. Se la darás al forastero que vive en tus ciudades para que él la coma, o bien véndesela a un extranjero. Porque tú eres un pueblo consagrado a Yahvé tu

el consumo y también aquellos cuyo consumo está prohibido por ser considerados animales inmundos o impuros.

Por lo que respecta a la carne de los mamíferos, existen varias reglas que regulan su consideración como alimento permitido. Las leyes del *kashrut* aceptan el consumo de la carne de los ruminantes que tengan la pezuña partida, es decir, dividida en dos mitades. Sin embargo, consideran impura –esto es, no *kosher*– la carne de cualquier otro animal ruminante sin la pezuña partida –por ejemplo, el conejo o la liebre– y la de aquellos que, aún teniendo la pezuña partida, no sean ruminantes –por ejemplo el cerdo–. Además, los judíos tienen prohibido ingerir la carne de los animales muertos y la mezcla de la leche con los productos cárnicos (49). Junto a lo anterior, tiene una relevancia significativa el sacrificio de los animales que ha de realizarse conforme a un determinado ritual y por una persona habilitada para ello.

Como se ha señalado anteriormente, la cuestión del sacrificio ritual animal es un tema que ha generado controversia, principalmente, por parte de los defensores de los derechos de los animales (50). No obstante, su práctica tiene relevancia también desde la perspectiva de la protección de la salud pública. El método de sacrificio utilizado por los judíos para que la carne sea considerada *kosher* se denomina *shjitá* y el profesional que lo realiza se conoce como *shojet*. La práctica se realiza con un cuchillo grande, bien afilado y sin irregularidades ni dientes y *requiere que el animal esté consciente*. El *shojet* realiza un único corte en la garganta del animal mediante el cual secciona las arterias carótidas, las venas yugulares, los nervios vagos, la tráquea y el esófago. Dicho corte provoca la muerte rápidamente, en unos tres o cuatro segundos. Si, por cualquier circunstancia, el procedimiento no se realizara adecuadamente, la carne del animal se consideraría no *kosher*, es decir, no apta para el consumo por estar equiparada a los restos de un animal muerto.

Los judíos realizan un minucioso control en el proceso de elaboración de los alimentos para evitar que se «contaminen» por cualquier causa y se conviertan en impuros. En este sentido, los dos focos principales de control de los alimentos *kosher* se hallan en los ingredientes y en el equipamiento empleado para la producción (51). Así pues, durante la elaboración de un producto *kosher*, todos los ingredientes utilizados deben ser *kosher*. Si uno de ellos no lo fuera, el producto se consideraría no apto para el consumo. Además, los instrumentos y el equipo empleado en la producción deben ser supervisados meticulosamente y no pueden

Dios. No cocerás el cabrito en la leche de su madre. *Vid. Biblia de Jerusalem*, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1998, pp. 215 y 216.

(49) La prohibición de la mezcla de la carne con los lácteos se deduce de la afirmación siguiente: «No cocerás el cabrito en la leche de su madre». *Ibid.*, p. 216.

(50) En relación con el reconocimiento de derechos a los animales, *vid.* DE LORA, P., *Justicia para los animales: la ética más allá de la humanidad*, Alianza, Madrid 2003 y «Los animales como sujetos de derechos», *Estado, justicia, derechos*, Alianza, Madrid 2002, pp. 435-464; DE LUCAS, J., «En el bicentenario de Darwin. ¿Derechos de los animales no humanos? La barrera de la dignidad», *Teoría y Derecho*, núm. 6, 2009, pp. 6-19; DE MIGUEL BERIAIN, I., «¿Derechos para los animales?», *Dilemata*, núm. 1, 2009, pp. 15-31; LEYTON, F., «Literatura básica en torno al especismo y los derechos animales», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 19, mayo 2010, pp. 14-16; GARCÍA SAEZ, J.A., «¿Pueden los animales ser titulares de derechos? Algunos argumentos desde una teoría garantista del derecho», *Revista Catalana de Dret Ambiental*, vol III, núm. 2, 2012, pp. 1-23.

(51) *Vid.* JIMÉNEZ FIGUEROA, C., *Informe sobre el requisito kosher para importaciones de alimentos en el mercado de Israel*, Ministerio de Economía y Competitividad, Secretaría de Estado de Comercio, Tel Aviv, noviembre 2000, pp. 7 y 8.

ser utilizados para la elaboración de productos no *kosher*. Esta estricta supervisión del proceso productivo persigue dar cumplimiento a las normas del judaísmo sobre alimentación pero, al mismo tiempo, comulga con los principios que inspiran la normativa de la Unión Europea en materia de seguridad alimentaria (52) –especialmente por lo que se refiere a la trazabilidad–. Ello les confiere una alta consideración como producto de calidad en el mercado internacional (53) y evidencia la ausencia de problemas en relación con el mantenimiento de la salud pública en el ámbito alimenticio. No obstante lo anterior, hay un aspecto que resulta más problemático y es el relativo al sacrificio ritual de los animales y la exigencia de que aquellos se encuentren conscientes en dicho momento. Esta práctica, que es común a la religión islámica, puede suscitar ciertos problemas.

B. Islam

Al igual que sucede en el Judaísmo, el Islam también distingue entre alimentos puros –*Halal*– e impuros –*Haram*–. El propio Corán, en la Azora V sobre *La Mesa*, indica a los fieles: «Se os declaran ilícitos: la carne de animal que haya muerto, la sangre, la carne de cerdo y lo que se inmoló en nombre de otro que no sea Dios; la carne de animales muertos asfixiados, por golpes, despeñados o corneados; lo que las fieras han comido parcialmente, con excepción de lo que purifiquéis y lo que fue sacrificado ante los ídolos» (54). Así pues, las principales restricciones hacen referencia al consumo de la carne. No existen prohibiciones respecto de los peces ni de los vegetales cuyo consumo está permitido, salvo que estos últimos se hayan sometido a un proceso de fermentación que los transforme en bebidas alcohólicas (55). Es, por consiguiente, la pureza de la carne la principal exigencia del Islam en materia de alimentación y dicha pureza no sólo afecta a la exclusión de determinados animales para el consumo sino que está fundamentalmente ligada al sacrificio ritual del animal (56).

Por lo que respecta a la forma en la que debe realizarse el sacrificio, es importante señalar que no existe una única manera de proceder, ya que depende de las diferentes escuelas islámicas (57). La forma más habitual es la que se realiza utili-

(52) Vid. Reglamento núm. 178/2002 del Parlamento Europeo y el Consejo, de 28 de enero de 2002, por el que se establecen los principios y los requisitos generales de la legislación alimentaria, se crea la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria y se fijan los procedimientos relativos a la seguridad alimentaria. DOCE L 31 de 1 de febrero de 2002.

(53) Según señala, Jiménez Figueroa, en mercados como el estadounidense, al menos un tercio de los alimentos que se ofertan en los supermercados son *kosher*. (Cit. en *Informe sobre el requisito kosher para importaciones de alimentos en el mercado de Israel*, Ministerio de Economía y Competitividad, Secretaría de Estado de Comercio, Tel Aviv, noviembre 2000, p. 3)

(54) Vid. *El Coran*, Plaza & Janés, Barcelona 1997, pp. 137 y 138.

(55) Un estudio exhaustivo de las prescripciones alimenticias islámicas y su relevancia desde la perspectiva del ordenamiento jurídico español, en PÉREZ ÁLVAREZ, S., «Controles biosanitarios de las tradiciones alimenticias islámicas en el ordenamiento jurídico español. La cuestión de la alimentación Halal», *Biotecnología y Seguridad Alimentaria*, Tirant Lo Blach, en prensa. (Consultado por cortesía del autor).

(56) Vid. JIMÉNEZ-AYBAR, I., «La alimentación “Halal” de los musulmanes en España: Aspectos jurídicos, económicos y sociales», *Ius Canonicum*, XLV (90) 2005, p. 633.

(57) Respecto a las diferencias en la forma de realizar el sacrificio del animal en función de las diferentes escuelas islámicas, vid. PÉREZ ÁLVAREZ, S., «Controles biosanitarios de las tradiciones ali-

zando un cuchillo afilado y mediante un único corte en las carótidas, la vena yugular y la garganta. El propósito es conseguir el mejor desangrado posible. La fórmula ritual exige, además, que el sacrificio se realice por un musulmán, invocando el nombre de Alá y con el animal orientado hacia la Meca (58). El problema, como en el caso del Judaísmo, reside en la exigencia de que el animal no sea aturdido con anterioridad al sacrificio. Este requisito es polémico desde la perspectiva de la protección y garantía del bienestar animal. Pero, además, en el caso del Islam, el sacrificio ritual suscita, en ocasiones, una cierta problemática durante la celebración de la fiesta del cordero. Dicha festividad rememora el sacrificio que estuvo a punto de realizar Abraham con su hijo como muestra de lealtad a Dios y la indicación de aquel para que, en su lugar, sacrificara un cordero. La celebración tiene una relevante dimensión familiar y, para la ocasión, cada familia sacrifica un cordero y reparte dos tercios del animal, debidamente sacrificado, entre los más necesitados de la comunidad, familiares y amigos. La imposibilidad de atender en los Mataderos municipales todos los sacrificios que se realizan en dicha festividad y el hecho de que algunos inmigrantes –siguiendo tradiciones de sus países de origen– sacrifiquen a los animales en las casas o en el campo, sin cumplir con la normativa al respecto, supone un importante desafío que puede llegar a afectar a la salud pública (59).

2. DERECHOS, DIVERSIDAD Y BUENAS PRÁCTICAS

A. Europa

En el ámbito europeo, la protección y reconocimiento del derecho de libertad religiosa como derecho humano fundamental es una realidad. Sin embargo, en ocasiones, el ejercicio de dicho derecho puede suscitar ciertos problemas en un marco cultural y religioso cada vez más plural. Al respecto, una de las cuestiones que ha generado ciertas tensiones, en los últimos años, es la relativa al sacrificio ritual de los animales que realizan musulmanes y judíos. La Unión Europea ha regulado dicha temática en el Reglamento n. 1099/2009 del Consejo, de 24 de septiembre, *relativo a la protección de los animales en el momento de la matanza* (60). Dicho Reglamento, en su artículo 4.1 establece, como regla general, el aturdimiento previo de los animales, de conformidad con los métodos que se relacionan en su Anexo I; especificando, además, que se mantendrá la pérdida de la consciencia y de la sensibilidad hasta la muerte del animal. No obstante, el apartado 4 del mismo artículo introduce una excepción en el caso de los sacrificios realizados de conformidad con lo prescrito por determinados ritos religiosos. En dichos supuestos, no se requerirá el aturdimiento previo del animal y únicamente se exigirá que el sacrificio se lleve a cabo en un matadero. Esta última exigencia, respecto de los mataderos, es una cuestión dirigida a evitar la realización de sacrificios de animales que

menticias islámicas en el ordenamiento jurídico español. La cuestión de la alimentación. “Halal”, *op. cit.*, en prensa, (Consultado por cortesía del autor).

(58) <http://www.institutohalal.com/2009/06/03/el-arte-europeo-del-buen-morir/#more-599>

(59) http://www.observatorioreligion.es/upload/19/37/Manual_Gestion_Municipal.pdf

(60) *Vid. DOCE*, L 303 de 18 de noviembre de 2009.

no cumplan con las condiciones de higiene y salubridad requeridas en las normas que regulan la matanza, lo cual podría generar problemas para la salud pública.

De conformidad con lo señalado, la normativa comunitaria posibilita el sacrificio ritual animal bajo determinadas condiciones. No obstante, la polémica suscitada en torno a esta cuestión (61) en algunos países ha forzado la introducción de alguna matización. En este sentido, el artículo 26 del Reglamento, en sus apartados 1 a 3, establece que los Estados podrán mantener –si ya existiera– o desarrollar en el futuro normas nacionales que prevean una mayor protección de los animales en la matanza que la contemplada en el propio Reglamento. En estos supuestos, el Estado tendría que informar a la Comisión Europea de la existencia de dicha norma para que pudiera ponerse en conocimiento de los demás Estados miembros. Este margen de discrecionalidad no permite, sin embargo, que los Estados prohíban la comercialización, en su territorio, de productos de origen animal que provengan de otro Estado miembro, aduciendo que dichos animales no han sido sacrificados conforme a lo estipulado en sus propias normas nacionales. El artículo 26.4 del Reglamento europeo impide dicha posibilidad porque, de aceptarse, imposibilitaría que judíos y musulmanes pudieran comer carne de conformidad con lo prescrito por su religión; afectando, en consecuencia, al ejercicio de su libertad religiosa.

B. España

En España, la temática relativa al sacrificio animal que realizan judíos y musulmanes se ha abordado jurídicamente sin suscitar grandes problemas. Los Acuerdos de cooperación firmados por el Estado español, en 1992, con la Federación de Comunidades Israelitas de España (FCIE) y con la Comisión Islámica de España (CIE) (62) regulan, en sus respectivos artículos 14, las condiciones relativas a la producción, comercialización, importación y exportación de productos alimenticios catalogados como *kosher* o *halal*. Además, en relación con el sacrificio ritual de los animales, los Acuerdos indican que se deberá realizar respetando la normativa sanitaria vigente. En este sentido, la Ley 32/2007, de 11 de noviembre, *para el cuidado de los animales en su explotación, transporte, experimentación y sacrificio*, en su artículo 6.3, señala, como regla general, el aturdimiento de los animales de forma previa al sacrificio. Sin embargo, permite su excepción cuando sea

(61) Una de las polémicas políticas más fuertes generadas recientemente en torno al sacrificio ritual animal practicado por judíos y musulmanes en Europa se ha suscitado en los Países Bajos. En el 2011, a iniciativa de Marianne Thieme –parlamentaria del *Partij voor de Dieren* (Partido por los Animales)– se tramitó un proyecto de Ley que pretendía impedir el sacrificio de los animales que no hubieran sido previamente aturridos. El Proyecto fue aprobado por la Cámara baja, el 28 de junio de 2011, con una amplia mayoría de 116 votos a favor y 30 en contra. No obstante, las comunidades judía y musulmana ejercieron, de forma conjunta, una fuerte presión política y social consiguiendo, finalmente, que dicho Proyecto fuera rechazado por el Senado el 19 de junio de 2012. Vid. GARCÍA RUIZ, Y., «Países Bajos: modificación de la legislación para introducir el aturdimiento previo al sacrificio ritual animal», *Laicidad y Libertades. Escritos Jurídicos*, núm. 11, 2011, pp. 123-138 y «Países Bajos: Rechazo del Senado holandés a la imposición de aturdimiento previo al sacrificio ritual animal», *Laicidad y Libertades. Escritos Jurídicos*, núm. 12, 2012, pp. 87-98.

(62) Vid. Ley 25/1992, de 10 de noviembre, por la que se aprueba el Acuerdo de Cooperación del Estado con la Federación de Comunidades Israelitas de España y Ley 26/1992, de 10 de noviembre, por la que se aprueba el Acuerdo de Cooperación del Estado con la Comisión Islámica de España. *BOE* núm. 272, de 12 de noviembre de 1992.

incompatible con las prescripciones de algún rito religioso. En todo caso, como establece el mismo artículo 6, dicha práctica no podrá sobrepasar los límites del derecho fundamental de libertad religiosa, esto es, el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la salud, la seguridad y la moralidad pública en tanto que elementos constitutivos del orden público protegido por la ley.

El principal desafío que se ha suscitado en España respecto al sacrificio ritual animal ha sido durante la celebración islámica de la fiesta del cordero. Dicha festividad requiere el sacrificio de un cordero en cada familia y, en ocasiones, esto han llevado a que algunos fieles realicen dichos sacrificios, al margen de la legalidad, a veces, en sus propias casas. El Observatorio del Pluralismo Religioso, que es un portal de referencia para la gestión de la diversidad religiosa en España (63), a modo de *buenas prácticas*, ha publicado un *Manual para la gestión municipal de la diversidad religiosa* (64) en el que realiza algunas indicaciones tendentes a minimizar los riesgos para la salud pública durante dicha celebración. En este sentido, recomienda la cooperación de las autoridades municipales con los líderes de las comunidades islámicas y también con los mataderos municipales. Todo ello en aras de dar cumplimiento a las normas estatales sobre sacrificio animal que pretenden garantizar la salud pública y facilitar el ejercicio del derecho fundamental de libertad religiosa.

IV. REFLEXIÓN FINAL

Una de las características habituales de las sociedades multiculturales es la pluralidad religiosa. La diversidad de culturas suele ir acompañada de una presencia diversa y plural de creencias y prácticas religiosas. En el ámbito jurídico occidental, la libertad religiosa disfruta de un amplio reconocimiento respecto de su ejercicio que no está exento, sin embargo de ciertos límites. Como es sabido, la salud pública, en cuanto elemento constitutivo del orden público, es uno de dichos límites.

En el ámbito de la salud, el tradicional paternalismo médico que consideraba al paciente como un *incapacitas* ha ido dando paso al reconocimiento de su autonomía, es decir, al respeto de sus decisiones cuando están adoptadas en libertad. En relación con la vacunación, la opción normativa europea ha sido la de respetar la autonomía del paciente al establecer un sistema de mera recomendación. No obstante, en este ámbito, independientemente del modelo de vacunación por el que se opte –bien sea de mera recomendación o de vacunación obligatoria– las creencias religiosas pueden actuar como factor de objeción a las políticas de inmunización poblacional desarrolladas por los Estados. Dos aspectos suelen suscitar debate, en este sentido, por un lado la necesidad de proteger la salud *pública* poblacional frente a las opciones *privadas* de renuncia a la vacunación; fundamentalmente, ante el riesgo de graves pandemias. Y, por otro, la necesidad de proteger a los menores que suelen ser los destinatarios de las opciones de rechazo a la vacunación de sus padres por motivos religiosos.

(63) http://www.observatorioreligion.es/corporativo/que_es_el_observatorio.html

(64) http://www.observatorioreligion.es/upload/19/37/Manual_Gestion_Municipal.pdf

En el ámbito de la alimentación, el debate en torno a la posible confrontación entre el ejercicio de la libertad religiosa y el bienestar de los animales sometidos a un sacrificio ritual suele resolverse a favor del reconocimiento de la libertad religiosa. Si bien se permiten posiciones más garantistas del bienestar animal que resulten compatibles con el ejercicio de la libertad religiosa en su dimensión alimenticia. Ahora bien, cuando la práctica de determinados rituales pone en riesgo la salud pública, el ejercicio de la libertad religiosa debe limitarse en *pro del interés público* de protección de la *salud de la población*.

V. BIBLIOGRAFÍA

- BEN NATAN, M., AHARON, O., PALICKSHVILI, S., GURMAN, V., «Attitude of Israeli Mothers with vaccination of their Daughters Against Human Papilloma Virus», *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 26, 1, 2011, pp. 70-77.
Biblia de Jerusalem, Desclée de Brouwer, Bilbao, 1998
- CONTRERAS, J., «Alimentación y religión», *Humanitas. Humanidades Médicas*, núm. 16, junio 2007.
- DE LORA, P., «Diversidad cultural y salud pública», *Claves de Razón Práctica*, núm. 223, pp. 64-77.
- «Los animales como sujetos de derechos», *Estado, justicia, derechos*, Alianza, Madrid 2002, pp. 435-464.
- «The value of virginity and the value of the Law: generality, neutrality and the accommodation of multiculturalism in health care» <http://blogs.law.harvard.edu/billofhealth/files/2012/09/The-value-of-virginity-and-the-value-of-the-Law-Journal-of-Clinical-Ethics-final-version.pdf>
- *Justicia para los animales: la ética más allá de la humanidad*, Alianza, Madrid 2003.
- DE LUCAS, J., «En el bicentenario de Darwin. ¿Derechos de los animales no humanos? La barrera de la dignidad», *Teoría y Derecho*, núm. 6, 2009, pp. 6-19.
- DE MIGUEL BERIAIN, I., «¿Derechos para los animales?», *Dilemata*, núm. 1, 2009, pp. 15-31.
El Coran, Plaza & Janés, Barcelona 1997.
- GARCÍA RUIZ, Y., «¿Vacunaciones obligatorias de menores contra la voluntad de los padres?», *Humanitas. Humanidades Médicas*, núm. 35, enero 2009.
- «Países Bajos: modificación de la legislación para introducir el aturdimiento previo al sacrificio ritual animal», *Laicidad y Libertades. Escritos Jurídicos*, núm. 11, 2011, pp. 123-138.
- «Países Bajos: Rechazo del Senado holandés a la imposición de aturdimiento previo al sacrificio ritual animal», *Laicidad y Libertades. Escritos Jurídicos*, núm. 12, 2012, pp. 87-98.
- GARCÍA SAEZ, J. A., «¿Pueden los animales ser titulares de derechos? Algunos argumentos desde una teoría garantista del derecho», *Revista Catalana de Dret Ambiental*, vol. III, núm. 2, 2012, pp. 1-23.
- JIMÉNEZ FIGUEROA, C., *Informe sobre el requisito kosher para importaciones de alimentos en el mercado de Israel*, Ministerio de Economía y Competitividad, Secretaria de Estado de Comercio, Tel Aviv, noviembre 2000.
- JIMÉNEZ-AYBAR, I., «La alimentación “Halal” de los musulmanes en España: Aspectos jurídicos, económicos y sociales», *Ius Canonicum*, XLV (90) 2005, pp. 631-666.

- JORDÁN VILLACAMPA, M. L., «Grupos religiosos e inmigración», *Multiculturalismo y movimientos migratorios*, Tirant Lo Blanch, Valencia 2003, pp. 21-79.
- LAW, S., «Human Papillomavirus Vaccination, Private Choice, and Public Health», *UCDavis Law Review*, University of California, Davis, School of Law, vol. 41, núm. 5, June 2008, pp. 1731-1772.
- LEYTON, F., «Literatura básica en torno al especismo y los derechos animales», *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 19, mayo 2010, pp. 14-16.
- PÉREZ ÁLVAREZ, S., «Controles biosanitarios de las tradiciones alimenticias islámicas en el ordenamiento jurídico español. La cuestión de la alimentación Halal», *Biotecnología y Seguridad Alimentaria*, Tirant Lo Blanch, *en prensa*. (Consultado por cortesía del autor).
- SALMON, D. A., TERET, S. P., MACINTYRE, C. R., SALISBURY, D., BURGESS, M. A., HALSEY, N.A., «Compulsory vaccination and conscientious or philosophical exemptions: past, present and future», *The Lancet*, vol. 367, February 4, 2006, pp. 436-442.
- SILVERMAN, R. D., MAY, T., «Private Choice Versus Public Health: Religion, Morality, and Childhood Vaccination Law», *University of Maryland Law Journal of Race, Religion, Gender and Class*, vol. 1, Issue 2, 2001, pp. 505-521.
- WENGER, O. K., MCMANUS, M.D., BOWER, J.R., LANGKAMP, D.L., «Underimmunization in Ohio's Amish: Parental Fears Are a Greater Obstacle Than Access to Care», *Pediatrics. Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, núm. 27, junio 2011, pp. 37-43.