

Artículos Breves. Mes de Marzo 2011

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad de diversos medios de comunicación que pensamos es oportuno conocer.

Índice:

- 1. 'No es una larga y penosa enfermedad, es cáncer'**
- 2. Los científicos descubren riesgos inesperados en las nuevas células madre**
- 3. La AEPD publica una guía para vigilar la protección de los datos personales**
- 4. Máster de Bioética y Bioderecho: Un foro para la discusión de problemas éticos**
- 5. La confianza es clave en las voluntades previas. Potencian la comunicación con los pacientes.**
- 6. La participación activa del paciente, reto clave de Atención Primaria.**
- 7. En la estética no se exige el resultado pero sí buena praxis**

1.- 'No es una larga y penosa enfermedad, es cáncer'

Emilio Alba, presidente de la SEOM.

Bernardo Díaz ELMUNDO.es | Efe | Madrid, 2 febrero 2011.

"Llamemos a las cosas por su nombre. No es una larga y penosa enfermedad, es cáncer". Así de claro es el lema con el que oncólogos, pacientes y periodistas pretenden luchar contra la "estigmatización" del cáncer.

Con motivo del Día Mundial del Cáncer, el 4 de febrero, la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Federación de Asociaciones de Periodistas de España (FAPE), la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS) y las organizaciones de pacientes oncológicos han hecho un llamamiento para que la palabra cáncer no sea utilizada como sinónimo de "negatividad" y "destrucción".

Begoña Barragán, presidenta del GEPAC (Grupo Español de Pacientes con Cáncer) afirma que "para cada paciente se presenta de un modo distinto y así podrá ser una larga o corta enfermedad, una dolorosa o no dolorosa afección o una penosa o llevadera situación. Sea como sea y se viva como se viva, hablamos de cáncer. Normalizar el cáncer, utilizando la terminología correcta cuando hablemos de esta enfermedad, consiguiendo que cada vez sean más las personas relevantes de nuestra sociedad que hagan pública su situación de enfermos de cáncer [...], hará que sea más fácil que los pacientes y las familias nos sintamos menos solos e integrados en una sociedad que a día de hoy nos sigue dando la espalda"

Asimismo, todos los colectivos han pedido a la RAE (la Real Academia de la Lengua) "que elimine la cuarta acepción de la palabra cáncer en el diccionario y que la define como la proliferación en el seno de un grupo social de situaciones o hechos destructivos o frases como 'la droga es el cáncer de nuestra sociedad'", ha anunciado el Dr. Emilio Alba, presidente de SEOM.

"Frasas de este tipo –añade el presidente de SEOM- inundan los periódicos, las revistas y las tertulias de muchas radios y televisiones. Sin embargo, cuando los medios de comunicación hablan de la muerte de una persona relevante que previamente ha manifestado públicamente sin ningún pudor que padecía cáncer, se dice 'ha muerto de una larga enfermedad'", reconoce este especialista.

La presidenta de GEPAC ha indicado que si uno de cada tres hombres y una de cada cuatro mujeres desarrollará un tumor en su vida, y más de un millón y medio de personas viven con ello en España "está más que justificado que empecemos a llamar a esta enfermedad por su nombre: es cáncer".

Mejores tratamientos y menos mortalidad

Rosario Beobide, secretaria de la Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA), ha esgrimido que "todos debemos acostumbrarnos a hablar del cáncer como una enfermedad casi normal que va a suceder a lo largo de la vida de la mayoría de las familias".

Beobide ha destacado que "cada vez vivimos más y tenemos más posibilidades de pasar por un cáncer", por lo que, si se normaliza este término, "cuando nos toca transitar en ese camino de la enfermedad todos los viviremos de forma menos angustiada que en la actualidad".

No obstante, el doctor Alba ha remarcado que con las nuevas opciones de tratamiento se puede conseguir que el paciente conviva con la enfermedad metastásica, manteniendo una buena calidad de vida. "Podemos llegar a convertir el cáncer en una enfermedad crónica", ha subrayado.

El presidente de SEOM ha declarado que "hay buenas noticias" en cuanto a la evolución de esta patología, porque se puede hablar de un descenso de mortalidad masculina del 1,3% anual y femenina del 1%, lo que significa que un 45% y un 55% de los diagnosticados, respectivamente, se curan.

2.- Los científicos descubren riesgos inesperados en las nuevas células madre

Las células reprogramadas conservan cierta memoria de su origen en el cuerpo

El País, JAVIER SAMPEDRO 02/02/2011

Las nuevas estrellas de la investigación en medicina regenerativa, las células madre iPS o de la tercera vía, acaban de sufrir su primer tropezón serio. El proceso de reprogramación que se usa para obtenerlas a partir de simples células de la piel no es perfecto: las células madre iPS preservan en su genoma cierta memoria de su origen adulto, y esas marcas persisten en cualquier órgano o tejido que se derive de ellas. El problema tendrá que ser resuelto antes de poder usar esos tejidos para trasplantes, que es la gran esperanza que suponen estas técnicas para el tratamiento de las enfermedades neurodegenerativas y autoinmunes, la diabetes y otras dolencias hoy incurables.

Desde su descubrimiento hace cuatro años por el investigador japonés Shinya Yamanaka, de la Universidad de Kyoto, las células iPS (induced pluripotent stem cells, o células madre de pluripotencia inducida) han revolucionado la investigación en medicina regenerativa. Se obtienen retrasando el reloj (reprogramando) a simples células de la piel o el pelo de un paciente, pero son tan versátiles como las células madre embrionarias.

Tras unos años de avances prometedores sobre las células iPS, un equipo dirigido por Joseph Ecker, del Instituto Salk de California, ha descubierto ahora un problema inesperado. El proceso de reprogramación que transforma las células de la piel en células madre no borra por completo el programa genético de las primeras. Algunos puntos calientes (hotspots) del genoma persisten en su estado de piel adulta, y siguen así incluso después de que los científicos conviertan las células iPS en otros tipos de tejidos aptos para trasplantes.

El trabajo se presenta hoy en Nature, y uno de sus autores es James Thomson, el embriólogo de la Universidad de Wisconsin que obtuvo en 1998 las primeras células madre de embriones humanos y abrió así un nuevo continente a la medicina regenerativa.

Pese a la gran promesa de las células iPS, las líneas de investigación que ahora mismo están más cerca de una aplicación clínica se basan en células madre embrionarias. Y también son estas las que se han visto afectadas por un parón judicial en Estados Unidos. El conservadurismo religioso se opone a estas células porque implican la destrucción de embriones humanos de dos semanas congelados en las clínicas de fertilidad. Las células iPS no requieren ese paso.

Los problemas de reprogramación detectados por Ecker tienen relación con una de las áreas de investigación más activas de la biomedicina actual: la epigenética. Durante el desarrollo embrionario, las células son asignadas a un

destino según su posición, pero luego deben recordarlo mientras se mueven y proliferan.

Esa memoria no está escrita en la secuencia de ADN (ccatattg...), sino en otras moléculas que se le pegan encima, y por eso se llama epigenética (encima de los genes, literalmente). Las principales entre esas moléculas son unas proteínas llamadas histonas y el radical más simple de la química orgánica: el metilo (-CH₃), que se puede pegar tanto a las histonas como al propio ADN. Por lo común, la metilación de un gen en una célula conduce a su inactivación en todas las células que descienden de ella: de ahí la memoria.

Ecker y sus colegas han examinado por primera vez los metilomas, o perfiles de metilación del genoma, de cinco líneas células iPS humanas mantenidas en cultivo, y los han comparado con los de células madre embrionarias, células madre adultas (las que renuevan ciertos órganos del adulto, como la piel) y otros tipos celulares diferenciados (especializados) a partir de los anteriores.

Los resultados muestran que la mayor parte del metiloma de las células iPS es idéntico al de las células madre embrionarias, como cabía esperar dado el idéntico potencial de desarrollo de ambas. Pero no del todo: por un lado, el metiloma difiere un poco entre unas líneas iPS y otras. Y todas ellas difieren de las células embrionarias en varias zonas del genoma. Sobre todo cerca de las puntas de los cromosomas (telómeros) y de otras zonas (centrómeros) esenciales para el reparto equitativo del material genético entre las dos células hijas.

3.- La AEPD publica una guía para vigilar la protección de los datos personales

Diario Médico, Redacción - 3 de Febrero de 2011.

En un mundo donde las redes sociales, internet y las cámaras de videovigilancia han reducido la privacidad de las personas a su mínima expresión, la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) ha editado El derecho fundamental a la protección de datos, una guía con la que recuerda a los ciudadanos que ellos son dueños de su información y, como tales, tienen unos derechos.

En la guía, un documento de 56 páginas, la agencia ha desmenuzado la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD) para explicarle al ciudadano cuáles son esos derechos y las armas legales que tiene para defenderlos. La AEPD es la encargada de vigilar el cumplimiento de la LOPD y hasta ella llegan las reclamaciones de particulares por incumplimiento de esta norma.

En el ámbito sanitario, Artemi Rallo, director de la agencia, ha manifestado su preocupación por las numerosas solicitudes que han recibido pidiendo la tutela del derecho de acceso a la historia clínica, lo que ha motivado un estudio del cumplimiento de la ley en los centros sanitarios, que ya se encuentra en la última fase.

Sobre este derecho la guía se remite al artículo 15.1 de la LOPD, que "reconoce el derecho del afectado a solicitar y obtener gratuitamente información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos, así como las comunicaciones realizadas o que se prevén hacer de los mismos".

4.- Máster de Bioética y Bioderecho: Un foro para la discusión de problemas éticos

Diario Médico. Marta Esteban - Viernes, 4 de Febrero de 2011.

Es fácil saber cuáles son los principios generales de la bioética, pero más difícil es establecer un equilibrio entre los valores en conflicto. El máster de Bioética y Bioderecho, como título propio de la Universidad Rey Juan Carlos, acerca a los profesionales la realidad clínica y los enfrenta a la discusión de dilemas éticos que día a día se producen en los centros de salud y hospitales. Los alumnos analizan casos concretos, buscan los principios éticos implicados y los cursos de acción existentes, y debaten cuáles deben ser las soluciones más acordes con la ética médica.

No es lo mismo plantear un conflicto ético como mera teoría que enfrentarse a él en la práctica clínica. El programa del máster de Bioética y Bioderecho de la Universidad Rey Juan Carlos busca que el profesional se encuentre cara a cara con dilemas reales que suceden en cualquier centro de salud o servicio hospitalario. Para ello, los alumnos del máster no sólo cuentan con clases teóricas donde se analizan la bioética y el derecho desde las distintas especialidades, sino que el programa incluye la discusión de casos reales que permite a los profesionales analizar el conflicto ético, buscar los dilemas y los principios bioéticos implicados y plantean las posibles soluciones.

La discusión que genera la exposición del caso permite a los alumnos aportar sus puntos de vista a situaciones de conflicto, todo ello supervisado por un experto en la materia.

Una de las sesiones del máster, celebrada en el pequeño anfiteatro del Colegio de Médicos de Madrid, órgano que colabora en el desarrollo del máster, versó sobre los conflictos éticos más frecuentes en Ginecología. José Ignacio Sánchez Méndez, médico adjunto del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital La Paz, moderó la clase y el debate tras analizar cuestiones como el riesgo vital en los embarazos y el debate ético en la anticoncepción poscoital.

Aborto y pdd

El primero de los casos clínicos reales planteado por una de las alumnas analizó cómo debe enfrentarse el médico de primaria a la solicitud de aborto cuando la petición no proviene de la menor embarazada sino de su madre, en una situación en la que se duda sobre cuál es la decisión que la menor madura quiere. Los problemas éticos detectados en este supuesto están relacionados con una posible objeción de conciencia del profesional ante la petición del aborto, la autonomía de la menor, la insuficiencia de madurez de la embarazada y los problemas sociofamiliares alegados por la madre para justificar la interrupción voluntaria del embarazo.

Planteado el debate, los alumnos opinan. Uno de los asistentes apuntó que con la nueva ley del aborto una menor puede interrumpir su embarazo sin la autorización paterna, por lo que tampoco ésta se debería tener en cuenta si la menor quiere continuar con la gestación.

La médico que expuso el caso real aclaró que en el desenlace de este supuesto real fue decisiva la personalidad del médico, pues ante las dudas de la menor y la insistencia de la madre les pidió que volvieran a su casa y que meditasen la decisión del aborto, dados los antecedentes de la menor.

Según Sánchez Méndez, moderador del debate, en estos supuestos lo que quiere la mayoría de las menores de edad que acuden a la consulta es ayuda, pues pocos son los casos en los que la mujer está decidida a abortar. De ahí la importancia de ofrecer alternativas a la interrupción voluntaria del embarazo.

Los alumnos coincidieron en que la conducta del médico, que les ofreció tiempo para la reflexión, fue fundamental, lo que pone de manifiesto el valor excepcional de la relación médico-paciente.

En el segundo de los casos, el debate entre los asistentes fue más intenso, pues lo que se valoraba era si el enfermero debía poner en conocimiento de los padres de la menor el consumo previo de la píldora del día después.

El valor de la autonomía y la necesidad de velar por el bien de los pacientes menores de edad fueron los dos puntos más conflictivos. Alguno de los alumnos apuntó que el consumo de la píldora del día después es una decisión incluida en la libertad personal de la paciente menor, por lo que el médico no tiene nada que opinar.

De hecho, apuntaba otra de las alumnas, si la Administración ha querido sacar del circuito del facultativo el control y la prescripción de este anticonceptivo, ya no es un asunto que concierne a los profesionales. El problema, según esta alumna, es que se trata de un fármaco y, como tal, un consumo abusivo sin control puede traer consecuencias para las pacientes, por lo que el médico y el farmacéutico deben implicarse.

Dos situaciones complejas con varios cursos de acción

Caso 1

Una menor de edad acude con su madre al médico de atención primaria solicitando la interrupción voluntaria del embarazo. El médico, que comprueba que la menor ya había abortado anteriormente, pregunta a la paciente si desea o no abortar, pero la menor no contesta. La madre de la niña insiste en que es lo mejor porque no tienen recursos ni posibilidades de hacerse cargo de ese niño. La menor no expresa en ningún momento su opinión. El facultativo, que se plantea una posible objeción de conciencia al ser contrario al aborto, le pregunta a la niña qué es lo que ella quiere hacer, pero ésta baja la cabeza y no contesta. Ante las dudas, el profesional pide a la madre y a la hija que vuelvan a su casa y que recapaciten su decisión, pues hay otras alternativas al aborto, y que regresen después a la consulta. A los pocos días las dos mujeres vuelven a ver al médico de primaria y le informan de que han cambiado su decisión. La menor ha decidido llevar a cabo la gestación y hacerse cargo del niño.

Caso 2

Una paciente que acaba de cumplir catorce años va a su centro de salud para solicitar su paso de Pediatría a Medicina de Familia. En la entrevista previa con un enfermero, al que conoce desde que era pequeña, le cuenta que el fin de semana pasado (cuando aún tenía 13 años) había tenido una relación sexual completa y que, tras romperse el preservativo, acudió a las urgencias de un hospital para que le suministraran la píldora del día después. Fue a urgencias aconsejada por una amiga que ya la había tomado antes. La menor le enseña al enfermero el informe de urgencias, donde se recoge la anamnesis, los datos de la exploración y la prescripción de la píldora, que la paciente se tomó en la misma puerta de la farmacia. La menor le comenta al profesional que "no se come el coco" con el tema de las prevenciones y que no comente nada a sus padres. El conflicto al que se enfrenta el enfermero es si debió informar a los padres, ya que duda de si la menor consistió libremente o existió manipulación de su voluntad.

El aprendizaje multidisciplinar

La entrada en vigor de la ley del aborto, el pasado mes de julio, abre la posibilidad de que las menores de edad puedan solicitar la interrupción voluntaria del embarazo sin previa información a los padres cuando haya conflicto. La normativa coloca a los médicos ante una nueva situación donde se tiene que buscar el equilibrio entre el derecho de autonomía de la menor y el de potestad de los progenitores. Los cambios legislativos de los últimos años enfrentan a los profesionales a nuevos retos éticos que no están exentos de problemas y dudas de carácter ético. Por ello, el temario que el máster de la Universidad Rey Juan Carlos ofrece a los alumnos comprende el análisis del nuevo panorama legal. El final de la vida, los cuidados paliativos, la ética en la investigación y la biomedicina, la atención sanitaria en la infancia y la salud pública son otras materias que se abordan a lo largo del curso académico. El máster proporciona a los profesionales un aprendizaje de las materias desde las perspectivas ética, médica y jurídica.

Un alto nivel de profesionales, como sello identificativo

Es el segundo año que la Universidad Rey Juan Carlos, en colaboración con el Colegio de Médicos de Madrid, celebra su máster en Bioética y Bioderecho. El curso, título propio de la universidad, cuenta con la dirección de dos expertos en materia ética y jurídica, Andrés Ollero y Manuel de Santiago. Un programa cuyo valor formativo está avalado también por los prestigiosos médicos, juristas y bioéticos que imparten cada semana las clases.

5.- La confianza es clave en las voluntades previas. Potencian la comunicación con los pacientes.

Vicente Bellver, del Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Valenciana, y José Siurana, de la Universidad de Valencia, analizan los argumentos a favor y en contra de las voluntades anticipadas.

Diario Médico, Enrique Mezquita. Valencia - Jueves, 17 de Febrero de 2011.

La confianza y la comunicación son dos aspectos claves en el desarrollo del proceso de las voluntades anticipadas, según se ha puesto de manifiesto en la Jornada de Voluntades Anticipadas de la Comunidad Valenciana, organizada por la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente en el Centro de Investigación Príncipe Felipe de Valencia.

Vicente Bellver, vocal del Consejo Asesor de Bioética de la Comunidad Valenciana, ha destacado que "las voluntades anticipadas no pueden verse como un derecho, sino como una dimensión del final de vida. Las decisiones que por ejemplo se toman en momentos en que una persona no está consciente no pueden quedar al albur del personal sanitario, sino que siempre deben estar informadas por la voluntad y los deseos del paciente".

Por ello es necesario recoger el mayor número de voluntades anticipadas posible. En este sentido, también ha apuntado que "el personal sanitario, y en concreto los médicos, no deben dejarse llevar por la juridificación de las voluntades anticipadas: hay que cumplir con los protocolos establecidos, pero darse cuenta de que no se tratan de un simple documento, sino de un proceso que se sostiene sobre la confianza y comunicación constante con el paciente".

* Los médicos no deben dejarse llevar por la juridificación de las voluntades; no son simples documentos, sino un proceso basado en la confianza

Juan Carlos Siurana, profesor de Filosofía Moral y director del Grupo de Investigación en Bioética de la Universidad de Valencia, ha aclarado que "los argumentos a favor de las voluntades anticipadas tienen que ver fundamentalmente con el respeto. Son documentos que permiten luchar contra la conspiración de silencio, que se produce cuando un paciente tiene una enfermedad irreversible y la familia no desea hablar de este tema porque le preocupa o no tiene elementos o instrumentos para tratarlo con el paciente". En su opinión, "estos documentos permiten poner las cartas sobre la mesa y decir que hay que hablar sobre ello porque es algo que nos puede afectar en cualquier momento y, por tanto, es bueno que estemos preparados". Además, "existen argumentos que exigen determinadas condiciones como por ejemplo los contenidos y la forma de los documentos o al procedimiento en que se realizan. Por ello, deben estar redactados de forma precisa y clara, evitando las contradicciones y sin pedir cosas que sean incorrectas jurídicamente".

Posibles obstáculos

Respecto a los argumentos en contra, ha señalado que "deben entenderse como posibles problemas a evitar o precauciones que hay que tomar para conseguir que las voluntades anticipadas se realicen correctamente". Por

ejemplo, existen personas que afirman que "estos documentos van a llevar a una burocratización de la atención sanitaria, a aumentar la distancia entre médicos y pacientes, a potenciar una medicina defensiva -ya que se va a buscar sólo la firma y no a interesarse en el paciente en sí- o a ser un paso previo para entrar posteriormente en la eutanasia activa". Siurana ha aclarado que "para evitar estos riesgos debemos abordarlos de forma que exista proximidad y diálogo".

CON LOS DATOS EN LA MANO

José Siurana hace un llamamiento a la formación de los profesionales sanitarios en este campo. En su opinión, se entregan voluntades en el registro o los puntos destinados a su recepción, "pero no podemos certificar realmente si existe una verdadera comprensión del tema por parte de la persona que las firmó o si había una previsión adecuada de las condiciones futuras. Y tenemos que trabajar mucho en eso". En la Comunidad Valenciana un total de 10.653 personas han inscrito sus voluntades anticipadas desde la puesta en marcha del registro, en marzo de 2005. Del total de inscripciones, 4.026 las han efectuado hombres y 6.626 mujeres. Por provincias, en Castellón 1.258 ciudadanos han otorgado y registrado el documento en los puntos de inscripción, en Valencia lo han hecho 5.350 y en Alicante los 4.029 restantes. Por grupos de edad, las personas entre 56 y 65 años son las que más se han inscrito, en concreto 2.292; seguidas de las de 46 a 55 años con 2.029 voluntades.

6.- La participación activa del paciente, reto clave de Atención Primaria. Una tesis revela la escasa implicación del usuario.

Diario Médico, Santiago Rego. Santander - Miércoles, 23 de Febrero de 2011.

Sólo en un 14 por ciento de las consultas de atención primaria se detecta "una clara participación del paciente en la toma de decisiones, lo que puede ser considerado escaso o muy escaso". Ésta es la principal conclusión de la tesis doctoral elaborada por Lucía Peralta, médico de Familia del Servicio Cántabro de Salud (SCS), que, en virtud de los resultados detectados en su estudio, aboga por fomentar las habilidades comunicativas de los facultativos que ejercen en el primer nivel asistencial.

La nueva doctoranda ha empleado casi cinco años en elaborar una tesis (codirigida por Roger Ruiz y Jesús Castillo, profesores de las facultades de Medicina de Córdoba y Cantabria, respectivamente) que demuestra, tras un estudio descriptivo y multicéntrico en centros de salud de cinco ciudades (Santander, Córdoba, Jaén, Málaga y Logroño), que "las habilidades comunicativas que el médico de atención primaria emplea son mayores dependiendo del grado de implicación del paciente en la consulta".

* El 57 por ciento de los usuarios encuestados creen que la toma de decisiones debe ser una acción compartida entre el facultativo y su paciente

Incomodidad del usuario

Las videograbaciones realizadas a 97 médicos de Familia y 658 pacientes durante la realización de la tesis (leída en la Universidad de Cantabria) demuestran, según su autora, que la implicación del paciente en la toma de decisiones relativas a su salud es escasa. De hecho, aunque en la mayoría de las consultas de primaria los médicos consideraron que había más de una opción terapéutica igualmente aceptable (incluyendo el no hacer nada), la decisión que se tomó no estaba relacionada con un mayor grado de participación del paciente.

Aunque Peralta matiza que en la práctica diaria generalmente no existe una única mejor opción para todos los casos, "algunos pacientes no se sienten cómodos compartiendo decisiones con su médico". Otras veces es el propio facultativo quien no fomenta esa participación. Del cuestionario de preguntas a los usuarios se desprende que tan sólo en un 14 por ciento de los casos el médico pidió opinión al paciente.

Sin embargo, a un 59,20 por ciento le hubiera gustado participar, frente a un 25,70 por ciento que no tenía interés en hacerlo. La percepción del paciente sobre quién debe tomar las decisiones es muy contundente: los usuarios responden que ha de ser una acción compartida entre facultativo y enfermo (57 por ciento), frente al 41 por ciento que considera que es una facultad única del médico y un 2 por ciento que sólo es del paciente.

Conductas comunicativas

A la vista de los datos obtenidos en su tesis, la doctoranda del Servicio Cántabro de Salud concluye que ciertas conductas comunicativas son esenciales en una entrevista clínica que pretenda decisiones más participadas. A su juicio, es muy útil saber explorar las emociones y expectativas de los pacientes, definir con ellos el problema que hay que tratar, dar información adaptada que le permita al paciente preguntar dudas, permitir que se tome una decisión o se aplace, y conseguir compromisos explícitos respecto al plan clínico a seguir.

7.- En la estética no se exige el resultado pero sí buena praxis

Diario Médico, Marta Esteban - Lunes, 28 de Febrero de 2011.

La doctrina clásica que vinculaba la medicina estética con la obligación de resultado está desapareciendo, lo cual no quiere decir que proceda la condena cuando se incurre en mala praxis médica. Así se desprende de una sentencia dictada por un juzgado de Marbella.

El cambio doctrinal en la Sala Civil del Tribunal Supremo, la que juzga la responsabilidad de los médicos que ejercen en el ámbito privado, comienza a filtrarse poco a poco en los tribunales inferiores. La diferencia entre medicina de medios y de resultado en campos como la medicina estética ya no es tan clara para los jueces, que han redefinido la clásica distinción entre medicina curativa y satisfactiva. Algunos magistrados de la Sala Civil del alto tribunal sostienen que la medicina es por sí una obligación de medios y sólo será de resultado si el médico lo garantiza o se compromete a ello con el paciente.

Los tribunales inferiores se van haciendo eco de este nuevo rumbo jurisprudencial. Así se desprende por ejemplo de una sentencia dictada por un juzgado de primera instancia de Marbella que analiza la responsabilidad de un médico en la colocación de unos implantes. El fallo hace referencia a la nueva doctrina del Tribunal Supremo y a la necesidad de no generalizar la distinción entre medicina de medios y de resultado, sino de analizar caso por caso. Eso es lo que ha hecho el Juzgado de Primera Instancia número 4 de Marbella al condenar a un médico en un caso en el que ha quedado acreditado que incurrió en mala praxis profesional, lo que supone que si hay negligencia hay condena, independientemente de si ese acto médico puede ser considerado o no como medicina de resultado.

Implante de dos prótesis

La sentencia ha estudiado el caso de una paciente que acudió a la consulta del demandado para la colocación de dos prótesis. El facultativo implantó el material en la región retroglandular con mastopexia periareolar, y ello pese a que, según el fallo, la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética indica "la conveniencia de colocar los implantes por debajo del músculo en los casos en que hay poco componente glandular". La paciente tuvo que ser reintervenida por las secuelas que sufrió, padeciendo en la actualidad, según el informe del forense, cicatriz periaerolar y submamaria ligeramente hiperpigmentada, así como deformidades.

La sentencia repasa la nueva doctrina del Tribunal Supremo y recuerda que no hay que generalizar sino analizar cada caso concreto.

En el supuesto estudiado, el fallo, que acoge las argumentaciones de Ricardo Ibáñez Castresana, abogado de la paciente, avala las conclusiones de los informes periciales, que aprecian mala praxis en tres aspectos. En primer lugar, "por la inconveniencia de realizar los primeros implantes subglandulares y no retromusculares". En segundo término, por la improcedencia de efectuar las

intervenciones posteriores con una técnica que agravó los daños, y por último, porque la mala técnica empleada determinó la deficiente cicatrización.

La actuación negligente del médico no es la única causa por la que se acuerda la condena, pues los defectos en la información a la paciente y la existencia de un documento de consentimiento genérico son también datos que el juzgado de primera instancia tiene en cuenta para acordar una condena que asciende a 80.000 euros.