

Artículos Breves. Mes de Abril 2007

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 que pensamos es necesario conocer.

Índice:

- 1.- El Tribunal Superior de Andalucía confirma que un farmacéutico puede negarse a vender la píldora del día siguiente. Ángel López-Sidro
- 2.- A.M.A., con el Plan de Humanización del Hospital La Paz
- 3.- Desconexión del Respirador. Inmaculada Echevarría morirá en el Hospital de San Rafael de Granada
- 4.- ¿Promover la muerte digna con medios menos dignos?
- 5.- Limitar el Esfuerzo Terapéutico. Jacinto Bátiz
- 6.- Una mujer en estado vegetativo despierta durante tres días antes de volver a caer inconsciente
- 7.- Muere en un hospital público la granadina que pidió la eutanasia a la Junta andaluza
- 8.- El 80% de antibióticos se prescriben a pacientes que no se benefician de ellos
- 9.- Inmaculada Echevarría Una vida postrada en una cama
- 10.- A vueltas con la retirada de la respiración artificial. Rogelio Altisent
- 11.- La retirada del respirador a Inmaculada Echevarría
Juan Carlos García de Vicente
- 12.- Los expertos advierten de los efectos nocivos de la contaminación en la salud
- 13.- La OMC critica la banalización de la cirugía estética en TV

1.- Un paso hacia el reconocimiento de la objeción de conciencia en España

El Tribunal Superior de Andalucía confirma que un farmacéutico puede negarse a vender la píldora del día siguiente

Ángel López-Sidro

Acepresa, 27-02-2007.

El fenómeno de la objeción de conciencia va extendiéndose en Occidente debido fundamentalmente a dos factores de distinta naturaleza: por una parte, la progresiva diversificación de la sociedad, en la que aparecen nuevos grupos y creencias importados de otras culturas, que en algunos aspectos chocan con los sistemas de valores consagrados en la tierra de acogida; por otra, la no menos progresiva intromisión de los poderes públicos en ámbitos con aspectos éticos muy relevantes, sobre todo los que afectan a la dignidad de la vida humana. En este sentido, los farmacéuticos llevan tiempo reclamando para sí el derecho a la objeción de conciencia.

El conflicto entre conciencia y ley puede producirse si lo que deben vender los farmacéuticos es la llamada "píldora del día siguiente", pues al ser considerada como medicamento, la Ley que regula esta materia obliga a dispensarla si se presenta una receta. Esta situación se ha planteado como caso de objeción de conciencia en Andalucía, donde las autoridades no reconocieron a los farmacéuticos la posibilidad de no dispensar este producto, que puede tener efectos abortivos.

Concretamente, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía dictó una orden, el 1 de junio de 2001, por la que se obligaba a las oficinas de farmacia a tener la píldora en sus almacenes. La orden, al ser recurrida, fue suspendida cautelarmente, decisión rectificada después por el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía (TSJA). La persona que inició esta vía jurisdiccional, y la continuó después, no logró su deseo de ver reconocido el derecho a la objeción de conciencia, pues el Tribunal Supremo, en mayo de 2005, no le consideró legitimado por no ser farmacéutico en ejercicio.

Ahora, sin embargo, el TSJA ha dictado sentencia, con fecha de 8 de enero de 2007, en un recurso contencioso-administrativo presentado por un licenciado en farmacia, al que esta vez se ha considerado legitimado porque la normativa impugnada podría afectarle en el futuro. Esta sentencia no ha declarado ilegal la norma, que era una de las pretensiones del recurrente, pero en sus fundamentos jurídicos se ha referido a la posibilidad de la objeción de conciencia, afirmándola como un derecho individual, incluido en el artículo 16.1 de la Constitución; en función de ello, la objeción del farmacéutico podría actuar como excepción que le permitiera esquivar la obligación de dispensar la píldora.

El aporte real de la sentencia del TSJA puede parecer pequeño, pero constituye un paso más, y eso es lo que interesa poner de relieve, en un páramo como el español donde, desde hace más de veinte años, no ha habido un reconocimiento concreto del derecho a la objeción de conciencia para ninguna situación, desde que el Tribunal Constitucional (TC), en Sentencia de 11 de abril de 1985, reconoció que la libertad religiosa e ideológica del artículo 16.1 de la Constitución amparaba implícitamente este derecho.

Ciertamente la sentencia no da la razón al recurrente, y la mención a la objeción no se encuentra en el fallo decisorio. Pero la sentencia del TC gracias a la cual se permite la objeción de conciencia al aborto en España, tampoco resolvió sobre ese punto, sino que simplemente lo mencionó entre sus fundamentos de derecho. Es lo que se llama un "obiter dictum", algo "dicho de paso", que puede tener fuerza persuasiva según la autoridad del tribunal que se pronuncie. En este caso, sólo es el TSJA, cuyas decisiones no constituyen jurisprudencia; pero la doctrina que expone coincide esencialmente con lo dicho en su momento por el TC, aplicándolo al caso del farmacéutico.

No es poco, porque en materia de objeción de conciencia hay que agarrarse a un clavo ardiendo. Lograr el cambio de una ley que contradice las propias creencias no es el objetivo inmediato del objetor, que busca en un primer

momento al menos no verse compelido a participar en su aplicación o librarse de las sanciones que derivarían de su incumplimiento.

La cuestión sigue por tanto abierta, y presenta flancos débiles que se han de aprovechar. Porque lo establecido en la sentencia puede provocar el siguiente dilema: ¿cómo se explica la obligación de tener las píldoras en una farmacia cuando se tiene derecho a no dispensarlas, en el supuesto de que todos los que trabajan en ella se acogiesen a él?

La ley será reacia en principio a admitir excepciones, aunque –o sobre todo– se funden en razones de índole moral o religiosa; pero la lucha por la objeción de conciencia al servicio militar, paradigma de esta empresa, culminó al cabo de los años con la desaparición de su obligación. Mucho menos hay que caer en la tentación de rendirse cuando lo que está en juego es el respeto a la vida. En Andalucía se ha dado un primer paso. Y es preciso no olvidar que, en contra del argumento que muchos esgrimen, la objeción de conciencia existe aunque la ley no la reconozca; más aún, es la existencia del conflicto entre la conciencia y la norma la que produce la objeción. La lucha del objetor, cuando su causa es justa, es intentar ser reconocido por el ordenamiento jurídico, hasta que, como en este caso, los poderes públicos se dignen a declarar su existencia y su derecho.

Profesor de Derecho Eclesiástico del Estado de la Universidad de Jaén

2.- A.M.A., con el Plan de Humanización del Hospital La Paz

Azpreña, Redacción, Madrid (1-3-2007)

Se ha presentado el proyecto de ilustración del Hospital Infantil de La Paz, que se encuentra enmarcado dentro del Plan de Humanización del Hospital La Paz. Dicho proyecto, pionero en su categoría, cuenta con la colaboración de A.M.A., “La Mutua de los Profesionales Sanitarios “.

Según informa A.M.A. en un comunicado, el Plan de Humanización del Hospital Infantil tiene como objetivo conseguir que el niño, durante el tiempo que está ingresado, se encuentre como en casa. Se trata de que el ingreso hospitalario no rompa con su vida diaria, que se estimule el autocuidado y la capacidad de decisión, contando para ello con los padres y los profesionales implicados en este proceso.

El plan contempla diversos proyectos que ya están completamente consolidados como son el Aula Hospitalaria, La Pajarera, los Doctores Sonrisa de la Fundación Theodora y los programas de Voluntariado, de Musicoterapia y de Shiatsu. También se han puesto en marcha otros proyectos más recientes como la Escuela de Baloncesto del Real Madrid y la conexión a internet gracias a la red Wi-Fi instalada en las zonas de hospitalización. Todos estos proyectos intentan hacer más fácil y grato el ingreso del niño en el hospital.

Artistas de diferentes partes del mundo, integrantes de la Fundación Saint a Smile, han sido los encargados de realizar las ilustraciones en todas las unidades del hospital infantil, previa reunión con el equipo sanitario del área y la ayuda de los niños hospitalizados.

El objetivo del proyecto es reducir la ansiedad y desdramatizar la estancia de los niños hospitalizados, además de influir en los padres y personal sanitario del hospital. No consiste simplemente en decorar las paredes o zonas determinadas, sino que se persiguen objetivos concretos tanto desde el punto de vista sanitario, como educativo o cultural. La unidad de Oncohematología es la que ha contado con la participación directa de A.M.A.

3.- Desconexión del Respirador. Inmaculada Echevarría morirá en el Hospital de San Rafael de Granada

Lleva 10 años ingresada y está conectada a un respirador que la mantiene con vida

El Mundo, 2 abril 2007. GRANADA

Inmaculada Echevarría, que tiene distrofia muscular, será atendida hasta su muerte por el equipo médico del Hospital San Rafael de Granada, según se desprende del comunicado publicado por la dirección del centro, dependiente de una orden religiosa.

Este comunicado es lo único que ha trascendido de la reunión mantenida hoy entre las direcciones de los hospitales San Rafael y Clínico San Cecilio de Granada, dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS), para estudiar el dictamen del Consejo Consultivo de Andalucía que avala la petición de la paciente, de 51 años, de que le retirasen el respirador que la mantiene con vida y decidir dónde se hará.

Las direcciones de ambos centros han pedido "respeto a la dignidad e intimidad de la paciente" y ha advertido de que "las actuaciones que se lleven a cabo a partir de ahora deben enmarcarse en la privacidad de la relación entre médico y paciente".

La petición de esta mujer, de 51 años, fue avalada, además de por el Consejo Consultivo, por el Comité Autonómico de Ética de la Junta de Andalucía.

La paciente, que sufre distrofia muscular, permanece desde hace casi 10 años en el Hospital San Rafael de Granada, pero su dirección estudiaba la resolución del Consultivo conjuntamente con la del Clínico San Cecilio porque de este último centro depende la unidad funcional de ventilación mecánica cuya retirada pide Echevarría, según han informado fuentes hospitalarias.

El Consejo Consultivo de Andalucía ha dictaminado que el caso de Inmaculada Echevarría es una limitación del esfuerzo terapéutico negativa y "adecuada a derecho", por lo que considera que la actuación de los profesionales sanitarios

que procedan a la desconexión del aparato de ventilación mecánica "no puede considerarse punible".

Este dictamen, hecho público ayer y que sólo ha obtenido un voto en contra, responde de esta forma a las cuestiones que la Consejería de Salud le solicitó acerca de si la solicitud de limitación del esfuerzo terapéutico y negativa al tratamiento con ventilación mecánica efectuada por la paciente podía considerarse adecuada a derecho.

No sienta jurisprudencia

La consejera de Justicia y Administración Pública de la Junta de Andalucía, María José López, ha afirmado que el hecho de que el Comité de Ética y el Consejo Consultivo de Andalucía (CCA) respalden la solicitud de Inmaculada Echevarría, judicialmente "no puede tener más trascendencia que la del hecho puntual de que hay una persona que solicita dar fin a su vida en las condiciones en las que se encuentra".

En declaraciones a los periodistas, López ha explicado que para crear jurisprudencia "no basta con resolver un solo asunto", sino que, por contra, tiene que haber "una reiteración de soluciones en las mismas circunstancias y condiciones que acrediten que los tribunales están resolviendo todos estos casos en ese mismo sentido". Así, considera que en el caso de Echevarría, "sólo estamos hablando del derecho individual de la solicitud de una persona". "Estamos respetando el derecho individual y la voluntad de una persona que cree que necesita una muerte digna, que debe de acelerar su fallecimiento porque no quiere vivir en esas condiciones y es respetable este derecho individual respaldado por un informe del CCA", ha aseverado.

Por su parte, el vicepresidente de la Conferencia Episcopal Española (CEE), cardenal y arzobispo primado de Toledo, monseñor Antonio Cañizares, ha afirmado que la eutanasia es "siempre ilegítima" y "un atentado contra la dignidad y la vida humana".

Según ha declarado, desconectar a una persona de un aparato que entra dentro de las "medidas normales" es "sencillamente admitir la eutanasia y que el hombre puede quitarse la vida". A su juicio, la eutanasia "siempre es un mal y algo que atenta contra el hombre, su vida y su dignidad".

4.- ¿Promover la muerte digna con medios menos dignos?

Acepresa, 07-03-2007

Carlos Centeno, Médico Oncólogo, Master en Cuidados Paliativos y Especialista Universitario en Bioética, comenta en "Diario Médico" (6 marzo 2007) el caso de Inmaculada Echevarría, paciente de Granada con miodistrofia en la que se plantea retirar el respirador.

"La respiración asistida se considera un medio extraordinario y para aplicarlo como tal deben considerarse la proporcionalidad de la medida y la voluntad del paciente. Si no hay expectativa de recuperación -que parece no haberla- y, sobre todo, si el paciente lo rechazara, no debería iniciarse. En caso de haberse iniciado ese soporte vital, la voluntad previa y/o actual de no ser mantenido por un medio extraordinario debe ser respetada. En caso de ser necesario suspender el procedimiento, como en el caso de que no se hubiese iniciado, deberán tomarse todas las medidas para aliviar el sufrimiento de la dificultad respiratoria extrema (sensación de ahogo), incluida la sedación paliativa si es necesaria".

"No es éste un caso de eutanasia (acción u omisión encaminada a terminar con la vida de alguien que sufre). Se trata más bien de un caso de desproporción o intensidad desmedida del soporte vital en una enfermedad para la que no tenemos curación. (...) La paciente se hubiera muerto por su proceso y la medicina entiende que lo que corresponde en estos casos es cuidar hasta el final sin prolongar artificialmente la vida que se acaba".

Por otra parte, Centeno señala otro problema ético que se plantea aquí: "si es ético aprovechar la situación de sufrimiento de un paciente concreto para hacer campaña de la propia ideología favorable a la eutanasia".

Algunos partidarios de la eutanasia "se acercan al paciente, terminal o no, y con la colaboración de medios que comparten sus ideas, le ofrecen, en su situación, un protagonismo y un estrellato a los que es difícil no sucumbir. Al tiempo, intoxican la información y presentan como eutanasia lo que no es eutanasia; presentan como conflictivamente ético lo que es considerado buena práctica; y, en el colmo del provecho, inventan una discusión religiosa porque, de paso, sirve también al interés secundario de atacar una fe porque no es la suya y porque quien confía en Dios malamente servirá a su causa".

"No prestan en cambio su voz y sus medios a tantos otros pacientes terminales que podrían tener, con mejores cuidados paliativos, un final más adecuado, una muerte más digna".

4.- Limitar el Esfuerzo Terapéutico. Jacinto Bátiz

JEFE DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTURTZI

El Correo, 7 de febrero de 2007.

Una vez más se vuelve a utilizar el deseo de un enfermo para defender la eutanasia. El caso de Inmaculada Echevarría, ingresada en un hospital de Granada con distrofia muscular progresiva y conectada a un respirador, ha vuelto a poner la eutanasia en el primer plano de la actualidad. Y desde mi punto de vista no creo que sea justo que quienes lo hacen intenten confundirnos con términos tan sutiles y estratégicamente empleados. La solicitud de Inmaculada, no se confundan, consiste en rechazar un tratamiento que está contemplado en la ley de autonomía del paciente, a lo que ella tiene

derecho y nosotros, los profesionales sanitarios, tenemos el deber de respetar. La enferma, en este caso, tiene el derecho a que la medicina limite el esfuerzo terapéutico con ella. No está solicitando la eutanasia.

Si continúan leyendo este artículo intentaré explicar lo que significa 'limitar el esfuerzo terapéutico', que es lo que Inmaculada Echevarría solicita de nosotros.

La tecnología médica es capaz de intervenir cada vez con mayor potencia y agresividad en los procesos de salud y enfermedad de las personas. Esta capacidad, que en principio es deseable, tiene también sus inconvenientes. Pues bien, se entiende por la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) la decisión de restringir o cancelar algún tipo de medidas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios del tratamiento, con el objetivo de no caer en la obstinación terapéutica. Es verdad que esta limitación del esfuerzo terapéutico y las decisiones clínicas sobre el mantenimiento de las de soporte vital suelen ser la vía terminal común en la que concluyen los debates en torno al final de la vida.

En nuestro país se puede morir mal por falta de cuidados paliativos, pero también hay enfermos que mueren mal por exceso de tecnologías médicas. Son muchos los pacientes en fase terminal que todavía mueren con el suero puesto y esperando una analítica, o intubados en un servicio de urgencias. En ocasiones nos obstinamos terapéuticamente cuando aplicamos tratamientos fútiles que no sólo no aportan ningún beneficio, sino que además pueden añadir sufrimiento al enfermo.

Desde la deontología médica se nos orienta a los profesionales para que nuestra actuación con el enfermo en fase terminal sea adecuada desde el punto de vista ético. Así, el Código de Ética y Deontología Médica del Consejo de Médicos hace referencia, aunque de un modo indirecto, a la limitación del esfuerzo terapéutico en su artículo 27.2 cuando dice: «El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida y a morir con dignidad». Uno de los puntos de la Declaración sobre enfermedad terminal adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia, en octubre de 1983 dice que «el médico se abstendrá de emplear cualquier medio extraordinario que no reportara beneficio alguno al paciente. En caso de enfermedad incurable y terminal, el médico debe limitarse a aliviar los dolores físicos y morales del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de una vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas sin esperanzas, inútiles u obstinadas».

Un acto médico puede ser útil en determinadas ocasiones, pero fútil (no útil) en muchas otras. Un tratamiento no es obligatorio cuando no ofrece beneficio para el enfermo o es fútil. No obstante, es conveniente que los médicos tengamos en cuenta que el uso de un procedimiento puede ser inapropiado en las siguientes circunstancias: a) Si es innecesario, es decir, cuando el objetivo deseado se pueda obtener con medios más sencillos. b) Si es inútil porque el

paciente está en una situación demasiado avanzada para responder al tratamiento. c) Si es inseguro porque sus complicaciones sobrepasan el posible beneficio. d) Si es inclemente porque la calidad de vida ofrecida no es lo suficientemente buena para justificar la intervención. e) Si es insensato porque consume recursos de otras actividades que podrían ser más beneficiosas.

'Parar' sería quitar tratamientos y 'no empezar' sería no ponerlos. El médico nunca tiene la obligación de continuar un tratamiento cuando éste se ha comprobado que es inefectivo. Muchas veces sólo después de iniciarlo se comprueba su ineficacia. Es entonces cuando se contempla la posibilidad de detener el mecanismo de la maquinaria biomédica una vez que se ha puesto en marcha y se entiende que no es beneficiosa para el enfermo. La decisión de comenzar o terminar un tratamiento debe basarse en los derechos y bienestar del enfermo, y en el balance de beneficios y cargas que supone. Hay omisiones como la supresión de tratamientos que han dejado de estar indicados y que no estamos obligados a realizar por futilidad y contraindicación, aunque la consecuencia indirecta sea la muerte del enfermo. Es preciso que tengamos en cuenta que cuando, en estos casos, suspendemos un tratamiento es la propia enfermedad la causante principal del fallecimiento, no nuestra práctica médica.

Limitar el esfuerzo terapéutico no es ninguna forma de eutanasia sino una buena práctica médica, aunque sabemos que es más fácil poner que quitar. Es verdad que los avances técnicos de la Medicina ponen a nuestra disposición muchas posibilidades que no debemos emplear de manera arbitraria, sino valorando cuidadosamente si van a beneficiar o no al enfermo. La buena práctica médica significa aplicar medidas terapéuticas proporcionadas, evitando tanto la obstinación terapéutica como el abandono, por un lado, o como el alargamiento innecesario y el acortamiento deliberado de la vida, por otro.

Los médicos tratamos de prevenir enfermedades que puedan llevar a una muerte prematura, luchamos para que el enfermo no muera cuando la muerte es evitable porque su dolencia puede ser curada, y cuando el mal que padece es irreversible, incurable, progresiva y terminal, le procuraremos cuidados de calidad. Nuestra ayuda no deberá precipitar la muerte con la eutanasia, ni prolongar su agonía con la obstinación terapéutica, sino que le apoyará en todo lo que necesite con una actitud paliativa mientras llega su muerte, para procurarle que muera con la dignidad deseada. Ojalá la sociedad sepa entenderlo y no se deje engañar por falsos atajos.

6.- Una mujer en estado vegetativo despierta durante tres días antes de volver a caer inconsciente

ABC, 9 abril 2007.AGENCIAS/Colorado Springs

Una mujer estadounidense despertó esta semana durante tres días del estado vegetativo en el que se encontraba desde finales de 2000 y, antes de volver a perder la conciencia, pudo hablar con su familia y ante las cámaras de una televisión local.

Esta es la cuarta vez que Christa Lilly despierta recupera la conciencia desde que en noviembre de 2000 sufriera un ataque cardíaco y una apoplejía. Su neurólogo, el doctor Randall Bjork, admitió desconocer las razones con las que

explicar el despertar de Lilly: "Simplemente no puedo explicar esto en base a lo que nosotros conocemos sobre los estados vegetativos persistentes", dijo.

Un estado vegetativo es similar al coma excepto en que, en el estado de Lilly, los enfermos permanecen con los ojos abiertos. Bjork reconoció que nunca había visto un caso similar y que es posible que la enferma vuelva a recuperar la consciencia. Lilly explicó ayer a KKTV-TV, antes de recaer, que se encontraba "bien" y contenta por su estado. Los tres días que permaneció despierta pudo ver a sus tres nietos y al resto de su familia.

Durante estos días, comentó que su mayor frustración era tener que aprender a hablar otra vez, ya que, a causa de la apoplejía, perdió gran parte de su expresión oral. Asimismo se mostró muy feliz por poder comer sin los tubos de alimentación y comentó a la cadena local que había comido un pastel.

Después de la recaída de Lilly, su madre y cuidadora, Minnie Smith, agradeció a Dios permitirle ver que su hija estaba bien y "dejarla volver para visitar" a su familia "tan a menudo".

7.- Muere en un hospital público la granadina que pidió la eutanasia a la Junta andaluza

ABC. 14 marzo 2007.MADRID/GRANADA.

Inmaculada Echevarría, la mujer de 51 años que padecía distrofia muscular progresiva, falleció ayer a las nueve de la noche después de que le retirasen el respirador que la mantenía con vida en el hospital San Juan de Dios, adscrito al Servicio Andaluz de Salud. Antes de desconectarla de la unidad de ventilación mecánica que la mantenía con vida, el equipo asistencial que la atendía adoptó las medidas necesarias para que no sufriese "ningún dolor", según informó la Delegación Provincial de Salud.

Horas antes de su muerte, Inmaculada Echevarría había sido trasladada del hospital de San Rafael, centro gestionado por la orden hospitalaria de San Juan de Dios y en el que había permanecido los últimos diez años, al centro donde falleció. La institución religiosa y la Delegación Provincial de Salud emitieron tras el traslado un comunicado en el que anunciaban la decisión, consensuada con la paciente, de trasladar a Inmaculada "para que se le realice cuanto necesite y así garantizar adecuadamente la solicitud de la paciente".

Autorización administrativa

Y así fue. Echevarría tenía la autorización del Comité Ético de la Junta de Andalucía y del Consejo Consultivo Andaluz para que se cumpliera su petición de ser desconectada del respirador, que se encuadraba en un caso de limitación de esfuerzo terapéutico y no de eutanasia, según la Administración andaluza. La Junta de Andalucía aseguró en todo momento, tras conocer los dictámenes favorables de ambos organismos, que garantizaría "el cumplimiento de la petición de la paciente". Antes de desconectarla de la unidad de ventilación mecánica y pese a que nunca desistió en su voluntad de

rechazar dicho soporte vital, profesionales médicos y psicológicos la informaron de todo el proceso y confirmaron de nuevo que quería que la desconectasen, informa Efe.

En los últimos días había recibido la visita de su hijo biológico, que reside en Zaragoza, al que dio en adopción a los pocos meses de vida tras fallecer su marido en un accidente de tráfico, Su hijo, que tiene 26 años, se había ofrecido a llevarla a su casa en Zaragoza y cuidar de ella, pero Inmaculada prefirió tomar otro camino.

De hecho, ese otro camino lo empezó a recorrer el 18 de octubre de 2006, en una rueda de prensa en la que hizo público su caso y contó sus sensaciones. "No es justo vivir así", decía, porque para ella sólo era "soledad, vacío y opresión". Inmaculada Echevarría consideraba, además, que "nadie tiene que meterse" en su decisión "libre" de morir sin dolor.

Fue su petición. Se dio traslado de ella a la Delegación Provincial de Salud en Granada y al Hospital San Rafael y, poco después, firmó el testamento vital en el que dejaba constancia de que no quería que su vida se prolongase por medios mecánicos.

El final del camino se vislumbró, hace dos semanas, cuando el Consejo Consultivo de Andalucía dictaminó que la petición de Inmaculada Echevarría de que se le retirase la máquina que la mantenía con vida constituía un caso de eutanasia pasiva indirecta. Así, se aseguraba que los médicos que cumplieren esta petición no cometerían ninguna acción punible. Aunque esta resolución contó con un voto en contra, de uno de los dos consejeros nombrados a propuesta del PP.

Este órgano basó su dictamen en la Ley de Autonomía del Paciente y la Ley de Salud de Andalucía, que establecen la licitud del rechazo a un determinado tratamiento pese a que pueda llegar a comprometer "gravemente la salud del paciente y lleve incluso a la muerte".

El Consejo Consultivo consideró, así, que "cualquier paciente que padezca una enfermedad irreversible y mortal puede tomar una decisión como la que ha adoptado Inmaculada Echevarría". Y añadía que era "exigible" a los profesionales sanitarios que la atendían una conducta que respetase el derecho de la paciente a rehusar los medios de soporte vital que se le aplicaban.

Sostenía este órgano de la Junta andaluza que se trataba de un caso de eutanasia pasiva indirecta, excluida en la doctrina penal como delito, "porque una cosa es matar mediante un acto directo y otra dejar morir por la interrupción de un tratamiento tras la solicitud del paciente". Esta opinión se sustenta en "ejemplos relevantes" de lo que la doctrina penal denomina eutanasia pasiva indirecta, como la interrupción de la ventilación mecánica mediante la desconexión de los aparatos, la cesación de suministro de medicamentos o rehusar el tratamiento oncológico en casos de cáncer terminal. Todos esos casos se encuadran, según el órgano consultivo andaluz,

en "un proceso general de omisión del tratamiento", ya que la ventilación mecánica requiere "una atención continuada con variedad de actos médicos" como sustitución de tubos, asepsia o aspiración de secreciones, entre otros.

"Libre y consciente"

Por ello, señalaba el dictamen, existe el "deber de respetar la decisión libre y consciente de la paciente", amparada por la legislación reguladora de la asistencia sanitaria, de forma que los profesionales sanitarios que la adopten "deben quedar impunes".

Inmaculada Echevarría cumplió, pues, su afán. Pero no lo hizo en el centro médico donde pasó los últimos diez años. Su traslado a última hora estuvo motivado porque la curia general de la Orden de San Juan de Dios expresó su "prohibición taxativa" de que la paciente fuese desconectada de la vida en el hospital San Rafael. La Curia indicó que ningún profesional vinculado a los hermanos de San Juan de Dios participara en el procedimiento que concluiría con la muerte de Echevarría.

8.- El 80% de antibióticos se prescriben a pacientes que no se benefician de ellos

La Unión Europea trabaja para poner fin a esta paradoja con el proyecto Grace, que estudiará desde primaria las resistencias a antibióticos.

Diario Médico. Patricia Morén. Barcelona 14/03/2007

"Más del 80 por ciento de los antibióticos están siendo prescritos y consumidos fuera del hospital; más del 80 por ciento de estos antibióticos se están utilizando para tratar infecciones del tracto respiratorio, como la bronquitis aguda, y más del 80 por ciento de estos pacientes no van a beneficiarse de ellos", ha explicado Alicia Borràs, del Área de Investigación en Atención Primaria del Consorcio de Atención Primaria de Salud del Ensanche (Capse)-Les Corts y del Hospital Clínico de Barcelona.

Las declaraciones aportadas por Borràs figuran en un documento de la red europea Grace (acrónimo de Genomics to Combat Resistance against Antibiotics in Community-acquired LRTI in Europe). Esta red, configurada en marzo de 2006 al amparo del Sexto Programa Marco de Investigación 2002-2006 de la Unión Europea y financiado por ésta, tiene como principal objetivo combatir las resistencias a los antibióticos empleados para tratar las infecciones respiratorias inferiores.

La red -coordinada por Chris Butler, de Cardiff; Herman Goossens, de la Universidad de Amberes, y Theo Verheij, del Centro Médico de la Universidad de Utrecht- ha celebrado su primera reunión en Barcelona, con un centenar de asistentes. El proyecto reúne a 17 centros académicos de nueve países europeos y se desarrollará en dos fases. En la primera, que finalizará en pocos

meses, se está llevando a cabo un estudio observacional y descriptivo consistente en el reclutamiento de pacientes que acuden a la consulta del médico de primaria con tos como síntoma guía. El objetivo a nivel europeo es reclutar a unos 4.000 pacientes de catorce centros de atención primaria de doce países europeos.

En España se reclutará a 300 pacientes y están implicados en este estudio la primaria de Mataró, coordinada por los doctores Jordi Almirall y Mateu Serra, del Hospital de Mataró, y el Capse y el Hospital Clínico de Barcelona, como socios, ha subrayado Antoni Torres, jefe del Servicio de Neumología y Alergia Respiratoria del Hospital Clínico de Barcelona y coordinador de uno de los grupos del Instituto de Investigación Biomédica August Pi y Sunyer (Idibaps).

Paradoja

La mayoría de los antibióticos se prescriben en la atención primaria, pero paradójicamente la investigación acerca de las resistencias a antibióticos se realiza en el medio hospitalario. Ello se debe a que "es muy difícil hacer investigación en primaria", mientras que en otros países, como Holanda o el Reino Unido, existen cátedras de Atención Primaria en las universidades, ha destacado Núria Sánchez, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria de Capse y coordinadora en España de esta red.

Según ha detallado, en la primera fase del estudio Grace se le entrega a cada paciente un diario para que lo rellene durante 28 días y refiera sus síntomas, a fin de identificar los signos clínicos que habitualmente el médico tiene en cuenta para prescribir un antibiótico (el esputo, su coloración, su volumen, las posibles sibilancias, sensación disneica, crepitación y fiebre, entre otros). Y la segunda fase, que empezará en octubre de 2007 y durará cinco años, consistirá en tomar muestras y realizar pruebas complementarias a todos los pacientes (recogida del esputo, placas de tórax, analíticas sanguíneas, frotis y espirometrías).

El objetivo de todo ello es averiguar qué están haciendo los médicos de primaria, identificar los signos que permitan orientar claramente la prescripción de los antibióticos y averiguar cuáles son los agentes implicados en las enfermedades que precisan prescripción antibiótica.

En otros países, como en los nórdicos, se aplica una sencilla prueba para detectar, a partir de sangre del dedo, la proteína C reactiva, cuyos niveles elevados indicarían que la infección es más bacteriana que vírica. Este tipo de prueba facilitaría mucho la labor del médico, ha dicho Sánchez.

El proyecto Grace concuerda con los objetivos de racionalizar la prescripción de antibióticos de las autoridades sanitarias, pero busca sobre todo que ésta sea adecuada, según Torres. Entre los países participantes, España es el que más resistencias tiene.

9.- INMACULADA ECHEVARRÍA Una vida postrada en una cama ELMUNDO.ES, 14 abril 2007.MADRID.

Era su deseo y finalmente se ha cumplido. Inmaculada Echevarría, de 51 años, quería que se desconectase el respirador que la mantenía con vida desde hace nueve años y así lo hicieron los médicos la pasada noche del 14 de lo han hecho. Llevaba 20 años postrada en una cama por una distrofia muscular. Una larga y polémica lucha que incluso le llevó a dar a su hijo en adopción a los ocho meses.

La vida de Echevarría tuvo momentos difíciles. Con sólo 11 años le diagnosticaron la dolencia que después la dejaría tetraplégica. Más tarde, su marido murió en un accidente de tráfico. Tras ello, tuvo que dar en adopción a su hijo, y sólo volvió a verle más de 20 años después.

Pese a todo, Inmaculada se aferró a la vida. Confesó que desde los 29 años tuvo claro que quería morir, aunque hasta el pasado 20 de noviembre no lo solicitó oficialmente. Y el Comité Ético de la Junta de Andalucía y el Consejo Consultivo lo autorizaron, en una decisión histórica. Este último organismo dictaminó el pasado 28 de febrero que su caso era una limitación del esfuerzo terapéutico negativa y "adecuada a derecho", por lo que consideró que la actuación de los profesionales sanitarios que procedieran a la desconexión del aparato de ventilación mecánica no podía considerarse "punible". La 'muerte digna' que reclamaba estaba ya un poco más cerca.

"El milagro más grande y lo mejor que me ha podido pasar", en sus propias palabras. También una decisión polémica, por mucho que Inmaculada reconociese que su vida era "todo lo peor" y que había que "respetar su voluntad". En realidad, lo que solicitó no fue "un rechazo de tratamiento", un derecho reconocido en la Ley española de autonomía del paciente.

Su hijo se ha manifestado en contra de la decisión de su madre, una postura en la que se han posicionado también diferentes miembros de la Iglesia Católica. El cardenal arzobispo de Sevilla, Carlos Amigo Vallejo, se manifestó "abiertamente en contra de todo tipo de pena de muerte, tanto la legal como la autoadministrada".

De hospital en hospital

Inmaculada no pudo morir en el centro en el que vivió los últimos diez años, el Hospital San Rafael de Granada, ya que tras la aprobación de su petición, la ética y la religión entraron en juego. La orden de San Juan de Dios, que regenta dicho hospital, optó por el traslado a otro centro, al parecer, por la presión de ciertos sectores religiosos contrarios a la decisión.

Finalmente, trasladada al hospital San Juan de Dios de la misma ciudad, fue desconectada de la máquina que la mantenía con vida tan sólo unas horas después de llegar. El miércoles 14 de febrero, a las 21.00 horas, moría sin dolor. Varios meses antes, en octubre, denunciaba la "soledad, vacío o opresión" de su vida.

Había perdido hasta la musculatura de la cara y la lengua. Podía hablar con dificultades. Se sobrepuso a todo para enfrentarse incluso a su propio hijo, de 26 años, que cuando conoció la decisión de Inmaculada se ofreció a cuidarla en su casa de Zaragoza para intentar evitarlo. El deseo de morir y acabar con su sufrimiento lo superaba todo. Antes de la desconexión sólo se despidió de sus amigos más íntimos.

El testamento vital de Inmaculada Echevarría se ha cumplido finalmente, de forma legal. Su marcha quizás siente un precedente para otros casos similares de enfermos que reclamen, como ella hizo, una muerte sin dolor.

10.- A vueltas con la retirada de la respiración artificial

Rogelio Altisent

Blog En los pasillos de la Bioética. DM 16/03/2007 12:38

Escribo desde Varsovia donde me encuentro asistiendo con la delegación española a la reunión del Comité Permanente de Médicos Europeos. Al ojear el diariomedico.com esta mañana leo que se solicitan opiniones sobre el debate abierto tras el fallecimiento de Inmaculada Echevarría. Quiero completar el anterior comentario de este blog que ya dediqué hace una semana a esta cuestión.

No pienso que el debate sea sobre si se trata o no de encarnizamiento u obstinación terapéutica, pues es evidente que la ventilación artificial no es inútil ya que mantiene la vida. El concepto que en mi opinión se ajusta al caso es el de derecho a renunciar a un tratamiento que no es obligatorio ni para el paciente aceptarlo ni para el médico imponerlo. Se trata de la sustitución artificial de una función orgánica en el contexto de una enfermedad incurable que desde hace años mantenía a la enferma postrada por una degeneración muscular progresiva y avanzada. La paciente pudo en su día haber rechazado la ventilación asistida, y ahora, 10 años más tarde, ha solicitado que se le retire. Podríamos reflexionar sobre casos con analogías, por ejemplo, una insuficiencia renal que requiere diálisis, y que tras unos años de tratamiento, solicita que se suspenda, o el caso verdaderamente complejo del diabético avanzado que se harta de la insulina.... Entiendo que el significado de estas situaciones que dicho sea de paso no son infrecuentes, puede ser perfectamente el de aceptar o permitir la muerte, donde el médico responsable deberá valorar la capacidad de la decisión, influencias externas, depresión, etc. de cara a modular el grado de persuasión que debe emplear; pero no nos encontramos ante un caso de eutanasia.

En mi opinión Inmaculada ha fallecido por la evolución natural de su enfermedad que lleva a la insuficiencia respiratoria por la incapacidad de su musculatura para mantener la ventilación. El artículo 27 del Código de Ética y Deontología Médica dice refiriéndose a la atención de enfermos tributarios de medicina paliativa: "... el médico ha de tener en cuenta la voluntad explícita del

paciente a rechazar el tratamiento para prolongar su vida...". Lógicamente debe ser bien entendido que se refiere a un contexto paliativo.

Por otro lado, se plantea si la ventilación asistida es un medio terapéutico ordinario o extraordinario. Este es un concepto que desde hace unos años se tiende a sustituir por el de proporcionado o desproporcionado, donde lógicamente influye el contexto de recursos médicos, pero también la subjetividad del propio paciente para quien estar con ventilación asistida durante un año puede ser aceptable pero hacerse desproporcionado al cabo de varios años.

Este caso particular se ha contaminado sin duda porque la paciente solicitó la eutanasia hace unos meses y porque ha tenido un lobby pro-eutanasia ejerciendo presión. Pero no nos confundamos. En mi opinión afirmar que este ha sido un caso de eutanasia puede ser: a) un error conceptual, b) una ingenuidad c) una trampa.

11.- La retirada del respirador a Inmaculada Echevarría

Juan Carlos García de Vicente

Médico. Doctor en Moral. Profesor de Bioética. Miembro del National Catholic Bioethics Center, EE.UU.

Aceprensa, 21-03-2007

Durante los últimos días, hemos escuchado diversas tomas de postura de médicos y especialistas en bioética sobre el acierto de retirar el respirador artificial a la señora Inmaculada Echevarría. Para unos, era moralmente exigible retirar el respirador. Para otros no, porque equivaldría a realizar una eutanasia. Lo significativo es que todos ellos (al menos, todos a los que me quiero referir aquí) son contrarios a la eutanasia, que nunca está justificada. Tal concordancia es altamente positiva, y quizás no ha sido suficientemente valorada.

Lo que estaba en discusión no es si los sufrimientos de la señora Echevarría son útiles o inútiles, si su vida sigue mereciendo la pena o no... El punto es si estamos o no aplicando un medio de soporte vital proporcionado a la situación de esta paciente. Sobre esto es sobre lo que los diversos especialistas discrepan.

Por lo que a mí respecta, reconozco no tener más datos en este caso que los que ha dado la prensa. Y confieso que ahí radica mi principal perplejidad. Cuando vi la foto de la señora hace unos días, no me pareció que estuviera en la proximidad de una muerte inevitable. Estaba despierta, consciente, con una traqueotomía, podía conceder entrevistas y expresarse, tenía capacidad jurídica de decisión sobre sí misma... Era una persona viva y en relación activa con su entorno. Padeciendo, sin duda, una durísima situación de enfermedad, pero viva y dueña de su situación. Pensé que esa señora necesitaría mucha ayuda (psicológica, asistencial, espiritual) para vivir con dignidad, y esperé que

podiera recibirla. Porque lo que le faltaba es que encima la matasen: el rechazo más absoluto de la sociedad bajo un disfraz de compasión hacia ella.

¿Proporcionado o no?

Entonces, ¿ha estado mal "desconectarla"? Si hubiera más datos se podría juzgar acerca de la proporcionalidad o no de ese tratamiento. Pero no los hay. O mejor dicho, hay un dato que es de por sí demoledor: ella quiere morirse para evitar más sufrimiento inútil. Y le pide a los médicos que le ayuden a morirse. Eso es eutanasia. Porque eutanasia es una acción o una omisión que, de por sí o por la intención con que se realiza, busca provocar la muerte para eliminar los sufrimientos. Pero ¿seguro que es así de fácil, así de claro?... No.

La cosa que perturba este juicio es que "la ayuda a morirse" requiere quitar un medio de soporte vital del que ella depende desde hace años. Y como es un medio extraordinario (la gente no necesita respiradores para vivir: esa situación médica es siempre algo extraordinario), su estado se puede confundir muy fácilmente con las situaciones en las que se afirma, justamente, que los llamados medios desproporcionados pueden ser suspendidos sin incurrir en una acción éticamente mala.

Retirar el respirador podría ser renunciar a una medida desproporcionada de soporte vital. Insisto, podría, se trata de una hipótesis que debe ser estudiada a fondo y con todos los datos, en la sede adecuada que es la sede terapéutica y por los especialistas competentes. Es la pregunta acerca de si es razonable o no seguir manteniendo esta terapia teniendo en cuenta los beneficios que comporta, las cargas que conlleva.

Pero en este caso, la cuestión se ha planteado prácticamente desde los comienzos como una petición jurídicamente exigible de que la medicina colabore en poner fin a una vida. Eso es eutanasia. En cambio, la suspensión de terapias desproporcionadas no lo es. Además, el parecer de los médicos que a lo largo de tantos años han sido responsables de esa paciente no se ha tenido suficientemente en cuenta. ¿Acaso fueron tan inexpertos que no vieron que era un medio desproporcionado? A menos que el progresivo deterioro clínico de la paciente les lleve a preguntarse a partir de un determinado momento si ese medio no estará empezando a ser desproporcionado. Entonces es razonable plantearse si continuarlo o no, y eso es algo bien distinto de la eutanasia.

La zona gris

Aconsejé recientemente, a ciencia y conciencia, suspender el respirador a cierto paciente con una compleja patología de base, que llevaba una semana en la UCI con respiración artificial, que no se había recuperado nada en absoluto de un coma originado por una parada cardiorrespiratoria de varios minutos, al que intubaron en plena calle y llevaron al hospital. La medida (el respirador) se estaba demostrando ineficaz y desproporcionada. Falleció pocos minutos después de retirarle el respirador, acompañado de sus familiares y tras haber recibido los últimos sacramentos.

En medicina y en ética puede haber, y de hecho hay, situaciones que no son tan fáciles y tan claras como esa. Situaciones que se encuentran en una zona gris, en la que personas competentes juzgan que es mejor seguir un poco más, otras también competentes juzgan que es mejor esperar, y otras que es mejor desistir.

Esto pasa no sólo en medicina, sino en otros problemas de la vida misma, a todos los niveles: profesional, familiar, de relaciones amistosas... Situaciones en las que las personas, queriendo actuar bien, aconsejan una cosa u otra en razón de su diversa experiencia, su sensibilidad para captar las circunstancias de aquellos a los que afectarán sus decisiones, etc. Situaciones en las que todos desean acertar, y que no se resuelven colocando el cartel de buenos y malos. La discrepancia de pareceres pone de manifiesto precisamente que el tema es complejo, que ninguno quiere actuar mal, y que todos quieren acertar según su leal saber y entender.

Si algo se ha puesto de manifiesto en este debate, es que los mismos que rechazan la eutanasia por tratarse de algo gravemente indigno hacia los pacientes, reconocen como deber médico la limitación del esfuerzo terapéutico, cosa bien distinta de la eutanasia, renunciando a utilizar tratamientos médicos desproporcionados y que no den esperanzas razonables de beneficio a los pacientes. En esto todos hemos estado de acuerdo.

12.- Los expertos advierten de los efectos nocivos de la contaminación en la salud

Un congreso internacional revisa las consecuencias de los problemas ambientales

MARÍA SAINZ (elmundo.es) 21 marzo 2007.

Un 25% de la mortalidad y las hospitalizaciones en todo el mundo se relaciona con factores ambientales que se pueden prevenir. La contaminación ambiental, el cambio climático o la falta de agua potable son algunos de estos elementos sobre los que se puede y debe intervenir. Así lo han explicado los participantes en una conferencia de la Organización Meteorológica Mundial (OMM), que se celebra estos días en Madrid.

La acción de los productos químicos, la contaminación o la exposición a sustancias perjudiciales en el trabajo afecta a países ricos y pobres, aunque en mayor medida a aquéllos con menos recursos. El detrimento que produce la falta de saneamiento o agua potable aparece principalmente en las naciones más pobres. El cambio climático, los rayos ultravioletas o los daños en el ecosistema tienen un efecto parecido en todos los países.

Así lo dejó patente María Neira, directora de Salud Pública y Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la reunión de la OMM sobre salud humana. Neira ha subrayado que, aunque el impacto del medio ambiente

se siente más en los países en vías de desarrollo, las naciones más ricas no están exentas.

Enfermedades relacionadas

Estos determinantes ambientales propician la aparición de una serie de enfermedades, que pueden ser o no infecciosas. Como ha apostillado Neira, una degradación de los ecosistemas de la tierra provoca problemas agrícolas y éstos, finalmente, se traducen en casos de malnutrición.

Algo similar ocurre con el cambio climático, que puede propiciar infecciones. O con la exposición a los rayos ultravioletas, que aumenta el riesgo de padecer cáncer de piel.

"El impacto de la diarrea se atribuye en un 90% de los casos a causas ambientales (falta de agua potable o saneamiento, cambio climático) [...] Muchas de las causas de mortalidad son muy sensitivas al clima: la malnutrición (que causa 3,7 millones de muertes), la diarrea (1,8 millones) o la malaria (1,1 millones)", ha comentado esta especialista de la OMS.

Por estas razones, los participantes en la conferencia internacional de la OMM han coincidido en señalar la importancia de la colaboración entre los meteorólogos y los especialistas de la salud.

Andrew Githeko, del Instituto de Investigación Médica de Kenya, se ha centrado en el impacto de las inundaciones, las altas temperaturas o la humedad. Como consecuencia de estos factores climáticos, se aumenta la prevalencia de mosquitos u otros insectos que puedan transmitir determinadas enfermedades. Los problemas cardiovasculares, fruto de la humedad, también se ven incrementados.

Kader M. Kondé, director del Centro de Control de Enfermedades de la OMS en Ouagadougou (Burkina Faso), se ha referido al papel que desempeña la meteorología en la prevención de la meningitis; una enfermedad "muy relacionada con el clima".

Según este experto, en los brotes de meningitis confluyen tres factores: el germen que causa la enfermedad; la vulnerabilidad de la población y los factores socioeconómicos (pobreza, promiscuidad) y climáticos (temperatura, humedad, concentración de polvo).

En este sentido, Kondé ha resaltado la importancia de "un sistema de alerta temprana de la meningitis, en combinación con las predicciones meteorológicas". Se trata de una herramienta que analiza las temperaturas, la humedad y lo relaciona con la posibilidad de que aparezcan posibles epidemias. "El umbral epidémico se da cuando aparecen 10 casos por cada 100.000 personas a la semana".

Intervenciones tempranas

Por otro lado, Githeko ha afirmado que "es más barato prevenir que curar". Y ha comentado que las intervenciones preventivas finalmente ahorran dinero porque evitan el coste sanitario que suponen las enfermedades y/o las hospitalizaciones. "La vigilancia temprana [...] reduce la pérdida económica y la mortalidad humana".

"Hace años, cuando empezamos a hablar del clima y la salud humana se decía que esto no afectaba a los países desarrollados. Sin embargo, la ola de calor se ha cobrado la vida de 35.000 personas en Europa. Tenían medios para prevenir pero no los emplearon [...] Estas olas de calor cada vez son más frecuentes. Antes aparecían cada ocho años y ahora se dan de manera anual", ha expresado este médico africano.

Además, María Neira ha urgido la necesidad de combatir falsas creencias como el mito de que cuidar el medio ambiente sólo pasa por proteger a las especies en vías de extinción. O la idea de que es un lujo sobre el que sólo se debe intervenir una vez se han solucionado otros aspectos más importantes.

"El sector sanitario debe estar equipado para colaborar con otros, como el sector de la meteorología, porque va a tener que ser la primera barrera frente al cambio climático. Es necesario trabajar en la capacidad de respuesta frente a catástrofes naturales, en el acceso al agua potable y en los sistemas de vigilancia epidemiológica para actuar rápidamente", ha concluido esta integrante de la OMS.

13.- La OMC critica la banalización de la cirugía estética en TV

Diario Médico, 30 marzo 2007.

La Comisión Permanente y la Comisión Central Deontológica de la Organización Médica Colegial (OMC) han emitido un comunicado sobre el programa de televisión Cambio Radical en el que señalan que los profesionales de la medicina, al colaborar con los medios de comunicación, "tienen un deber deontológico de objetividad y prudencia. Esto exige la especial responsabilidad de no promover un concepto consumista de la salud, evitando despertar falsas esperanzas o propagar conceptos infundados".

Redacción 30/03/2007

El comunicado recuerda que "el médico debe ponderar las consecuencias de su intervención en un medio de comunicación de audiencia general" y tener muy presente que "ante la cámara puede resultar improcedente manifestar lo que sí sería adecuado en una consulta médica frente a un paciente cuyas condiciones psicológicas pueden ser exploradas adecuadamente. De esto se debe deducir un criterio muy restrictivo para participar en programas sensacionalistas, haciéndolo desaconsejable cuando se puede contribuir a difundir conceptos como el culto al cuerpo o la frivolidad de la cirugía, que pueden dañar a personas especialmente vulnerables".

Por ello, critican la instrumentalización de la medicina "en un espectáculo poco respetuoso con la dignidad de las personas".