

Este libro es un bien público, nadie tiene derecho a subrayarlo ó anotarlo. Quién lo deteriore, estará obligado a reemplazarlo por uno nuevo

015466310

070.44

JOR



COMUNICACIÓN Y SALUD

Una apuesta segura de futuro

i30008980

Juan Luis Manfredi Mayoral
Rocío Alcántara López
Aránzazu Román San Miguel
José T. del Pozo Cruz.
(Coordinadores)

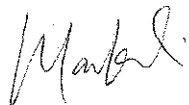
I Jornadas Universitarias de Comunicación y Salud

Ponencias

Sevilla, 22 – 25 Noviembre 2010

Nos anima también la elevada participación de estudiantes, que han sabido percibir el interés de un asunto como la Salud entre los públicos de la Comunicación, nuestros públicos.

A todos, las autoridades, los ponentes y los asistentes, gracias por compartir estas inquietudes con el Grupo de Investigación en Estrategias de la Comunicación.



Prof. Dr. Juan Luis Manfredi Mayoral.

Director del Grupo de Investigación en Estrategias de la Comunicación.

CAPÍTULO 1.- LA COMUNICACIÓN EN LA EDUCACIÓN MÉDICA

Juan Ramón Lacalle Remigio¹

Universidad de Sevilla

1.- EL "BICHITO" DEL MINISTRO

Madrid, junio de 1981. Unos meses antes, un grupo de militares había intentado un golpe de estado. La crisis económica, la subida del petróleo, y el aumento del paro agobiaban a los políticos y sobre todo a la población, que no acababa de ver la luz al final de un túnel tan largo. Y además desde hacía unas semanas, en los servicios de urgencia de hospitales, primero en los de Madrid, y luego en Toledo, Segovia,..., aparecían personas padeciendo una extraña forma de pulmonía. Tan extraña que los médicos le pusieron un apellido "atípica". En el plazo de unos pocos días, el número de enfermos aumentaba espectacularmente, y los ciudadanos españoles empezaron a sentirse amenazados de nuevo, y lo peor por algo desconocido. Se empezaba a hablar de una epidemia, y se desataban las alarmas de los hogares españoles.

Para tranquilizar a la población y cumplir con la responsabilidad de un gobernante democrático, el ministro de Sanidad, Rof Carballo, convocó una rueda de prensa. A preguntas de los medios, y con un afán didáctico, el ministro describió al hipotético microbio causante de esa enfermedad algo así como un "bichito que si se cae de la silla se rompe". Sin dudar de la buena voluntad del ministro, pero esa frase desdichada le perseguirá como un fenomenal error de comunicación. Poco importa

¹ Doctor en Medicina y profesor del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Imparte o ha impartido docencia en Medicina, Podología, Fisioterapia, Enfermería y Odontología. Actual Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

ahora que el verdadero responsable de aquella enfermedad, que hoy llamamos síndrome tóxico, no fuera un microbio sino un aceite de colza sometido a manipulaciones fraudulentas. El ministro, aunque pretendía tranquilizar a la población, no sólo no lo consiguió, sino que al trivializar la imagen del germen, lo que hizo fue lo contrario. La mayor parte de los ciudadanos observaban con desconfianza a sus gobernantes, que ni tan siquiera sabían dar una explicación madura del problema.

Volvamos al presente, concretamente al año 2009. A partir de una serie de casos mortales de gripe, ocurridos en México, la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció una posible pandemia. Las autoridades sanitarias de nuestro país pusieron en marcha todo un plan de comunicación, para tratar de reducir la alarma de la población. Dejaré a un lado los posibles fallos de ese plan de comunicación. Lo que quiero resaltar es el cambio de actitud ocurrido entre esos dos episodios. En el primero, los responsables sanitarios entendían la comunicación como una servidumbre que los apartaba de sus obligaciones asistenciales. En el segundo caso, los responsables políticos entendieron que los medios de comunicación eran un elemento más, y muy importante, integrado en la resolución de la crisis sanitaria. Ese cambio de actitud refleja una maduración tanto de los profesionales sanitarios como de los medios de comunicación a lo largo de estos treinta años transcurridos entre los dos sucesos.

En estos treinta años, la sociedad española y sus medios de comunicación han evolucionado en su percepción de los problemas de la salud y la atención médica. Hasta el año 1976, los asuntos sanitarios eran responsabilidad por un lado del Ministerio de Trabajo, y por otro del antiguo Ministerio de Gobernación (actualmente del Interior) junto con diputaciones provinciales y ayuntamientos. Actualmente, todas estas materias están unificadas en el Ministerio de Sanidad (aunque en gran parte transferidas a las correspondientes res-

pectivas consejerías de las comunidades autónomas). Por el lado de la prensa, no existían secciones destinadas a noticias sobre salud. En la actualidad, además de las noticias que puedan producirse, en todos los grandes periódicos nacionales existe un suplemento sobre salud que informan con bastante rigor sobre asuntos médicos de actualidad. La opinión pública entiende que la salud es un valor de nuestra sociedad que debemos atender y cuidar.

A pesar de esas mejoras, la relación entre periodismo y medicina no es todo lo fluida que debería ser. En los próximos párrafos intentaré sugerir algunos motivos de tensión entre médicos y periodistas, y de qué manera se puede formular una propuesta de trabajo para que esos dos grupos profesionales avancen en su colaboración. Lo haré desde la perspectiva del médico, porque es la que conozco mejor, sin intentar establecer una jerarquía de los valores de una profesión sobre los de la otra. Lo primero que hay que mencionar es que la comunicación tiene un significado distinto para el médico. Ésta tiene varios niveles o ámbitos que el periodista debe reconocer. Uno. El paciente y el médico se comunican para tratar el problema de salud del primero, en un nivel en el que también participa la familia o personas cercanas al paciente. Dos. El médico, como profesional con una gran base científica, intercambia conocimientos, opiniones, descubrimientos, ... con sus colegas o con otros científicos. Y tres. El médico, como individuo, como grupo, y como administración tiene una responsabilidad social que le obliga a dar cuenta de sus actuaciones a la opinión pública y a tratar de compartir las iniciativas comunitarias con los ciudadanos.

2.- LOS NIVELES DE COMUNICACIÓN EN MEDICINA

El médico en su actividad profesional recurre a la comunicación constantemente. El lema "Me informas, me cuidas" que han elegido los organizadores de las Jornadas en las que se

presenta esta comunicación reflejan muy bien la imbricación la actividad asistencial y de la comunicación. El médico, y eso lo tiene que adquirir el estudiante, atiende mejor a sus pacientes cuando consigue establecer una comunicación efectiva, necesaria e implícita en la adecuada relación médico-enfermo. Ésta le facilitara la información diagnóstica, la obtención de síntomas clínicos, facilitara la confianza del paciente para la autorización de cualquier procedimiento para diagnosticar o tratar su enfermedad, y al mismo tiempo favorecerá la cumplimentación del tratamiento y la toma de medidas para proteger su salud. Estas situaciones ocurren a diario en cualquier consulta médica. Hay otras situaciones menos frecuentes, pero con un gran impacto sobre la vida de las personas, que necesitan también de un entrenamiento en técnicas de comunicación. Me refiero a cuando se deben dar malas noticias (diagnóstico de un cáncer, mal pronóstico de una enfermedad, anunciar la muerte de una persona a los familiares, etc.). Todas ellas en el ejercicio profesional de un médico, y debe estar preparado para afrontarlas.

El acto médico es una ecuación con dos términos: comunicación y relación. El segundo tiñe al primero, lo modula. Y en este nivel, la relación que se establece es de profunda intimidad. La confidencialidad es el principio que el médico debe respetar (Scwartz y cols., 2002). Naturalmente eso produce dilemas éticos a los profesionales. ¿Se puede ocultar a los familiares más directos la gravedad de la enfermedad del paciente? O ¿cómo proteger a una persona que mantiene relaciones con otra, sin saber que está infectada con el virus de la inmunodeficiencia humana? Estos ejemplos ilustran algunos de los problemas que pueden ocurrir en relación con la confidencialidad. Por esta razón, cuando un periodista revela información acerca del problema de salud que padece una persona, el médico siente que se ha invadido un ámbito que debería haberse respetado. El periodista, cuando se acerca a este tipo de noticias debe ponderar la importancia de la información con el respeto a la privacidad y a la confidencialidad.

El límite entre una y otra es muy tenue, por eso es preferible que el periodista mantenga en estos casos una actitud cauta. La noticia del primer trasplante de cara en Andalucía, realizado en el año 2009, es un ejemplo del tipo de noticia al que me refiero. Se celebraron varias ruedas de prensa, para dar a conocer el resultado de la intervención, en la que participó el propio paciente. También se desarrollaron algunas reuniones científicas, dirigidas a los profesionales sanitarios, para tratar los aspectos técnicos de la intervención. Había un interés humano y también un interés médico en la información. Sin embargo, cuando la información afectó a la identidad del donante, se traspasó el límite con la esfera más íntima y privada. En este caso, la identificación del donante no aportaba mucho al interés médico y humano de la noticia sobre el trasplante, y únicamente podía provocar malestar en los familiares del donante. Los periodistas saben someterse a su propio control y autorregulación. Lo demuestran por ejemplo cuando mantienen reservada la información sobre los suicidios. Este tipo de conducta es altamente "contagiosa" o imitable entre las personas susceptibles, y la publicidad de cada suicidio no hace más que fomentar nuevos intentos.

El siguiente nivel de comunicación es el que se establece entre el médico y otros colegas, o bien con otros profesionales relacionados con la asistencia sanitaria. En este momento, la comunicación suele despojarse del componente afectivo de relación y adquiere un tono más impersonal. La comunicación busca la transmisión de conocimientos, generalmente de tipo científico, y los canales suelen ser los de la comunicación científica. El periodismo médico (que no hay que confundir con médicos que compatibilizan su profesión con la de periodistas) juega aquí el papel de asistente en la divulgación de los resultados de investigaciones científicas, ya sea hacia la misma comunidad médica o hacia el público en general.

El tercer nivel que he mencionado es el de la relación con la opinión pública. En este caso, los profesionales médicos, y sobre todo las organizaciones sanitarias (compañías farmacéuticas, administraciones sanitarias, organismos reguladores, etc) necesitan incorporar a los medios de comunicación para conseguir transmitir el mensaje. Si los responsables sanitarios se comunican adecuadamente con la opinión pública a través de los gabinetes institucionales de comunicación pueden lograr una mejor transparencia y madurez social.

Pero aún así, la existencia de estos gabinetes no puede evitar dos peligros que en mi opinión amenazan la información médica de modo extraordinario. Estas dos amenazas son la creación de alarma social, como en el caso del síndrome tóxico, y la creación de falsas expectativas en el tratamiento de enfermedades. El periodista está expuesto a estos dos grandes peligros cuando elabora sus informaciones.

No hay recetas para evitarlas, y únicamente a través de una formación madura sobre los temas de salud, combinada con una buena selección de las fuentes y contrastando las informaciones con distintos especialistas el periodista puede minimizar el impacto de estos riesgos. Hay muchos ejemplos de fraude científico, en las que no fue sencillo detectar que las noticias no correspondían a la realidad. Un caso bastante ejemplar de cómo el trabajo de un periodista puede desvelar un fraude es el de la supuesta relación entre la llamada vacuna "triple vírica" y el autismo (Deer, 2010). Los investigadores, Wakefield y Walker-Smith, que lanzaron esta hipótesis en una rueda de prensa, celebrada en 1998 tras publicar un artículo en la prestigiosa revista *The Lancet*, se basaron en datos obtenidos en una docena de niños. Esta noticia creó bastante alarma entre los padres, poniendo en peligro la continuidad de los programas de vacunación. En el mundo científico había también un gran debate, aunque no se ponían en duda los hallazgos que habían visto la luz en una revista médica tan im-

portante. Tuvo que ser un periodista, no médico, Brian Deer, que publicó sus investigaciones en el periódico *The Sunday Times*, el que revelara que existía un fraude científico. Para ello a lo largo de siete años, tuvo que revisar los datos originales del investigador y comprobar que no se correspondían con los publicados, y entrevistar a numerosos investigadores y científicos.

Sin embargo el fraude científico es una forma extrema de unas conductas que se dan en el mundo médico, y son la proclamación de avances prometedores en el diagnóstico, y en especial, en el tratamiento de enfermedades. Hay una imagen del investigador como un ser puro y virginal, sin intereses materiales y preocupado únicamente de los resultados de la investigación. La realidad es que los investigadores tienen que buscar financiación económica para sus trabajos, y a su vez tienen que presentar resultados para mantener sus equipos y proyectos. Además, son humanos y aspiran al reconocimiento social, disfrutando del prestigio que consiguen por la publicación de descubrimientos. En algunos casos, hay carreras por ser los primeros en descubrir o desarrollar técnicas o tratamientos. A veces, con la intención de la primicia, los investigadores se lanzan a anunciar resultados preliminares de investigaciones. No olvidemos que en muchos casos, esos investigadores trabajan en empresas que necesitan mejorar sus cuentas de resultado, y que cuentan con potentes gabinetes de prensa para difundir este tipo de primicias (Brunt y col, 2003).

También la administración sanitaria incurre a veces en este tipo de comportamientos, como una forma de acaparar la atención de los medios con noticias positivas que contrarrestan otras noticias "menos" positivas acerca del funcionamiento del sistema. En cualquier caso, los medios de comunicación colaboran en la difusión de esta clase de noticias, amplificando un mensaje que produce falsas expectativas de resultados inmediatos. En la mayoría de los casos, cuando se

leen las notas de prensa con respecto a este tipo de descubrimientos, los investigadores mantienen sus reservas y reconocen que queda mucho por investigar. Pero naturalmente lo que llega al público es un titular que está despojado de todos esos matices. Ciertamente no hay manipulación de la información, pero el resultado es que se crean falsas ilusiones entre las personas que sufren enfermedades y de sus familiares. Los periodistas que recogen y difunden estas informaciones no pueden ser acusados de un comportamiento profesional incorrecto, pero en este tipo de situaciones es donde se observa la madurez y profesionalidad frente a la bisoñez de otros periodistas que aceptan estas informaciones sin someterla a una crítica y contrastación con otros especialistas.

La responsabilidad de los periodistas, y sobre todo de los medios de comunicación, va más allá de lo que se publica. También es oportuno recordar que se han producido situaciones olvidadas por la prensa, a pesar de que podrían haber pasado por noticias de gran impacto. La gravísima epidemia por el virus Ébola a mediados de los años 90 del pasado siglo apenas dejó rastro en nuestros periódicos nacionales.

3.- EL VOCABULARIO MÉDICO

La práctica de la Medicina tiene una gran base científica, y los médicos recurren al uso de un vocabulario técnico, especializado, alejado en muchos casos del habla corriente. Los términos médicos tienen un significado muy concreto, y los médicos se sienten a gusto con esa precisión porque les permite describir muy bien bastantes aspectos de su trabajo. Posiblemente por ese motivo, los médicos se irritan bastante cuando los "profanos" emplean esos vocablos para referirse a otros conceptos.

Esa es la raíz de muchos desencuentros entre los periodistas y los médicos, porque los primeros tratan de divulgar

mientras que los segundos tienen como objetivo la precisión. A veces hay términos médicos que se popularizan en la prensa, adquiriendo vida propia. Cualquier estudiante de Medicina aprenden que el pronóstico médico-legal puede ser leve, menos leve o grave. En ocasiones, el médico no puede establecer el pronóstico hasta que pueda examinarlo y dispone de los resultados de pruebas diagnósticas. En esos casos, se inventó un término, "pronóstico reservado", que en realidad no es un pronóstico, sino el reconocimiento de que todavía no se puede hacer dicho pronóstico. Sin embargo, en muchos casos la expresión hizo fortuna en los medios y ha quedado como expresión pesimista sobre la vida de una persona lesionada.

Es cierto que los periodistas incurren muchas veces en un mal uso del idioma, y no solo del lenguaje médico. Volviendo a nuestro asunto, los médicos reclaman a los periodistas que se impregnen de sus conocimientos para poder emplear correctamente el vocabulario médico. ¿Es eso justo? Los médicos, con su vocabulario tienden un círculo que los separa de los "no médicos". Cuando se trata de una relación médico-paciente, este aislamiento conduce a situaciones de incomunicación y a que el paciente se queje de que su médico no le explica su problema. Pero cuando el médico tiene que exponer los resultados ante un público no especializado, el uso de un vocabulario especializado se convierte en una forma de defensa ante las demandas de información.

Por otro lado, los periodistas deben reconocer que están frente a una información que se elabora habitualmente después de mucho tiempo y esfuerzo. El periodista busca inmediatez, mensajes claros y contundentes. Desgraciadamente, esas condiciones no se dan ni en la asistencia médica ni en la investigación médica. Estas dos percepciones parecen condenadas a no poderse conciliar, pero hay indicios de que se puede alcanzar un estado de colaboración. Al fin y al cabo, los periodistas no son los únicos que tienen dificultades con

el lenguaje médico. Piénsese que problemas parecidos tienen cuando acuden a las salas de justicia, donde se les exige a los médicos que expresen su opinión profesional pero de forma que pueda ser entendida por los abogados y jueces.

Actualmente, las relaciones entre el paciente y el médico se desarrollan en un plano de respeto hacia la autonomía del paciente para tomar sus propias decisiones, una vez que el médico le ha planteado las distintas alternativas diagnósticas o de tratamiento. Cuando hay que transmitir esa información desde el médico hacia la opinión pública, el médico se puede sentir amenazado porque desconfía de que su mensaje sufra en algún caso la manipulación de la noticia. Esto ocurre habitualmente, pero reconocemos que es un peligro que es percibido por el médico como una gran amenaza. Por otro lado, el médico es consciente de que la transparencia es una obligación con la opinión pública. En último lugar, el rigor científico en la transmisión de la información es un aspecto que el médico demanda por parte de los profesionales de la comunicación. Los periodistas deben saber actuar como intermediarios entre el médico y la opinión pública, conservando las ideas pero recurriendo a mensajes comprensibles por el público general.

4.- LA COMUNICACIÓN EN LOS NUEVOS PLANES DE ESTUDIO DE MEDICINA

Los estudios universitarios españoles se encuentran en un profundo proceso de transformación, que coloquialmente denominamos "reforma de Bolonia". Entre otros cambios, hay uno fundamental como es la inclusión de las competencias que deben adquirir los estudiantes al finalizar sus estudios. Quizás no logremos comprender todavía lo radical que es este cambio, cuando los planes de estudios elaborados tras la reforma apenas han comenzado a implantarse. Al cambiar el centro de atención de lo que el profesor enseña a lo que el

estudiante aprende, la reforma deberá obligarnos a considerar otros aspectos de las profesiones que hasta ahora habían quedado fuera del ámbito académico.

En el caso de los estudios de Medicina, la Conferencia Nacional de Decanos elaboró un libro blanco sobre la titulación, en el que se hacía especial hincapié en la comunicación. Bien es cierto que se refería fundamentalmente a la comunicación asistencial entre paciente y médico. Posteriormente, la orden ministerial (Ministerio de Educación y Ciencia, 2008) que recogía las competencias volvía a mencionar las competencias relativas a comunicación, indicando que:

D) Habilidades de comunicación:

21. Escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan al enfermo y comprender el contenido de esta información.
22. Redactar historias clínicas y otros registros médicos de forma comprensible a terceros.
23. Comunicarse de modo efectivo y claro, tanto de forma oral como escrita, con los pacientes, los familiares, *los medios de comunicación* y otros profesionales.
24. Establecer una buena comunicación interpersonal que capacite para dirigirse con eficiencia y empatía a los pacientes, a los familiares, medios de comunicación y otros profesionales.

La adquisición de estas habilidades se desarrolla en los tres niveles que he desarrollado en la primera parte. La incorporación de estas habilidades en un plan de estudios de Medicina debe entenderse como un nivel mínimo.

En la Universidad de Sevilla, las competencias aparecen recogida en una asignatura denominada "Comunicación asistencial", con seis créditos ECTS, e impartida durante el primer cuatrimestre en el segundo año del grado. Los contenidos se orientan hacia la interacción paciente - médico y el ámbito asistencial, aunque también se incluye una lección sobre "Comunicación para la salud. El médico y los medios de comunicación".

Pero el cambio no se limita a la inclusión de una asignatura específica de comunicación asistencial en Medicina. Lo interesante es que la comunicación entra de lleno en la formación del médico como una competencia transversal, que impregna la formación en el resto de las asignaturas que componen el plan de estudios. En el sexto y último año del Grado, el estudiante debe desarrollar unas actividades prácticas en forma de "rotatorio" por distintos servicios. El estudiante debe poner en práctica las competencias que ha adquirido durante los cursos anteriores, con una preocupación especial por la relación con los pacientes y con los colegas.

La relación con los medios de comunicación no es un componente esencial durante ese periodo de prácticas. Sin embargo, no se escapa a nadie que los gabinetes de comunicación funcionando en los hospitales y centros sanitarios podrían y deberían aportar elementos formativos en el sentido descrito.

5.- UNA RELACIÓN ¿DIFÍCIL?

Hace algunos años, en una serie publicada en la revista médica *HeLancet*, uno de los artículos se refería a la relación entre la prensa y la medicina como una relación difícil (Nelkin, 1996). El autor achacaba las tensiones entre los dos actores a que mantienen perspectivas distintas sobre el papel de cada uno. Mientras que los médicos entienden que los pe-

riodistas deben actuar como una tubería que les permite hacer llegar sus informaciones a la opinión pública, los periodistas se perciben como una conciencia crítica acerca de la ciencia y la asistencia médica. Y el autor concluía que era previsible que las tensiones fueran aumentando en el futuro.

¿Cómo puede ser ese espacio de cooperación entre los dos grupos de profesionales? Para ello, en primer lugar, los periodistas deben especializarse en los asuntos sanitarios. No quiero decir que se conviertan en médicos, pero sí que profundicen en el conocimiento de lo que es un acto médico, sobre el vocabulario, la organización del sistema sanitario, y todo aquello que pueda tener relación con la profesión médica. Naturalmente, esto exige esfuerzo, y no existe un programa de formación reglado. Pero el ejemplo de las secciones sobre salud de los grandes periódicos pueden servir de modelo para lo que quiero decir. Basta echar un vistazo a la sección sobre salud de algunos de los periódicos de mayor influencia internacional, como *The New York Times* o *The Washington Post*, para comprobar de qué forma se puede divulgar al gran público una información médica conservando al mismo tiempo los principales elementos médicos de referencia.

Por otro lado, los médicos debemos reconocer que la difusión de nuestros conocimientos y opiniones hacia el público es una obligación, pero también una oportunidad para que se valore mejor la actuación profesional. Tampoco se pretende que cada médico reciba un curso acelerado de periodismo, pero que reconozca la ayuda que pueden prestarle los gabinetes de comunicación que se han ido implantando en los centros sanitarios, en las grandes compañías farmacéuticas y de tecnología sanitaria, y en general, en todos los órganos de gestión sanitaria (Ministerio de Sanidad, consejerías de salud, etc). Los gabinetes tienen que convertirse en los instrumentos que modulen la información desde el interior de los centros sanitarios hacia el

gran público. Los médicos tienen que reconocer que necesitan de otros profesionales para conseguir que sus mensajes consigan llegar a sus destinatarios de la forma más eficaz. Los médicos están acostumbrados a trabajar con otros profesionales (químicos, físicos, biólogos, psicólogos, economistas, ingenieros, etc) que tienen reconocida su responsabilidad dentro del sistema sanitario. Los profesionales de la comunicación deberían recorrer, en parte ya lo han hecho, para conseguir que su actividad se inserte en el funcionamiento del sistema sanitario.

Saber contar historias es una característica del buen periodismo. Merece la pena que comente una corriente asistencial, la Medicina Narrativa, que recurre a la narración como elemento terapéutico y de decisión médica (Charon, 2004). Como en tantos aspectos, el mundo anglosajón tiene la iniciativa en este caso, contando con varios programas universitarios para formar a los médicos en las técnicas narrativas, aplicando técnicas para enseñar esta habilidad. En ellos se anima a los médicos a escribir sobre sus pacientes usando un lenguaje no técnico, ayudándoles a descubrir y comprender sus sentimientos implícitos hacia sus pacientes. Aunque es cierto que todavía es un movimiento minoritario, y cuyos resultados están pendientes de evaluación, puede constituir una faceta en la que el periodista pueda trabajar con el médico para mejorar su propia actividad profesional. Quiero concluir estas líneas evitando el pesimismo. Al contrario, creo que a medida que los dos campos, el médico y el periodístico, reconozcan los compromisos y obligaciones del otro, más se podrá progresar para prestar un mejor servicio a los ciudadanos. Para ello, estos dos actores deben reconocerse como colaboradores en la divulgación de la medicina, asumiendo que es un terreno cada vez más controvertido. Y en mi opinión, la formación, tanto de periodistas como médicos, es un aspecto clave para este reconocimiento.

6.- BIBLIOGRAFÍA

- BRUNT ME, MURRAY MD, HUI SL, KESTERSON J, PERKINS AJ, TIERNEY WM. *Mass media release of medical research results: an analysis of antihypertensive drug prescribing in the aftermath of the calcium channel blocker scare of March 1995*. J Gen Intern Med 2003; 18:84-94.
- CHARON, R. *Narrative medicine*. N Engl J Med 2004; 350:862-3.
- DEER, B. *The MMR-autism fraud - our story so far*. Recuperado el 29/Dic/2010. Disponible en <http://briandeer.com/solved/story-highlights.htm>.
- MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA. ORDEN ECI/332/2008, de 13 de febrero, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Médico. BOE n. 40, 15 de febrero de 2008, 8351-5.
- NELKIN DE. *An uneasy relationship: the tensions between medicine and the media*. Lancet 1996; 347(9015):1600-3.
- SCWARTZ L, PREECE PE, HENDRY RA. *Medical ethics. A case-based approach*. Londres, Saunders, 2002.