

Artículos Breves. Mes de Febrero 2010

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.

Indice:

- 1. La regulación de las madres de alquiler en EEUU crea conflictos éticos y legales**
- 2. Un juez obliga a destruir cinco millones de muestras de sangre de bebés obtenidas sin consentimiento paterno**
- 3. Bachelet promulga ley que convierte a mayores de 18 años en donantes de órganos. El cuerpo legal excluye a quien en vida haya manifestado lo contrario.**
- 4. El avance tecnológico requiere la formación ética del sanitario**
- 5. "El enfermo en coma tiene los mismos derechos legales y éticos que cualquier otro"**
- 6. Atención integral al paciente con daño cerebral irreversible**
- 7. Las enfermedades olvidadas deben ser tratadas juntas y emplear programas de efectiva utilización de recursos**
- 8. "Es preciso formarse y apostar por una bioética cotidiana"**
- 9. Los datos de los pacientes son necesarios: entre la intimidad y el derecho de formación médica**

1.- La regulación de las madres de alquiler en EEUU crea conflictos éticos y legales

Diario Médico, Redacción - Lunes, 4 de Enero de 2010.

Las distintas regulaciones que existen en Estados Unidos sobre la reproducción asistida en la que intervienen tres adultos -en aquellas donde una pareja contrata el vientre de una mujer para que conciba un hijo con el compromiso, por parte de la madre biológica, de entregar ese niño, y de la pareja de recibirlo (subrogación)- está generando problemas legales cuando no hay acuerdo entre las partes. Según los estudios que ha publicado The New York Times, las distintas doctrinas que existe en la regulación sobre este ámbito está favoreciendo la creación de un mercado de alquiler de bebés que plantea inquietantes cuestionamientos éticos.

No hay un conjunto normativo homogéneo sobre aspectos como el proceso de subrogación del bebé, algo que al final termina siendo controlado por el médico de fertilidad. Algunas agencias y clínicas cuentan con requisitos estrictos para las madres gestantes y los futuros padres del bebé. Diez estados han aprobado leyes que limitan la maternidad sustitutiva, como los requisitos de que al menos uno de los padres debe tener una relación genética con el niño.

Debido a que las leyes estatales varían, los jueces de todo el país han pedido orientación sobre la manera de desenredar las complejas cuestiones jurídicas y morales en juego en los juicios de subrogación. Por ejemplo, California se considera un estado que facilita la subrogación, porque los tribunales estatales han mantenido los contratos de alquiler de vientres, lo que significa que el interés de las personas que contratan sustitutos suelen prevalecer en los desafíos legales interpuestos por la madre biológica después del parto.

Por el contrario, en Michigan los contratos de alquiler de vientres a menudo se consideran inaplicables, dando una ventaja a las madres de alquiler en los litigios de tutela.

Los abogados que han manejado los casos de subrogación opinan que surgen menos problemas cuando un padre potencial está genéticamente relacionado con el niño, dando a la persona una ventaja en las disputas legales.

Para aclarar las leyes estatales dispares, la American Bar Association ha propuesto establecer que para los casos en los que ninguno de los futuros padres tenga una relación genética con el niño sería necesario que los acuerdos de subrogación fueran aprobados por un juzgado, por medio de un proceso que incluya una visita al domicilio de los futuros padres.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos también ha adoptado directrices para los acuerdos de subrogación, incluida la recomendación de que el proceso sea supervisado por un organismo sin ánimo de lucro.

2.- Un juez obliga a destruir cinco millones de muestras de sangre de bebés obtenidas sin consentimiento paterno

Diario Médico, Redacción - Lunes, 4 de Enero de 2010.

Más de 5 millones de muestras de sangre de recién nacidos utilizadas por investigadores de Texas desde 2002 deben ser destruidas porque fueron almacenadas sin consentimiento de los padres, según una resolución de un juez federal de Texas.

La información publicada por The Scientist señala que el Servicio de Salud de Texas lleva recogiendo muestras de sangre de recién nacidos desde la década de los 60 mediante un pequeño pinchazo en el talón de los bebés.

A partir de 2002 comenzó el almacenaje de las muestras de sangre para su posible utilización en protocolos de investigación, en lugar de destruirlas después de un período de tiempo determinado.

El programa recoge al año cerca de 800.000 análisis de alrededor de 400.000 recién nacidos. Estas muestras son muy valoradas por los científicos, pues representan una enorme base de datos para investigar defectos de nacimiento y enfermedades pediátricas para trastornos poco frecuentes.

El 12 de marzo de 2009, la Asociación de Derechos Civiles de Texas, que actúa en nombre de cinco padres, demandó al Departamento de Servicios de Salud del Estado y a la Texas A&M University, de mantener estas muestras de sangre de niños sin el consentimiento de sus padres.

Allison Lowery, agente de prensa del departamento, ha señalado que desde 2001 estas muestras han contribuido a desarrollar 35 proyectos de investigación centradas en "el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que afectan a los niños, y que van desde el pie zambo a la pérdida de audición y a los cánceres infantiles". Lowery reconoce que como no se pidió consentimiento para el almacenamiento y la utilización de estos análisis de sangre todas las muestras que permanecen en poder del DSHS o en la Texas A&M University serán destruidas antes del 13 de abril de 2010.

El 27 de mayo de 2009, entró en vigor una nueva legislación que permite a los padres optar por firmar el consentimiento para que las muestras de sangre de sus hijos sean utilizadas en investigaciones médicas, y el 2 de noviembre el programa ya había recibido cerca de 6.900 consentimientos paternos.

3.- Bachelet promulga ley que convierte a mayores de 18 años en donantes de órganos.

El cuerpo legal excluye a quien en vida haya manifestado lo contrario.

Latercera.com - 06/01/2010.

La Presidenta Michelle Bachelet promulgó la ley que consagra la donación y recepción universal de órganos. Este establece que todos los chilenos mayores de 18 años serán donantes. El cuerpo legal, eso sí, excluye a quien en vida haya manifestado lo contrario cuando renueve carné de identidad o su licencia de conducir. Si no lo aclara, se considerará donante.

"A partir de ahora, la condición natural de un chileno o chilena será la de ser donante. No se trata, como dicen algunos, de una obligación impuesta por el Estado: la diferencia es que desde hoy quien no desee ser donante deberá manifestarlo expresamente", dijo la Mandataria. Agregó que la ley busca aumentar la tasa de donación en el país "y así salvar más vidas". La ley también sanciona la comercialización de órganos y respeta el principio de confidencialidad del paciente donante, entre otras medidas.

4.- El avance tecnológico requiere la formación ética del sanitario

Diario Médico, Enrique Mezquita. Valencia - Jueves, 14 de Enero de 2010

El desarrollo de la ciencia en la búsqueda de alternativas a la vida ofrece a los profesionales sanitarios varios procesos, como la clonación, que para utilizarlos correctamente exigen una formación ética, según Justo Aznar, director del Instituto de Ciencias de la Vida de la UCV.

En los últimos años, los avances en las nuevas tecnologías y técnicas que suponen una manipulación de la vida humana -clonación, utilización de células madre embrionarias, diagnóstico genético preimplantacional (DGP), bebés medicamento, etcétera-, han supuesto un gran impacto en el ámbito médico, pero también en el bioético.

Justo Aznar, director del Instituto de Ciencias de la Vida de la Universidad Católica de Valencia (UCV), el hecho de que existan estas posibilidades técnicas para la actuación médica no obligan ni legitiman su utilización. En su opinión, "tal y como avanza la ciencia, todo lo que sea posible técnicamente se va a realizar, pero los profesionales que afrontan esa realidad, también deben estar éticamente formados para enfocarla de forma correcta".

En la conferencia que impartió Aznar sobre cuestiones de la bioética actual en el marco de la Cátedra Doctor Barcía Goyanes para el Estudio del Envejecimiento y el Desarrollo Integral de los Mayores, señaló que "la metodología y la tecnología acostumbra a ser neutras y la visión que tenemos depende fundamentalmente de la utilización que le damos".

En su opinión, la reprogramación celular, que posibilita obtener células IPS a partir de células adultas, es un ejemplo paradigmático de esta visión. "Este descubrimiento nació por una intención ética del investigador japonés Shinya Yamanaka que, viendo un día unos embriones a través del microscopio, pensó que no había ninguna diferencia entre ellos y sus dos hijas adolescentes y que, por tanto, había que lograr alguna solución para estos temas sin tener que destruir los embriones. Así se saludó con una solución fantástica para evitar problemas éticos". Sin embargo, hace unos meses un equipo japonés generó células IPS a partir de un fibroblasto de piel y, con ellas, una camada de 37 ratones vivos. Para Aznar esta segunda acción demuestra cómo "una metodología que nació con una visión fundamentalmente ética puede emplearse de una forma inadecuada, ya que es reprobable la posibilidad de, a partir de una célula de piel, grasa o pelo, clonar a una persona".

Bebés medicamento

Uno de los temas con más implicaciones y calado social es el de los bebés medicamento. A juicio de Aznar, este abordaje plantea dos dificultades: por un lado, la bajísima eficiencia de la técnica. "Una revisión realizada en 2007, desveló que de 1.113 embriones que, a través de distintas técnicas, se habían empleado para crear un bebé, sólo se habían obtenido 13 vivos útiles, una eficacia de un 1-1,5 por ciento. Esto quiere decir que para obtener un bebé

medicamento útil hay que destruir 98 embriones y esperar dos años, cuando en muchas ocasiones la enfermedad que se trata es urgente".

A la vista de las dificultades prácticas y éticas que plantea esta cuestión, el experto apuesta por "la obtención de muestras de sangre de cordón umbilical y la creación de grandes bancos, que permitan aumentar la posibilidad de tener muestras compatibles con cualquier niño".

Sin Alternativas Éticas

Aunque en el caso de los bebés medicamento existe alternativa, hay otras situaciones para las que no, como ocurre con la técnica del Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGP) en procesos de reproducción asistida, según Justo Aznar, director del Instituto de Ciencias de la Vida de la UCV. En su opinión, la dificultad ética fundamental es que es necesaria una selección de embriones, "se trata de un enfoque eugenésico y cualquier técnica biológica de esta característica debería excluirse". En este caso, el experto aconseja a estas parejas que "asuman su realidad y intenten otros caminos, como la adopción".

5.- "El enfermo en coma tiene los mismos derechos legales y éticos que cualquier otro"

Diario Médico. S.V. - Jueves, 14 de Enero de 2010

"La vida durante el coma también es vida y todos nuestros esfuerzos son útiles para aliviar los síntomas molestos y prestar los cuidados básico". Así se expresó Jacinto Bátiz, jefe de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurce (Vizcaya), en su intervención ayer en las jornadas científicas sobre el daño cerebral irreversible organizadas por la Fundación Instituto San José.

Bátiz habló de su experiencia de dieciséis años al frente de una Unidad de Cuidados Paliativos y señaló que "ha habido un cambio grande en la toma de decisiones en los casos de enfermos en coma, pues ahora la opinión del paciente está más protegida ya que tiene la posibilidad de dejar su voluntad escrita, aunque ninguna de las decisiones que tome puede ir contra de la buena praxis médica".

Bátiz, que es presidente de la Comisión de Ética y Deontología Médica del Colegio Oficial de Médicos de Vizcaya, reconoce que "el conflicto ético y jurídico que aún no se ha resuelto es el de si pueden retirarse todas las medidas terapéuticas, incluidas la hidratación y la alimentación, para permitir una muerte en paz".

En este sentido, señala la dificultad de establecer cuándo se habla de cuidados básicos, que hay que proporcionar a todas las personas si no han manifestado expresamente lo contrario, y cuándo de tratamientos médicos que se pueden interrumpir. "Hay controversia, por ejemplo, en determinar si la nutrición enteral por sonda nasogástrica, es o no un cuidado básico, algo que va a depender del entorno sociocultural donde se desarrolle el debate", según Bátiz.

Los profesionales sanitarios de estas unidades deben tener en cuenta que "el 40 por ciento de los diagnósticos de estado vegetativo son incorrectos" y, en consecuencia, "existen dudas sobre si estos pacientes tienen emociones o no". Como conclusión, Bátiz señala que "los enfermos en coma tienen los mismos derechos legales y éticos que cualquier otro enfermo".

En junio de 2009, la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios cifró en 117 el número de enfermos en coma que estaban siendo atendidos en sus centros.

6.- Atención integral al paciente con daño cerebral irreversible

Diario Médico. Isabel Gallardo Ponce - Lunes, 18 de Enero de 2010.

Atender de manera integral al paciente en estado vegetativo permanente y a sus familiares es el cometido diario del equipo multidisciplinar de la Unidad de Daño Cerebral Irreversible, de la Fundación Instituto San José, que ha cumplido 10 años.

Respetar al paciente y tratarlo con la máxima dignidad son dos de las premisas fundamentales en las que se basa la práctica diaria en la Unidad de Daño Cerebral Irreversible de la Fundación Instituto San José que cumple diez años prestando una atención integral al paciente, según se ha puesto de manifiesto durante las Jornadas científicas de Daño Cerebral Irreversible celebradas en Madrid.

"La unidad se creó para el paciente en estado vegetativo permanente como una casa para poner a su servicio a numerosos profesionales para atender sus necesidades", ha explicado Francisco Moreno Ruiz, director médico de la Fundación hasta 2004. Desde sus inicios, la unidad ha pasado de tener 10 camas a 40 distribuidas en tres salas y con un equipo formado por personal médico, psicológico, de trabajo social, de enfermería, auxiliar, un neurólogo, un rehabilitador y un equipo de atención espiritual.

"Este tipo de pacientes se caracterizan por la ausencia de la conciencia del paciente de sí mismo y del entorno. Establecemos como criterios de admisión que el enfermo esté en un estado vegetativo permanente, es decir, aquellas personas que llevan más de tres meses de evolución cuando la causa del estado no es traumática, y de más de seis meses en las traumáticas", según ha explicado Juan Luna, médico de la unidad. Antes del ingreso debe establecerse que el paciente no requiere soporte vital, que sea portador de una gastrostomía y el consentimiento de la familia, que se convierte en el interlocutor válido al que se le da la información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Para aplicar los tratamientos, se estudian "los aspectos clínicos sobre las características del síndrome neurológico, las complicaciones médicas, las morbilidades asociadas, las voluntades anticipadas, y el consenso e implicación familiar sobre los tratamientos.

Atención psicológica

La asistencia integral incluye la atención psicológica de las familias. "Hay que remarcarles la ausencia de conciencia, de sufrimiento y de dolor del paciente. Los profesionales debemos mostrar sensibilidad ante la carga emocional que soportan, y establecer una relación de confianza con ellos". Además, es importante facilitar el proceso de adaptación familiar a la nueva situación.

Por otro lado, se forma a los profesionales de enfermería en un estado de alerta que permita descubrir algún signo del nivel de conciencia en el paciente. Según han explicado Emilia Bermejo, responsable de enfermería, y José Luis Jordán, auxiliar, el cuidado de los pacientes se hace desde el más absoluto

respeto a su intimidad, incidiendo de forma muy importante en la higiene y aseo, para evitar infecciones respiratorias, urinarias y dermatológicas.

7.- Las enfermedades olvidadas deben ser tratadas juntas y emplear programas de efectiva utilización de recursos

Diario Médico. Redacción - Lunes, 18 de Enero de 2010.

Los esfuerzos por expandir la cobertura de las enfermedades tropicales olvidadas (NTD en sus siglas en inglés) deben involucrar a todos los países, tanto a nivel nacional como internacional y coordinar todas las actividades dedicadas a controlar y eliminar estas patologías.

Estas son algunas de las cuestiones que se debaten en el segundo número del especial sobre NTD publicado en Lancet, y realizado por John O Gyapong, Accra, Ghana y su equipo.

El propósito es valorar las intervenciones de las NTD para lograr la eliminación y el control efectivo de éstas y ver si los proyectos están integrados en los sistemas de salud de los países.

Según los autores, " estrategias e intervenciones como los de oncocercosis, filariasis linfática y helmintiasis transmitidas podría incluirse en la misma plataforma. No sólo eso, sino que programas con una efectiva utilización de recursos -como los de malaria, VIH/Sida y tuberculosis- podrían servir para trabajar estrechamente con las NTD y lograr el mutuo beneficio y una mayor rentabilidad del sistema sanitario".

Los científicos señalan la necesidad de elaborar un cuidadoso plan para la integración del proyecto. "Esta planificación debe incluir un análisis realista de la situación en cada país, un compromiso de construcción y formulación de ideas claras de integración, formación de trabajadores en salud, provisiones y una adecuada y oportuna información al público".

Finalmente, los expertos hacen hincapié sobre la necesidad de desarrollar un mecanismo de financiación. "Las NTD necesitan un fondo común de recursos para la co-implantación de sus actividades. Sin embargo, el capital disponible no es adecuado para lograr los objetivos propuestos. Un plan de movilización de recursos más efectivo -incluyendo los destinados a controlar la malaria, la tuberculosis y el VIH/sida- debería ser perseguido. Necesitamos dirigirnos a las estructuras sociales en las que florecen las NTD e invertir en investigación y desarrollo para nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento. Además, el propio desarrollo de los países podría proporcionar el acceso a fármacos e innovaciones para el control de estas patologías", concluyen los autores.

8.- "Es preciso formarse y apostar por una bioética cotidiana"

GINÉS MARCO, PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL DOCTOR PESET DE VALENCIA

Diario Médico, Enrique Mezquita. Valencia - Martes, 19 de Enero de 2010.

Es precisa la interrelación entre los profesionales sanitarios de los hospitales y que la bioética se aplique a la vida cotidiana de los centros sanitarios. Así lo entiende Ginés Marco, presidente del Comité de Bioética del Hospital Universitario Doctor Peset, de Valencia.

Generalmente se asocia bioética con las grandes cuestiones y dilemas relacionados con el ámbito sanitario. Sin embargo, Ginés Marco, presidente del Comité de Bioética del Hospital Universitario Doctor Peset, de Valencia, y profesor de ética en la Universidad Católica de Valencia (UCV), afirma que es necesario redescubrir y formarse en una bioética integral que no esté dirigida exclusivamente a resolver casos límite y sí a la vida y la buena práctica cotidiana de los centros sanitarios.

"Al igual que la ética de finales del siglo XX y principios del XXI ha invocado la vida cotidiana como uno de sus ejes de reflexión, otro tanto debería hacer la bioética, entendida como la ética aplicada. Hoy más que nunca se precisa una bioética sobre la vida cotidiana de los hospitales, ya que como centros de toma de decisiones en procesos complejos, es necesario un compromiso compartido de todos los estamentos y sumar esfuerzos".

Marco, que ha pronunciado la conferencia inaugural de la cuarta edición del Máster Oficial en Bioética de la UCV, aclara que "muchas veces se considera que los comités de bioética de los centros hospitalarios se dedican expresamente a resolver dudas que van más allá de lo contemplado en los manuales de medicina. Sin embargo, los comités de ética no estamos por esa labor -entre otras razones, porque no forman parte de la praxis cotidiana-, sino que nos interesa mucho más pulsar el sentir habitual de todos los representantes de la gestión sanitaria. Y en este sentido, nos llevamos grandes sorpresas".

A modo de ejemplo, muchas de las consultas que llegan al comité del Hospital Doctor Peset "se centran en cómo mejorar la atención de los profesionales o del equipo de médicos con los que se relaciona el interesado o de qué manera integrar mejor en un mismo proyecto a los distintos estamentos sanitarios del centro".

El trabajo en común

Según Marco, resulta fundamental indagar en esta visión, que actualmente sigue un poco descuidada. "En pocas profesiones se desarrolla un trabajo tan en común como en el ámbito médico, pero muchas veces pecamos de un estéril individualismo que nos lleva a configurar nuestro departamento o nuestra persona como los únicos protagonistas en un mundo inconexo". En esta visión de necesario compromiso, "el paciente debe ser un agente activo y con todo el derecho del mundo a recibir información fehaciente sobre su estado

y, sobre todo, a participar de un modo simétrico en las tomas de decisiones que directamente le afectan".

Por ello es fundamental "redescubrir la necesidad de interrelacionar profesionales sanitarios dentro de un mismo ente, como puede ser un hospital". Este objetivo "se convierte en factor clave para que el médico repiense mejor su tarea y reconozca que no es un ser aislado sino que precisamente en virtud del trabajo en equipo estará en condiciones de aportar un plus de exigencia, credibilidad y confianza".

En los últimos años nuestro país está tramitando cambios legislativos relacionados con temas sanitarios de gran calado, como el aborto y la píldora del día después, que también tienen implicaciones en aspectos como la objeción de conciencia y el debate bioético. Para Marco, "el profesional de la medicina ve desde muy lejos -entre otras razones porque no es consultado directamente-, estos grandes cambios legislativos que en el fondo albergan una idea de cambio social acelerado".

En su opinión, "todos somos conscientes de que estamos inmersos en ese cambio social, pero desde las agencias gubernamentales se tiende a acelerarlo en un sentido muy concreto: la estatalización, la despersonalización e incluso un cierto nihilismo. En definitiva, todo vale en la medida en que cuento con el poder necesario para asumirlo y éste me lo dan los votos". Y cuando se trata de conseguir un aval profesional de un grupo representativo sobre un tema, "selecciona a aquéllos que van a dar por bueno su parecer".

Según Ginés Marco, "cuando el Gobierno o las agencias públicas de decisión cuentan con profesionales de la medicina, lo hace con un sesgo tan cerrado y dudoso en cuanto a la pluralidad que el resto de la profesión se queda como distante respecto a lo que se está tratando". A modo de ejemplo, "en los cinco años largos que el Gobierno lleva en el poder ha tendido a configurar comités de sabios desde donde profesionales del ámbito médico y sanitario iban a asesorarle en los grandes temas bioéticos. Sin embargo, cuando uno examina y comprueba el bagaje de estos profesionales, todos coinciden en poseer factores de amistad o de ideología afines para formar parte de estos grupos".

9.- Los datos de los pacientes son necesarios: entre la intimidad y el derecho de formación médica

Diario Médico. M. Esteban / Enrique Mezquita - Viernes, 29 de Enero de 2010.

El proceso de formación de los médicos exige la utilización y el manejo de información y documentación que contiene datos de pacientes sobre los que se aplica el derecho de confidencialidad. Expertos en Medicina Legal, Bioética y de la red de docentes explican que el empleo de estos materiales es necesario para el aprendizaje de los facultativos. Sin embargo, advierten de que existen fisuras en este proceso que deben solventarse, pues en muchas ocasiones el derecho de intimidad de los enfermos puede quebrantarse.

La formación de los médicos, tanto los futuros profesionales como los residentes y los que ejercen como especialistas, requiere la utilización y análisis de documentación clínica e imágenes de pacientes. En este marco el derecho de los facultativos a formarse debe conjugarse con el de intimidad y confidencialidad de los pacientes. ¿Hay colisión entre ambos derechos?

Marina Gisbert, profesora titular de Medicina Legal de la Universidad de Valencia y médico forense en excedencia, sostiene que los límites entre la confidencialidad y las necesidades formativa e informativa de los profesionales plantea dos cuestiones fundamentales en relación con el manejo de datos e imágenes de los pacientes. Por una lado, "hay que plantearse si para formar a otros profesionales se pueden utilizar los datos, sobre todo de imágenes, que los médicos de urgencias y emergencias obtienen en la atención de determinados pacientes, por ejemplo en reanimación o situaciones especiales". En cuanto a las necesidades informativas, "los médicos de emergencias -como el resto de profesionales, pero con el agravante de que abarcan situaciones conflictivas- tienen que comunicar a una serie de profesionales -médicos y no médicos- lo que han obtenido del enfermo, ya sea directamente o a través de su exploración. Esta situación, ¿hasta qué punto conculca el derecho de los pacientes a la intimidad?".

Para resolver estas dos cuestiones "debemos recurrir a la legislación", pero aunque "hay una gran cantidad de leyes que hacen referencia al secreto profesional no existe una regulación específica y concreta". En la práctica "nos encontramos con una serie de normas con carácter punitivo y administrativo, donde se incluyen sanciones y se castiga la actitud de los médicos que divulgan información que han obtenido de sus pacientes, directa o indirectamente. También hay normas que no castigan pero imponen una serie de actuaciones a los médicos".

Un deber extensible

La Constitución puede ser un buen punto de apoyo para resolver el dilema, pues "establece el derecho a la propia imagen que todos tenemos y que hay que preservar siempre". En su opinión, "las imágenes obtenidas durante el desempeño de la labor se pueden emplear dentro del ámbito formativo a otros profesionales -independientemente incluso de que esas imágenes se puedan o no desfigurar-, ya que aquéllos que están aprendiendo están tan obligados al secreto profesional como quienes enseñan".

Emilio Sanz, secretario de la Conferencia de Decanos de Medicina y experto en bioética, afirma que generalmente en la utilización de imágenes desde hace mucho tiempo se oculta "la identidad de los pacientes cuando se utilizan en las publicaciones, clases, presentaciones, etcétera".

Si los datos no se ocultan, "se reconoce fácilmente que ha existido una quiebra de la confidencialidad".

En cualquier caso, Sanz aclara que "aún quedan algunas grietas. Por ejemplo cuando se emplean radiografías, escáner, etcétera, donde a veces no se oculta el nombre del paciente que aparece en la placa, pero que no suele suponer una quiebra seria de la confidencialidad".

Quizá el punto clave es el acceso de los estudiantes a las historias clínicas y a la exploración de los pacientes. "No se podría enseñar Medicina sin que los estudiantes tuviesen acceso a esos datos, pero hay que conjugar el derecho a la intimidad de los enfermos con el de la enseñanza de los alumnos". En definitiva, "es necesario dejar claro, y explicar explícitamente, que el secreto médico y la confidencialidad compete a todo aquél que tiene acceso, por cualquier razón profesional o docente, a los datos médicos".

Fernando Pérez Iglesias, presidente de la Red Nacional de Docentes (Areda), también ha hecho hincapié en la necesidad de reforzar las medidas para garantizar la confidencialidad de los enfermos. "El auge de las tecnologías permite disponer de mucha información, pero el derecho de confidencialidad de los datos que recoge la Ley de Autonomía del Paciente no se cumple".

Por ejemplo, en las técnicas de imagen o en los análisis de los laboratorios "aparecen los datos de los enfermos, por lo que las garantías de confidencialidad no se cumplen". Pérez Iglesias apuesta por la "formación de los residentes en esta área y por la evaluación de sus conocimientos sobre los derechos y normativas de salud pública".

Información previa sobre los requerimientos legales

El derecho de los pacientes a que los datos utilizados con fines docentes sean protegidos está previsto en la Ley 41/2002, de Autonomía del Paciente. En su artículo 16 establece explícitamente que cuando el acceso a la historia clínica se haga con fines de docencia habrá que tener en cuenta lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos y en la Ley General de Sanidad. La ley de autonomía exige que en estos casos "se preserven los derechos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos". Emilio Sanz ha explicado que "en muchas facultades antes de comenzar las prácticas clínicas o el rotatorio, se tienen sesiones clínicas para explicar bien las consecuencias y requerimientos del respeto a la confidencialidad y autonomía de los pacientes. Además, si un enfermo se niega a participar en la docencia esta negativa debe respetarse".