

Intimidad, confidencialidad y secreto profesional

(Una aproximación desde la bioética)

Informe Comité de Bioética Asistencial

Departamento Valencia-Hospital General

Noviembre 2017

1) CONCEPTO Y SU DESARROLLO

La intimidad, la confidencialidad y el secreto, son conceptos que en ocasiones se utilizan para designar a aspectos similares de una realidad relacionada con la singularidad de la persona, lo que ocasiona que a menudo se utilicen como si fueran sinónimos, aunque no son términos superponibles entre ellos, ya que indican aspectos diferentes de la mencionada realidad. Por tanto, es importante diferenciar estos conceptos.

La RAE en la definición de estos términos ya los diferencia, así:

- Confidencial
 - “Que se hace o se dice en la confianza de que se mantendrá la reserva de lo hecho o lo dicho.”
- Confidencialidad
 - “Cualidad de confidencial”. Y se trataría de una propiedad de la información que pretende garantizar el acceso sólo a las personas autorizadas.
- Intimidad
 - Zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia.
- Privacidad
 - Cualidad de privado. Ámbito de la vida privada que se tiene derecho a proteger de cualquier intromisión (es un término que se recoge por primera vez en el diccionario de la RAE en el año 2001)
- Secreto
 - Reserva o sigilo. Cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta. Conocimiento que exclusivamente alguien posee de la virtud o propiedades de una cosa o de un procedimiento útil en medicina o en otra ciencia, arte u oficio
- Secreto profesional
 - Deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como los profesionales sanitarios, los abogados, los notarios, etc., de no revelar los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión.

Para Aristóteles el ser humano es un animal social, su lugar es la Polis y ello quiere decir que su ámbito vital es público, pero al mismo tiempo el hecho de ser persona le confiere una dignidad y en virtud de esta última la persona disfruta de intimidad.

Estos dos aspectos se podrían considerar como dos círculos y que estarían “separados” por otro círculo o esfera que sería la privacidad. Esto trasladándolo a la realidad cotidiana, podríamos hacer un símil diciendo que la esfera pública sería la calle, la plaza (el ágora de los griegos). Una vez pasada la puerta de entrada de la vivienda entraríamos en la esfera de la privacidad que se podría entender como el ámbito familiar y adentrándonos más hacia el interior llegaríamos al dormitorio en donde podríamos situar la intimidad. Es decir la tres esferas forman un continuum, que va de lo público a lo privado y lo íntimo. Y este último abarca el espacio personal e inaccesible, es decir, el fuero interno de cada individuo.

Tres círculos que están diferenciadas entre sí, pero no totalmente aislados unos de los otros y sus límites son permeables. La intimidad va ligada a la dignidad y a los derechos humanos: la persona tiene dignidad y en virtud de ello tiene derecho a la intimidad que hay que respetar. Por otro lado la esfera pública hace que seamos portadores continuos de información. Esta información no solo es mediante la palabra sino que incluye el lenguaje no verbal, nuestras actitudes etc.

Ernesto Garzón Valdés, frente a la existencia de una tendencia real, material, tecnológica y mental

que tiende a difuminar estas distinciones entre lo privado y lo público, desarrolla y adapta estos conceptos a la sociedad actual en un artículo publicado en la revista claves de la Razón Práctica y en Cuadernos de transparencia del Instituto Federal de Acceso a la Información pública (ifai) de México.

Debido a esta naturaleza social de la persona, los demás tienen información sobre nosotros que en gran parte suministramos de forma voluntaria. Así podemos comunicar fecha de nacimiento, edad, estado civil, profesión etc., lo cual no traspasa el ámbito de lo privado.

Sin embargo el desarrollo tecnológico hace que determinadas informaciones como nuestra tendencia sexual, nuestras creencias, nuestra historia clínica, etc., pueden proporcionar datos que caen dentro de los límites de la intimidad y que por este desarrollo tecnológico es más fácil que se hagan públicas, es decir la tecnología se convierte en un vehículo que permite pasar de una esfera a la otra con una mayor facilidad y en muchas ocasiones sin que hayamos dado nuestro permiso, y por tanto quebrantar el derecho a la intimidad.

Todo aquello que pertenece al ámbito de la intimidad tiene carácter confidencial. La confidencialidad hace siempre referencia a la información, del tipo que sea. Lo que el derecho a la confidencialidad protege es el uso de esa información íntima por cualquiera distinto de la propia persona a la que pertenece esa información, o que no haya sido autorizado por ella.

La confidencialidad tiene sus raíces en la práctica humana de compartir y guardar secretos. En los niños, el deseo de guardar un secreto es manifestación de un sentido emergente del yo. El deseo de compartir un secreto nace de la necesidad de mantener o de establecer relaciones íntimas con otro. La confidencialidad se relaciona con la comunicación de información personal y privada de una persona a otra en la que se espera que el receptor de la información no exponga la información confidencial a terceras personas.

La privacidad y la confidencialidad son similares en cuanto que ambas aparecen como el polo opuesto de la idea de “lo público”: lo que es privado y confidencial no es público. Sin embargo, la confidencialidad y la privacidad no son lo mismo. Abandonar la privacidad personal es una precondición para establecer la confidencialidad. La confidencialidad requiere una relación de al menos 2 personas en la que al menos una de ellas expresa o manifiesta datos privados a la otra. La expectativa de confidencialidad nace de la relación especial entre las partes, creada por sus roles respectivos (médico-paciente, abogado-cliente) o por una promesa explícita .

Además, en medicina es frecuente confundir “confidencialidad” con “secreto” y pensar que este tema ha formado parte de la ética de la profesión médica desde siempre o, al menos, desde el comienzo de la medicina occidental. Como muestra suele citarse el párrafo del Juramento hipocrático que dice: “Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto”.

El secreto médico o secreto profesional ha estado presente en la práctica de la medicina desde la antigüedad. Ya en los tiempos de Hammurabi, 2500 años antes de Cristo, se contemplaba la obligación de guardar secreto y es hace 24 siglos cuando, como puede verse en el párrafo anterior, el juramento hipocrático lo describe con claridad. También recogen el tema los primeros códigos de ética médica y así lo hacen también, con las debidas adecuaciones históricas, todos los códigos de ética tanto de la medicina como de las más recientes profesiones de la salud.

Pero el secreto actual es muy distinto del secreto que consagra el mencionado párrafo, en este, es el médico el que decide qué cosas deben permanecer secretas y cuáles otras no. El secreto era entonces un deber del buen profesional, y no se relacionaba con el derecho del paciente a la confidencialidad de sus datos. El paciente no tenía derecho a la confidencialidad. Diferenciar confidencialidad y secreto es importante. Son dos cosas distintas.

El hecho de que el término confidencialidad sea casi un neologismo, demuestra que esta doctrina del deber de secreto y el derecho a la confidencialidad es muy nueva. Antes de ella existía el deber de

secreto, y más en concreto el secreto profesional, pero no tenía una correlación con un derecho. Esto significa que durante mucho tiempo, el secreto profesional, es decir la discreción en el uso de los datos a cuyo conocimiento se llegaba a través de la relación profesional, era un deber de quien ejercía correctamente su profesión, pero no un derecho del ciudadano, en nuestro caso del paciente. Esto es fundamental no perderlo de vista. Así, por ejemplo, en el texto antes citado del Juramento hipocrático, es el propio médico el que ha de considerar qué cosas debe revelar y cuáles otras debe mantener en secreto. No es el paciente quien decide, sino el propio profesional. De ahí que ese secreto, por más que sea profesional, no es comparable al actual. Más que de secreto profesional, en el sentido estricto del término, hay que hablar, en todo ese tiempo, de “deber de discreción” o “deber de sigilo”.

El médico pudo guardar el secreto, durante todo este tiempo, en parte porque los tribunales de justicia nunca acudían a él como perito. De hecho, la legislación medieval no obligaba al profesional a declarar ante los tribunales de justicia. Y así fue hasta muy entrado el siglo XVIII en que excepcionalmente el médico era consultado en casos muy extraordinarios de hechicería, envenenamiento, agresiones violentas o pleitos eclesiásticos, y siempre como simple testigo. Pero nunca se le obligó a revelar secretos conocidos por él en el desarrollo de su actividad profesional.

El desarrollo histórico de la privacidad y confidencialidad se relacionan con el reconocimiento de los derechos a la libertad de conciencia en el siglo XVIII, es a finales de este siglo cuando el secreto comienza a verse no como un deber del profesional sino como un derecho del ciudadano, y se produce un gran acercamiento entre la medicina y el derecho. El derecho a la libertad de conciencia estrenado en el s. XVII se entendía no sólo como libertad religiosa o política, sino también como respeto a la intimidad de la persona y a la no divulgación de los datos que sólo a ella pertenecen. El derecho a la intimidad surge, pues, en el momento en que las sociedades comienzan a admitir el pluralismo, que es siempre pluralismo de valores y de creencias. En su evolución también ha influido el derecho al honor y a la honra. Si bien lo íntimo de las personas incluye todo lo personal, hay ciertos hechos e informaciones que tienen carácter más sensible y entre ellos tiene un lugar preponderante lo que se refiere al cuerpo, la forma de vida, las conductas y las enfermedades. Lo anterior explica que una de los ámbitos más relevantes en cuanto a intimidad, confidencialidad y secreto sea el de la salud.

A lo largo del s. XIX se va imponiendo la tesis de que el derecho al secreto debe tener sus excepciones, entre ellas la administración de la justicia porque, si no, se condenaría a la Justicia a un nivel de subdesarrollo incompatible con su función.

Este concepto va evolucionando, y es en las últimas décadas cuando el secreto como deber del médico se ha perfeccionado con la conciencia del derecho de las personas a ser respetada en su intimidad en todo lo que concierne a su salud.

Sin embargo, la práctica social y también la realidad del ejercicio de las profesiones de la salud muestran que la intimidad de los enfermos se ve vulnerada a diario. La razón está en que la sociedad trivializa el respeto a la privacidad de las personas y los profesionales, como parte de esta misma sociedad tienen comprensión y conocimientos insuficientes al respecto. El propósito de este apunte es clarificar conceptos y contribuir a que los estudiantes de las profesiones de la salud incorporen desde ya la debida actitud de respeto a la intimidad y a la autonomía de las personas. Sólo así podrán ser profesionales en quienes los pacientes depositen la debida confianza que es una cualidad indispensable para una buena relación clínica.

En este concepto desarrollado, existen una serie de aspectos que hay que clarificar:

Intimidad, el término procede de “*intimus*” que es lo interior que cada uno tiene o posee y que se

aplicó originalmente al área de lo religioso o moral. Pero, actualmente, su campo se amplía y se refiere al entorno inmediato del individuo, a lo que ha sido reservado libremente por la persona frente a la posible intromisión de otros. El ámbito de lo privado o íntimo supone por lo tanto que el individuo sea reconocido como persona y que tenga sus atributos, específicamente conciencia de sí mismo y capacidad para ejercer su libertad. La intimidad es así parte constitutiva de la persona humana y adquiere importancia también para el desarrollo psicológico y maduración personal como condiciones necesarias de toda relación interpersonal. De esta manera la intimidad o privacidad constituye una necesidad primordial y un derecho fundamental del individuo. En resumen, podríamos decir, que la zona más sensible de la intimidad lo constituyen los datos relativos a la salud, las relaciones afectivas, las relaciones sexuales y las relaciones de confianza.

El término ha recorrido un largo camino, hasta llegar al concepto actual, era un término sin autonomía propia y siempre ligado a los conceptos de conciencia, religión, moral, etc . Y solo en los últimos 60 años, se ha constituido como un término independiente y con entidad propia.:

- En los siglos XVI y XVII, aparece esporádicamente en la literatura y siempre asociado a términos religiosos, sobre todo de temática ascética, y refiriéndose al lugar más recóndito del alma.
- En los siglos XVIII y XIX, se seculariza y se aplica generalmente a relaciones amorosas.
- En el siglo XX, se considera un derecho humano que adquiere gran relevancia

La relevancia del derecho a la intimidad, como una condición de la persona, es tal que, al igual que otros derechos fundamentales, ha sido históricamente reconocido de manera explícita en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, que dice textualmente: nadie será objeto de intromisiones arbitrarias en su vida privada, su domicilio o correspondencia ni de daños a su honor o reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales intromisiones o daños.

Se reconoce así a toda persona, por el sólo hecho de serlo, el derecho al honor y a la honra. Esta es la base de muchas leyes de protección de lo privado existentes en la mayoría de los países, las cuales van más allá de la protección de la propiedad privada. En medicina deberíamos entender la privacidad como el derecho del individuo sobre su intimidad física y psíquica.

La intimidad admite diferentes niveles que resulta importante distinguir. **Intimidad observacional** que se refiere al derecho de no ser indebidamente observados en su vida privada, **intimidad informacional** que es el derecho a que la información que contiene datos privados o sensibles no sea difundida, y un nivel de **intimidad decisional** que es el disfrute de la autonomía en las decisiones de la vida privada. De esta manera observar la vida privada de otro, difundir información sensible o decidir por otro constituyen intromisiones a la intimidad o violaciones al derecho personal a la privacidad, toda vez que estos actos no hubieren sido libremente autorizados por la persona. Ejemplos de lo anterior son cotidianos en la vida social o familiar, pero lamentablemente también en el ejercicio de las profesiones de la salud.

Del derecho a la intimidad surge la confidencialidad como valor y como atributo de la información que contenga datos personales. También se entiende por confidencial todo lo que se hace o se dice en *confianza*, que es lo que uno se fía del otro. La confianza es así una cualidad esencial en la amistad, en base a la cual contamos a un amigo hechos que no contaríamos a otro ni menos aún en público. De esta manera cada individuo a lo largo de su vida va definiendo qué quiere compartir y con quién. Sin embargo al enfermar tendrá que desnudar no sólo su cuerpo sino también su vida y confiar en el médico que lo puede ayudar y posiblemente curar. Este atributo de confianza es por lo tanto la base de la relación entre médico y enfermo de manera que llega a ser una condición sine qua non: en la que se asume que el profesional sanitario trata con lo más íntimo del paciente, esto es, su cuerpo, su psiquis y su biografía. No es por lo tanto posible una buena relación médico paciente sin

una confianza mutua, hecho que actualmente va más allá de la relación de confianza entre un profesional y un paciente, sino entre éste y toda la red de relaciones personales necesarias para su atención, lo que hoy conocemos como relación clínica.

De esta manera la confidencialidad o respeto estricto a lo privado del paciente debe entenderse como un deber del profesional. Es el concepto de *secreto médico* de acuerdo con el cual toda la información personal de un enfermo le pertenece a éste, le es confiada al profesional a quien acude buscando su ayuda, y es por lo tanto cuidadosamente guardada en forma reservada u oculta a los demás.

Esta confidencialidad de los datos referentes a la salud deriva del derecho que tienen las personas a la intimidad. Comporta la no divulgación de lo que sabemos de ellos debido a nuestra labor profesional. El respeto a la intimidad es un derecho fundamental ligado a la dignidad de la persona. Afecta tanto a lo que se nos dice como a lo que se puede deducir por observación, la exploración, las pruebas complementarias, los comentarios de casos clínicos o por otros medios. El ordenamiento jurídico y deontológico, desde el juramento hipocrático, nos obliga a ello de forma clara.

Las razones jurídicas y deontológicas son de suficiente peso por sí mismas pero, además, y sobre todo, la confidencialidad está asociada a la confianza en la discreción de alguien.

Se debe tener en cuenta que el mantenimiento de la confidencialidad es una herramienta imprescindible para conseguir realizar bien nuestro trabajo: si disponemos de la confianza plena de las personas, podremos acceder a datos que nos ayudarán en el diagnóstico y/o a comprender una situación determinada, de una manera mucho más fácil.

Contrariamente, si violamos la confidencialidad obtendremos como efecto secundario la pérdida de confianza en nosotros y, a menudo, de rebote, en toda la profesión sanitaria. Esta pérdida de confianza comportará que las personas nos den información limitada o "poco sensible".

En estos momentos el tema es todavía más relevante ya que la sociedad de la información y de las nuevas tecnologías hace que sea accesible mucha más información y de una manera mucho más rápida. También la misma tecnología puede y debe garantizar la confidencialidad de una forma más segura que antes.

Podemos decir que la confidencialidad se basa en tres pilares:

- El primero es el derecho a la intimidad, comentado antes, y que es un derecho que el paciente puede preservar hasta donde él crea necesario.
- El segundo, el de la confianza. Los pacientes necesitan tenernos confianza para explicar lo que les pasa. Los sanitarios somos confidentes necesarios y, por tanto, estamos obligados a guardar el secreto profesional.
- El tercero es la lealtad al paciente que nos debe obligar a respetar su intimidad y su autonomía.

La obligación de guardar la confidencialidad afecta tanto al personal sanitario, como al personal de atención al usuario. Afecta incluso a todo el personal que trabaja en el centro: personal de limpieza, informáticos, etc.

La doctrina del secreto profesional ha pasado por tres fases. En la primera, el secreto se identifica con el deber profesional de discreción o sigilo, no correlacionado con un derecho del paciente. La segunda, ya muy reciente, entiende el secreto como un deber del profesional y un derecho del ciudadano, de tal modo que es éste quien, salvo excepciones, puede dispensar de la obligación del médico de no revelar los datos relativos a su persona. Pero el tema ha seguido evolucionando. Durante las últimas décadas se ha subido un tercer escalón, en el que los datos relativos al cuerpo, a

la salud, a la enfermedad y a la sexualidad, son considerados como datos “sensibles”, que necesitan una “especial protección”.

Con este tipo de datos, pues, hay que extremar las precauciones, ya que afectan a lo más íntimo y propio de los seres humanos. Es evidente que nunca puede haber una protección absoluta, pero a los datos sanitarios hay que aplicarles toda la protección de que la sociedad y los individuos sean capaces. Esta calificación como datos “sensibles” necesitados de especial protección, es consecuencia no sólo de la mayor sensibilidad de la sociedad actual hacia todas las cuestiones relacionadas con la intimidad personal, sino también del gran avance tecnológico que ha hecho posible la vulneración de ese derecho a través de medios muy difíciles de detectar y que por ello mismo las más de las veces quedan impunes.

2) GLOSARIO

Confidencialidad: el término significa “lo que se hace o dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Así se denomina al derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto. La salvaguarda de la confidencialidad es un deber de la institución, responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos

Confidente necesario: todo aquel que queda justificado para conocer datos confidenciales de un paciente o usuario por ser su colaboración necesaria para asegurar la atención sanitaria y los servicios profesionales que hacen necesario recoger información confidencial

Datos de carácter personal: cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables

Documentación clínica: conjunto de soportes físicos, de cualquier forma, clase o tipo, en los que se contiene información clínica y asistencial

Estado de necesidad: caracterización jurídica de una determinada situación, recogida en el artículo 20 del Código Penal, en la que una persona, para evitar un mal propio o ajeno, lesiona un bien jurídico de otra o infringe un deber, siempre que:

- a) el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar;
- b) la situación de necesidad no haya sido provocada intencionalmente por el sujeto, y
- c) que el necesitado no tenga, por su oficio o su cargo, obligación de sacrificarse

Información clínica: cualquier dato que permita adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o el modo de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla

Intimidad: lo más interior y reservado de la persona o grupo familiar

Paciente: Todo aquel que requiere asistencia sanitaria porque necesita cuidados para el mantenimiento o recuperación de la salud

Privacidad: derecho de todo ser humano a determinar y controlar qué información sobre sí mismo es revelada, a quién y con qué motivo

El secreto natural es independiente de todo contrato, se extiende a todo lo que, ya sea descubierto por casualidad, por investigación personal o por confidencia, y no puede divulgarse. Aunque el depositario del secreto no haya prometido guardar sigilo, ni antes ni después de habersele

manifestado el hecho o de haberlo descubierto, está obligado a callar, en virtud del precepto moral que prohíbe perjudicar o disgustar a los demás sin motivo razonable.

El **secreto prometido** nace de un contrato, de la promesa de guardar silencio después de haber conocido el hecho, ya sea por casualidad, por investigación personal o por confidencia espontánea o provocada. Un mismo secreto puede ser a la vez natural y prometido. Será natural cuando la cosa de suyo requiera sigilo, pero si además va acompañado de una promesa, también será prometido.

El **secreto confiado** también dimana de una promesa explícita o tácita hecha antes de recibir la confidencia de lo que se oculta. Se le comunica que previamente ha prometido, expresa tácitamente por la razón de su oficio o al menos de las circunstancias, guardar silencio, y le es participado lo que se mantenía oculto, añadiendo que se le revela confiado en su promesa bajo el sello del secreto

Secreto profesional: compromiso que adquiere el médico, ante el paciente y la sociedad, de guardar silencio sobre toda información que llegue a conocer sobre el paciente en el curso de su actuación profesional. La palabra secreto hace referencia a “lo que debe mantenerse separado de la vista y del conocimiento de los demás”

Secreto derivado: es el compromiso de guardar secreto del personal no sanitario, que, indirectamente, por su trabajo administrativo, de gestión, etc. conoce la problemática del paciente y por tanto datos relacionados con la intimidad del mismo.

Usuario: persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, prevención de enfermedades e información sanitaria

3) MARCO ÉTICO

El abordaje de los problemas éticos en el marco de la bioética se puede realizar desde diferentes aspectos, dependiendo del paradigma en el que nos situemos. En nuestro entorno el método más usado es la deliberación moral, dentro de los cuatro principios jerarquizados propuestos por Diego Gracia. Según este los cuatro principios de la bioética se articulan en dos niveles, una ética de máximos en la que situamos autonomía y beneficencia y una ética de mínimos en la que nos encontraríamos con no maleficencia y Justicia social.

El deber de confidencialidad por parte del personal sanitario puede basarse, desde el punto de vista ético, en cualquiera de estos cuatro principios. El más obvio sería en el principio de autonomía, ya que, la preservación de la intimidad viene de la mano de la dignidad del ser humano y su libertad para gestionar su propia salud y su cuerpo.

Muchos autores, consideran que el respeto a la autonomía es la base más importante para el fundamento ético de la salvaguarda de la confidencialidad. Esto implicaría que sin confidencialidad no habría privacidad, y sin ella se pierde el control de propia vida y por tanto de la situación os datos relacionados con la salud. En la relación clínica existe una relación recíproca entre el derecho del paciente a preservar su intimidad y el deber del secreto por parte del profesional sanitario. Esto debe dar lugar a la toma y puesta en marcha de medidas adecuadas para la protección de los datos sobre la salud.

La sola fundamentación en la autonomía nos plantearía problemas en aquellos casos que sufren limitaciones o carecen de ella, cosa que no ocurre cuando el fundamento es el respeto a la persona y a su dignidad. Por eso no corresponde al profesional sanitario decidir qué se puede divulgar y qué no, sino el paciente que es el propietario de los datos. Este aspecto es lo que diferencia el concepto hipocrático del secreto profesional del concepto actual relacionado con el deber de confidencialidad.

Pero el principio de confidencialidad puede implicar, también, al de no maleficencia, pues no guardar el secreto puede causar daño físico, psíquico o social al paciente. Al mismo tiempo el mantenimiento de una confidencialidad a ultranza, que muchos autores defienden y que evitaría en gran medida el riesgo de causar el daño al paciente antes aludido, podría generar daños a terceros suscitándose un conflicto entre no maleficencia y Justicia.

En esta fundamentación ética de la confidencialidad y del secreto profesional aparece un aspecto muy importante, representado por una relación de confianza de la que se espera una respuesta de fidelidad, y que constituye un *pacto implícito en la relación clínica*. Este pacto tácito puede entenderse como un auténtico contrato según el cual se intercambia información, propiedad del paciente, con la condición de que sea utilizada exclusivamente para su atención sanitaria. Es sobre este supuesto que se estructura el deber del secreto profesional como expresión máxima de la confidencialidad que el profesional debe a toda la información el paciente le proporciona, de uno u otro tipo, y sin más límite que el posible daño a terceras personas o el bien de la comunidad.

Hay una tercera razón para justificar la obligación de secreto es la *confianza social en la reserva de la profesión médica*. Si no existiera el compromiso de los médicos de salvaguardar la confidencialidad, los pacientes no irían a la consulta confiadamente. La falta de información derivada de esa desconfianza podría llegar a perjudicarle seriamente, tanto al enfermo como al resto de la sociedad. Se trata pues de una justificación utilitarista del deber de secreto.

La *lealtad* es otro aspecto a tener en cuenta como base del deber de confidencialidad y del secreto. Se espera que el profesional sanitario y sus colaboradores hagan uso de la información únicamente para la finalidad para la que fue recogida. Como justificación ética es más exigente que la razón de respeto a la autonomía y la razón de cumplimiento de la promesa o pacto de la relación clínica. Además, resuelve mejor el problema que se planteaba con los pacientes con capacidad limitada o ausente. Por su parte, la razón de garantía social indispensable para la práctica de la medicina, como argumento utilitarista para justificar el deber de confidencialidad, también fundamenta la necesaria lealtad del médico para preservar la privacidad de la relación médico-paciente.

En la actualidad y tras la declaración de los derechos humanos, se ha reafirmado que la relación clínica está basada en el reconocimiento de la dignidad de la persona y el respeto a la autonomía del paciente. El médico no podría cumplir su misión si las confidencias recibidas no estuviesen aseguradas por un secreto inviolable, necesario para defender un bien fundamental de la persona, como es el derecho al respeto de la intimidad.

El secreto profesional viene exigido por el bien común o de la sociedad y esta dimensión social se sustenta en el principio de justicia, que es la responsable de las circunstancias éticas que limitan la confidencialidad⁶.

Dos situaciones limitan el secreto profesional: la preocupación por la seguridad de otras personas y la preocupación por el bienestar público.

4) MARCO DEONTOLÓGICO

Los códigos deontológicos son el resultado de una larga tarea de selección de normas y criterios mediante los cuales los profesionales quieren regular la práctica de su profesión. La medicina es una de estas profesiones, siendo quizás, la que más larga tradición tiene en este tipo de códigos, cuyos orígenes se encuentran en la época griega con el juramento hipocrático, y que posteriormente ha ido evolucionando hasta llegar a los códigos de ética y deontología actuales. Hoy en día, prácticamente todas las profesiones sanitarias, tienen su propio código deontológico. A continuación se enumeran algunos de diferentes grupos profesionales sanitarios, en todos ellos se contempla el deber de

guardar secreto y el derecho a la intimidad de los pacientes como una de las reglas básicas del ejercicio de la profesión.

- **Código de ética y deontología en fisioterapia** de la Comunidad de Madrid, de 17 de diciembre de 1999

Artículo 16. El/la fisioterapeuta respetará el derecho de los pacientes a la intimidad y mantendrá en secreto toda la información que reciba en razón de su actuación profesional y sólo podría utilizarla, sin divulgar los datos personales que conozca, con finalidades docentes o estadísticas con el consentimiento del usuario. La muerte del paciente no exime al fisioterapeuta del deber del secreto.

- **Código Deontológico de la Profesión de Enfermería** (Madrid, 14-7-1989): Capítulo III: Art. 19-21

Artículo 19. La enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20. La enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

- **Código de Ética y Deontología Médica- OMC** (Madrid, Julio 2011): Capítulo V. El secreto profesional del médico: artículos 27-31

Es el más explícito y el que dedica más artículos a la confidencialidad y el secreto profesional y desde el artículo 27 hasta el artículo 31, describe los diferentes aspectos del deber de confidencialidad y el secreto profesional. Así, por ejemplo:

Artículo 27

1. El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.
2. El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.
3. El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional.
4. En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa.

Artículo 28

1. El director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos.
2. El médico procurará que en la presentación pública de documentación médica en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente.
3. Está permitida la presentación de casos médicos que hayan sido fotografiados o filmados para fines docentes o de divulgación científica habiendo obtenido la autorización explícita para ello o conservando el anonimato.
4. Cuando se produzca algún problema de salud en personas de notoriedad pública el médico responsable de su asistencia o el designado específicamente para ello, podrá facilitar

información haciendo constar la autorización de la persona afectada o responsable de la misma. Extremará en todo caso la prudencia en su labor informativa.

5. La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional.

Artículo 29

1. El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional.
2. En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico tiene el deber y responsabilidad de preservar la confidencialidad del total de los datos conocidos del paciente.
3. El médico debe tener una justificación razonable para comunicar a otro médico información confidencial de sus pacientes.

- **Código Deontológico del Consejo general de Colegios Oficiales de Psicólogos** (Madrid, 6-3-2010): Capítulo V De la obtención y uso de la información: Art 39-49, así, por ejemplo:

Artículo 39.- En el ejercicio de su profesión, el/la Psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente.

Artículo 40.- Toda la información que el/la Psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la Psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

- **Código de Deontología y Normas de Ética Médica del Consejo General de Colegios de Médicos de Cataluña** (Barcelona, 1-4-2005): Capítulo IV Del derecho a la intimidad y el secreto profesional": Art 29-44, así por ejemplo:

Artículo 29. El médico tiene el deber de respetar el derecho de toda persona a su intimidad en el bien entendido que los límites de ésta tan solo puede fijarlos el interesado. Por lo tanto, el médico, salvo expreso conocimiento del paciente o por deseo de éste, no debe permitir que personas extrañas al acto médico lo presencien, sin un motivo considerado justificado..

Artículo 30. El médico debe procurar que, en la presentación pública de documentación médica en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente.

Artículo 31. El médico tiene el deber de guardar secreto de todo lo que el paciente le haya confiado, lo que haya visto o haya deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional, y procurará ser tan discreto que ni directa ni indirectamente nada pueda ser descubierto

Artículo 36. El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores, sanitarios y no sanitarios, la más absoluta discreción.

- **Código de Ética de Enfermería del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Barcelona** de 1986: Capítulo II: Art. 23-29. Así, por ejemplo:

Artículo 23. El profesional de Enfermería deberá observar rigurosamente el secreto profesional manteniendo estrictamente reservada toda la información que el enfermo/usuario le haya confiado u obtenga en el ejercicio de la profesión. Protegerá, además, el derecho a la vida privada

de cada individuo. Ha de ser discreto en sus manifestaciones, de modo que ni siquiera indirectamente desvele lo que le haya sido confiado.

Artículo 24. Al compartir con los miembros del equipo el secreto profesional, se debe tener en cuenta que sólo es materia de comunicación, cuando interesa dar a conocer para la salud del paciente y solamente a quienes pueden ayudar a ello.

Artículo 27. En el momento actual en que nuestra sociedad tiende a informatizarse se ha de tener especial atención en mantener, en colaboración con todo el equipo, el secreto de los datos que permitan la identificación del enfermo a personas que persiguen otros fines que el propio interés del enfermo/usuario.

- **Código de Ética Profesional del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales** de 9 de junio de 2012, con una actualización en el 2014: Capítulo IV: Art. 48-29. Así, por ejemplo:

Artículo 48. La confidencialidad constituye una obligación en la actuación del/la trabajador/a social y un derecho de la persona usuaria, y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

Artículo 50. El secreto profesional de los/las trabajadores/as sociales se extiende a toda información confidencial cualquiera que sea la manera en la que se haya recabado. Se entiende por información confidencial aquella que es de carácter personal y que la persona usuaria no quiere que se revele. En caso de duda sobre la naturaleza de la información, el/la profesional podrá solicitar la confirmación de tal extremo a la persona usuaria, preferentemente por escrito, o pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica del órgano competente o de la estructura colegial.

Artículo 51. El/la profesional de trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

- **Código de ética farmacéutica y deontología de la profesión farmacéutica**, de 14 de diciembre de 2001. Artículo 18:

Artículo 18. El farmacéutico y sus colaboradores están obligados al secreto profesional. El farmacéutico protegerá y salvaguardará el derecho del paciente a la confidencialidad de sus datos.

Como puede verse en los diferentes códigos, existe una clara diferencia entre el deber de confidencialidad y el secreto profesional, ambos relacionados entre sí, y el derecho de los pacientes a la intimidad. Como puede verse, el primer concepto se encuentra en todos los códigos, mientras que, el derecho a la intimidad como tal, ya no aparece en todos ellos. Aunque hay que tener en cuenta que estos códigos son reglas autoimpuestas por los propios profesionales con el fin de que las actuaciones de sus profesionales sean las adecuadas desde el punto de vista ético y legal.

5) MARCO LEGAL

Hace ya 25 siglos, los textos hipocráticos incluyeron el deber de secreto como una obligación inexcusable del buen hacer del profesional médico. Esta exigencia hipocrática fue trasladada posteriormente a los códigos deontológicos de todas las profesiones sanitarias y, en la segunda mitad del siglo XX, dejó de ser un deber auto-impuesto por la ética profesional para convertirse

en un mandato legal que emana del respeto a la soberanía del paciente sobre su vida y su intimidad.

Desde el punto de vista jurídico el secreto médico nace de una promesa, que puede considerarse como un contrato, tácitamente formulada al conocer el facultativo una serie de informaciones confidenciales del paciente mediante el ejercicio de su profesión. Se apoya en una serie de principios jurídicos que regulan el secreto de acuerdo con diferentes criterios o doctrinas, que en las legislaciones de diferentes épocas y países determinarán los matices y limitaciones del secreto., y que han sufrido un gran desarrollo, especialmente, en los últimos 15 años.

Un hecho indicativo de la gran importancia de la intimidad de las personas es que, así como la gran mayoría de los derechos se extinguen con la vida del individuo, el derecho a la intimidad va más allá de la muerte, y, por tanto, no pueden hacer públicas realidades o aspectos pertenecientes al ámbito de la intimidad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (art.12) y la Constitución Española de 1978 (art.18) tratan la intimidad como un derecho fundamental del individuo y como tal está fuertemente custodiado en nuestro ordenamiento jurídico que contempla importantes sanciones económicas, inhabilitación profesional e incluso cárcel para quien lo vulnere (Código Penal, arts. 197-201).

En el ámbito sanitario las leyes más relevantes son la Ley General de Sanidad de 1986, la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal de 1999 (vigente hasta mayo 2018) y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Centrándonos en la legislación vigente actualmente en nuestro país, existe pluralidad de normas, de muy diferente rango, destinadas a proteger la confidencialidad de los datos relativos a la salud, tanto a nivel internacional, como comunitario, estatal y autonómico. Entre ellas tenemos:

a) Nivel internacional

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo), de 19 de noviembre de 1996, (ratificado en octubre de 1999) (artículo 10.1)

Declaración Universal sobre bioética y derechos humanos de 19 de octubre de 2005 (Artículo 9)

b) Ámbito comunitario

1. La Directiva 96/9/CE sobre protección jurídica de las bases de datos, extiende la protección de la Ley de Propiedad Intelectual a las bases de datos (quedará derogada el 25 de mayo 2018, por entrada en vigor del reglamento UE 2016/679)
2. La Recomendación N.R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los estados miembros sobre protección de datos médicos
3. Reglamento (UE) 2016/679 del parlamento europeo y del consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos

c) Ámbito estatal

1. Ley Orgánica (LO) 1/1982 de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen de 2 de mayo 1982

2. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, modificada en el tema de la intimidad y confidencialidad por la
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
4. LO 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, en mayo 2018 entrará en vigor el Reglamento (UE) 2016/679 y derogará la ley de protección de datos.
5. Ley 14/2007 de 3 de julio de investigación biomédica
6. Ley 32/2003 de 3 de noviembre, general de telecomunicaciones
7. Ley 34/2002 de 11 de julio, de servicios de la sociedad de la información y de comercio electrónico
8. Código penal 1995. Ley orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, en los artículos 197-199, donde se especifican las penas por las infracciones relacionadas con la vulneración de la intimidad, la confidencialidad o la divulgación del secreto profesional.

d) Ámbito autonómico

A nivel autonómico tenemos, sobre todo, el desarrollo a nivel autonómico de la ley 14/1986 y la 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Así tenemos, por ejemplo:

1. Ley 21/2000, de Cataluña, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica
2. Ley 3/2001, de 28 de Mayo, de la Comunidad Autónoma de Galicia, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes
3. Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (Artículo 11)
4. Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (Título III)
5. Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de la Rioja (Título II)
6. Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, de Navarra, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica
7. Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunidad Valenciana (deroga la 1/2003 sobre derechos e información al paciente)

El derecho a la intimidad, derecho fundamental reconocido por la constitución española de 1978, integra la intimidad física y psíquica y la confidencialidad. En el ámbito de la atención de salud, la confidencialidad se refiere a la correcta preservación de los datos personales que el paciente transmite al profesional sanitario para que éste pueda producirle el máximo beneficio posible.

La historia clínica (HC) informatizada, el almacenamiento, el procesamiento y la utilización de los datos sobre la salud requieren una regulación que aporte seguridad jurídica en los espacios que las nuevas tecnologías generan, para que no se cree una situación de indefensión con respecto a la intimidad de las personas frente al Estado o frente a terceros.

El derecho a la autodeterminación informativa supone el reconocimiento de un derecho de acceso y una disposición de la información y los datos que se encuentren almacenados sobre uno mismo.

Para adecuar la normativa española existente —Ley General de Sanidad— a las pautas que establece el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina del Consejo de Europa, se promulgó la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y

obligaciones en materia de información y documentación clínica. Tiene como fundamento, según reza el preámbulo, la intimidad personal del usuario y su libertad, para lo que resulta preciso garantizar la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios y la no discriminación.

La ley detalla el contenido mínimo de la HC de cada paciente —que tiene derecho a que conste por escrito “la información obtenida en todos sus procesos asistenciales”(artículo 15),e Incluye indicaciones sobre el uso por parte de terceros ligado al deber de secreto en el marco de la relación asistencial, con fines epidemiológicos, judiciales, de salud pública y en investigación.

El deber del profesional sanitario, debe dar la información al propio paciente y no informar a nadie, aunque sea la pareja, la madre, el hijo, etc., sin el permiso del propio paciente. Los motivos para acceder a la historia clínica, se resumen en el cuadro siguiente de” acceso a la historia clínica”

Acceso a la Historia clínica	
1.	Por motivo asistencial con libre acceso los profesionales asistenciales implicados del centro sanitario
2.	Por motivos epidemiológicos, estadísticos, de calidad asistencial, investigación y docencia. Tendrán acceso las personas que justifiquen alguno de los motivos referidos, y las condiciones para cumplimentar son las de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 14/1986 General de Sanidad. Salvo consentimiento del paciente, se preservarán datos de identificación personal
3.	Por requerimiento judicial (será necesaria la solicitud a través de oficio). El juez tiene acceso libre y la policía judicial tiene acceso restringido a datos administrativos, siempre previa identificación y realización de una diligencia. En procesos civiles tienen competencia los secretarios judiciales
4.	Para tareas administrativas y de gestión solamente tendrán acceso a datos relacionados con estas gestiones
5.	Mutuas y clínicas privadas tendrán acceso sólo con autorización del paciente
6.	Centros concertados y traslados a otros centros asistenciales de la red pública tendrán libre acceso al proceso asistencial que motiva la derivación o el traslado
7.	Los servicios de salud de prisiones tendrán libre acceso si sus profesionales están implicados en ese proceso asistencial
8.	No tendrán acceso los servicios sociales ajenos al centro sanitario
9.	El paciente tiene derecho a su HC, pero nunca en perjuicio del derecho de terceros a la confidencialidad de sus datos
10.	Los menores emancipados y los mayores de 16 años son titulares del derecho
11.	El representante legal debidamente acreditado puede solicitar la HC
12.	En caso de pacientes fallecidos se facilitará la HC, si lo solicitan, a familiares allegados o a miembros de unión de hecho, siempre que no exista prohibición escrita del paciente fallecido

Contempla también la obligación de conservar la documentación, que no tiene por qué permanecer en el mismo soporte original, y debe cumplir con los requisitos establecidos por la ley de protección de datos y posteriormente con el reglamento de la UE que la sustituirá, sobre la conservación de ficheros de carácter personal. El derecho de acceso a la HC por parte del paciente “no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente” y establece el derecho de oposición por parte de los profesionales de la salud al acceso a las anotaciones subjetivas (artículo 18.3). Por último, incorpora el principio de confidencialidad también en el ámbito de los derechos relacionados con la HC.

El contenido de las normas puede convertirse en un buen punto de apoyo, pero no en el único, que proporcione seguridad a la vez que argumentos. El recurso a las normas éticas y deontológicas, a las guías, a los protocolos o a las recomendaciones permite tener una visión de conjunto para proteger los derechos fundamentales, en este caso la intimidad y la confidencialidad, del ser humano en la práctica asistencial.

6) RECOMENDACIONES O CUESTIONES PRÁCTICAS

Todo lo expuesto con anterioridad está encaminado a evidenciar la importancia, tanto desde el punto de vista ético, como legal, a lo que se suma un componente deontológico impuesto por los propios profesionales, del derecho a la intimidad del paciente, como el deber de confidencialidad y el secreto por parte del profesional sanitario.

El secreto es un deber inherente a la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Se fundamenta en sólidos argumentos éticos y está recogido en todos los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, constituyendo su incumplimiento un delito tipificado y duramente castigado por la ley que reafirma el derecho de las personas a la intimidad y a la confidencialidad, si bien, no constituye una obligación absoluta, pudiendo revelarse información confidencial cuando existan razones fundadas para ello.

Por otra parte, se producen con cierta frecuencia situaciones conflictivas derivadas del desconocimiento del objeto y la extensión del deber de secreto y del olvido frecuente de dicha obligación. Por ejemplo, cuestiones de actitud, como hacer comentarios sobre las personas atendidas y sus circunstancias en áreas abiertas al público, o celebrar “sesiones clínicas” en la zona de admisión, constituyen comportamientos poco recomendables que pueden acarrear consecuencias graves. Además, la colisión de deberes que se produce entre el respeto a la intimidad de las personas y la revelación impuesta por la ley (denuncia o declaración sobre actos presuntamente delictivos) contribuyen a la incertidumbre.

Para lo cual, es conveniente seguir algunas recomendaciones cuando manejamos estos conceptos en la práctica diaria:

1. La intimidad es el derecho que tienen los pacientes a que los profesionales de la salud que tengan conocimientos de sus datos íntimos no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa.

De ello se deriva el secreto profesional, que es el deber del médico de guardar silencio sobre todo aquello que el enfermo le confíe o llegue a conocer sobre él en el transcurso de su atención, mientras el paciente no lo autorice o no existan exigencias suficientemente importantes para el bien público, la evitación de daño a terceros o el imperativo legal.

2. El respeto a la confidencialidad afecta a todo el proceso de comunicación: el titular de la información debe ser el paciente o sus familiares, el lugar donde se informa tiene que ser un espacio reservado y la custodia de la HC (escrita o informatizada) debe impedir que personas ajenas al proceso asistencial puedan acceder a ésta. Intentar siempre que sea posible, hacer partícipe al paciente la solicitud de información y que sea él quien la revele, o dé su consentimiento para ello.
3. Ante cualquier situación que plantee dudas, ponderar los principios éticos en juego y las consecuencias de los diferentes cursos de acción a elegir, sin olvidar que la finalidad asistencial es la que justifica el acceso a los datos del enfermo.
4. El derecho a la intimidad —derecho fundamental reconocido constitucionalmente— integra la intimidad física y psíquica y la confidencialidad. Datos sobre salud forman parte de la intimidad de

las personas y merecen una especial protección. El derecho a la autodeterminación informativa supone el reconocimiento de un derecho de acceso y disposición de la información y los datos que se encuentren almacenados sobre uno mismo.

5. Se deben conocer las preferencias del paciente con respecto a las visitas con el objetivo de saber quién debe ser el receptor de la información en cada momento y potenciar la participación de la familia en su atención.
6. La confidencialidad incluye el no dar información a personas del ámbito asistencial (propio o ajeno), excepto que el enfermo lo autorice o que el profesional esté directamente involucrado en el proceso asistencial. Esto incluye las compañías de seguros.
7. No se ha de dar información a los medios de comunicación (accidentes, agresiones, personajes públicos, etc.), excepto que haya una autorización expresa.
8. La legislación actual establece la mayoría de edad en salud a los 16 años, donde la presunción legal de consentimiento es absoluta, y es el titular del derecho a la información y a la confidencialidad sobre su persona. En el menor maduro, deben respetarse los mismos derechos siempre y cuando se haya considerado su competencia. El respeto a la confidencialidad deberá ajustarse a cada situación clínica en función de los riesgos derivados de ésta y de la competencia del menor que puede variar en el tiempo en un mismo individuo.
9. El tratamiento informatizado de los datos clínicos debe asegurar la confidencialidad, y el respeto del derecho del paciente a la intimidad, la integridad y la disponibilidad de éstos. Por esto, se debe trabajar con un nivel alto de seguridad sobre la base de un documento de seguridad, en donde se ha de identificar el responsable de seguridad. Todo profesional con acceso autorizado a datos relacionados con la salud de sus pacientes (clientes) ha de firmar un contrato de confidencialidad con arreglo a su lugar de trabajo.
10. El consentimiento informado es la base ética fundamental de la investigación clínica. En un EC intervienen varios agentes con obligaciones y derechos de confidencialidad: promotor, investigador principal, monitor, CEIC, encargado del tratamiento y sujetos del EC. El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustarán a lo dispuesto en la LOPD.
11. En caso de problemas procesales de la historia clínica, el profesional debería ser prudente y, si no se trata de procesos penales y no es él mismo el inculpado, no suministrar más datos que los estrictamente necesarios y relacionados con el litigio, manteniendo confidencial el resto de datos de la historia clínica del paciente.
12. En las tablas siguientes se pueden ver los deberes de los profesionales respecto a la intimidad y motivos por los que se viola este derecho.

Deberes de los profesionales sanitarios respecto a la intimidad

- Preguntar al paciente, al inicio de la relación clínica, si quiere ser informado y a quién más quiere que se informe.
- No informar (verbalmente ni por escrito) a nadie sin el consentimiento del paciente y a él según su deseo.
- Acceder únicamente a los datos de la historia clínica necesarios para un fin legítimo.
- Extremar el cuidado en la utilización de la HCI (no ceder claves, no dejar el programa abierto...).
- Evitar los comentarios sobre pacientes en lugares inadecuados o con interlocutores no autorizados.
- Tratar al paciente con consideración y respeto en cualquier situación.
- Proteger su intimidad física.
- Solicitar al paciente autorización explícita para todas aquellas actuaciones cuyo fin no sea procurarle asistencia (filmaciones, prácticas de estudiantes...).

Según Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. An Sist Sanit Navarr. 2006; 29 (supl. 3) 49-59

Motivos por los que se viola el derecho a la intimidad

Se viola el derecho a la intimidad de las personas y/o el deber de secreto profesional cuando:

- Se desvela información a una tercera persona no involucrada en el cuidado del paciente.
- Se desvela la estancia en el hospital, centro de salud de un persona famosa o conocida
- Se obtienen imágenes (fotografías, filmaciones) sin consentimiento expreso del paciente
- Se consultan datos en cualquier documento clínico sin intención de prestar asistencia sanitaria/investigación
- Se abandona la historia clínica de manera que cualquier otra persona pueda tener acceso a ésta
- Se introducen datos en una historia clínica informatizada sin utilizar medidas de seguridad

Según Terré Rull El secreto profesional y la protección de datos de carácter personal. Matronas Prof 2002; 3:36-39

13. El secreto profesional abarca a todo el equipo asistencial, no atañe solo al personal sanitario (facultativo, enfermería, etc.), afecta también, de manera compartida o derivada, a otros colaboradores implicados en los cuidados de la salud. En la asistencia colaboran muchas personas que sin ser personal sanitario (personal administrativo, de limpieza, oficios varios, etc.) o bien estudiantes. La necesidad de dar asistencia o de aprender en situaciones reales justifica su participación y están obligados a guardar el secreto al igual que los profesionales sanitarios.
14. Una atención especial merece la utilización de datos o, sobre todo, de imágenes del paciente con finalidad didáctica o de investigación. La filmación de intervenciones quirúrgicas, las fotografías de lesiones o los resultados de pruebas iconográficas en general (radiografías, TAC, RM, gammagrafías, preparaciones histológicas, fotografías endoscópicas, etc.) forman parte de los datos del paciente y por tanto utilizarse con el consentimiento del paciente, pero siempre que no tengan datos de filiación visibles que permitan identificar a la persona.
15. El tratamiento indebido de los datos, especialmente protegidos, además de lesionar el derecho fundamental a la intimidad y la protección de datos, podría suponer la lesión de otros derechos fundamentales (artículos 10 y 16.2 de la constitución española de 1978) y está recogido como delito en el código penal (LO 10/1995 de 23 de noviembre) artículo 197.2
16. La ley de protección de datos exige la prestación del consentimiento previo e inequívoco del afectado para el tratamiento de sus datos

ASPECTOS SOBRE CONFIDENCIALIDAD EN LA PRÁCTICA DIARIA

Según el grupo de ética de la SCMFC, existen una serie de aspectos sobre los que es necesario reflexionar:

Compartir información clínica.

Los datos clínicos de un paciente sólo deben de ser accesibles a la persona que el paciente ha aceptado como profesional al que hacerle sus consultas, y que constituirá el profesional sanitario de referencia. En caso de ausencia de este profesional, los datos de la historia clínica garantizan la continuidad de la atención entre profesionales, lo que redundará en beneficio del paciente.

El ciudadano debe saber (información oral cuando sea necesario y, sobre todo, información escrita: posters, trípticos, etc.) que los datos de su historia clínica pueden ser consultados por diferentes profesionales, siempre que estos participen en su atención.

Este mantenimiento de la confidencialidad se ve dificultada por la excesiva rotación de profesionales que atienden a las personas, lo que puede originar una disminución de la confianza que depositan los pacientes en los profesionales.

Para una correcta atención, la información se debe compartir con las personas que tendrán que hacer un seguimiento del paciente. Si esta información es necesario compartirla con otros profesionales, se compartirá solo la parte que sea estrictamente necesaria, no es necesario compartir toda la información, y en ningún caso debemos hacerlo, con todos los profesionales.

En las sesiones clínicas, o cuando se quiera comentar el caso con otro profesional, se deben evitar los datos que identifiquen al paciente. Si es necesario que ratifique u opine sobre un hallazgo de la exploración física, se deberá pedir, de forma sencilla, el consentimiento al paciente; por ejemplo: *“Si le parece bien comentaré su caso con... Me gustaría que mi compañero o compañera también la explorase, si no tiene ningún inconveniente...”*

Es evidente que, en ningún caso, las enfermedades y los pacientes no pueden ser objeto de tertulia, aunque seamos sanitarios o seamos conocidos de la persona de la que se habla.

Confidencialidad informática.

Con la progresiva informatización de las historias clínicas también hay que velar para que el acceso a la información se haga con las mismas garantías de seguridad y confidencialidad, que puede tener una historia clínica en papel.

La informática debe garantizar el derecho a la confidencialidad de forma evidente ya que, el riesgo de que se pueda violar es más alto por el hecho de que el acceso a la información es mucho más rápido. La ley 15/1999 de 23 de diciembre (Ley de Protección de Datos) establece que tiene que haber mucho rigor en las medidas de seguridad.

En los sistemas de soporte electrónico se deberá garantizar:

- Acceso a los datos sólo por parte de los profesionales que autorice el paciente.
- Que haya datos reservados sólo al profesional que le atiende habitualmente.

- Que haya espacios reservados para el profesional para sus anotaciones subjetivas que le pueden ayudar en el estudio y seguimiento posterior del paciente, como prevé la Ley 21/2000 de la Generalitat de Catalunya y la Ley 41/2002 del Estado.
- Acceso a niveles diferentes según la necesidad de información del profesional que acceda.
- Asegurar todos los controles de uso que reclama la LOPD.

Se deben evitar algunas prácticas con el ordenador que ponen en riesgo la confidencialidad, como dejar el programa de la historia clínica abierto sin estar en la consulta con la posibilidad que un paciente vea información de una visita anterior, o marcharse sin cerrarlo o, para ponerlo más fácil, se deja la llave de acceso escrita en un papel o se cede a otras personas (aunque sean profesionales). Se deben introducir algunos hábitos en el uso del ordenador, como por ejemplo:

Prácticas recomendables en el uso del ordenador

- No debemos compartir nombres de usuario y contraseñas ni dejarlos visibles
- Siempre debemos entrar con nombre de usuario y contraseña, aunque encontremos la sesión del programa informático abierto por otro profesional
- Siempre debemos cerrar el programa y el ordenador cuando nos vamos. Si salimos un momento de la consulta, minimicemos la pantalla
- Debemos insistir una y otra vez a nuestros compañeros de la importancia de seguir las normas de seguridad

Los “papeles” prescindibles e imprescindibles.

Con la informatización de la historia clínica, se plantea la necesidad o no del manejo del papel con información confidencial, aquí se incluirían los informes, la solicitud de visita, hojas de interconsultas, listados, etc. Esto es, cualquier documento o “papel” que contenga la mencionada información. Una receta lleva un nombre de una persona y un medicamento, a través de él podemos saber la patología del paciente incluso sin conocimientos médicos; por ejemplo, si es una receta de insulina, sabremos que es una persona con diabetes. Un parte de baja nos hace saber que aquella persona no está trabajando, una derivación a un servicio hospitalario da información clínica, etcétera.

Y, a menudo, quedan encima de la mesa o circulan de mesa en mesa sin una mínima protección.

Debemos intentar que los informes queden cerrados o sin información visible, que en nuestras mesas no haya información de la visita anterior, que no haya errores en la entrega de recetas u otros documentos.

Sin embargo, con la informatización, muchos papeles que se imprimían dejan de ser “imprescindibles” y pueden ser “prescindibles”. La tecnología ha facilitado la obtención de listados que pueden contener información confidencial (listados por enfermedades, , con una determinada medicación, listas de quirófano, etc.) En algunos casos su uso puede incumplir las leyes de protección de datos, pero en otros pueden ser necesarios para mejorar la atención de un profesional a sus pacientes. Incluso, en este último caso, pueden quedar guardados en un cajón o encima de una mesa.

Antes de generar un listado debemos hacernos las preguntas que podemos ver en la siguiente:

Preguntas previas a la generación de cualquier listado de pacientes

- ¿El listado sólo incluye a mis pacientes?
- ¿Su uso es imprescindible para mejorar la atención directa a estos pacientes?
- ¿Es la única manera de acceder a esta información?
- ¿Tengo solucionada la salvaguarda del listado y su destrucción posterior?

Sólo en el caso de responder afirmativamente a todas las preguntas, podemos plantearnos la generación del listado.

Cuando alguien pregunta o habla de la salud de otro.

Todos tenemos claro que **no** podemos dar información clínica a una tercera persona. Pero esto se suele complicar... Es muy frecuente que los hijos se interesen por los padres (o al revés) sin la presencia del interesado. No debemos caer en la trampa: tampoco en estos casos podemos facilitar la información (a no ser que dispongamos de la autorización explícita o implícita del paciente). Es útil aprovechar estas situaciones para hacer pedagogía del tema agradeciendo el interés por las personas y explicando que no podemos hablar de ello. Es necesario recordar que esto vale para padres, hijos, parejas, amigos, es decir... ¡para todo el mundo!

¿Y si alguien nos pregunta si ha venido alguien a visitarse? La respuesta es la misma: tampoco tenemos que dar esta información.

Cuando alguien nos habla de la salud de otro.

Se pueden tener en cuenta dos aspectos, que conllevan dos actitudes diferentes, por un lado, se puede escuchar lo que se nos dice pero sin hacer ningún comentario, conozcamos o no la información. O bien por otro lado, ir con cuidado con el uso de la información recibida puesto que la hemos recibido en una consulta de forma confidencial. Siempre hay que aclarar con el informante si podemos comentar con el interesado la información que nos ha proporcionado.

El teléfono y la confidencialidad.

A veces, cuando se da hora a alguien por teléfono y al mismo tiempo se atiende a alguien en el mostrador, quien está al teléfono puede escuchar información del otro paciente. Si se le deja en espera hay que ponerle el mensaje o la música de espera o evitar que pueda oír lo que se dice.

Una situación similar se puede dar si algún profesional atiende en la consulta una llamada de otro paciente. Además de interrumpir la consulta hay un alto riesgo de dar información que llegará al paciente que tenemos sentado al otro lado de la mesa y con el que estamos pasando visita.

Cuando se habla con un paciente por teléfono sobre un resultado u otros aspectos, hay que asegurarse de que el interlocutor que se encuentra al otro lado del teléfono, es él mismo, puesto que no hacerlo sería una de las formas más ingenuas de violar el secreto.

Si somos nosotros quien llamamos, por ejemplo para avisar del resultado anormal de una analítica, y el paciente no está, lo mejor será dejarle aviso de que nos llame cuando pueda.

Además, para cualquier utilización de los datos generados durante la hospitalización del paciente, es necesario el consentimiento previo e inequívoco del interesado, por lo que en ninguna situación se dará información relativa a una persona en concreto, a no ser que esta haya dado su consentimiento de manera inequívoca para poder dar información sobre el ingreso, por lo cual, sería interesante que se le preguntara en el momento de realizar la toma de datos para el ingreso. Solamente en el caso del que paciente hubiera ingresado por accidente grave o con pérdida de conciencia y, por tanto, no ha podido dar su consentimiento inequívoco, se podrá dar información sobre si se encuentra o no en el hospital.

En el caso de la centralita telefónica, no debería darse ningún tipo de información y transferir las llamadas a los puntos de información o en su defecto a admisión de hospitalización o de urgencias.

Visitas “para otra persona”: recogida de resultados, recetas, solicitud de certificados, comprobantes de visitas...

Estas situaciones pueden ser muchas y variadas: el cuidador que recoge las recetas para el enfermo, el paciente que necesitaba un justificante y no lo recogió (y quien lo solicita y recoge es una persona distinta del paciente), el familiar que viene a buscar el impreso de incapacidad temporal, etc.

El criterio general también tiene que ser el de no facilitar información a otra persona distinta del paciente, si no hay unas circunstancias que nos obligan a hacer la excepción.

En estos casos, el conocimiento de las circunstancias o la autorización previa implícita del paciente nos lleva a aceptar la participación de una tercera persona. Se pueden evitar dudas preguntando con antelación si otra persona vendrá en su lugar.

En todos los casos tenemos que garantizar que hay autorización implícita del paciente. Una manera puede ser que traiga la tarjeta SIP del paciente. En caso de duda, hay que mantener la norma general.

Las enfermedades de los profesionales sanitarios compañeros y la confidencialidad.

A menudo se confunde interés por un compañero enfermo con la necesidad de tener información sobre la patología. Podemos preguntarles si les podemos ayudar o si les hace falta algo, sin conocer o averiguar qué les pasa exactamente. Y es necesario que el compañero-paciente dé la información a quién quiera, y, al dársela, no nos autoriza a hacer difusión de ella. El riesgo de violar el derecho es más alto; por lo tanto, hay que ser aún más estrictos. A menudo se nos presenta un problema cuando los pacientes de un compañero enfermo quieren saber qué le pasa, si es una baja larga, cuando volverá a visitar... Tendríamos que preguntar siempre al interesado qué información quiere que demos a la población. No debemos alegar o comentar sobre las enfermedades de los compañeros.

La consulta con múltiples profesionales (médico/enfermero/estudiante/residente...).

Hay que preguntar al paciente si tiene algún inconveniente en la presencia y participación de otros profesionales además del médico que lo atiende. Se debe dejar claro a las personas que están en la consulta que están obligadas a mantener el secreto profesional. No tenemos ningún derecho a obligar a un paciente a revelar sus síntomas y datos personales en las consultas: la intimidad es un derecho del paciente.

En todo caso, si tras pedírselo, acepta la presencia de otro profesional, nos está haciendo un favor por el cual le tenemos que dar las gracias. Podría ayudar el hecho de que en el centro hubiera una nota explicativa sobre la existencia de personal en formación, pero también se debe informar a los usuarios el derecho indiscutible a pedir visita reservada con su profesional y sin la presencia de estudiantes u otros profesionales no directamente implicados en su asistencia. Habría que hacer pedagogía sobre la conveniencia de permitir la presencia de estudiantes de pregrado y posgrado en las consultas y salas de hospitalización de los centros universitarios, pero siempre tutorizados y con la presencia de los propios profesionales.

Este derecho se reconoce en la Carta europea de los derechos de los pacientes (Roma 2002): *“Todo individuo tiene derecho a la confidencialidad sobre la información [...] así como a la protección de su privacidad durante la realización de los exámenes de diagnóstico, visitas de especialistas y tratamientos médicos o quirúrgicos en general”*. Y en la declaración de la OMS (oficina regional para Europa) de los derechos de los pacientes en Europa: *“las intervenciones médicas solo pueden llevarse a cabo cuando se muestra el respeto debido. Esto quiere decir que una intervención dada solo podrá llevarse a cabo en presencia de aquellas personas necesarias para la intervención, a no ser que el paciente de su consentimiento o requiera otra cosa”*.

También hay que tener cuidado en evitar la presencia de personal no necesario (policía, por ejemplo) en situaciones especiales (accidentes, detenidos, etc.).

La petición de información por parte de un familiar y/o amigo.

No se debe pasar por alto la importancia que tienen los familiares, que es mucha, y especialmente los cuidadores principales. La persona o personas que suelen acompañar al paciente o que conviven con él son un punto de apoyo tanto para el paciente como para el equipo sanitario, por lo cual su participación es necesaria y muy importante. Por ello, suele ser útil informar a los familiares y, en algunas fases, incluso casi es imprescindible para una mejor atención al paciente.

Pero se necesita dejar claro que el paciente es la primera prioridad, él es quien decide siempre. Normalmente desea que la familia esté informada. Pero si no lo desea, debe respetarse y mantenerse abierto a la familia para apoyarlos, aunque no se pueda darles información.

Por tanto, la información a la familia o amigo será posible siempre que el paciente haya dado permiso para ello. La negación de información, cuando procede, debe realizarse con gran tacto, puesto que la familia vive un momento de gran tensión emocional. Se deben distinguir dos situaciones bien distintas:

1. Cuando se nos pide información sin ningún consentimiento implícito o explícito del paciente. La respuesta es clara: nunca debe darse y se debe explicar que existe un deber de confidencialidad con el paciente. A veces, con ingenuidad, la persona que nos pregunta pretende obtener respuesta afirmando que al paciente no le importaría. Llegado a este punto, la situación se convierte en inmejorable para defender el derecho del paciente y

normalmente se acaba el diálogo con la respuesta: «Si a su pariente/amigo no le importa, más fácil será que se lo pregunte directamente y él mismo se lo explique».

2. Cuando nos vienen a recoger información con un consentimiento implícito del paciente (unas recetas, un informe que hemos realizado) se debe recomendar al paciente que diga con anterioridad si vendrá otra persona a recogerlo. Pese a ello, dos recomendaciones más: es aconsejable que se le diga que traiga la tarjeta sanitaria del paciente, que es una forma implícita de autorizar (pensando que el robo es poco probable) y también, como hemos comentado, entregar los informes y otros papeles, siempre que sea posible, en un sobre cerrado

La consulta con otras personas que acompañan al paciente.

Cuando la persona que consulta viene acompañada por otras personas, normalmente lo hace de manera consciente y libre y no le importa compartir la información que aparece durante la visita.

Pero puede haber situaciones (padres-hijos, parejas...) en que la presencia de otra persona puede limitar la libertad. Siempre que sospechemos que esto puede pasar, hay que pedir al interesado si prefiere hablar solo con nosotros y en este caso invitaremos al acompañante a esperar fuera de la consulta.

La interconsulta dentro una consulta activa y los comentarios y consultas delante de terceros (ascensor, recepción, pasillo...).

A menudo hay personas que nos preguntan cosas en el pasillo, o nosotros mismos comentamos temas con otro profesional. Debemos evitar estas situaciones que suponen una de las formas más frecuentes e inconscientes, de violación de la confidencialidad.

A veces el comentario se produce en la consulta de otro profesional. En este caso, además de violar la confidencialidad, estamos interrumpiendo el proceso asistencial. En todos los casos tenemos que ser conscientes de que hay testigos que pueden oír lo que decimos y debemos recordar que tenemos que evitar hablar de datos que, incluso indirectamente, violen el secreto.

Los menores y la confidencialidad.

Los menores se tienen que considerar como receptores de la información y, por lo tanto, ser tratados con todos los derechos, si tienen capacidad de comprender. Esta es la norma fundamental a tener en cuenta, contrariamente a la tendencia que hay en algunos ámbitos, a reclamar la presencia de los padres y/o tutores.

Para decidir qué hacer, hace falta tener en cuenta el grado de competencia del menor, es decir la capacidad para comprender y decidir sobre el hecho y la cuestión que tratamos.

Respecto a la edad, como orientación podemos tener en cuenta lo que refleja la Ley 41/2002 respecto al consentimiento informado de los menores, en sus artículos 3 y 4, modificados por la ley 26/2016 de 28 de julio, donde se enumera las circunstancias del consentimiento por representación y el del menor emancipado o mayor de 16 años (ver anexo).

En los casos de actuaciones con grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, y donde la familia juega un papel importante. El consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo. Este concepto fue matizado por la ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia

En algunos casos el adolescente acepta hablar con los padres pero tiene dificultades o miedo a hacerlo el solo, en este caso, podemos ofrecer la posibilidad de que la consulta sea el lugar donde se comente la información.

Tendremos que actuar de forma diferente ante la sospecha de maltratos o abusos. En el caso del menor deberíamos romper la confidencialidad con el fin de protegerlo. Pero es necesario que haya datos objetivos antes de hacerlo.

En algunos casos, mientras hay un proceso de separación por medio, puede que uno de los padres pida información sobre algún hijo para utilizarla en el procedimiento legal de la mencionada separación. Cuando el menor sea competente, no se dará ninguna información a los padres sin su consentimiento. Si el menor no es todavía competente, tendremos que dar la información a los que sean tutores (habitualmente los dos padres), evitando, entrar en dinámicas que faciliten convertir al menor en excusa para la disputa. Si hay que dar información se dará, pero solo aquella que sea estrictamente necesaria.

Los inmigrantes y la confidencialidad.

Los inmigrantes tienen los mismos derechos y deberes que los no-inmigrantes. La dificultad para mantener el secreto profesional es mayor cuando se necesita traductor. En este caso habrá que implicarle en el mantenimiento del secreto y pedir el consentimiento para su presencia a la persona interesada, especificando cuál es su papel. En caso de que el papel de traductor lo haga algún familiar o amigo, se deberá hablar sobre cuál tiene que ser su papel, para que no se mezcle traducción y opinión. En algunos casos los inmigrantes pueden venir acompañados de un mediador cultural, que no es un simple traductor, puesto que tiene la labor de hacernos entender su pensamiento y hacerles entender a ellos el nuestro. Debemos aclarar al mediador que está obligado a guardar secreto de todo lo que pase en la consulta.

Las enfermedades graves y la confidencialidad.

La información tiene que ser dada al paciente hasta el nivel que quiera saber (tiene el derecho, tanto a recibir información como a no recibirla). El paciente nos debe autorizar para informar a la familia, y especialmente al cuidador principal, en beneficio de su mejor atención.

Lo más recomendable es que el paciente venga o esté, si es en el domicilio, con la persona o personas que quiere que conozcan la información. Una opción puede ser, en algunos casos, pedirle al paciente si hay algún familiar a quien quiere que informemos. También debemos conocer si tiene hecho el documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas, ya que nos puede ayudar a conocer su opinión sobre el tema.

En la actualidad, las enfermedades graves, siguen provocando todavía la denominada conspiración del silencio, es decir, circula la información entre la familia y el profesional, pero no se da al paciente. No podemos hablar con la familia al margen del paciente porque también violamos la

confidencialidad. Y este derecho sigue siendo, también, un derecho de los pacientes terminales, sea cual sea su situación clínica.

Otro aspecto a considerar es nuestra actitud cuando conocemos la existencia de enfermedad grave que puede poner en riesgo a terceros. Esta situación nos puede obligar a limitarle su derecho a la confidencialidad

Las enfermedades contagiosas (y las peligrosas para los demás) y la confidencialidad.

La confidencialidad ante las enfermedades contagiosas es uno de los dilemas más complejos. Por ejemplo: una persona infectada por el VIH que no lo comunica a su pareja. Aquí se produce una colisión de derechos (el de confidencialidad del afectado y el de justicia respecto a la pareja que puede resultar infectada). Hay que tener claro que la persona que no lo comunica a la pareja incurre en delito, puesto que somete a riesgo, sabiéndolo, a otro. Pero si nosotros violamos la confidencialidad, también podemos infringir la ley. En este caso lo mejor sería conseguir la comunicación voluntaria, para evitar una pérdida de confianza que, a la larga, puede tener un efecto negativo sobre la salud pública: la persona infectada podría cambiar de lugar y no decirlo ni a su médico. La mejor opción pasa siempre por intentar implicar al enfermo en la información al entorno.

También hay que tener en cuenta las obligaciones en las enfermedades infecciosas de transmisión aérea, como la tuberculosis, y aplicar la misma actitud. En los casos de las enfermedades de declaración obligatoria y de la tarjeta amarilla, deberíamos pedir permiso al paciente para declararlo.

En todos los casos comentados, excepto en el de la tarjeta amarilla, que no es obligatoria (aun cuando podría afectar a terceros si presentan el mismo efecto secundario y es grave) convergen los principios de justicia y de autonomía. En caso de conflicto no resuelto, hay que declararlo en contra de la opinión del paciente, advirtiéndole que lo haremos (es decir, prevalecería el principio de justicia para evitar un mal mayor a otros); pero siempre tenemos que hacer un esfuerzo de argumentación convincente con el paciente para conseguir hacerlo con su consentimiento.

Este sería un buen ejemplo de que no hay fórmulas mágicas que nos den respuestas a nuestras dudas. Hay artículos defendiendo posiciones opuestas y, ciertamente, hagamos lo que hagamos, nos arriesgamos a ser reclamados: si lo decimos, por violación del secreto; si no lo decimos, por poner en peligro a terceros. Hay que utilizar, pues, al máximo nuestras capacidades de persuasión y de convicción para encarrilar la solución que nos parece más correcta.

Las enfermedades leves y la confidencialidad.

Es cierto que podemos hablar de diferentes niveles de importancia de los datos sanitarios (no es lo mismo una fractura accidental que una serología positiva por VIH), pero no es menos cierto que todos los datos de salud, por intrascendentes que nos puedan parecer (un simple resfriado) son importantes y hace falta, siempre, mantenerlos bajo secreto, tanto por imperativo ético, como imperativo legal (ley 41/2002, LO 15/1999 y reglamento de la UE 2016/679 y toda la reglamentación generada, tanto a nivel nacional como autonómico)

Muy a menudo se piensa que la confidencialidad no tiene valor en problemas leves, incluso entre los propios pacientes (“ya le puede decir a la empresa que es un resfriado...”). Hay que ir con el mismo cuidado porque la norma es la misma (aunque las consecuencias de no hacerlo sean

diferentes). Además, si nos acostumbramos nos puede facilitar la adquisición y aprendizaje de buenos hábitos, que nos permita aplicarlos en todos los ámbitos.

Las consultas urgentes y la confidencialidad.

En las situaciones de emergencia en las que hay que actuar rápidamente y no se tiene, prácticamente, tiempo para pensar en la situación en la que se está produciendo, puede que no estemos tan atentos y se comentan aspectos que no son necesarios o no evitemos la presencia de más personas de las imprescindibles en la visita.

Esta situación será inevitable en algunos casos, pero hay que estar atentos y en cuanto se pueda evitar la presencia de personas innecesarias. Por otra parte, el diseño de los espacios donde se atienden urgencias tendría que ser lo suficiente cuidadoso como para facilitar una atención confidencial.

La solicitud de visita urgente, en algunos casos, va seguida de una pregunta por parte del personal de atención telefónica sobre el motivo de la consulta. Habría que evitar esto y, si se hace por razones organizativas (uso racional del circuito), la pregunta adecuada quizá sería si se puede esperar a que le visiten en una hora programada. En caso de que el paciente responda negativamente, si nos hace falta más información, tendríamos que dirigir la llamada al médico o enfermera correspondiente. Una situación muy similar se puede dar cuando un paciente pide una visita a domicilio, aunque no sea urgente.

Las enfermedades mentales y la confidencialidad.

Las enfermedades mentales tienen que ser tratadas con la misma confidencialidad que el resto.

Hay que tener en cuenta que, en determinadas enfermedades, el paciente puede perder la competencia para cuidar de sí mismo, lo que motiva una exención de guardar el secreto profesional (Código Deontológico, arte 30, d Ley 41/2002 artículo 9.2), para contactar con las personas que cuiden de él. Esta pérdida de competencia puede ser transitoria o que sólo afecte a algunos aspectos, por lo tanto, la exención de la obligación del secreto sólo se produce en los momentos o aspectos en los cuales el paciente no es competente. De todas maneras, es necesario plantearse la conveniencia de que parte o toda la información se comparta con el propio paciente y la posibilidad de pedirle opinión sobre a quién cree más adecuado que se lo expliquemos.

Las personas que se deterioran cognitivamente y la confidencialidad.

A veces observamos que hay personas que vienen solas a la consulta y que van perdiendo facultades intelectuales poco a poco. Hay que respetar la confidencialidad hasta que hacerlo pueda ser un riesgo para el paciente. En este momento deberemos conectar con algún familiar dando la información que sirva para ayudar al paciente, puesto que ésta sería una de las situaciones de exención del secreto. Puede ser útil comentarlo al resto del equipo para proteger al paciente. De todas formas sería de utilidad el prever estas situaciones y haberlo hablado previamente con el paciente.

Hay que tener en cuenta que pueden haber aspectos que conocemos del paciente que no son necesarios para cuidar de él y hay que mantenerlos en secreto. De forma similar al caso de las

enfermedades mentales, habrá que tener siempre en cuenta el grado y las áreas de competencia del paciente.

La confidencialidad y los jueces.

Un juez nos podría pedir que infrinjamos el deber del secreto pero, siempre, quedarían dudas de si puede obligar (se plantea una colisión de deberes: el deber de mantener el secreto profesional y el deber de testificar). Cuando nos encontramos con una petición, lo primero que hay que hacer, además de tener en cuenta la opinión del propio afectado si nos es posible, es devolver la petición y pedir que se nos exima de nuestra obligación. Además, hay que tener presente que podemos exigir dar sólo la información que afecte al proceso judicial y no más; no es lógico dar toda la historia, por ejemplo, sino sólo la información que sea necesaria¹⁸ y darla directamente al juez (no a otros funcionarios), recordándole que queda obligado a mantener la reserva y custodia para evitar problemas de confidencialidad.

Si en algún caso nos llaman a declarar y está el paciente, una solución es preguntar al paciente si nos autoriza a informar sobre su proceso.

Otra situación es cuando nos encontramos con un caso de maltrato o agresión, en el cual estaríamos obligados a comunicarlo al juzgado. Los protocolos de atención en caso de maltratos recomiendan no tomar ninguna iniciativa sin el consentimiento de la víctima puesto que en algunos casos nuestra denuncia, sin consentimiento, puede producir aún más problemas. Hay que valorar cada situación globalmente.

La incapacidad temporal y la confidencialidad.

Actualmente, la prescripción de una incapacidad temporal (IT) nos puede plantear muchas dudas desde el punto de vista ético. Esto es así, en gran parte, por los cambios normativos de los últimos años que, a menudo, son contradictorios y, en algunos casos entran en colisión con el derecho a la intimidad consagrado en las leyes. Aunque esta situación legal hace que nos movamos en un terreno pantanoso, tenemos que intentar hacer prevalecer el derecho del paciente a no comunicar, a alguien que no esté implicado en su atención, datos sobre su salud, aunque no siempre se alcanza el objetivo.

Siguiendo este principio, nunca debemos facilitar información a los empresarios (más allá de la previsión del tiempo de incapacidad), a no ser que el paciente nos lo pida explícitamente.

Las relaciones con las mutuas de accidentes de trabajo (MATEPSS) son complejas, desde el momento en que se las ha implicado en el pago y control de la IT. A menudo piden información a los pacientes desde una perspectiva de “poder” (son los que pagan) y queda la duda de si realmente el paciente querría dar la información a la mutua.

Nosotros tendríamos que responder a sus peticiones escritas de información sólo con la autorización del paciente (puesto que no son parte implicada en la atención del paciente a no ser que éste así lo desee).

Continuidad entre niveles y confidencialidad.

Está claro que la intercomunicación entre niveles asistenciales es necesaria para mejorar la atención (los especialistas, son parte sustancial del proceso asistencial y, por tanto, participan en esta confidencialidad). Hay que buscar mecanismos para intercambiar información con el permiso del paciente (ver el apartado *Compartir información clínica*).

Aunque lo más frecuente, y siendo esta frecuencia mayor de la deseada, el problema es el contrario, es decir, obtener la necesaria respuesta a una interconsulta.

En todos los casos hay que garantizar que los aspectos formales de la transmisión de la información ayuden a preservar su confidencialidad.

¿Qué pasa cuando pedimos información por teléfono a los especialistas del hospital, o hacemos consultas telefónicas hablando de pacientes concretos...? Si no es necesario, se puede optar por obviar los datos de identificación del paciente.

Hay que comentar algunos proyectos denominados “de continuidad”, como por ejemplo que desde el hospital se comunique a atención primaria, los nacimientos, las altas, etc. En estos casos se plantea la pregunta de si: ¿se ha pedido consentimiento al paciente?

Elementos estructurales y confidencialidad.

Hay una serie de aspectos de la estructura física de las instituciones donde se debe reflexionar sobre algunos de los elementos que a menudo suelen dificultar la confidencialidad, como pueden ser:

- Las paredes demasiado finas. Debería realizarse el adecuado aislamiento, pero como alternativa provisional se puede aminorar el problema poniendo música de fondo, por ejemplo.
- Teléfonos en el mostrador de recepción: todo la gente que espera para ser atendida escucha las respuestas a las demandas telefónicas, se cita el nombre de quién llama cuando se pasan las llamadas, etc.
- El fax: elemento con el que pueden llegar informaciones altamente sensibles y que, a menudo, está situado en lugares de acceso público. De hecho, usar el fax es un riesgo muy alto para la confidencialidad, porque estamos pasando información clínica sin tener la seguridad de que el receptor es quien nosotros creemos (podemos tener el número equivocado, la recepción del fax puede estar a la vista de muchas personas, o de personas no relacionadas con el proceso...) Hay que evitar este medio a no ser que lo tengamos muy cerca o estemos pendientes de la llegada de información.
- Pedir y hacer circular información clínica por correo electrónico (sobre todo si los buzones no son personalizados).
- Las salas de espera y las colas: tienen que estar alejadas de la consulta y las colas tienen que tener líneas separadoras que eviten compartir información. Si hay que hablar de información sensible se debe ir a un espacio cerrado. Los espacios para atender con confidencialidad, aparte de las consultas, tendrían que ser un elemento de calidad indispensable y obligado en los centros; incluso tendrían que formar parte de cualquier sistema de acreditación. De ahí la necesidad de tener espacios específicos (despachos, etc.), que permitan mantener la confidencialidad, para dar la información del proceso asistencial.

- Los impresos de interconsultas de toda clase: a menudo no reúnen ningún tipo de condición para facilitar la información confidencial. Es necesario trabajar para confeccionar modelos nuevos (diferenciando uso administrativo y clínico), pero mientras tanto tenemos que utilizar soluciones imaginativas: doblarlo y graparlo de forma que sólo se lean los datos de identificación, por ejemplo.
- Los ordenadores con sesiones abiertas que permitan consultar la historia de los pacientes o con recordatorios de información clínica y visualizables por todo el mundo (personal de atención al usuario y otros).

La circulación de papeles y su destrucción.

Volantes de interconsulta, solicitudes de pruebas, papeles para facturación, devolución de resultados... circulan por nuestras valijas sin ocultar la información clínica. Estos son algunos de los aspectos de la circulación de papeles que hay que cambiar.

Muy a menudo salen noticias de papeles con información clínica, tirados en los contenedores, pero también hay que tener cuidado con los papeles internos o que quedan encima de las mesas. Hay que utilizar el sistema de contenedores para papel con información confidencial, que posteriormente será destruido por la empresa dedicada a su recogida y destrucción y que posteriormente se compromete a su destrucción. También puede ser interesante la utilización de máquinas destructoras de papel para asegurar que no queden restos de los documentos a destruir (peticiones de análisis, copias de recetas, etc.), que posteriormente se puede incluir en el circuito del papel, que no contiene información confidencial, para reciclar. La responsabilidad del mantenimiento de la confidencialidad, es del profesional sanitario. Si no existen estas formas de eliminación del papel con información confidencial y, en caso de ser necesario, se tendría que destruir manualmente para garantizar que los datos de los pacientes se mantengan inaccesibles.

Evidentemente, en estos aspectos (como en muchos otros) la responsabilidad del personal sanitario o no, es muy importante.

El reciclaje del papel.

De hace unos años la sensibilidad medioambiental ha aumentado, y fruto de ello, a menudo se recicla papel que ya está impreso por un lado. Es una buena iniciativa, pero no podemos hacerlo nunca con documentos que contengan información sensible, puesto que pueden facilitar el conocimiento de información confidencial a otras personas. Además, como en su segundo uso suele aparecer información poco relevante, pueden quedar expuestos a cualquier persona.

Cuando exista información sensible, por poco que sea, hay que utilizar los contenedores especiales para el papel con información confidencial, distribuidos por el hospital a tal efecto, o utilizar destructoras de papel, previamente a depositarlos en los contenedores de papel para reciclar.

Los listados (de medicamentos y otras situaciones).

En los centros circulan listados de personas con derecho, por ejemplo, a recibir hormona de crecimiento o tratamiento para la demencia, y que llegan a las personal sanitario que tienen que visar las recetas.

También hay listados de aspirantes a residencias. ¿Saben los pacientes que su nombre está circulando por todo el sistema sanitario? ¿Saben que su situación clínica (con nombre y apellidos) se discute en comisiones? Es necesario que entre todos busquemos sistemas que garanticen la confidencialidad. Si hay que mantener listados, no deberían ser impresos y sólo deberían contener la información de las personas de nuestra área de influencia. Al mismo tiempo, el tratamiento y el acceso a esta información deben estar limitados a las personas para las que sea imprescindible.

La investigación y las publicaciones.

A menudo se ven publicaciones con fotos que permiten reconocer al paciente o radiografías con el nombre. Hay que pedirles permiso para hacer uso de las imágenes y además preservar la identificación. Debemos hacerlo porque es un derecho de ellos y un deber nuestro y, en el contexto actual de consulta por internet de revistas, incluso existe el riesgo de que conocidos del paciente accedan a ella.

A veces, desde varias instituciones (Salud Pública, Conselleria de Sanitat, Direcció Genral, etc...) se hacen "búsquedas" y piden información sobre actividades, o problemas de salud de pacientes concretos (con nombre y apellidos). No se tendría que responder y, si fuera imprescindible, debemos pedir el consentimiento al paciente para dar esta información. En todo caso hay que asegurar, como prevé la Ley de Protección de Datos, que se disocien los datos personales del resto.

Los informes sociosanitarios y de otro tipo.

Los informes sociosanitarios tienen un gran volumen de información y en muchos casos tienen como objetivo elementos de valoración para obtener ayudas económicas, ingresos en residencias, etc. Habrá que plantear colectivamente a los servicios sociales (bienestar social y otros similares) una revisión de la función de los informes y de la circulación de la información contenida que puede influir en la selección de pacientes por parte de las residencias.

Otra cuestión es quien pide los informes y, si tiene derecho a ello, qué hay que decir y qué hay que obviar. Si el paciente es válido y competente debemos hablar con él y explicarle lo que hacemos. Si el paciente no es competente hay que aclarar quién es responsable de él.

Un problema similar es la obligación legal para las residencias de tener determinados informes y los informes que piden directamente los responsables de las residencias.

No se puede olvidar que algunos informes pueden ser utilizados para solicitar incapacitaciones para problemas de herencias, etc., con implicaciones sociales muy importantes. Hay que pedir autorización a los pacientes para realizarlos (sea por nuestra parte o por parte del trabajador social) y ser muy estrictos en el contenido. Si el paciente no es competente habrá que tener en cuenta su opinión anterior, si la conocemos, y la decisión de quien sea su responsable legal.

La muerte y la confidencialidad.

Una última cuestión que hay que tener en cuenta es que la confidencialidad también se tiene que mantener tras la muerte de la persona. La muerte no nos libera de guardar el secreto y, por lo tanto, el trato de la información tiene que ser el mismo que en el resto de casos. Los herederos legales pueden tener acceso a la historia clínica pero tenemos que entregar sólo la información clínica que

no pueda afectar a la intimidad de la persona muerta; tampoco tenemos que entregar las anotaciones subjetivas de los profesionales¹⁹. Aunque, posiblemente, la ley ha sido poco restrictiva o clara en este tema, ya que los herederos sólo deberían conocer información que pueda afectar a la salud de generaciones futuras.

EN RESUMEN

Los profesionales sanitarios deben respetar el derecho a la intimidad y confidencialidad de los pacientes. Diversas normas obligan a ello, pero se debe hacer sobre todo porque permitirá gozar de su confianza y conseguir una mejor atención.

La realidad, con su ajetreo y carga de trabajo, puede hacer peligrar este derecho. Para evitarlo se tiene que reflexionar sobre los problemas que surgen en el día a día y conseguir evitar las situaciones que generan riesgos para el secreto profesional.

La mayor ayuda es tener este deber interiorizado y normalizado en la actuación de los profesionales sanitarios, tanto en su faceta individual como en los equipos multidisciplinares. Y para ello se ofrecen en el documento algunas situaciones frecuentes en el día a día y algunos consejos prácticos aplicables a esas situaciones: el uso de documentación escrita o electrónica, la relación con los familiares del paciente, las llamadas telefónicas y la petición de cita, la docencia, la investigación, las relaciones con la justicia y la especial situación del deber de secreto respecto de otros profesionales sanitarios.

7) BIBLIOGRAFIA

1. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002;118(1):18-37
2. Iraburu M, Chamorro J, de Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29: 357-366. [Consultado 16-08-2017] Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2549/1929>
3. Antomás J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2011; 34: 73-82. [Consultado 16-08-2017] Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/11216/8018>
4. Garzón Valdés, E. Lo íntimo, lo privado y lo público. *Claves de Razón Práctica.* 2003; 137: 14-24. [Consultado 29-10-2017] Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/99493956/Claves-137>
5. Garzón Valdés, E. Lo íntimo, lo privado y lo público. Cuaderno nº 6. Instituto Federal de acceso a la Información Pública (ifai). Abril 2005.[Consultado 29-10-2017] Disponible en: <https://es.scribd.com/document/168606698/Lo-intimo-lo-publico-y-lo-privado-cuaderno-06-IFAI>
6. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29 (Supl. 3): 49-59. [Consultado 14-08-2017] Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/2448/1838>
7. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. [Consultado

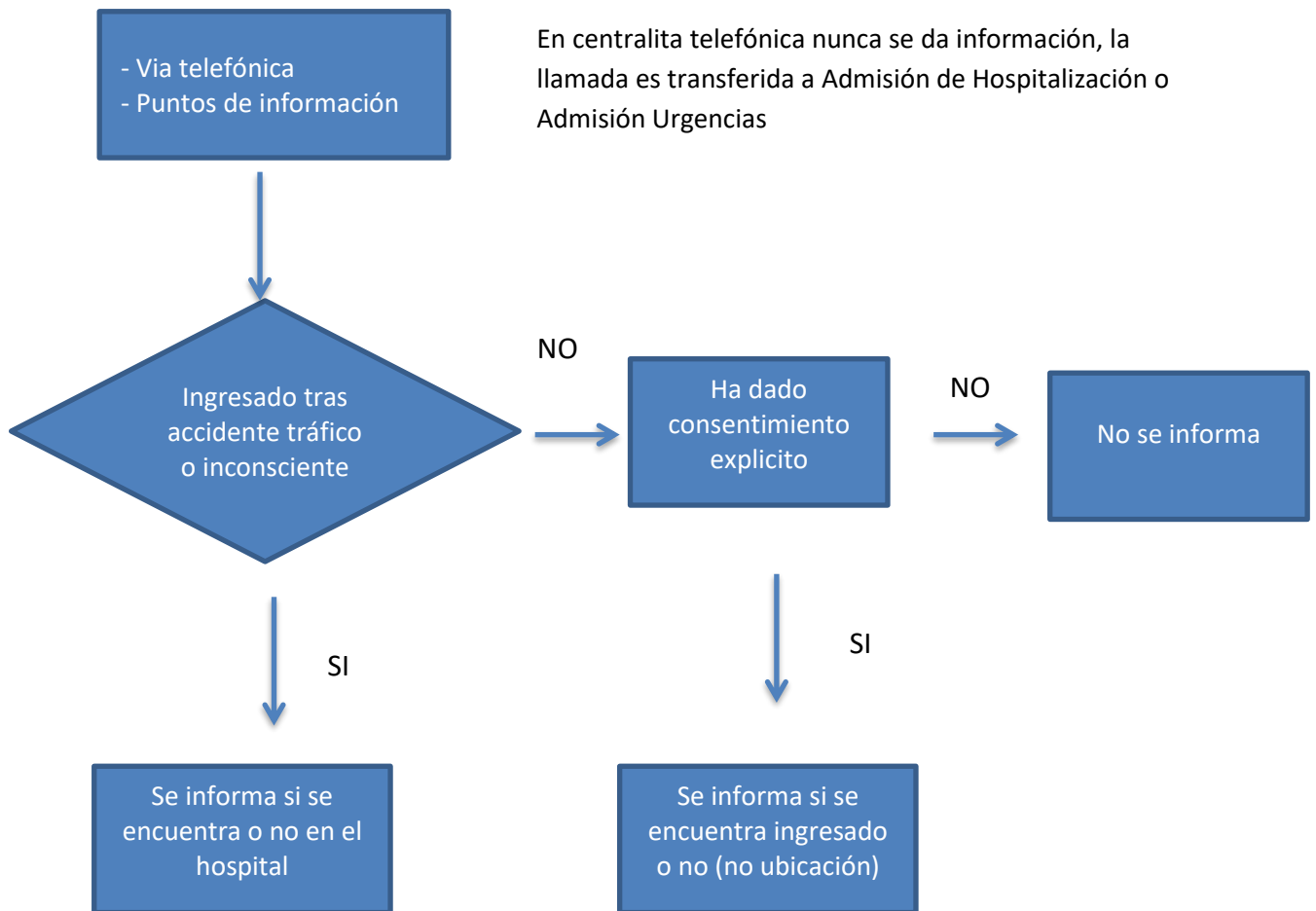
- 04-09-2017] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>
8. Ley 14/1986 de 25 de abril, general de sanidad. [Consultado 04-09-2017] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
 9. Declaración Universal de los derechos humanos de 10 de diciembre de 1948, adoptada y proclamada en la 183ª asamblea general de la ONU [Consultado 09-02-2017] Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
 10. Martí Mercadal JA. El secret profesional dels metges. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 2001.[Consultado 17-08-2017] Disponible en: http://www.acmcb.es/html/843/mo_me11.pdf
 11. OMC. Centralización informática de datos e historias clínicas. Principios éticos de protección de la intimidad del paciente. [Consultado 17-08-2017] Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/05_12_05_datos_paciente.pdf
 12. REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). [Consultado 04-05-2017] Disponible en: <https://www.boe.es/doue/2016/119/L00001-00088.pdf>
 13. Martínez K. Medicina e intimidad. Una visión desde la bioética. Rev Calidad Asistencial 2004;19: 416-21
 14. Comité de bioética Asistencial. Departamento de Salud Sagunto. Boletín de información del CBA. Confidencialidad: recomendaciones, glosario, normativa legal y bibliografía. Febrero 2015.
 15. Cabré L, Lecuona I, Abizanda R, Clemente R, de Miguel E, Montáns M, Zaforteza C, García M, Sanchez JM, Pacheco Mª V, Martín Mª C, Nolla M, Arias J, López V, Saralegui I y Grupo de Bioética de la SEMICYUC. Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). Med Intensiva. 2009; 33: 393–402
 16. Gracia D. Procedimientos de decisión en Ética Clínica. Editorial Triacastela Madrid 2007
 17. Código de ética y deontología del colegio de fisioterapeutas de Cataluña. [Consultado 21-08-2017] Disponible en: <http://www.fisioterapeutes.com/codideontologic/es/>
 18. Código deontológico de la enfermería española. Consejo General Colegios de Enfermería. 1989.[Consultado 21-08-2017] Disponible en: http://portalcecova.es/files/deontologia_cas.pdf
 19. Código de ética y deontología de la enfermería de la Comunidad Valenciana. CECOVA. 2016. [Consultado 21-08-2017] Disponible en: <http://portalcecova.es/files/codigo-deontologico-definitivo.pdf>
 20. Código deontológico colegio de farmacéuticos de Madrid. 2005. [Consultado 21-08-2017] Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2007/18/2/63/255.pdf>
 21. Código de ética farmacéutica y deontología de la profesión farmacéutica . Consejo General de Colegio Oficiales de Farmacéuticos de España. 2001. [Consultado 17-08-2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506307>
 22. Código deontológico del Consejo general de colegios oficiales de psicólogos. 2010 [Consultado 17-11-2017] Disponible en: <https://www.cop.es/pdf/codigo-deontologico-consejo-adaptacion-ley-omnibus.pdf>
 23. Código deontología de la organización médica colegial. OMC. 2011. [Consultado 21-08-2017] Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
 24. Código de deontología. Consell de col.legis metges de Catalunya. 2005. [Consultado 17-08-2017] Disponible en: https://www.comb.cat/cast/colegi/docs/codi_deontologic_cast.pdf

25. Ley 15/1999 de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE 298 de 14 de diciembre. [Consultado 21-08-2017] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
26. Código de ética de enfermería. Col.legi oficial infemeria de Barcelona. 1986 [Consultado 21-08-2017] Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/A425B71783F7B99605257D1600594203/\\$FILE/ceboax-0095.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/A425B71783F7B99605257D1600594203/$FILE/ceboax-0095.pdf)
27. Codi de deontologia. Consell de col.legis metges de Catalunya. 2005. [Consultado 17-08-2017] Disponible en: https://www.comb.cat/cat/colegi/docs/codi_deontologic.pdf
28. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO 2005. [Consultado 22-08-2017] Disponible en: <http://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/599/146180S.pdf>
29. Delgado MT. Confidencialidad y secreto profesional. Curso on line de ética clínica en atención primaria. Instituto de bioética y ciencias de la salud. Zaragoza. [Consultado 07-08-2017] Disponible en: <http://studylib.es/doc/5082699/confidencialidad-y-secreto-profesional>
30. Delgado MT. Confidencialidad y secreto profesional. Título de experto en ética médica. OMC. [Consultado 01-08-2017] Disponible en: http://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U6_Confidencialidad%20y%20secreto%20profesional.pdf
31. Societat Catalana de medicina familiar y comunitaria. Confidencialidad: El derecho a la intimidad. Reflexiones de la práctica diaria. [Consultado 22-08-2017] Disponible en: http://www.seaus.net/images/stories/documentos-interes/Confidencialidad_derecho_intimidad.pdf
32. Comisión gallega de bioética. Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético. Documento de recomendaciones. Conselleria de Sanidade. Servicio Gallego de Saud. Xunta de Galicia. 2013 [Consultado 23-08-2017] Disponible en: http://bibliosaude.sergas.es/DXerais/594/intimidade-CAST_170913.pdf
33. Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la atención sanitaria. Observatori de bioética y dret. [Consultado 24-08-2017] Disponible en: http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/Carta_Der&DebCiudadanos.pdf
34. Carta de drets i deures de ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitaria. Departament de salut. Generalitat de Catalunya. 2015. [Consultado 21-08-2017] Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/drets_i_deures/destacats/carta-drets-deures.pdf
35. Horra Vergara, N De la incidencia de la ley 26/2015 en la ley 41/2002 sobre la capacidad de los menores de edad en el ámbito sanitario. ADOLESCERE 2016;4: 35-43
36. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. [Consultado 14-08-2017] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2015/BOE-A-2015-8470-consolidado.pdf>
37. Código internacional de ética médica. 57 Asamblea General de la AMM. Pilanesberg. Sudáfrica, octubre 2006. [Consultado 30-08-2017] Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/codigo-internacional-de-etica-medica>
38. Rubio M. Confidencialidad: el derecho a la intimidad. Jano, 2008; 1699: 44-46. [Consultado 30-08-2017] Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1699/44/00440046-LR.pdf>
39. Delgado Marroquín MT. Confidencialidad y secreto médico en la consulta del médico de familia. JANO 2007; 1654: 44-46.. [Consultado 21-08-2017] Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1654/44/1v0n1654a13106440pdf001.pdf>
40. Reguant M. Confidencialidad: ideas prácticas. AMF 2007; 3: 143-150

41. Soler A, Reguant M. Atención en el proceso de cáncer. ¿Debemos informar a los familiares? Aspectos éticos AMF 2006; 2:232-234
42. European charter of patients riights basis document. Rome, noviembre 2002 . [Consultado 04-09-2017] Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co108_en.pdf
43. Carta europea de los derechos de los pacientes. Roma, noviembre 2002. Traducido por la AECC. Enero 2005. [Consultado 04-09-2017] Disponible en: http://www.seaus.net/images/stories/Cartas_de_Derechos/PDF/UnionEuropea/European_Charter_of_Pacients_Rights.pdf
44. Carta De drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitaria. Departament de salut. Generalitat de Catalunya. 2015. [Consultado 21-08-2017] Disponible en: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/ciutadania/drets_i_deures/de_stacats/carta-drets-deures.pdf
45. Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la atención sanitaria. Observatori de bioètica y dret. [Consultado 24-08-2017] Disponible en: http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/Carta_Der&DebCiudadanos.pdf
46. Manzanera R, Busquets JM, Arisa JR, Torralba LI. Los derechos de los ciudadanos en relación con la salud y la atención sanitaria en Cataluña. Rev Calidad Asistencial 2005; 20: 306-310

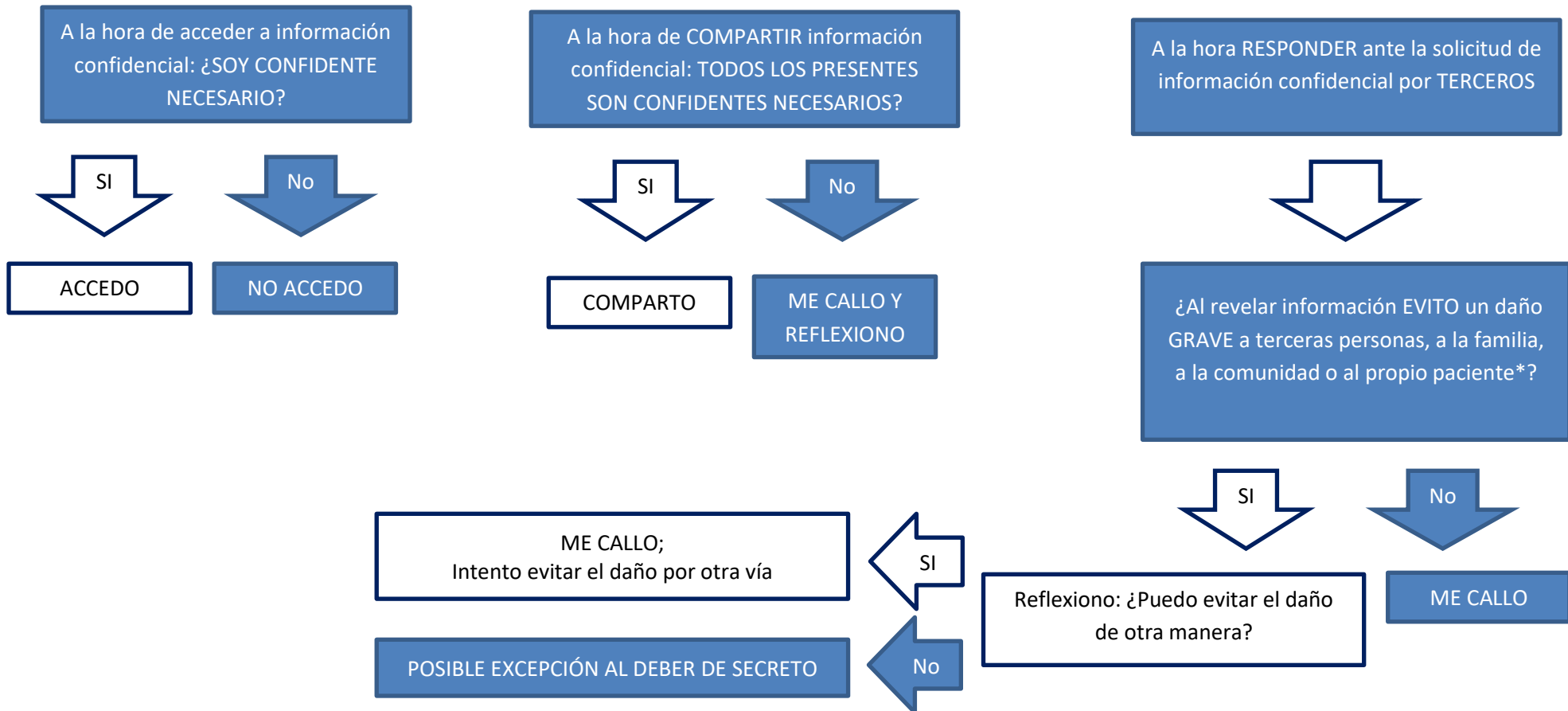
ANEXOS

CONFIDENCIALIDAD DATOS DE SALUD
(VIA TELEFÓNICA O PUNTOS DE INFORMACIÓN)



**Algoritmo de actuación para respetar el secreto profesional
(Confidencialidad)**

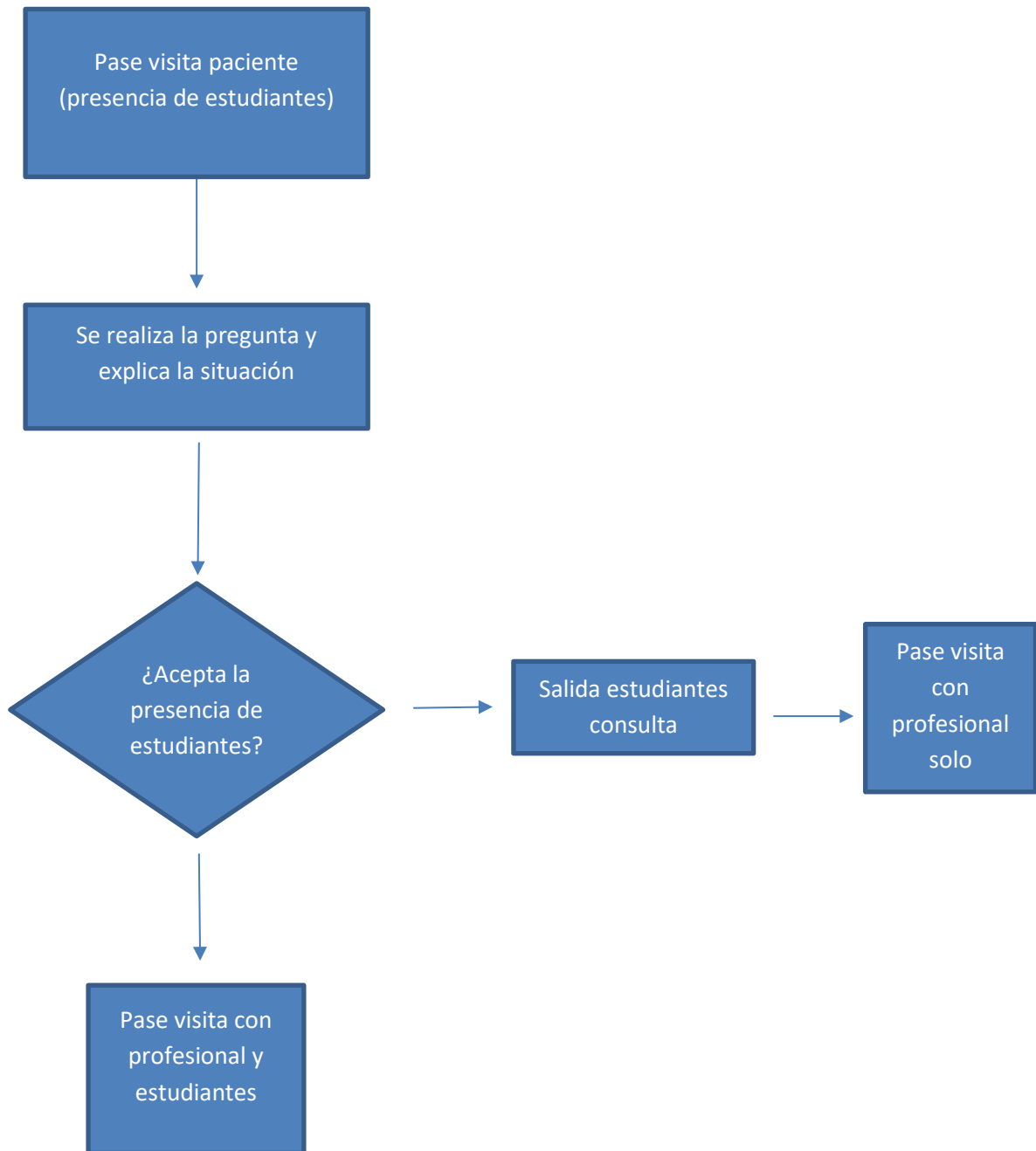
¿Qué puedo hacer para cumplir con mi deber de secreto y mi compromiso de confidencialidad?



Tomado de: M^a Teresa Delgado Marroquín. Confidencialidad y secreto profesional
<http://studylib.es/doc/5082699/confidencialidad-y-secreto-profesional>

* Paciente inmaduro o con dudas sobre su capacidad

ACTUACIÓN ANTE EL RECHAZO DE PRESENCIA DE ESTUDIANTES



El artículo 9 de la Ley 41/2002 queda redactado en los siguientes términos, tras la modificación realizada por la ley 26/2015 de 8 de julio:

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:
 - a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.
 - b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.
3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:
 - a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
 - b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.
 - c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor, después de haber escuchado su opinión, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.
5. La práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

Para la interrupción voluntaria del embarazo de menores de edad o personas con capacidad modificada judicialmente será preciso, además de su manifestación de voluntad, el consentimiento expreso de sus representantes legales. En este caso, los conflictos que surjan en cuanto a la prestación del consentimiento por parte de los representantes legales, se resolverán de conformidad con lo dispuesto en el Código Civil.

6. En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho en cualquiera de los suestos descritos en los apartados 3 a 5, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

7. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento”.