



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

GRADO EN MEDICINA TRABAJO FIN DE GRADO

La protección del derecho a la intimidad del paciente en las prácticas del Grado en Medicina
Patient's privacy protection during clinical clerkships of Medical Degree

Autora: Dña. Julia Tejerina Peces
Director: D. Javier Llorca Díaz

Santander, Junio 2018

AGRADECIMIENTOS

Me resulta muy especial redactar esta página, en la que nombraré a todas las personas que me han apoyado en la realización del trabajo. Han conseguido que esté más satisfecha y segura con el resultado del mismo y que pudiera escuchar y reflexionar sobre diferentes opiniones. El trabajo en Medicina nunca es individual, y menos aún un trabajo de análisis y reflexión.

En primer lugar, me gustaría agradecer a Javier Llorca Díaz, mi director de este Trabajo Fin de Grado y un profesor que me ha aportado muchísimo a lo largo de toda la carrera, con el que he compartido muchas conversaciones e intercambio de opiniones, y al que siempre guardaré un cariño especial.

Gracias a todas las personas que, previamente a que me aceptaran el título del trabajo, respondieron a unas encuestas exploratorias que me ayudaron a centrar el trabajo y mis objetivos. Estas personas son: el Gerente del HUMV D. Julio Pascual, un paciente con Insuficiencia Renal Crónica y trasplante renal, mi tío D. Jacobo Peces, y mis tres compañeros de facultad, tres exdelegados de centro, Lucía de La Puente, Leonardo Caveda y Juan Nieves.

Aprovecho a reiterar mi agradecimiento a D. Julio Pascual, porque no solo me ha apoyado en la parte inicial del trabajo, sino que ha seguido contestándome dudas durante todo el tiempo de realización y remitiéndome a otros profesionales como el Jefe de Servicio de Informática, D. Ricardo Sáez Crespo. También agradezco la disponibilidad a la Consejería de Sanidad, por contestar siempre a mis correos con amabilidad.

Gracias a la Dra. Marina Ayuso del C.S. de Puertochico, que se ha volcado con mi trabajo, aportándome mucha de la bibliografía que he utilizado.

Gracias a todos los pacientes con los que he podido compartir opiniones sobre su derecho a la intimidad, y en especial, gracias a todos aquellos que me habéis hecho saber el valor de que los alumnos reflexionemos sobre estas cuestiones.

Gracias a mi equipo de juristas, mi padre Efrén, mi madre Rosa y mi hermano Jacobo. Y a mi artista y diseñadora personal, mi hermana Blanca. Le habéis dado mucho estilo jurídico y artístico a este trabajo.

“No es el miedo a preguntar, es el miedo a que te respondan lo que no quieres escuchar”.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	6
OBJETIVOS	8
METODOLOGÍA	8
DISCUSIÓN JURÍDICA DEL DERECHO DE INTIMIDAD DEL PACIENTE	9
ANÁLISIS DEL PROTOCOLO MEDIANTE EL QUE SE DETERMINAN LAS PAUTAS BÁSICAS PARA ASEGURAR Y PROTEGER EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE, CONTEXTUALIZADO EN LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA QUE REALIZAMOS PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA.	11
En lo relativo al Artículo 4 “Derecho del paciente a un trato digno y actuación supervisada del personal en formación”.	12
En lo relativo al Artículo 5 “Pautas de actuación en relación a la presencia de alumnos”.	20
En lo relativo al Artículo 7 “Garantía de acceso a los datos clínicos”	28
En lo relativo al Art. 8. “Derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos de salud”	32
En lo relativo al Art 9. Registro de alumnos de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud	36
En lo relativo al Art 10. Difusión del protocolo	36
En lo relativo al Art 11. Seguimiento	37
DECÁLOGO PARA LA PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE DURANTE LAS PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA:	38
CRÍTICAS Y CONCLUSIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

RESUMEN

Palabras clave: intimidad, paciente, estudiantes, medicina.

Durante las prácticas clínicas los alumnos de medicina nos convertimos en agentes implicados en diferentes procesos asistenciales, de pacientes, de personas que reciben atención médica. Ser un agente observador -y en ocasiones actor- tiene grandes implicaciones éticas y legales.

En este trabajo fin de grado (TFG) iremos desglosando y analizando aquellos aspectos relacionados con la protección de la intimidad del paciente, teniendo como molde la Orden SSI/81/2017, que es un protocolo mediante el cual se determinan las pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud.

Durante todo el escrito intercalaremos el análisis y la discusión de las normas éticas y legales con las vivencias de la autora. Además, el enfoque será de carácter local principalmente, por lo que nos centraremos en las prácticas clínicas que realizamos los alumnos de medicina de la Universidad de Cantabria (UC) en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV).

ABSTRACT

Key words: privacy, patient, student, medicine.

During clinical clerkships medical students become active agents, getting involve in many different healthcare interventions, of patients, of people who receive medical attention. Being an observer – sometimes an actor- agent may have huge ethical and legal implications.

In this final grade work (“TFG” in Spanish) we will analyse those aspects related to patient’s privacy protection, taking into account the Spanish law “Orden SSI/81/2017”. It is a protocol of basic guidelines for guaranteeing and protecting patient’s privacy right by students and residents.

During the writing we will alternate the analysis and discussion of the ethics and the legacy with author’s experiences. In addition, our approach would be mainly local, so we will focus on clinical clerkships done by medical students in Cantabria University (“UC” in Spanish) in Marqués de Valdecilla University Hospital (“HUMV” in Spanish).

INTRODUCCIÓN

La primera aproximación:

Mi interés en el tema surgió entre los días 31 de marzo y 1 de abril del 2017, cuando asistí al I encuentro entre Estudiantes y Pacientes del Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM). En dicho encuentro se organizó una mesa redonda llamada “prácticas clínicas: estudiantes y pacientes”, en la que participaba una paciente, un representante de alumnos, un tutor de prácticas y un miembro de la Organización Médica Colegial. Se presentó un nuevo protocolo para asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud; se expusieron ejemplos vividos por cada una de las partes, y se realizó un debate abierto con el público, principalmente alumnos de medicina. Cuando la sesión finalizó comprendí la magnitud del problema, que se encontraba en una intersección entre afectados con diferentes opiniones y prismas, confluyendo en un protagonista: el paciente.

Entonces fui incapaz de saber cómo debía actuar ante ciertas situaciones de vulneración del derecho de intimidad del paciente. Y no me refiero solo a actuar con el paciente en sí, sino a englobarlo dentro de mis prácticas con un tutor concreto, y en una situación especial. Días después lo debatí con mis compañeros, y vi en ellos las mismas dudas que yo tenía, por lo que decidí proponer este Trabajo de Fin de Grado (TFG).

Me gustaría aprovechar mi perspectiva de alumna para aportar una visión diferente sobre un tema que nos atañe directamente y, como indica la normativa del TFG, realizar un trabajo “original, autónomo y personal”.

Conceptos básicos aplicados a la Medicina: [1], [2]

En la diferenciación clásica entre ética y moral: la ética constituye una reflexión consciente mediante la cual se valora si un acto es defendible o reprochable; sin embargo, la moral hace referencia a las normas, comportamientos o acciones imperantes en una sociedad, que para cada individuo tendrá sus connotaciones éticas.

Sin embargo, cuando nos refiramos a la ética en este trabajo, aludiremos al conjunto de valores y normas que definen la buena práctica médica.

La deontología según el artículo 1 del Código de Deontología Médica es “el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico”, es la moralidad interna de la profesión médica.

En el Código de Deontología Médica se incluyen tanto normas de obligado cumplimiento legal -con sus consecuencias en este ámbito-, como normas con connotaciones exclusivamente éticas -con o sin consecuencias de sanción disciplinaria en del Colegio Oficial de Médicos-.

Para ejemplificar gráficamente la importancia de estos conceptos en el campo de la protección de la intimidad, presentamos una figura en que la línea azul representa el comportamiento ético de un profesional médico, que sufre dos descensos o «agujeros negros» que se pueden producir en la vida profesional cuando la ética personal desciende por debajo del nivel de las exigencias del Código de Deontología (línea amarilla) o de las normas legales (línea roja).



Figura 1:

El comportamiento ético de un profesional médico [2]

En nuestro caso, la vulneración del derecho a la intimidad del paciente transgrede tanto las exigencias del Código de Deontología, como las normas legales, que desarrollaremos y discutiremos ampliamente.

El eje del discurso:

La ética que atañe a la relación médico-paciente es uno de los temas más interesantes y difíciles para nosotros los alumnos de medicina, que desde el inicio de nuestros estudios vemos la práctica clínica como un ideal lejano. Sin embargo, el comportamiento que tendremos como futuros profesionales dependerá de las normas éticas vigentes en ese momento y lugar determinado y, en mucha medida, del aprendizaje adquirido como alumnos de medicina durante la facultad, moldeado por las experiencias en las prácticas; es por ello, que el contacto con las normas y la práctica ética ha de ser una piedra angular de nuestra formación.

La protección de la intimidad del paciente, eje temático de este trabajo, es uno de los primeros asuntos éticos a los que tenemos que hacer frente desde que comenzamos las prácticas clínicas, y nuestra inexperiencia nunca debería poner en peligro uno de los derechos fundamentales del paciente.

OBJETIVOS

- Discutir la problemática alrededor del derecho a la intimidad del paciente: regulación jurídica del derecho a la intimidad del paciente; antecedentes y motivaciones de la Orden SSI/81/2017 [3].
- Analizar la Orden SSI/81/2017 [3], de 19 de enero, protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.
- Elaborar un documento de normas y recomendaciones de comportamiento del alumno en prácticas.
- Plantear críticas, problemas, alternativas a la Orden SSI/81/2017 [3].

METODOLOGÍA

Utilizando la Orden SSI/81/2017 [3] como molde, se analizarán aquellos aspectos relacionados con la protección del derecho a la intimidad del paciente en las prácticas de Medicina de la Universidad de Cantabria, en concreto, las que se realizan en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

Pretendo analizarlo desde la perspectiva del alumno, tratando de tener en cuenta a todos los agentes involucrados, pero dando voz por primera vez al receptor de la norma del protocolo, el estudiante de medicina.

DISCUSIÓN JURÍDICA DEL DERECHO DE INTIMIDAD DEL PACIENTE

Regulación jurídica del derecho a la intimidad del paciente.

El derecho a la intimidad personal y familiar es un derecho fundamental que se garantiza en el artículo dieciocho de la Constitución [4] y se tutela civilmente en la Ley Orgánica 1/1982. Sin embargo, el derecho a la intimidad no se encuentra definido como tal en ninguna ley, por lo que son la doctrina y la jurisprudencia las que, en cada momento, van delimitando qué aspectos de la intimidad son dignos de protección.

En concreto, la sentencia del Tribunal Supremo de 23 de diciembre de 1974 se delimita la intimidad como “el derecho a mantener intacta, desconocida, incontaminada e inviolada la zona íntima, familiar o recoleta del hombre”. Esta resolución, que configura el derecho a la intimidad en forma negativa, ofrece mayor interés por haberse dictado previa a la promulgación de la vigente Constitución [4]. Si bien, como hemos apuntado, hay muchos otros ejemplos de delimitación de este derecho en otras sentencias jurídicas [5].

El derecho a la intimidad constituye la máxima expresión de protección de un bien privado, por lo que ineludiblemente su mayor protección va a implicar una merma en el contenido de otros bienes también jurídicamente protegidos y de carácter y disfrute colectivo con los que es incompatible. La incompatibilidad entre derechos (libertad-seguridad) implica que la definición de lo que comprende cada uno, las fronteras de su protección, sea una cuestión política, social e histórica, que solo puede contemplarse desde una visión parcial.

Ahora bien, si lo acotamos al marco sanitario, el denominado “derecho de intimidad del paciente” tiene como particularidad que el ámbito de privacidad en que se desarrolla exige que ciertos profesionales tengan conocimiento de los datos referentes a la salud de la persona. La LEY 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LBAP) [6] garantiza el respeto al carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.

Antecedentes y motivaciones de la Orden SSI/81/2017 [3]:

La Orden SSI/81/2017 [3] es un protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud.

Dicho protocolo fue impulsado por el Defensor del Pueblo y por las administraciones integradas en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Tenían como objetivo preservar el derecho de intimidad del paciente mediante “el control de los alumnos” y “la adquisición de competencias y hábitos por los mismos”.

En un intento por comprender los motivos primeros o los conflictos éticos o jurídicos que han podido llevar a la redacción del protocolo, he tratado de buscar las motivaciones que hacen constar en la Orden SSI/81/2017 [3]: en cuanto al informe de la Agencia Española de Protección de Datos emitido el 11 de octubre del 2016, no está publicado en la página web junto a otros informes de la misma agencia; por otro lado, y en relación a las motivaciones del Defensor del Pueblo, tampoco he encontrado nada relacionado en su sitio web.

Independientemente de lo anterior, y para tratar de comprender la dimensión jurídica de la protección de la intimidad del paciente por los alumnos de Medicina, realicé una búsqueda sistemática en una de las bases de datos jurídica más importante de España, “laleydigital”. Se introdujo en el buscador: “estudiante de medicina” + “intimidad”; “estudiante de medicina” + “secreto”; “estudiante de medicina” + “revelación”. En vistas a que no había ninguna denuncia interpuesta con estos campos, se buscó todas en las que figurara las palabras “estudiante de medicina” y, habiendo revisado los 12 resultados de jurisprudencia y 63 de legislación, concluyo que no hay registrada en este portal ninguna resolución que resuelva proceso contra estudiantes de medicina por violar el derecho de intimidad de un paciente.

ANÁLISIS DEL PROTOCOLO MEDIANTE EL QUE SE DETERMINAN LAS PAUTAS BÁSICAS PARA ASEGURAR Y PROTEGER EL DERECHO A LA INTIMIDAD DEL PACIENTE, CONTEXTUALIZADO EN LOS ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD DE CANTABRIA QUE REALIZAMOS PRÁCTICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA.

Cuestiones previas:

En lo relativo a la metodología de análisis. Aun habiendo tratado de referenciar ampliamente las ideas que expongo, he encontrado numerosas dificultades a la hora de analizar bibliografía sobre el derecho a la intimidad del paciente, y más en relación con los alumnos de medicina. Por esto, y porque quería darle un enfoque muy local, centrándome en las prácticas que realizamos los alumnos de medicina de la Universidad de Cantabria (UC) en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), he redactado todo el análisis en primera persona, con todas las limitaciones que entiendo que esto conlleva.

En lo relativo a la estructura del protocolo. El protocolo a estudio (anexo 1), de la Orden SSI/81/2017 [3], cuenta con los siguientes apartados: una introducción, once artículos y dos anexos. De éstos, solo analizaremos aquellos de relevancia para el alumno de medicina. Además, hay dos aspectos que me gustaría destacar sobre la estructura del protocolo: el primero, la existencia del artículo cuarto; el segundo, la importancia de separar las pautas para alumnos y para residentes en formación en los artículos sexto y séptimo, respectivamente.

La existencia del cuarto artículo refleja que, tanto “el derecho a un trato digno” como “la actuación supervisada”, tienen relación con el objetivo del protocolo, que es asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. Así mismo, que formen parte de un mismo artículo, implica que estos temas están relacionados entre ellos. A mi parecer, son dos temas muy diferentes por lo que, para entender su cabida en este protocolo, se analizarán posteriormente en apartados separados.

En cuanto al segundo aspecto, la diferencia entre un residente en formación y un alumno de medicina muchas veces genera confusión entre los pacientes. Por lo tanto, hemos de clarificar que los alumnos no tenemos los derechos y deberes derivados de la práctica asistencial, porque no la ejercemos; de hecho, si lo hiciéramos estaríamos incurriendo en un delito de intrusismo laboral. Estos sí que los adquieren los residentes en formación al firmar su contrato con el hospital; de hecho, los derechos a los que me refiero son “ejercer su profesión y desarrollar las actividades propias de la especialidad con un nivel progresivo de responsabilidad a medida que se avance en el programa formativo” y “participar en actividades docentes, investigadoras, asistenciales y de gestión clínica en las que intervenga la unidad acreditada”; así mismo, entre sus deberes se incluye “Conocer y cumplir los reglamentos y normas de funcionamiento aplicables en las instituciones que integran la unidad docente, especialmente en lo que se refiere a los derechos del paciente” [7].

En lo relativo al Artículo 4 “Derecho del paciente a un trato digno y actuación supervisada del personal en formación”.

Como se ha adelantado en el apartado anterior, desarrollaré el artículo 4 agrupándolo según criterios temáticos: los artículos 4.1. y 4.2. tratan el derecho del paciente a un trato digno; los artículos 4.3. y 4.4. desarrollan la jerarquía y organización relacionada con la docencia en el hospital; el artículo 4.5. invita a la formación mediante simulación clínica; los artículos 4.6., 4.7. explican la integración, uniformidad e identificación de los estudiantes; el artículo 4.8. informa sobre las medidas de protección de datos en soporte electrónico.

Discusión Art.4.1. y 4.2. sobre el derecho al paciente a un trato digno:

A pesar de que el contenido de estos artículos refleja unos mínimos éticos que deberían conocer y practicar todos los alumnos de medicina, considero que no tienen cabida en un protocolo destinado a “proteger y asegurar el derecho a la intimidad del paciente”. Porque se puede respetar la intimidad sin respetar la dignidad y viceversa; y porque las consecuencias de uno u otro acto son completamente diferentes, tanto a nivel ético como jurídico, principalmente.

Por otro lado, se me plantea la duda de si es necesario protocolizar actitudes de cortesía y amabilidad o apelar a los valores éticos. Como he podido comprobar, hay facultades de medicina en las que se determinan unos códigos de conducta en las prácticas clínicas; sin embargo, aquí solo nos interesan aquellas pautas encaminadas a “proteger y asegurar el derecho a la intimidad del paciente”, por lo que no será materia de análisis en este apartado.

Bajo este argumento, no analizaré “el día a día en el HUMV” ni realizaré “propuestas de mejora” en este aspecto, ya que considero que no deberían aparecer en este protocolo.

ART. 4.1. Y 4.2.

4.1 En los procesos de atención sanitaria, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

Todas las personas (alumnos, profesionales sanitarios y no sanitarios) que participen de alguna manera en un proceso asistencial deberán respetar la intimidad y dignidad de los pacientes, adoptando actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas y utilizando un lenguaje adecuado.

4.2 Se promoverá que el personal en formación tenga un comportamiento que se corresponda con los contenidos éticos de los programas oficiales de la especialidad o en su caso planes de estudio y con los códigos deontológicos de las distintas profesiones sanitarias, así como que conozca el funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial/ Investigación, a fin de que el personal en formación adquiera habilidades para la toma de decisiones guiada por los valores éticos.

Discusión Art. 4.3. y 4.4. sobre la jerarquía y organización docente:

Estos artículos, clarifican y resumen la relación entre el alumno y su tutor o los demás profesionales. Esto se redacta de forma general, ya que la regulación última corresponde al ámbito de las Comunidades Autónomas.

Quizá, el aspecto más reseñable es la mención al aprendizaje activo tras la prestación asistencial, ya que se apela a informar, preguntar y cuestionar. Y aunque sea el aspecto más atractivo y positivo para la docencia de los alumnos, a priori parece no tener relación con el derecho a la intimidad del paciente; sin embargo, aunque la presencia de un alumno en el proceso asistencial de un paciente amenaza su intimidad y podría resultar incómodo para otros aspectos, también resulta que el médico que, además de realizar asistencia clínica, atiende la docencia, pondrá más atención en dicho paciente; es más, será susceptible de información, preguntas y cuestionamientos por parte de los alumnos.

El día a día en el HUMV: Habitualmente, de acuerdo con la normativa vigente [8], los alumnos en prácticas tenemos asignado un tutor de referencia al que dirigirnos. Sin embargo, en muchos casos, el tutor (y más aún la dirección del centro) no sabe cuántos alumnos le corresponden, de qué curso proceden, la forma en que deben de evaluarlos, en qué fechas acudirán, con qué horario, etc. Y esto suele dar lugar a confusiones. ¿Tiene esto alguna relevancia para el tema que nos atañe? A nivel práctico, contribuye de forma global a dos aspectos que analizaremos más adelante: primero, la identificación del alumno; y segundo, la masificación de las consultas y otros actos clínicos.

Sobre el aprendizaje activo, no existe ninguna norma o directriz oficial en la facultad que invite a tener una actitud concreta en las prácticas, suele ser un tema que tu tutor te indica si resultara conveniente.

Propuesta de mejora: Plantear la necesidad de una buena relación entre facultad y hospital para poder coordinar la organización docente. Y, complementariamente a esto, una mejor planificación entre el responsable de una asignatura con carga de prácticas hospitalarias y los tutores de prácticas sería beneficiosa en términos generales para la formación del alumno, y,

ART. 4.3 Y 4.4

4.3 Los residentes y alumnos en formación, que realicen rotaciones o prácticas en centros sanitarios, contarán respectivamente con un tutor de formación especializada o, con un tutor clínico, un profesor con plaza vinculada, o un profesor asociado de ciencias de la salud, pertenecientes a la plantilla del centro sanitario donde se desarrollan las prácticas clínicas. Los citados responsables docentes serán las personas de referencia a las que podrán dirigirse otros profesionales del centro o personas ajenas al mismo, en relación con las actividades que realicen residente y alumnos en formación.

4.4 El personal en formación de cualquier año, actuara con sujeción a las indicaciones de sus responsables de docencia/tutores y en ausencia de estos se someterán, en todo caso, a las indicaciones de los especialistas de la unidad asistencial, sin perjuicio de que concluida la prestación asistencial, informen, pregunten incluso cuestionen, dentro de las reglas de la sana crítica, las decisiones y demás aspectos de la práctica asistencial.

particularmente, podría contribuir indirectamente a minimizar errores y faltas en la protección de la intimidad del paciente.

En cuanto al aprendizaje activo, y siguiendo la línea de la planificación, opino que la relación entre el alumno y el tutor ha de definirse en una reunión previa. Esta reunión tendría como objetivos: informar sobre los derechos de los pacientes, la jerarquía del hospital y la relación con otros profesionales, aclarar los métodos de evaluación durante las prácticas y definir las competencias necesarias a adquirir. De esta forma, se podrá poner de relieve tanto aspectos sobre la jerarquía en el hospital y la relación con otros profesionales, como otros que iremos comentando a continuación.

Discusión Art. 4.5. sobre la formación mediante simulación clínica:

La medida propuesta en este artículo, aunque interesante, se presenta en forma laxa y poco comprometedor. Aun así, la pregunta que se me plantea sería si es necesario que la dirección de los centros hospitalarios se involucre en la formación docente sobre el trato al paciente. Quizás la respuesta sea afirmativa, ya que el responsable último de las actuaciones jerarquizadas es su tutor y, en última instancia, el director del hospital. De hecho, siguiendo este planteamiento, la dirección debería ser el principal agente formador y no solo un elemento favorecedor.

También me gustaría resaltar, que mucha de la bibliografía que aporoto [9,10,11], aboga por la simulación clínica como una herramienta para minimizar el impacto que provocan los alumnos en el proceso asistencial de un paciente. Además, este formato interactivo de impartición de la docencia influye en la percepción que tiene el alumno sobre el paciente diana [9] e incrementa su interés por la materia, además de resultarle un aprendizaje más motivante y satisfactorio [10]. Otros estudios de simulación ponen de relieve la necesidad de entrenar a los alumnos en comunicar errores a los pacientes y a otros profesionales [11]. Todo esto es aplicable tanto para habilidades técnicas como comunicativas, en las que se centran los estudios citados. Como último punto a resaltar, se considera importante que la simulación sea previa al encuentro con el paciente; es decir, en los cursos preclínicos.

ART. 4.5.

4.5 El centro sanitario favorecerá, en la medida de lo posible, que se utilicen pacientes estandarizados/simulados/maniqués u otras técnicas de simulación de situaciones clínicas, a fin de que el personal en formación pueda adquirir competencias clínicas y habilidades técnicas y de trabajo en equipo, con carácter previo al contacto real y necesario con el paciente.

El día a día en el HUMV: No tengo constancia de que la dirección del HUMV se haya involucrado en nuestra formación en lo referente al contacto con el paciente. Si bien es cierto, dedican una reunión de bienvenida en sexto curso, en que se citan elementos importantes a tener en cuenta en la relación médico – paciente.

En cuanto a los aspectos tratados sobre la simulación clínica, la mayor parte de la simulación para el trato con el paciente se realiza a final del sexto curso, como preparación al Examen de Clínico Objetivo y Estructurado (ECO-E); no existen unos conocimientos mínimos establecidos, ni se planifica un currículo de adquisición de habilidades en relación al contacto estudiante – paciente.

Propuestas de mejora: Poner en conocimiento a la dirección del HUMV que existe la necesidad de realizar simulaciones de situaciones clínicas para practicar y aprender sobre aquellos aspectos sensibles de la relación con el paciente; en concreto, aquellos que afectan a sus derechos básicos como la intimidad. Además, plantear a la organización docente de la facultad la posibilidad de realización de dos cursos de aproximación al paciente en la transición entre segundo y tercer curso, donde nos incorporamos al hospital; y otro entre quinto y sexto curso, cuando nos incorporaremos de forma continua a la rutina del hospital.

Discusión Art. 4.6. y 4.7. sobre la integración, uniformidad e identificación de los estudiantes

En estos dos artículos se resalta la responsabilidad compartida de los centros y de los estudiantes para cumplir la normativa. Además, se tratan temas como la integración, la uniformidad y la identificación -estos dos últimos los desarrollaremos en el Art 5.2. que habla sobre medidas concretas.

Para hablar sobre la integración del alumno en el hospital hemos de involucrar a todos los estamentos del mismo, incluyendo al propio alumno, que deberá liderar su integración mediante el cumplimiento de las pautas y normas de la dirección.

Desde organismos estudiantiles como el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM) se ha puesto de relieve en numerosas ocasiones la necesidad de incluir al alumno dentro de la dinámica hospitalaria, con campañas en redes sociales como la de “#nosoyunficus”. De hecho, a raíz de estas reclamaciones, el portavoz del Foro de la Profesión Médica (FPME) declaraba en junio de este año 2017 [12]: “Los estudiantes tienen su responsabilidad pero ésta tiene que estar avalada por la Administración”, “hay alguna regla en cuanto a protección de datos, pero, a estas alturas, no se dispone de norma alguna que regule dicha responsabilidad

ART 4.6. Y 4.7.

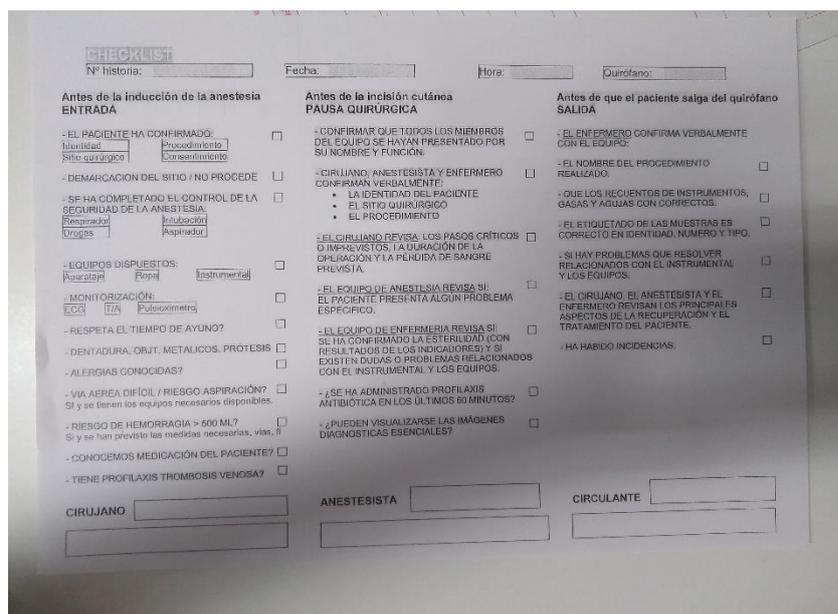
4.6 Corresponde a la dirección de los centros sanitarios velar por la plena integración de alumnos y residentes en formación en la dinámica asistencial del centro, y velar por la asunción y cumplimiento de la normativa que rige su funcionamiento, en especial la relacionada con su uniformidad e identificación, con el cumplimiento de los principios éticos y normas básicas de actuación y con las pautas específicas contenidas en este protocolo.

4.7 Estudiantes y residentes tendrán el deber de integrarse en la dinámica asistencial del centro con sujeción a la normativa que rige su funcionamiento, en especial la relacionada con su uniformidad e identificación, con el cumplimiento de los principios éticos y normas básicas de actuación y con las pautas específicas contenidas en este protocolo.

de los futuros médicos, ni tampoco sobre sus funciones, cometidos, acceso a la documentación, pese a la Orden que emitió el MSSSI”

El día a día en el HUMV: la sensación que tenemos los alumnos al acudir a las prácticas hospitalarias es precisamente esa que explicaba se está demandando a nivel estatal, que parece que no tenemos una misión clara durante las prácticas, lo que nos obliga a escuchar de forma pasiva, y muchas veces con sensación de incomodidad. No existen unas pautas comunes que se nos comuniquen no por parte del hospital ni de la facultad sobre nuestras responsabilidades y derechos.

A pesar de que no querer ahondar mucho más en este apartado, me gustaría ejemplificar estos artículos con un evento concreto en el hospital: el check list quirúrgico. Antes de la primera incisión cutánea se repasa “Confirmar que todos los miembros del equipo se hayan presentado por nombre y función” y normalmente se presenta el cirujano, sus ayudantes, el circulante, los demás enfermeros y el anestesista. En principio, el alumno no encuentra su lugar en ese procedimiento de presentación, y de hecho, en el parte del checklist no hay un hueco para anotar el nombre del estudiante o estudiantes que acuden a la cirugía.



The image shows a surgical checklist form with three columns. The first column is titled 'Antes de la inducción de la anestesia ENTRADA' and includes items like 'EL PACIENTE HA CONFIRMADO: Identidad, Sitio quirúrgico, Consentimiento', 'DEMARCAÇÃO DEL SITIO / NO PROCEDE', 'SE HA COMPLETADO EL CONTROL DE LA SEGURIDAD DE LA ANESTESIA', 'EQUIPOS DISPUESTOS', 'MONITORIZACIÓN', 'RESPECTA EL TIEMPO DE AYUNO?', 'DENTADURA, OBJT. METÁLICOS, PROTESIS', 'ALERGIAS CONOCIDAS?', 'VIA AEREA DIFÍCIL / RIESGO ASPIRACIÓN?', 'RIESGO DE HEMORRAGIA > 600 ML?', 'CONOCEMOS MEDICACIÓN DEL PACIENTE?', and 'TIENE PROFILAXIS TROMBOSIS VENOSA?'. The second column is titled 'Antes de la incisión cutánea PAUSA QUIRURGICA' and includes 'CONFIRMAR QUE TODOS LOS MIEMBROS DEL EQUIPO SE HAYAN PRESENTADO POR SU NOMBRE Y FUNCIÓN', 'CIRUJANO, ANESTESISTA Y ENFERMERO CONFIRMAN VERBALMENTE', 'EL CIRUJANO REVISLA LOS PASOS CRÍTICOS O IMPREVISTOS', 'EL EQUIPO DE ANESTESIA REVISLA SI EL PACIENTE PRESENTA ALGUN PROBLEMA ESPECÍFICO', 'EL EQUIPO DE ENFERMERIA REVISLA SI SE HA CONFIRMADO LA ESTERILIDAD', and 'SE HA ADMINISTRADO PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN LOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?'. The third column is titled 'Antes de que el paciente salga del quirófano SALIDA' and includes 'EL ENFERMERO CONFIRMA VERBALMENTE CON EL EQUIPO', 'EL NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO', 'DUE LOS RECUENTOS DE INSTRUMENTOS, GASAS Y AGUJAS SON CORRECTOS', 'EL ETIQUETADO DE LAS MUESTRAS ES CORRECTO EN IDENTIDAD, NÚMERO Y TIPO', 'SI HAY PROBLEMAS QUE RESOLVER RELACIONADOS CON EL INSTRUMENTAL Y LOS EQUIPOS', 'EL CIRUJANO, EL ANESTESISTA Y EL ENFERMERO REVISAN LOS PRINCIPALES ASPECTOS DE LA RECUPERACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE', and 'HA HABIDO INCIDENCIAS'. At the bottom, there are fields for 'CIRUJANO', 'ANESTESISTA', and 'CIRCULANTE'.

Imagen 1: modelo tipo del Check List quirúrgico del HUMV en el que no aparece hueco para apuntar a los estudiantes de medicina.

Propuesta de mejora: en cuanto al ejemplo aportado, sería interesante la inclusión tanto verbal como de forma escrita del alumno en el check list quirúrgico, contribuiría a integrar e identificar correctamente al alumno en el quirófano. La parte de uniformización viene dada por la

exigencia de portar el pijama quirúrgico antes de entrar, por lo que no considero sea susceptible de cambio o mejora. En relación a otras situaciones particulares de inadaptación, debería desarrollarse un plan específico por parte de los centros y las facultades.

Discusión Art. 4.8. sobre las medidas de protección de datos médicos en soporte electrónico:

Muy importante este apartado, que considero no tiene relación con ninguno de los anteriores. Sino más bien con los siguientes; de hecho, lo englobaría dentro del artículo del Art. 8. "Derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos de salud".

Según la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos de salud son "datos especialmente protegidos", por lo que se debe garantizar "la seguridad de los datos de carácter personal" y evitar "su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado". Sin entrar en datos técnicos, la dirección del centro se encarga de que los datos a los que tiene acceso el personal estén altamente protegidos; sin embargo, los dispositivos que utilizamos habitualmente para el almacenaje de textos, fotografías y vídeos o la comunicación con otras personas carece de esa seguridad que hemos dicho hay que garantizar. Por lo tanto, resulta inadmisibles en términos de seguridad del paciente, utilizar medios electrónicos personales para almacenar o comunicar información clínica de los pacientes.

ART. 4.8.

4.8 Las instituciones sanitarias deberán informar a los alumnos y residentes de especialidades en ciencias de la salud, sobre las medidas de protección de datos de carácter personal cuando se usen dispositivos electrónicos (portátiles, memorias USB etc.). En ningún caso se podrá compartir esta información utilizando sistemas de información y/o herramientas informáticas/redes sociales, que no se encuentren sujetos a los sistemas de seguridad de los centros sanitarios.

El problema que se plantea no es un problema aislado de nuestro país, dado que los sistemas de información en soporte electrónico avanzan más rápidamente de lo que los sistemas sanitarios se adaptan a su uso; por lo que han surgido multitud de artículos científicos sobre cómo hacer un buen uso de los datos médicos en soporte electrónico. De especial relevancia me parece citar la guía realizada por el departamento de salud y servicios sociales (HHS) del gobierno estadounidense para la no-identificación ("de-identification") de la información clínica, y su método "Safe Harbor" para evitar el uso de datos identificativos de los pacientes en los sistemas de información no seguros [13].

En cuanto a los dispositivos susceptibles de ser utilizados para compartir información clínica, los teléfonos móviles son los principales culpables, que además de tener un almacenaje interno, en su mayoría poseen un segundo almacenaje vía internet, haciéndolo más inseguro si cabe; por lo tanto, a pesar de no utilizar ninguna aplicación (v.g.: "Whatsapp®") para comuni-

car ningún dato clínico, en el momento que almacenas una fotografía del paciente, de su historia o vinculando ambas, estás comprometiendo los datos de tu paciente. Otro tema de amplio debate sería el uso de las redes sociales en medicina.

Además del teléfono móvil, las cámaras de fotos, los ordenadores o las tablets son métodos inseguros para almacenar o compartir información médica.

El día a día en el HUMV: En lo que he podido observar, existe un mal cumplimiento de la ley por parte de los profesionales y de los alumnos, que en muchas ocasiones desconocen la inseguridad de sus actos, y en otras, la ignoran debido a que sus dispositivos les permiten agilizar y mejorar la asistencia clínica y docencia, respectivamente. Ahora desarrollaré dos ejemplos concretos sobre un mal uso de la tecnología que compromete la seguridad y la intimidad del paciente:

Por parte de los profesionales, un cirujano fotografiaba con su teléfono móvil la zona preoperatoria de sus pacientes por tener un defecto estético muy grande. Tras la reparación quirúrgica les volvía a fotografiar para tener la comparación. Por si fuera poco, asociaba con una etiqueta el número de historia clínica a la imagen. Esta actuación por parte del profesional, que es comprensible en términos de presentación de resultados, valoración de complicaciones y recidivas y seguramente otros aspectos de interés clínico, podría no justificarse en términos de protección de intimidad del paciente si para ello utilizáramos sistemas inseguros de obtención y almacenamiento de datos, como es el teléfono móvil.

Por parte de los estudiantes, una alumna de un curso preclínico de esta facultad subió a una conocida red social (Instagram®) una foto en un quirófano en la que se podía ver como aguantaba a un recién nacido extraído por cesárea. También se pueden ver las vísceras de la madre con los instrumentos quirúrgicos y a los médicos que participaban en la operación. En su perfil público se indicaba el día en que había subido la foto, el lugar (Santander, Cantabria) y un título que decía “El lado más bonito de la medicina”. Aun desconociendo aspectos muy importantes como si hay consentimiento de la paciente en la realización de esta fotografía y su carga a la red social, o si los médicos tuvieron conocimiento de la realización de la misma; vamos a discutir el por qué vulnera el derecho a la intimidad del paciente:



Imagen 2: captura de pantalla del perfil de una alumna de medicina de la UC en la red social Instagram®

En cuanto a aspectos legales, la realización de una fotografía durante una intervención: como hemos comentado, los teléfonos móviles no son medios seguros para adquirir o almacenar información confidencial de los pacientes, por lo que realizar y almacenar estas fotografías podría vulnerar la ley de protección de datos. Además, requeriría un consentimiento muy explícito de la paciente de que consiente que le realicen la fotografía en esas condiciones, y donde se ve a su bebé. También deberían consentir los dos cirujanos que se ven en la fotografía. Y, entiendo, debería ser permitido por la dirección del centro, que al final es el responsable último.

En cuanto a aspectos éticos, la subida de la fotografía a una red social pública; es decir, que puede ser visualizada por usuarios y no usuarios de la misma: este es el punto crítico, no solo en el aspecto de la solicitud de consentimiento; sino en el objeto mismo del acto. ¿Con qué objetivo se sube esa fotografía?, ¿qué ética refleja al público?, ¿cómo afecta a las demás personas fotografiadas?... Como se indica en el Manual Redes Sociales OMC [14] “Si bien utilizar una imagen médica, con el permiso del paciente como caso clínico de interés en redes sociales es algo muy positivo, el riesgo de mostrar información sin un objetivo claro, sin permiso, exponiendo al paciente a ser reconocido y sin una ventaja para el paciente ni para el mundo científico tiene un enorme riesgo y rompe normas deontológicas básicas. Si bien es cierto que en algunas imágenes el paciente puede no ser reconocible, no olvidemos que en la mini biografía de presentación del doctor que lo cuelga, quizás se menciona su hospital y que en los tuits se refleja fecha y hora. De esta manera una foto colgada de manera inocente puede romper normas básicas de Deontología médica”. Además, dicen que “la publicación de información nunca puede tener como objetivo la crítica o el simple morbo, sino que de alguna manera debe favorecer a un paciente en particular o tener un objetivo didáctico para la comunidad sanitaria”.

En cuanto a aspectos del profesionalismo o profesionalidad (según autores), recordemos que es un código ético de conducta inherente a la profesión médica que abarca comportamientos y conductas inadecuadas, malas habilidades clínicas, abuso de alcohol y otras drogas, plagio, fraude, agresividad, violencia y otros aspectos de cuidado de la salud personal y pública [15], que el Royal College of Physicians define como un conjunto de valores, conductas y relaciones que sustentan la confianza de los ciudadanos en sus médicos. Sin embargo, es un aspecto poco atendido en el ámbito de nuestra universidad y que, en general, suele ser objeto de controversia por las diferencias en la valoración de los actos en ciertos colectivos. De hecho, un estudio de la Universidad de Michigan [16] reflejó estas diferencias, donde los estudiantes de medicina eran más propuestos a publicar en redes sociales contenido clasificado como “inapropiado” o “poco profesional” por el personal médico o por el público en general. Si esta imagen vulnera aspectos como la imagen o la identidad del profesional, lo dejo a la valoración del lector.

Propuesta de mejora: Ahondar desde el hospital y la facultad en la existencia de esta problemática en el ámbito de los profesionales y de los alumnos. Una buena forma de aproximarse al problema podría ser la anotación de los métodos electrónicos más usados y el porqué de su necesidad de uso, para poder idear estrategias que lo sustituyan de manera segura.

Por otro lado, persuadir personalmente a aquellas personas que vulneran de forma clara el derecho de la intimidad del paciente.

En lo relativo al Artículo 5 “Pautas de actuación en relación a la presencia de alumnos”.

Conceptos previos

Un proceso asistencial es el conjunto de actividades de los proveedores de la atención sanitaria (estrategias preventivas, pruebas diagnósticas y actividades terapéuticas), que tienen como finalidad incrementar el nivel de salud y el grado de satisfacción de la población que recibe los servicios, entendidos éstos en un amplio sentido (aspectos organizativos, asistenciales, etc.) [17].

Una actuación clínica o proceso de atención asistencial o intervención en el ámbito de la sanidad es toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación [6].

Según la Ley de Autonomía del Paciente [6] el consentimiento es un principio básico que, con carácter general, requiere “toda actuación en el ámbito de la sanidad”. Así, definen el consentimiento informado como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

Discusión Art. 5.2. sobre la información de la presencia del alumno

Con lo anteriormente definido, se entiende que los agentes implicados en un proceso asistencial comprenden al paciente y a todos aquellos profesionales que le proveen de atención sanitaria. Así mismo, la presencia de un alumno durante el proceso asistencial, a priori, no parece que incremente ni el nivel de salud ni el grado de satisfacción, por lo que se podría afirmar que es únicamente beneficioso para su formación. Sin embargo, hay estudios que muestran que “la satisfacción del paciente no disminuye cuando hay estudiantes participando

ART. 5.2.

Los pacientes tienen derecho a saber que hay alumnos en formación presentes en su proceso asistencial.

La dirección del Centro Sanitario (y no la universidad, escuela o centro formativo de origen) les facilitará una tarjeta identificativa que se colocará en lugar visible del uniforme conteniendo los datos personales, fotografía y referencia expresa al grupo al que pertenece el alumno entre los citados en el punto 5.1, a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y profesionales del centro.

Concluido el periodo de prácticas en el centro, será obligatorio devolver la tarjeta identificativa a los servicios de personal del centro.

de su proceso clínico” [18], por lo tanto, parece que en principio tampoco resulta una molestia; es un agente conocedor, pero, en principio, no colaborador en el mismo.

La comunicación de la presencia de un alumno en un proceso asistencial se podría hacer de diferentes maneras que arbitrariamente he dividido en: comunicación verbal, ya sea de forma escrita o hablada, y comunicación no verbal, en concreto, medidas de información visual.

A la pregunta de cómo informar, imagino tres formas de comunicación verbal: la primera, informando, de forma general, a todos los pacientes que acceden al sistema hospitalario o extrahospitalario vinculado con la docencia, que su proceso asistencial es susceptible de ser presenciado por alumnos en formación; la segunda, informando, de forma general, a un paciente concreto, que su proceso asistencial será presenciado por alumnos en formación -para esto, habría que seleccionar a aquellos pacientes que van a ser susceptibles-; la tercera, informando, de forma particular, a un paciente concreto, que su proceso asistencial será presenciado por un alumno en formación particular, -para esto, habría que seleccionar tanto al paciente como al alumno, cruzando los datos y realizando escritos individualizados. Además, podemos utilizar comunicación no verbal, ya sea mediante una tarjeta identificativa, como se sugiere en el protocolo; o mediante un uniforme identificativo, importante no solo para identificación del alumno sino también para su integración en el equipo asistencial.

En este apartado del Protocolo solo se hace referencia a la tarjeta identificativa que resulta útil en los casos en que los alumnos presencien un acto clínico físicamente, acompañando al paciente. Sin embargo, quedarían exentos de ser informados los actos asistenciales que el alumno presencia sin ser visto por el paciente: interconsultas, sesiones clínicas, etc.

Además, aquí cabe preguntarse quién debería informar a los pacientes. En este caso, se hace referencia a la dirección del Centro Sanitario, pero realmente es el alumno el responsable de portar la tarjeta. En general, se podría simplificar a que la comunicación lingüística escrita sería informada por la dirección de centro, la comunicación lingüística hablada por el profesional sanitario y la comunicación no verbal portada por el alumno.

El día a día en el HUMV: analizaremos aspectos sobre la tarjeta identificativa, la uniformización y la información verbal.

El cumplimiento de la pauta sobre la tarjeta identificativa es diferente según el curso en el que nos encontremos. De tercer a quinto curso es la Facultad de Medicina quien facilita la tarjeta a los alumnos. En sexto curso es la dirección del HUMV, en concreto la sección de Recursos Humanos, quien se encarga de gestionarlo. Sin embargo, la posesión de la tarjeta suele ser muy posterior al inicio de las prácticas; por lo tanto, siempre hay un par de meses al comienzo del curso académico en que los alumnos están incorrectamente identificados o no identificados.

En cuanto a la uniformización: en las prácticas clínicas los alumnos de medicina carecemos de uniforme identificativo, aunque es cierto que se nos exige asistir con una bata blanca (sin mambretes). A priori, podría parecer suficiente, pero esto no nos diferencia de residentes en formación ni de médicos especialistas. Paralelamente, los alumnos de enfermería sí que tienen un uniforme específico del alumnado. En las prácticas quirúrgicas sí que tenemos obligación y disponibilidad de llevar el pijama quirúrgico, al igual que los demás integrantes del equipo multidisciplinar.

Las medidas de información verbal por parte de la dirección del centro son inexistentes; sin embargo, he observado que, en ciertas ocasiones, los profesionales adoptan medidas de información al paciente al margen de una regla uniformizada. Este es el caso de un cartel que me encontré en las consultas de Cirugía General durante mi rotatorio en sexto curso. Sin embargo, esto no ocurre ni en todas las consultas, ni en otros espacios dedicados al paciente, por ejemplo, las habitaciones de hospitalización o el box de preanestesia.

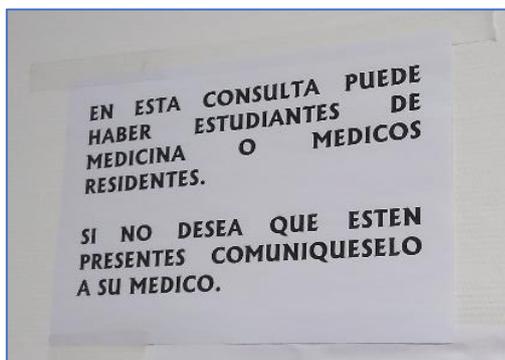


Imagen 3: información al paciente en las consultas de Cirugía General

Propuesta de mejora: A mi parecer, una buena opción para que el paciente sea informado de que hay alumnos presentes en su proceso asistencial sería incluir todos aquellos aspectos de la comunicación lingüística y no verbal que sean posibles. Por un lado, mediante un escrito oficial elaborado por la dirección del centro y colocado en un lugar visible -tanto en pasillos como en consultas, habitaciones, etc.-; y, también, mediante medidas de identificación visual como la tarjeta identificativa y un uniforme característico. De esta forma, el paciente sería más consciente de la importancia de la presencia de alumnos en un centro relacionado con la enseñanza universitaria y el alumno se vería más involucrado en el proceso asistencial.

Discusión Art. 5.3. sobre el consentimiento de la presencia del alumno

Nótese la diferencia entre el concepto de proceso asistencial, entendido como un continuo de cuidados (*vide supra*); y el de actuación clínica, mucho más acotado en el tiempo.

Lo primero en lo que hemos de reflexionar en este apartado es en por qué se le pide consentimiento a un paciente. El acto de solicitar el consentimiento implica el reconocimiento de su autonomía, que es un bien jurídicamente protegido. En la Ley Básica de Autonomía del Paciente [6]. Además, solicitar un consentimiento de forma verbal, afianza la relación médico-paciente, y empodera a este último a tomar decisiones sobre su proceso. En este aspecto, es muy importante resaltar que “en el caso de que el paciente se niegue, el personal en formación no estará presente en el proceso de atención asistencial”; es decir, el paciente tiene el poder de decisión sobre quién presencia su proceso asistencial.

Además, me gustaría profundizar en el valor que tiene la reiteración del consentimiento: por un lado, protege al paciente de la situación de indefensión e incertidumbre acerca del desarrollo de los acontecimientos clínicos; pero, por otro lado, puede resultar también en una interrupción de una relación clínica fluida; por lo tanto, opino que es indiferente la forma y la cantidad de veces que se solicita el consentimiento siempre y cuando al final del proceso asistencial el paciente pueda afirmar que ha sido consentidor de todo lo ocurrido (englobando aquí a todos los profesionales implicados).

En el apartado del “consentimiento global”, desconozco si el periodo de tiempo de 15 días es arbitrario o está fundamentado en la ley, puesto que no está referenciado o explicado debidamente en el protocolo, pero creo que contraviene la filosofía de autonomía del paciente que se desarrolla en el protocolo.

También se habla de la posibilidad de que sea el propio tutor el que limite la presencia del alumno, lo cual tiene menor fundamento si nos atenemos al derecho de autonomía del paciente y genera ciertos obstáculos a la hora del aprendizaje del alumno sobre situaciones “complejas”. Si bien he de admitir que resulta lógico dada su responsabilidad directa.

ART. 5.3.

Con carácter previo al inicio del acto asistencial el profesional responsable del mismo (especialista de la unidad, tutor o residente autorizado por su tutor) informará al paciente o su representante sobre la presencia de estudiantes, solicitando su consentimiento verbal para que presencien las actuaciones clínicas.

[...] si el paciente se niega el personal en formación no estará presente en el proceso de atención asistencial.

Si el paciente consiente que los alumnos estén presentes durante el acto clínico, se reiterará su consentimiento en el caso de que se considerara adecuada la realización de algún tipo de exploración física, procedimiento clínico o intervención con fines formativos.

[...] será posible solicitar el consentimiento global del paciente por un periodo limitado de tiempo [...] no podrá ser superior a 15 días.

Se podrá limitar la presencia de alumnos [...] por la situación clínica, emocional o social del paciente.

[...] podrá otorgarse el consentimiento por representación, a través de las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho o por representantes legales [...]

Como reflexión global, sobre el papel, no debería haber problemas de interpretación de la norma, pues hace una priorización máxima del derecho fundamental de la intimidad al paciente. Pero, como siempre, la práctica diaria genera situaciones en que es necesario una interpretación aplicada, tratando siempre de tener como eje de la decisión la máxima de la autonomía del paciente.

El día a día en el HUMV: Ya que hablamos de actuaciones clínicas, me gustaría analizar por separado las diferentes actuaciones que presenciemos los estudiantes en el caso del HUMV: actuaciones de urgencia, intervenciones quirúrgicas, consultas programadas, pases de planta e interconsultas y sesiones clínicas.

¿Cómo solicitar consentimiento si el estudiante presencia una actuación de urgencia? Está contemplado que los familiares cercanos tomen las decisiones por el paciente, pero ¿realmente es adecuado y necesario solicitar este consentimiento cuando la vida de alguien corre peligro?, en este caso, el estudiante de medicina actuará como un profesional más que acata órdenes del médico que maneja la situación. A un paciente en una situación de urgencia no se le pide consentimiento para coger una vía periférica, pararle una hemorragia o introducir medicamentos para salvar su vida; por lo tanto, resulta absurdo que se deba pedir consentimiento por asistir a ese acto, que muchas veces ocurre de forma accidental durante las prácticas. Si bien es cierto, resultaría adecuado informar a posteriori de la presencia del estudiante y en la situación de estabilidad retomar las pautas adecuadas del consentimiento informado.

¿Cómo solicitar consentimiento si el estudiante presencia una intervención quirúrgica programada? Lo ideal, y tengo constancia de que algunos servicios de cirugía del HUMV ya han discutido como posibilidad, sería incluir en el consentimiento informado una cláusula sobre la presencia de estudiantes en quirófano. Esto resultaría beneficioso tanto para pacientes, que se podrían negar a la presencia de estudiantes en su operación, como para los mismos estudiantes, que se encontrarían en una situación de legalidad, pudiendo acceder a una intervención quirúrgica ya empezada (de otra forma no habría manera de pedir el consentimiento al paciente).

¿Cómo solicitar consentimiento si el estudiante presencia una consulta programada? El primer acto de comunicación entre el médico y su paciente es la “acogida”, donde se saluda al paciente y se presenta con nombre y cargo. Sería en este momento donde cabría presentar al estudiante que le acompaña y solicitar el consentimiento de que presencie todo el acto clínico. De no ser así, el estudiante debería de salir de la sala hasta que el paciente se hubiera marchado.

¿Cómo solicitar consentimiento si el estudiante presencia un pase de planta? Del mismo modo que en la consulta, el primer acto de comunicación que debería hacerse al entrar en la habitación de un paciente ingresado es el saludo y la presentación. También debería ser aquí donde cabría presentar al estudiante que le acompaña y solicitar el consentimiento de que

presencia todo el acto clínico. De no ser así, el estudiante debería de salir de la habitación del paciente y continuar la visita cuando los doctores la abandonen. Si el motivo es que el paciente no quiere que le vean estudiantes en una situación o procedimiento concreto, se reiteraría la solicitud en los días siguientes. Si el motivo es que no quiere recibir visitas de estudiantes durante su estancia, no debería reiterarse.

¿Cómo solicitar consentimiento si el estudiante presencia interconsultas y sesiones clínicas o cualquier otra actuación médica que se produzca en ausencia del paciente? La dificultad de este asunto radica en que en ambas situaciones se da a conocer información clínica relevante de un paciente sin estar este presente. Entre profesionales médicos esto resulta ético debido al denominado “secreto médico compartido” que, como desarrollaré en la discusión del Art. 8.2. sobre la confidencialidad y el secreto médico en los estudiantes de medicina, podría incluir a los estudiantes de medicina. En cualquier caso, hablando del consentimiento del paciente, aquí no existe ningún tipo de consentimiento, por lo que siendo estrictos, no deberíamos tener presencia en actuaciones donde no esté físicamente; a no ser que el médico encargado pudiera anonimizar sus datos.

Propuesta de mejora: Informar debidamente a estudiantes y tutores sobre cómo actuar en las diferentes situaciones clínicas planteadas. No olvidemos que el artículo 63.2 del Código de Deontología Médica dice “el médico docente deberá aprovechar cualquier circunstancia en el transcurso de la práctica médica para inculcar a los alumnos los valores éticos y el conocimiento de este Código”.

Sobre situaciones concretas, incluir en el consentimiento informado de todas las especialidades quirúrgicas la solicitud de presencia de estudiantes en el quirófano.

Sobre la posibilidad de generar una mejora continuada, incluir en la evaluación de prácticas de los estudiantes de medicina, un apartado sobre si no han podido presenciar alguna actuación clínica y el motivo. De esta forma, los tutores de prácticas podrían conocer los obstáculos a los que se enfrentan los estudiantes y plantear soluciones aplicadas.

Discusión Art. 5.4. sobre la supervisión permanente del alumno

La redacción de este artículo dice basarse en lo establecido en la Ley General de Sanidad [19] y en el RD 1558/1986 [20]; sin embargo, en ninguna de estas leyes se especifica nada sobre la supervisión permanente del alumno. El acceso a la información clínica se tratará en otros apartados, por lo que lo dejaré sin tratar hasta entonces.

Por lo tanto, trataremos la supervisión de las prácticas clínicas del estudiante de medicina desde el punto legal, ético y docente.

Desde el punto de vista legal y ético [21], la supervisión del alumno es parte de la obligación del tutor que debe garantizar una adecuada atención clínica a sus pacientes, entre la que se incluye garantizar su intimidad. Queda por definir en el ámbito español, si los delitos de revelación de secreto profesional y otras violaciones de la intimidad del paciente, son responsabilidad única o compartida del estudiante de medicina, su tutor y el director del centro.

Desde el punto de vista docente, la supervisión es un arma de doble filo; por un lado, el contacto tan estrecho con tu tutor podría permitirte un aprovechamiento de las prácticas vía observación, imitación y cuestionamiento; sin embargo, es totalmente contrario a la actitud proactiva e independiente que se espera de un estudiante según va adquiriendo habilidades clínicas, coartando la iniciativa del alumno durante su aprendizaje.

Según un artículo publicado por Reshma Jagsi y Lisa Soleymani Lehmann [22], “existen pocos estudios sobre los riesgos potenciales de la participación de estudiantes en el proceso asistencial de un paciente”; es más, también afirman que no hay evidencias suficientes sobre los niveles apropiados de supervisión durante las prácticas de los alumnos teniendo en cuenta sus niveles de experiencia. Por lo tanto, este es un tema de interés mundial en cuanto a docencia en medicina se trata, que ha de ser resuelto a mayor brevedad para adecuar, mediante evidencia científica, el grado de independencia que deberían ir adquiriendo los estudiantes durante sus prácticas asegurando el mínimo riesgo para el paciente

El día a día en el HUMV: La supervisión en todo momento podría ser viable en referencia a la presencia de actos clínicos, que serían realizados por nuestros tutores o residentes en los que han delegado. Sin embargo, la gran carga asistencial no permite que un profesional pueda

ART. 5.4.

Los alumnos estarán supervisados en todo momento, no pudiendo acceder al paciente ni a la información clínica sobre el mismo, sin la supervisión directa del personal del centro asistencial que sea responsable de su formación de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 104 de la LGS en relación con lo previsto en el Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales de los conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias, así como por lo previsto en los conciertos y otra normativa autonómica que en cada caso resulte de aplicación.

estar esperando que leas y comprendas con detenimiento las historias de los pacientes que están citaos en la consulta. Considero muy importante, y comparable al estudio para un examen, el que un estudiante se estudie al paciente y su historia antes de recibirle en una consulta o en cualquier otro abordaje asistencial. En esa misma línea, considero inviable que el responsable asista ese proceso de estudio. Así mismo, considero igual de importante que tras el proceso asistencial, el alumno revise aquellos aspectos que no ha comprendido, o que sean nuevos y de utilidad docente.

Propuesta de mejora: Que en las prácticas hospitalarias se permita y facilite el trabajo autónomo de los alumnos en las aulas de personal que hay en el hospital. La importancia de que esto ocurra en el hospital es doble: primordialmente por el acceso controlado a los datos, al estar en el estar de personal, los tutores o responsables en que deriven pueden concurrir en el mismo lugar y controlarlo; además, este gesto resulta en una manera más de incluir al estudiante en la dinámica habitual de un hospital.

Discusión Art. 5.5. sobre el número de estudiantes por acto clínico

Esta última pauta busca en mayor medida proteger la dignidad del paciente que su intimidad. De hecho, resultaría más fácil asegurar la confidencialidad si un gran grupo de alumnos realizara las prácticas con un mismo facultativo encargado; sin embargo, se vería muy deteriorada la relación médico-paciente, encontrándose este en una situación de excesiva vulnerabilidad, sin hablar de la poca utilidad formativa.

Especialmente positiva me parece la salvedad de “salvo supuestos especiales consentidos por el paciente”, ya que permite flexibilidad en la aplicación de la norma, beneficiosa para todas las partes.

Resulta paradójico que lo positivo de una legislación muy proteccionista y restrictiva sean sus salvedades más flexibles con la realidad práctica.

El día a día en el HUMV: Las prácticas hospitalarias están bien organizadas para que el solapamiento de alumnos en un mismo acto asistencial sea mínimo. En mi experiencia particular he detectado que hay servicios donde nunca se sobrepasa el límite permitido y otros que, debido a los rotatorios de residentes en formación, están claramente masificados.

ART. 5.5

Salvo supuestos especiales consentidos por el paciente, durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres alumnos por paciente sin perjuicio de la participación de otros, mediante la utilización consentida de pantallas en otra sala. Asimismo la secuencia de repetición con grupos diferentes se planificará en tiempos razonables de tal forma que no resulte molesta o intimidatoria para el paciente. El número máximo de personas en formación de presencia física ante el paciente no podrá exceder de cinco, computando el de residentes que se citan en el apartado 6.5. (tres).

De hecho, he tenido que abstenerme de entrar a alguna habitación por ese motivo. Sin embargo, mi caso particular no es relevante, sino conocer la situación actual de todos los alumnos en prácticas, datos que actualmente se desconocen y no se valoran.

Por otro lado, un ejemplo vivido sobre el supuesto del número de alumnos máximos que ejemplifica los “supuestos especiales” ocurrió en las prácticas de Clínica Pediátrica en sexto curso: uno de los seminarios prácticos que se imparten en el hospital versaba sobre el recién nacido sano. Aprovechando que nos encontrábamos cerca de la Planta de Hospitalización de Ginecología, la médica responsable habló con una madre, de profesión enfermera, pidiéndole permiso para que un grupo de menos de 10 alumnos presenciáramos un examen físico pediátrico rutinario. La experiencia fue positiva tanto para nosotros como para la madre que dijo “haber aprendido mucho de la lección” y evitando repetir varias veces las mismas maniobras al recién nacido.

Propuestas de mejora: Considero que este es un aspecto no hay información suficiente para conocer si se cumple la norma; por lo tanto, propongo incluir en la evaluación de prácticas de los estudiantes de medicina un apartado sobre si se cumple el número máximo de estudiantes por acto clínico y, de no ser así indicar cuántas veces ocurrió y cuántos alumnos eran. En los casos particulares en que estas situaciones se produzcan, cabría reevaluar la distribución de los alumnos antes de descartar que fuera un problema puntual.

En lo relativo al Artículo 7 “Garantía de acceso a los datos clínicos”

Solo se comentarán aquellos apartados dirigidos y aplicables a los alumnos del Grado en Medicina.

Conceptos previos: en este séptimo artículo se separa normativamente la “historia clínica del servicio de salud” de “la Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS)”. Antes de analizar la norma voy a definir ambas, su ámbito regulador y remarcar las diferencias existentes.

El artículo sesenta y uno de la Ley General de Sanidad [19] contempla la historia clínica como la máxima integración de la información relativa a cada paciente en cada Área de Salud. También la define, ampliándola, la ley de Información y Autonomía del Paciente [6] como el “conjunto de documentos relativos a los procesos de cada paciente, con la identificación de los profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro”.

La “historia clínica del servicio de salud” se refiere al concepto de historia clínica que acabamos de explicar, englobado dentro del servicio de salud de una Comunidad Autónoma, en el caso de Cantabria, del Servicio Cántabro de Salud. Usualmente se suele correlacionar “historia

clínica del servicio de salud” con “historia clínica escrita”, pero no es así; de hecho, en el caso de Cantabria, en el 2013 el gobierno [23] se propuso escanear las 750.000 historias clínicas de los hospitales, que en ese momento estaban en papel para sustituirlo definitivamente por el formato digital, objetivo que actualmente ha cumplido. Pero no nos confundamos, que el soporte sea digital no modifica su calidad de “historia clínica de servicio de salud”. Según los datos del gobierno central [24] “todas las Comunidades Autónomas sin excepción tienen sistemas de Historia Clínica (o de Salud) Electrónica (o Digital)”, diferente de la HCDSNS.

La HCDSNS es un proyecto, actualmente en proceso, para el acceso a los datos de salud de un ciudadano por parte de él mismo o de los profesionales sanitarios, desde una Comunidad Autónoma distinta de aquella desde donde se generó la información. La información compartida se maneja desde diferentes documentos: Historia Clínica Resumida (HCR), Informe de Atención Primaria (ICAP), Informe de Urgencias (ICU), Informe de Alta Hospitalaria (ICA), Informe de Consulta Externas Especialidades (ICC), Informe Pruebas de Laboratorio (IRPL), Informe Pruebas de Imagen (IRPI), Informe Cuidados de enfermería (ICE), Informe Otras Pruebas Diagnósticas (IROPD).

La regulación de la historia clínica se recoge en la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986 [10]; Ley Orgánica de Protección de Datos de carácter personal (13 diciembre 1999); Ley básica reguladora de la autonomía del paciente (14 noviembre 2002, 44/2002). El desarrollo y ejecución de estas leyes corresponde en las diferentes CCAA y en Cantabria lo regula la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria (10 diciembre 2002, 7/2002). Sobre la normativa reguladora de la HCDSNS, según la página web del Ministerio de Salud y Servicios Sociales [25], la normativa relacionada (referente a la intimidad del paciente) en la que se basa el proyecto, es la misma que la que regula la historia clínica que acabamos de comentar. Por lo tanto, no existen diferencias normativas.

Si nos centramos en la formación universitaria del Grado en Medicina en el seno de los hospitales, añadimos al ámbito de aplicación otras dos leyes: la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (Art. 34); y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (título II, Art. 14 más específicamente sobre la formación en pregrado).

En cuanto a las diferencias que presentan la “historia clínica del servicio de salud” y “la Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS)”, destacamos como principal el ámbito de aplicación, ya que la “historia clínica del servicio de salud” depende de cada centro, mientras que la “HCDSNS” depende del ministerio central. Además, y debido a esta diferencia primera, habrá cambios en el soporte, en la forma de creación, modificación, almacenaje, acceso, visualización, y demás diferencias técnicas. Lo que tienen en común es que ambas deben garantizar la seguridad de los datos (regulado por las normas anteriormente nombradas).

Discusión Art. 7.2. sobre el acceso a la historia clínica con fines docentes

Para el aprendizaje del estudiante de medicina en las prácticas hospitalarias es muy importante la existencia de un estudio autónomo de los pacientes que se han visto o se van a ver junto al tutor; en primer lugar, para poder seguir el razonamiento clínico, pero también para plantear cuestiones y sugerencias al tutor al que acompaña. Además, según los objetivos que plantea la “Association of American Medical Colleges”, la tecnología de la información ha de ser determinante tanto para el aprendizaje a largo plazo como para el desarrollo de habilidades de decisión clínica. Tanto interés suscita que se están desarrollando estrategias docentes alrededor del aprendizaje mediante historia clínica electrónica (EMRs siglas en inglés), como por ejemplo el “esquema RIME/EMR”, en el que se incluyen competencias de cuidado del paciente, conocimiento médico, aprendizaje basado en práctica, práctica mediante sistemas de información, habilidades comunicativas y profesionalismo – estas dos últimas muy importantes para la protección de la intimidad del paciente- [26].

La normativa vigente obliga a “preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato” en caso de acceso con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia. Por lo tanto, para que los centros cumplan esta norma deben poseer sistemas informáticos que técnicamente permitan esta disociación. No he encontrado datos que me permitan afirmar que esto sea así actualmente.

Ampliando las directrices que se muestran en este protocolo, la Agencia de Protección de Datos contempla que en la formación de pregrado el estudiante, aún no siendo un profesional sanitario, puede participar en la actividad asistencial directa al paciente firmando un documento específico de compromiso de confidencialidad sobre los datos a los que acceda, contemplando acceder a datos clínicos especialmente protegidos [27].

El día a día en el HUMV: Dado que toda la información clínica en el HUMV está informatizada, todos los accesos a las historias clínicas (o a partes de las mismas) se realiza de forma digital mediante la Intranet del hospital; es decir, los profesionales solo pueden acceder desde el

ART. 7.2.

7.2.1 [...] el acceso a la historia clínica con fines [...] de docencia obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

La disociación de datos obliga a separar los datos de utilidad científica (clínico-asistenciales en nuestro caso) de aquellos otros que permitan identificar a su titular (número de historia clínica, de la Seguridad Social, DNI, etc.). La disociación de datos habrá de realizarla un profesional sanitario sujeto al secreto profesional u otra persona sujeta a una obligación equivalente de secreto.

En el ámbito de la docencia los alumnos podrán acceder a la historia clínica con datos personales disociados o historias clínicas simuladas por el responsable de docencia a fin de garantizar que el aprendizaje derivado de las mismas se realiza respetando la intimidad y confidencialidad de los datos de salud.

HUMV, no desde otras localizaciones. Altamira Clínica es la Estación Clínica de los Hospitales del Servicio Cántabro de Salud y representa el conjunto global y estructurado de información relacionado con los procesos asistenciales de un paciente, soportado por una plataforma informática. Actualmente las funcionalidades principales de Altamira clínica son: el navegador asistencial, el editor asistencial, el gestor de peticiones, la conexión con los módulos existentes de Prescripción Electrónica Asistida (PEA) y Receta Electrónica, de Visor Corporativo, de Interconsulta Electrónica (MAS), de Sistema de Información del Proceso Quirúrgico (SIPQUIR), de Registro de Voluntades Previas (en este caso en la Consejería de Sanidad), de variables y constante de enfermería (Gacela) y de explotación de la información. Integra en un repositorio único, normalizado y codificado, que contiene información clínica proveniente de sistemas de información departamentales existentes: Laboratorios, radiodiagnóstico (RISCA), SIPQUIR, GACELA, PEA, VISOR CORPORATIVO, HISlocales, enterprise master patient index (EMPI) [28].

En el caso de los estudiantes de medicina, solo deberíamos tener acceso al Visor Corporativo, ya que recoge todos los aspectos de la historia clínica y no permite su modificación.

Además, es importante reseñar que cada entrada en los diferentes módulos queda guardada en una base de datos que el paciente puede consultar para conocer quién ha accedido a sus datos, y en qué momento, protegiéndole aún más de posibles vulneraciones de su derecho a la intimidad.

Propuestas de mejora: Partiendo de las tres premisas desarrolladas anteriormente -la necesidad del estudiante de acceder a la historia clínica, la necesidad de implementar métodos de docencia alrededor del aprendizaje por la historia clínica electrónica (esquema RIME/EMR) y la obligación de disociar los datos-, se ha de diseñar la forma óptima de acceso y utilización de la historia clínica electrónica por parte de los estudiantes. El diseño debería hacerse atendiendo a un convenio de colaboración entre la Universidad y el centro sanitario, como determina la norma.

Discusión Art. 7.4. sobre el acceso a la Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS).

Como hemos comentado, la HCDSNS es una herramienta para unificar y compartir información en formato digital entre diferentes Comunidades Autónomas con un uso estrictamente asistencial [23]. Debido a esta cualidad del proyecto, el protocolo no contempla el acceso con fines docentes a la HCDSNS; por lo tanto, los alumnos en formación no podrán acceder a la red nacional.

Sin embargo, como he comentado al inicio, no hay diferencias normativas; y a priori, tampoco debería haberlas técnicas. No

ART. 7.4.

7.4.3. No pueden acceder, por tanto, alumnos de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud.

hay duda en que es una plataforma creada con el objetivo de unificar y facilitar la asistencia; sin embargo, resulta paradójico, que un sistema informático tan sofisticado y universalizado no pueda ser adaptable para la docencia, ampliamente practicada en los hospitales del sistema público de salud.

El día a día en el HUMV: El estado del proyecto es muy desigual entre las diferentes Comunidades Autónomas, los últimos informes publicados por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (1 de octubre de 2017), los únicos informes clínicos con autorización de emisión en HCDSNS que permite Cantabria serían HCR, ICU, ICA e ICC [23]; por lo tanto, actualmente esto no representa una preocupación para los alumnos de la facultad de medicina que nos formamos en el HUMV.

Propuestas de mejora: aunque actualmente la implantación de la HCDSNS no sea una realidad en Cantabria, sería muy beneficioso que el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales planteara la posibilidad del acceso con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia.

En lo relativo al Art. 8. “Derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos de salud”

Discusión Art. 8.1. sobre la confidencialidad de los datos de salud

La confidencialidad de los datos referentes a la salud de un paciente es prácticamente sinónimo del conocido “secreto médico” que, además de ser una cuestión legal de gran relevancia, es una obligación ética del profesional, que afianza la relación médico-paciente.

El día a día en el HUMV: Los estudiantes de medicina de la Universidad de Cantabria nos incorporamos como alumnos en prácticas hospitalarias en tercer curso. Antes, en primer curso, hemos recibido formación en referencia a la intimidad del paciente en la asignatura de Introducción a la Medicina [29] (“Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional”) y en la asignatura de Informática Básica y Valores Personales y Profesionales [30] (“Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional”, en este caso, el apartado forma parte de 1 hora teórica en la planificación de la asignatura).

ART. 8.1.

El artículo 7.1 de la LBAP establece que «toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada en la Ley». Este derecho se traduce en el deber de confidencialidad/secreto previsto en el artículo 2.7 de dicha ley que establece que «la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida».

Después, hasta quinto curso, con Medicina Legal, Bioética y Toxicología Forense, no hay más asignaturas que incluyan esta materia en su programa docente. Ésta destaca más aspectos del secreto profesional: como competencia, “Comprender la importancia de tales principios para el beneficio del paciente, de la sociedad y la profesión, con especial atención al secreto profesional”; como resultado del aprendizaje, “Reconocer el marco legal del ejercicio de la profesión médica siendo capaces de detectar aquellas actuaciones que puedan ser susceptibles de originar una responsabilidad profesional en la actuación médica, vulnerar el secreto profesional. Detectar situaciones en las que se vulneren los principios del código deontológico asumido en la profesión: en relación con los pacientes (salvaguardar la intimidad, custodia de datos referentes a la salud, soportes informáticos de cualquier naturaleza), con los compañeros de trabajo (charlatanismo) o con las instituciones”; como objetivo, “Conocer la normativa sobre el secreto profesional, la custodia de documentos médicos, el tratamiento informatizado de los datos sensibles y la propiedad intelectual”. En este caso, la asignatura dedica 4 horas teóricas a la materia, y estima otras 10 horas de trabajo autónomo en la misma.

Aparte de este currículo específico que he comentado, algunos profesores introducen de forma no reglada ejemplos y consejos sobre la importancia del secreto médico y de salvaguardar la intimidad del paciente.

Propuestas de mejora: Considerando como buena y suficiente la formación teórica que recibimos sobre el derecho a la intimidad y el secreto médico, quizá el cambio más importante a proponer sería una formación bioética aplicada y transversal en todas las asignaturas de la carrera. De esta forma, el derecho a la intimidad del paciente sería abordado desde diferentes asignaturas con sus particulares enfoques en cada caso.

Discusión Art. 8.2. sobre la confidencialidad y el secreto en los estudiantes de medicina

La responsabilidad del alumno para con un paciente no es algo que se deba de adquirir automáticamente por matricularse en la facultad de medicina, ni siquiera por acudir a las prácticas hospitalarias, sino que son competencias que han de irse adquiriendo con el estudio y la práctica. Por lo tanto, es importante que en los cursos previos a la incorporación del alumno al hospital se ahonde en todos los aspectos que estamos comentando.

ART. 8.2.

Tanto residentes como alumnos están sometidos al deber de confidencialidad/secreto no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente.

El deber de confidencialidad afecta no solo a «datos íntimos» [...] sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento.

El deber de confidencialidad/secreto no solo se refiere a los datos contenidos en la historia clínica del paciente sino también a los que se ha tenido acceso mediante comunicación verbal, grabaciones, videos, así como a los contenidos en cualquier tipo de archivo informático, electrónico, telemático o registro público o privado, incluidos los referidos al grado de discapacidad e información genética.

[...]

Ahora bien, el alumno no está solo en sus prácticas, y el proceso de integración en el equipo médico lleva consigo formar parte del “secreto médico compartido” [1]. En el análisis de José Manuel Martín Bernal [31] sobre el tratamiento jurídico de la historia clínica, se diferencian una serie de matices al secreto médico. De mucha relevancia me parece el concepto del secreto médico compartido que se define como: “se trata de una comunidad de conocimientos e información que sobre un paciente tienen todos los componentes del equipo asistencial y que se justifica por la búsqueda de una atención integrada más moderna y eficaz. Se trata de un secreto que obliga a todas las personas que por su actividad o profesión participen en la asistencia del paciente (médicos, ATS-DUE, auxiliares, celadores, estudiantes de medicina o enfermería en prácticas)”. Esto además se recoge y tipifica en el capítulo V del Código Español de Ética y Deontología Médica [32].

En consecuencia, el alumno tiene un deber, deber para el que se le forma y se le entrena, en muchas ocasiones mediante la observación y la imitación de las actuaciones de un equipo médico.

Sin embargo, como indica también el jurista José Manuel Martín Bernalvii en un artículo doctrinal [31], hemos de ser conscientes como estudiantes, y los médicos que nos forman, de que esto no deja de ser una limitación del secreto médico; tanto como lo es que, dentro de un mismo centro hospitalario, los datos deban ser comunicados entre los distintos departamentos con el fin de que pueda prestarse una mejor asistencia al enfermo.

El día a día en el HUMV: Como se ha ido comentando, los profesionales transmiten con responsabilidad a los alumnos la importancia de la intimidad del paciente y del secreto profesional; sin embargo, muchas veces las acciones no son ejemplares y un alumno sensible al tema es capaz de encontrar ciertas incongruencias entre la norma y la práctica. De hecho, muchas veces, el conocido como “secreto médico compartido” puede desdibujarse en comentarios no necesariamente útiles para el paciente ni su proceso. Algún ejemplo vivido en primera persona podría ser: que el médico te contara que la paciente es familiar de un profesor de la facultad; que en una consulta de dermatología (no fue en esa especialidad) te comentaran lo molesta que es la paciente debido a su problema psiquiátrico, sin aportar nada al proceso por el que se le atiende; etc.

Propuestas de mejora: Realizar durante las prácticas una breve reflexión sobre el aprendizaje de habilidades éticas adquiridas, que puedan ser revisadas y corregidas por el responsable de la asignatura en que estén englobadas y que puedan ser susceptibles de comentarse individual y grupalmente. Esto ya se hace en universidades como la de Universidad Rovira i Virgili, que además incluye las figuras del alumno-mentor y profesor-tutor que ayudan al alumno a reflexionar y debatir sobre las cuestiones éticas que se le plantean en las prácticas [33].

Discusión Art. 8.3. sobre el compromiso de confidencialidad

La adquisición de un compromiso de confidencialidad es fundamental para ser conscientes de nuestra implicación en el proceso asistencial y nuestro deber de respetar la intimidad del paciente y guardar el secreto médico.

El día a día en el HUMV: Durante el sexto curso se nos ha hecho firmar dicho compromiso; sin embargo, la mayoría de mis compañeros firmaron el documento sin conocer esta Orden Ministerial. Además, como se ha ido comentando, no solo somos los alumnos de sexto curso los que realizamos prácticas hospitalarias, por lo que no se comprende el hecho de que en tercero, cuarto y quinto curso no se haya firmado.

Propuestas de mejora: difundir el protocolo y darle visibilidad para que los alumnos tengan la posibilidad de leerlo y consultarlo; por ejemplo, incluyéndolo tanto en la página web del HUMV como en la de la Facultad de Medicina.

Además, sería necesario que se ofreciera firmar el compromiso de confidencialidad desde tercer curso y no solo en el sexto, para asegurar el derecho de intimidad del paciente.

ART. 8.3.

A tal fin todo el personal en formación suscribirá al inicio de su estancia en el centro sanitario, donde se esté formando, un compromiso de confidencialidad que constará en el Libro Registro [...]

En lo relativo al Art 9. Registro de alumnos de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud

Como comentamos en los Art. 4.3. y 4.4. la organización docente es necesaria y tiene repercusión en la protección del derecho a la intimidad del paciente.

El día a día en el HUMV: durante el curso 2017-2018 ha habido varios problemas en el HUMV para identificar a los alumnos que asistían a sus prácticas en quirófano. Parece que carecen de una relación personalizada de los estudiantes de cada curso, nuestro calendario y unidades asistenciales implicadas. Si bien es cierto, existe el “libro registro de alumnos en formación”, por lo menos de los que realizamos prácticas en sexto curso.

La posibilidad de tener una relación pormenorizada de los estudiantes y sus prácticas solo se puede comprender en un sistema de planificación muy estricto y organizado. En este curso 2017-2018 hubiera sido imposible en asignaturas como Clínica Obstétrica, que te indicaban el destino de tu rotario a veces con menos de doce horas de antelación.

Propuestas de mejora: insistir en que los responsables de las asignaturas con prácticas en el hospital tengan una fluida relación con la dirección del HUMV y con el decanato de la facultad, con calendarios concretos para organizar las prácticas y formularios estandarizados.

En lo relativo al Art 10. Difusión del protocolo

Los alumnos no hemos recibido ni por parte del HUMV ni de la facultad ninguna sesión informativa. Es por ello que uno de los objetivos de este TFG era elaborar un documento de normas y recomendaciones de comportamiento del alumno en prácticas y difundirlo entre los alumnos (anexo 2).

ART. 9.1.

Todas las instituciones docentes con las que los centros sanitarios hayan suscrito al amparo de la legislación aplicable, convenios/conciertos de colaboración para la docencia/investigación, facilitando la realización de prácticas por sus alumnos, deberán remitir a la Gerencia del Centro, con carácter previo al inicio de cada curso académico, relación personalizada de los estudiantes de cada curso que realizarán prácticas en el mismo, con indicación expresa de la titulación en la que se estén formando, de los responsables docentes citados en el apartado 3.4, así como el calendario y unidades asistenciales implicadas en la realización de las prácticas.

En lo relativo al Art 11. Seguimiento

El seguimiento de este real decreto tiene competencia nacional, y según lo que me pudo indicar el Director del Servicio Cántabro de Salud, D. Julián Pérez Gil, los responsables de formación de las 4 gerencias (área médica, enfermería y servicios generales) en el seno de la Comisión Corporativa de Formación se encuentran informados. Además, el asunto fue tratado en el punto 17 del orden del día del Comité de Dirección del Servicio Cántabro de Salud del día 19 de septiembre de 2017, constando lo siguiente: “la Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial informa que está en vigor la norma descrita, para la que hay un año de plazo para su implantación, tras el cual habrá que informar al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad”.

DECÁLOGO PARA LA PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD DEL PACIENTE DURANTE LAS PRÁCTICAS DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA:

El siguiente decálogo, fruto del análisis del protocolo, pretende aclarar de forma rápida las cuestiones legales, éticas y de profesionalismo sobre el derecho de intimidad del paciente que un estudiante de medicina debe conocer.

1. Conocer la normativa del centro en que realizas las prácticas ayuda a tu integración. Este folleto te ayudará, pero no te olvides de preguntar todas las dudas.
2. Acude al hospital uniformado (bata blanca) e identificado (tarjeta identificativa).
3. Asegúrate de que te presenten a los pacientes: si no lo hace tu tutor, hazlo tú mismo. También viene bien que te presentes a todos los profesionales que participen del acto asistencial.
4. Pide consentimiento para presenciar el acto clínico, hacerle preguntas, examinarle o realizar alguna intervención.
5. Si el paciente no consiente que estés presente en algún momento de su asistencia: respeta su derecho. Despídete con una sonrisa y espera a que termine.
6. No deberán estar presentes más de tres alumnos por paciente, y un máximo de cinco contando a los residentes en formación. Si la planificación de tus prácticas sobrepasa ese límite, comunícaselo a tu tutor.
7. Tienes derecho a estar supervisado en todo momento.
8. El acceso a la historia clínica del paciente es el aspecto más delicado. Se deberían disociar los datos de utilidad clínica de aquellos que identifican al paciente
9. La información de los pacientes almacenada en los servidores del hospital no puede transferirse a medios inseguros como tu pen drive, tu ordenador, tu teléfono móvil o una cámara de fotos. No fotografíes historias clínicas, mucho menos al PACIENTE.
10. En cualquier caso, y como premisa, piensa que eres un miembro más del equipo clínico: DEBES GUARDAR SECRETO de todo lo que veas, oigas o leas durante tus prácticas.

CRÍTICAS Y CONCLUSIONES

La protección de derechos fundamentales siempre ha de ser una prioridad legislativa y social, por lo que, globalmente, considero muy positivo el debate generado previo y posterior a la publicación de la Orden SSI/81/2017 [1], de 19 de enero, protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.

Si la publicación del protocolo se presentaba como la solución al problema de la vulneración del derecho a la intimidad del paciente; en mi opinión, solo ha complicado un escenario ya de por sí muy heterogéneo: por un lado, aún varias normas ya promulgadas al respecto; pero otras las reinterpreta, otorgándoles nuevas implicaciones; además, añade aspectos normativos nunca regulados. Así, parecen estar al mismo nivel unas directrices a otras y; como problema derivado, genera una falta de concreción sobre las consecuencias del incumplimiento.

A la hora del análisis, la mayor limitación que he encontrado ha sido la falta de bibliografía de consenso con respecto a los aspectos más básicos del comportamiento de un estudiante en el hospital. Sin embargo, más sorprendente que la falta de consenso resulta la escasa o nula regulación dentro de las propias universidades. Este hecho refleja la pobre preocupación que presentan las facultades de medicina por la ética y el profesionalismo médico, áreas íntimamente relacionadas con el respeto al derecho a la intimidad del paciente.

Por si no fuera complicado el aspecto legal y normativo, más aún resulta llevarlo a la práctica. Y es que existen numerosos factores implicados en que la realidad diste mucho del modelo protocolizado; por citar algunos: el desconocimiento de la norma por parte del tutor y/o de los alumnos, las dificultades técnicas y tecnológicas de llevar a cabo las garantías de protección de datos, los problemas derivados de la falta de personal docente, la priorización del tiempo en la actuación médica diaria, etc.

Como alternativas de mejora a lo anteriormente expuesto, creo que sería necesario reformular el protocolo simplificando la normativa para que resultase clara al lector, garantista para el paciente y realista a las posibilidades de los hospitales universitarios del país. A partir de esa simplificación, abogaría por extender y adaptar la norma principal de forma individual a cada una de las facultades de medicina, en conjunto con los hospitales y centros adscritos a ellas, y atendiendo a las características locales de su área de formación. Por lo tanto, haría falta no solo un ejercicio de análisis profundo, sino una voluntad de colaboración entre todos los agentes implicados, con una capacidad de adaptación al cambio y a los nuevos retos que se generan día a día en el entorno.

En el caso de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cantabria, sería fundamental la colaboración con la directiva del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y con los estudiantes, activando la participación de estos últimos en la Comisión Mixta y abriendo nuevos flujos de intercambio de información entre todos.

Además, resultarían necesarias herramientas para la evaluación del protocolo y para la mejora de la calidad de las prácticas. Una buena forma de trabajo sería la creación de un sistema de evaluación continuada tipo “ciclo PDCA” de las prácticas de los estudiantes en el hospital. Otra alternativa, sería la investigación sobre el propio aprendizaje, realizando estudios reglados sobre cómo afecta nuestra formación en los pacientes, qué implicaciones tendría el modificar la metodología de aprendizaje, etc.

Para finalizar, me gustaría insistir en un concepto que se ha ido reiterando a lo largo del trabajo, y es que el paciente es el centro de la asistencia clínica, pero también del aprendizaje universitario, ya que sin él no habría información clínica real, solamente libros. A pesar de que en las aulas se hable más de enfermedades que de enfermos, los alumnos somos conscientes de que el paciente es el centro de nuestra formación y que nuestra manera de interactuar con él ha de regirse por unas normas éticas y jurídicas muy características de la profesión médica; por lo tanto, hemos de aceptar que la protección de los derechos del paciente está por encima de cualquier aprendizaje individual; y en consecuencia hemos de actuar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[1] Comisión Central de Deontología y Monés J (coordinador). Manual de Ética y Deontología Médica. Madrid: OMC, 2102.

[2] Rogelio Altisent Trota, Alba Gallego Royo, M^a Teresa Delgado Marroquín. Los códigos de deontología profesional. Publicado 2014. Consultado abril 2018. Disponible en: http://amfsemfyc.com/web/article_ver.php?id=1376

[3] Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud. Boletín Oficial del Estado, de 6 de febrero de 2017, núm. 31, pp. 8277 a 8289

[4] Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424.

[5] Corbella i Duch J. *El derecho fundamental a la intimidad personal en el ámbito penitenciario*. Laleydigital360. 1999; Sección Doctrina, Ref. D-39, tomo 1 (LA LEY 11680/2001).

[6] 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. Boletín Oficial del Estado de 15 de noviembre de 2002, núm 274. Referencia: BOE-A-2002-22188.

[7] Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. Madrid; 2006. Ministerio de la Presidencia. «BOE» núm. 240, de 7 de octubre de 2006. Referencia: BOE-A-2006-17498

[8] Orden SAN/ 2/2013, de 8 de enero, por la que se regula el procedimiento de autorización y los requisitos para la realización de prácticas formativas en centros y unidades de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Santander; 2013. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. «BOC» núm. 13, de 21 de enero de 2013.

[9] Pedersen K. et al. *Students' Learning Experiences from Didactic Teaching Sessions Including Patient Case Examples as Either Text or Video: A Qualitative Study*. Academic Psychiatry. 2017. DOI 10.1007/s40596-017-0814-1

[10] Diane Dennis, Anne Furness and Sharon Parry. *Challenging conversations with simulated patients*. The clinical teacher. 2017; 14:397-400.

[11] Kelly R. Ragucci, Donna H. Kern, Sarah P. Shrader. *Evaluation of Interprofessional Team Disclosure of a Medical Error to a Simulated Patient*. American Journal of Pharmaceutical Education. 2016; 80 (8) 138.

[12] Medicosypacientes.com. *El FPME se suma a la petición de los estudiantes de Medicina de regular su responsabilidad en la práctica clínica*. [Internet]. Publicado en Madrid a 29 de junio de 2017 [citado el 21 de marzo de 2018]; Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/el-fpme-se-suma-la-peticion-de-los-estudiantes-de-medicina-de-regular-su-responsabilidad-en>

- [13] US Department of Health & Human Services. *Guidance Regarding Methods for De-identification of Protected Health Information in Accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule* [Internet]. Bradley Malin, PhD; 2012 [citado el 21 de marzo de 2018]; Disponible en: <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/privacy/special-topics/de-identification/index.html#rationale>
- [14] Gutierrez Fernández, Rodrigo; Jiménez Aldasoro, Marian; Lalanda Sanmiguel, Mónica. *Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina sobre el buen uso de Redes Sociales*. Organización Médica Colegial de España. 2014. Disponible en: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/u183/Manual%20Redes%20Sociales%20OMC.pdf>
- [15] General Medical Council. *Achieving good medical practice: guidance for medical students*. Publicado en mayo 2016. Código: GMC/AGMPGMS/1016
- [16] Anuja Jain, Elizabeth M Petty, Reda M Jaber, et al. *What is appropriate to post on social media? Ratings from students, faculty members and the public*. 2014 John Wiley & Sons Ltd. *Medical Education* 2014; 48: 157–169
- [17] Consejería de Salud de Andalucía. *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema*. Sevilla; 2001. Consejería de Salud de Andalucía. P. 9-11. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/ep-hospitalponientealmeriaProcesos/GUIA_DISENO_MEJORA/libro_completo.pdf
- [18] Reshma Jagsi, Lisa Soleymani Lehmann. *The ethics of medical education*. *BMJ*. VOLUME 329. Publicado el 7 de Agosto de 2004 [Consultado el 23/11/2017]. *BMJ* 2004; 329:332–4
- [19] Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado de 29 de abril de 1986, núm. 102. Referencia: BOE-A-1986-10499
- [20] Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales del régimen de conciertos entre las Universidades y las Instituciones sanitarias. Boletín Oficial del Estado del 31 de julio de 1986, núm 182. Referencia: BOE-A-1986-20584
- [21] Pieter C. Barnhoorn, Jan H. Bolk, Marleen W. Ottenhoff- de Jonge, Walther N.K.A. van Mook, Arnout Jan de Beaufort. *Causes and characteristics of medical student referrals to a professional behaviour board*. *International Journal of Medical Education*. Publicado en 2017 [Consultado el 23/11/17] 2017;8:19-24 ISSN: 2042-6372. DOI: 10.5116/ijme.584b.d591
- [22] Reshma Jagsi, Lisa Soleymani Lehmann. *The ethics of medical education*. *BMJ*. VOLUME 329. Publicado el 7 de Agosto de 2004 [Consultado el 23/11/2017]. *BMJ* 2004; 329:332–4
- [23] Informes, estudios e investigación 2014. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Cantabria. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Informeannual2013/Cantabria.pdf>
- [24] Proyecto HCDSNS. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Informe de Situación. Octubre 2017. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad del Gobierno de España. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/home.htm>
- [25] Normativa de la historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad del Gobierno de España. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/normativa.htm>

[26] Mark B. Stephens, Ronald W. Gimbel, Louis Pangaro *The RIME/EMR Scheme: An Educational Approach to Clinical Documentation in Electronic Medical Records*. *Academic Medicine*, Vol. 86, No. 1 / January 2011.

[27] Ángel Igualada Menor, Subdirector General Adjunto de Registro de Ficheros y Sistemas de Información. *Casos Prácticos: La experiencia de las Agencias de Protección de Datos*. VIII Foro Protección de Datos de Salud Pamplona, 16 y 17 de marzo de 2011.

[28] Subdirección de Desarrollo y Calidad Asistencial del Servicio Cántabro de Salud. *Memoria Servicio Cántabro de Salud*. 2015. Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria. Disponible en: <http://www.scsalud.es/documents/2162705/2163014/MEMORIA+SCS+2015.pdf/e3fd7404-d657-2756-22d6-51db5c7ebff3>

[29] Universidad de Cantabria. *Guía docente de la asignatura G8 - Introducción a la Medicina: Aspectos Históricos, Culturales y Sociales de la Salud y de la Enfermedad*. Grado en Medicina Básica. Curso 1. Curso Académico 2017-2018. Disponible en: <http://web.unican.es/estudios/Documents/Guias/2017/es/G8.pdf>

[30] Universidad de Cantabria. *Guía docente de la asignatura G8 - Informática Básica y Valores Personales y Profesionales*. Grado en Medicina Básica. Curso 1. Curso Académico 2017-2018. Disponible en: <http://web.unican.es/estudios/Documents/Guias/2017/es/G9.pdf>

[31] José Manuel Martín Bernal. Magistrado. Profesor Titular de Derecho Civil. *Tratamiento jurídico de la historia clínica: tema para un debate*. Actualidad Administrativa, Sección Doctrina, 1998, Ref. XXXII, pág. 581, tomo 2, Editorial LA LEY. LA LEY 1432/2001

[32] Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC). *Código Español de Ética y Deontología Médica. Guía de ética Médica*. Madrid, Julio de 2011.

[33] Medicosypacientes.com. Dr. Antonio Labad: *“La formación en Ética y Deontología médica a través de la práctica clínica”*. [Internet]. Publicado en Tarragona a 23 de octubre de 2017 [citado el 14 de abril de 2018]; Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/opinion/dr-antonio-labad-la-formacion-en-etica-y-deontologia-medica-traves-de-la-practica-clinica>

ANEXO 1

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

- 1200** *Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud.*

El artículo 5.1.c) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, establece que los profesionales sanitarios tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, debiendo respetar la participación de los mismos en la toma de decisiones que les afecten.

En el mismo sentido se pronuncia también el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, al regular los derechos de los usuarios y el artículo 7.1 de 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, que establece que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada en la Ley.

Las citadas normas legales plasman en el sector sanitario la regulación del derecho a la intimidad que también se protege a través de otras disposiciones del máximo rango como la Constitución Española, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, o la ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

El carácter especialmente sensible de los datos de salud y el acceso a aspectos íntimos de las personas por los profesionales y por el personal en formación de las instituciones sanitarias, han determinado que tanto el Defensor del Pueblo como las distintas administraciones integradas en la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, prevista en el artículo 35.3 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de la Salud, hayan promovido a través de un protocolo, las pautas comunes de actuación que garanticen el respeto de los derechos antes citados en un sector de importancia tan creciente como es el de la formación y la investigación por titulados de todos los niveles vinculados a las ciencias de la salud.

Las medidas de dicho protocolo se destinan tanto al control del personal en formación e investigador de las Instituciones sanitarias, como a la adquisición por este colectivo de competencias y hábitos que garanticen un futuro profesional en el que el respeto a la intimidad, dignidad y confidencialidad de los datos de salud, estén integrados e internalizados en el quehacer diario de todos los profesionales que actúan en ámbitos vinculados con el sector sanitario.

De conformidad con lo previsto en el artículo 151.2,a) de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público y teniendo en cuenta que la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud tiene la consideración de Conferencia Sectorial, mediante la presente orden se procede a la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» del acuerdo de la citada Comisión de 25 de octubre de 2016 por el que se aprueba el mencionado protocolo

En su virtud, dispongo:

Ordenar la publicación, mediante anexo a esta Orden, del Acuerdo del Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, de 25 de octubre de 2016, que aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en ciencias de la salud, en cuyo apartado 10 se acordó esta publicación.

Madrid, 19 de enero de 2017.–La Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dolors Montserrat Montserrat.

ANEXO

Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud

La protección de datos de salud constituye un derecho fundamental que se ha articulado a través de normas legales del máximo rango tanto a nivel comunitario, mediante el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (que deroga la anterior Directiva 95/46/CE), como a nivel nacional, a través de nuestro ordenamiento jurídico interno en el que además de la Constitución diferentes normas con rango de ley y la legislación autonómica sobre la materia, constituyen un auténtico arsenal legislativo que pone de manifiesto la importancia que en nuestro estado de derecho tiene la protección de la intimidad y datos personales, especialmente sensibles y relevantes en el ámbito de la salud en el que el ciudadano como paciente se ve obligado a trasladar a los sistemas de información sanitaria los más diversos datos vinculados a su intimidad.

Al mismo tiempo también son varias las disposiciones sanitarias con rango de ley que se refieren a la necesaria disponibilidad del sistema sanitario para la docencia/formación graduada, especializada e investigadora de los profesionales relacionados con las ciencias de la salud, disponibilidad que ha permitido que uno de los aspectos fundamentales para conseguir las altas cotas de calidad de nuestro sistema sanitario se apoye en la formación excelente de sus profesionales.

El carácter expansivo de las instituciones educativas y sanitarias acreditadas para la docencia, ha determinado que en los últimos años se haya producido un incremento sustancial del número de alumnos y residentes relacionados con las Ciencias de la Salud que se forman o realizan prácticas en las instituciones sanitarias y que en consecuencia pueden tener contacto con el paciente y acceso relativamente fácil a los datos de salud que se incorporan a un medio muy afectado por las evolución tecnológica y la globalización.

Ante esta situación han sido diversas las instituciones que como el Defensor del Pueblo o la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud (en la que están representadas todas las administraciones sanitarias) han considerado necesario aprobar los criterios de actuación comunes que se incluyen en el presente protocolo, cuya finalidad última es la de respetar el derecho a la confidencialidad de los datos del paciente y crear en los estudiantes y residentes hábitos de conducta que les permitan un ejercicio profesional autónomo acorde con los derechos fundamentales antes citados.

Por ello, previo informe de Agencia Española de Protección de Datos (emitido el 11 de octubre del 2016), el Pleno de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, en su sesión correspondiente al día 25 de octubre de 2016, ha resuelto aprobar el protocolo que se cita en el encabezamiento de este acuerdo en los siguientes términos:

1. Objeto del protocolo

Este protocolo tiene como objeto establecer pautas básicas de actuación destinadas a garantizar el derecho a la dignidad e intimidad del paciente cuando es atendido en presencia de alumnos de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud (alumnos) y cuando es atendido por profesionales que cursan formación especializada en Ciencias de la Salud (residentes en formación).

2. Ámbito de aplicación

Las pautas de actuación de este protocolo se aplicarán a los centros sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS), a los centros/ y entidades privadas de carácter sanitario que, mediante concierto o bajo cualquier fórmula de gestión indirecta colaboren con el SNS en la asistencia, la docencia o la investigación, así como a otras entidades sanitarias privadas acreditadas para la formación en Ciencias de la Salud.

3. Marco legal

3.1 El artículo 18.1 de la Constitución Española que reconoce este derecho fundamental en los siguientes términos:

«Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.»

3.2 El artículo 18.4 de la Constitución Española reconoce el derecho de todo ciudadano al control de sus propios datos su uso y destino en los siguientes términos:

«La Ley limitará el uso de la informática (tratamiento automatizado de datos) para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos.»

3.3 La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), cuyo artículo 10 al regular los derechos de los usuarios, se refiere expresamente al respeto a la intimidad, a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y al consentimiento del interesado respecto a la aplicación de actividades docentes y de investigación, derechos estos que en todo caso han de ser compatibles con las previsiones contenidas en su artículo 104 que prevé la disponibilidad de toda la estructura asistencial del sistema sanitario para la docencia pregraduada, postgraduada y continuada de los profesionales.

3.4 La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal (LOPD) y su Reglamento de desarrollo aprobado por Real Decreto, 1720/2007, de 21 de diciembre. Son disposiciones generales no exclusivas del ámbito sanitario que requieren una interpretación armónica con la normativa que se cita en los apartados siguientes.

El artículo 7.3 de esta ley determina que «los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud, y a la vida sexual (están especialmente protegidos) y solo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando por razones de interés general así lo disponga una ley o el afectado lo consienta expresamente».

En el artículo 7.6 la LOPD recoge que «podrán ser objeto de tratamiento los datos a los que se refiere el artículo 7.3 cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo o a una obligación equivalente de secreto» y también podrán ser objeto de tratamiento los datos de salud, «cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento».

Así mismo el artículo 44 de la LOPD tipifica como infracción leve, grave o muy grave, los incumplimientos derivados del deber de secreto o del inadecuado tratamiento de datos de carácter personal.

3.5 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 (LBAP). El artículo 7.1 de esta Ley establece que:

«Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada en la Ley.»

Esta Ley es específica del sector sanitario por lo que debe ser de fácil acceso y conocimiento por todo el personal en formación.

3.6 El artículo 199 del Código Penal que se refiere al deber de secreto profesional castiga «al que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales».

3.7 El artículo 197 apartados 1 y 2 del Código Penal que castiga tanto «al que descubra secretos o vulnere la intimidad de otro sin su consentimiento» (incluyendo grabaciones, reproducciones de escucha, sonido e imágenes) como al que «sin estar autorizado se apodere de datos reservados de carácter personal de otro que se hallen registrados en cualquier tipo de registro público o privado».

3.8 La ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, que en su Título II se refiere tanto a la formación pregraduada como a la especializada en el ámbito sanitario, regulando sus pautas esenciales que han sido posteriormente desarrolladas por las disposiciones que se citan en los apartados 3.9, 3.10 y por el Real Decreto 639/2014, de 25 de julio, por el que se regula la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, se establecen las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud y se crean y modifican determinados títulos de especialista.

3.9 El Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada establece que «El sistema formativo de residencia implicará la asunción progresiva de responsabilidades en la especialidad que se esté cursando y un nivel decreciente de supervisión, a medida que se avanza en la adquisición de las competencias prevista en el programa formativo, hasta alcanzar el grado de responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la profesión sanitaria de especialista».

3.10 El Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud, al regular los deberes de los residentes establece que están obligados a «Prestar personalmente los servicios y realizar las tareas asistenciales que establezca el correspondiente programa de formación y la organización funcional del centro, para adquirir la competencia profesional relativa a la especialidad y también contribuir a los fines propios de la institución sanitaria».

3.11 El artículo 13.5 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, De protección Jurídica del Menor que prevé que «Será requisito para el acceso y ejercicio a las profesiones, oficios y actividades que impliquen contacto habitual con menores, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye la agresión y abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, prostitución y explotación sexual y corrupción de menores, así como por trata de seres humanos. A tal efecto, quien pretenda el acceso a tales profesiones, oficios o actividades deberá acreditar esta circunstancia mediante la aportación de una certificación negativa del Registro Central de delincuentes sexuales.»

3.12 La ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, cuyos artículos 7 y 43.2, se refieren específicamente al respeto a dignidad e intimidad personal así como a la obligación de guardar secreto sobre los datos que facilite los sistemas de información, en el ámbito de la Salud Pública.

3.13 La legislación autonómica dictada a este respecto por las Comunidades Autónomas y en su caso, las previsiones de otras disposiciones (ley 14/2007 de investigación Biomédica, Ley 14/2006, de Técnicas de Reproducción Asistida Humana, Ley Orgánica 7/2006, de protección de la Salud y lucha contra el Dopaje en el Deporte etc.) que por su carácter específico no se considera oportuno incluirlas en un protocolo general como el que nos ocupa.

Las normas citadas en los apartados anteriores deberán ser conocidas y cumplidas por el personal en formación, correspondiendo facilitar su cumplimiento a los tutores y responsables de la docencia, sin perjuicio del deber general de supervisión de los profesionales del centro con los que se relacione el personal en formación.

4. *Derecho del paciente a un trato digno y actuación supervisada del personal en formación*

4.1 En los procesos de atención sanitaria, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

Todas las personas (alumnos, profesionales sanitarios y no sanitarios) que participen de alguna manera en un proceso asistencial deberán respetar la intimidad y dignidad de los pacientes, adoptando actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas y utilizando un lenguaje adecuado.

4.2 Se promoverá que el personal en formación tenga un comportamiento que se corresponda con los contenidos éticos de los programas oficiales de la especialidad o en su caso planes de estudio y con los códigos deontológicos de las distintas profesiones sanitarias, así como que conozca el funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial/ Investigación, a fin de que el personal en formación adquiera habilidades para la toma de decisiones guiada por los valores éticos.

4.3 Los residentes y alumnos en formación, que realicen rotaciones o prácticas en centros sanitarios, contarán respectivamente con un tutor de formación especializada o, con un tutor clínico, un profesor con plaza vinculada, o un profesor asociado de ciencias de la salud, pertenecientes a la plantilla del centro sanitario donde se desarrollan las prácticas clínicas. Los citados responsables docentes serán las personas de referencia a las que podrán dirigirse otros profesionales del centro o personas ajenas al mismo, en relación con las actividades que realicen residente y alumnos en formación.

4.4 El personal en formación de cualquier año, actuara con sujeción a las indicaciones de sus responsables de docencia/tutores y en ausencia de estos se someterán, en todo caso, a las indicaciones de los especialistas de la unidad asistencial, sin perjuicio de que concluida la prestación asistencial, informen, pregunten incluso cuestionen, dentro de las reglas de la sana crítica, las decisiones y demás aspectos de la práctica asistencial.

4.5 El centro sanitario favorecerá, en la medida de lo posible, que se utilicen pacientes estandarizados/simulados/maniqués u otras técnicas de simulación de situaciones clínicas, a fin de que el personal en formación pueda adquirir competencias clínicas y habilidades técnicas y de trabajo en equipo, con carácter previo al contacto real y necesario con el paciente.

En los convenios de colaboración que se suscriban con los centros educativos se preverá que éstos también realicen actividades simuladas en sus propios centros con carácter previo al inicio de las prácticas en el Centro Sanitario.

4.6 Corresponde a la dirección de los centros sanitarios velar por la plena integración de alumnos y residentes en formación en la dinámica asistencial del centro, y velar por la asunción y cumplimiento de la normativa que rige su funcionamiento, en especial la relacionada con su uniformidad e identificación, con el cumplimiento de los principios éticos y normas básicas de actuación y con las pautas específicas contenidas en este protocolo.

4.7 Estudiantes y residentes tendrán el deber de integrarse en la dinámica asistencial del centro con sujeción a la normativa que rige su funcionamiento, en especial la relacionada con su uniformidad e identificación, con el cumplimiento de los principios éticos y normas básicas de actuación y con las pautas específicas contenidas en este protocolo.

4.8 Las instituciones sanitarias deberán informar a los alumnos y residentes de especialidades en ciencias de la salud, sobre las medidas de protección de datos de carácter personal cuando se usen dispositivos electrónicos (portátiles, memorias USB etc.). En ningún caso se podrá compartir esta información utilizando sistemas de información y/o herramientas informáticas/redes sociales, que no se encuentren sujetos a los sistemas de seguridad de los centros sanitarios.

5. *Pautas de actuación en relación con la presencia de ALUMNOS de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud en los procesos asistenciales*

5.1 Tendrán consideración de alumnos:

- a) Estudiantes universitarios de titulaciones que habiliten para el ejercicio de profesiones sanitarias tituladas y reguladas en Ciencias de la Salud: Medicina, Farmacia, Odontología, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Podología, Óptica-optometría, Logopedia, Dietistas Nutricionistas, Psicología General Sanitaria.
- b) Estudiantes universitarios de Master, Doctorado, títulos propios vinculados a profesiones sanitarias.
- c) Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria tanto de técnicos de grado medio como de técnicos de grado superior.
- d) Estudiantes de otras titulaciones universitarias o de formación profesional con periodos de prácticas en centros sanitarios.

5.2 Los pacientes tienen derecho a saber que hay alumnos en formación presentes en su proceso asistencial.

La dirección del Centro Sanitario (y no la universidad, escuela o centro formativo de origen) les facilitará una tarjeta identificativa que se colocará en lugar visible del uniforme conteniendo los datos personales, fotografía y referencia expresa al grupo al que pertenece el alumno entre los citados en el punto 5.1, a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y profesionales del centro.

Concluido el periodo de prácticas en el centro, será obligatorio devolver la tarjeta identificativa a los servicios de personal del centro.

5.3 Con carácter previo al inicio del acto asistencial el profesional responsable del mismo (especialista de la unidad, tutor o residente autorizado por su tutor) informará al paciente o su representante sobre la presencia de estudiantes, solicitando su consentimiento verbal para que presencien las actuaciones clínicas.

De conformidad con lo establecido en el artículo 7.3 de la LOPD en relación con el artículo 8.1 de la LBAP, en el caso de que el paciente se niegue el personal en formación no estará presente en el proceso de atención asistencial.

Si el paciente consiente que los alumnos estén presentes durante el acto clínico, se reiterará su consentimiento en el caso de que se considerara adecuada la realización de algún tipo de exploración física, procedimiento clínico o intervención con fines formativos.

No obstante lo anterior también será posible solicitar el consentimiento global del paciente por un periodo limitado de tiempo que se graduara en función del tiempo previsto de estancia en el centro sanitario. Dicho periodo no podrá ser superior a 15 días.

Se podrá limitar la presencia de alumnos y en particular cuando el profesional sanitario correspondiente entienda inadecuada la presencia del alumno por la situación clínica, emocional o social del paciente.

Para consentir la presencia de alumnos y la realización de exploraciones, intervenciones o procedimientos clínicos por parte de estos, podrá otorgarse el consentimiento por representación, a través de las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho o por representantes legales, en los siguientes supuestos previstos en el artículo 9.3 de la LBAP:

- 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.
- 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.

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.

5.4 Los alumnos estarán supervisados en todo momento, no pudiendo acceder al paciente ni a la información clínica sobre el mismo, sin la supervisión directa del personal del centro asistencial que sea responsable de su formación de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 104 de la LGS en relación con lo previsto en el Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, por el que se establecen las bases generales de los conciertos entre las universidades y las instituciones sanitarias, así como por lo previsto en los conciertos y otra normativa autonómica que en cada caso resulte de aplicación.

5.5 Salvo supuestos especiales consentidos por el paciente, durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres alumnos por paciente sin perjuicio de la participación de otros, mediante la utilización consentida de pantallas en otra sala. Asimismo la secuencia de repetición con grupos diferentes se planificará en tiempos razonables de tal forma que no resulte molesta o intimidatoria para el paciente.

El número máximo de personas en formación de presencia física ante el paciente no podrá exceder de cinco, computando el de residentes que se citan en el apartado 6.5.

6. *Pautas de actuación en relación con la presencia de RESIDENTES en formación en ciencias de la salud en los procesos asistenciales*

6.1 Los pacientes tienen derecho a saber que residentes en formación intervienen en su proceso asistencial por lo que la dirección del centro sanitario les facilitará una tarjeta identificativa que incluya su nombre, apellidos, fotografía y referencia expresa a que se encuentra en alguno de los siguientes supuestos:

a) Residente de cualquiera de las especialidades en ciencias de la salud que figuran relacionadas en el Anexo I del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, indicando titulación de origen (médico, farmacéutico, enfermero psicólogo, biólogo, químico....) especialidad y año de residencia que se está cursando.

b) Residentes en rotación procedentes de otros centros sanitarios (artículo 21 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero).

c) Profesionales sanitarios extranjeros en estancia formativa autorizada (artículo 30 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero).

d) Profesionales sanitarios en periodo de ejercicio profesional en prácticas determinados en los procedimientos de reconocimiento de títulos comunitarios, al amparo de lo previsto en el artículo 10 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, sobre cualificaciones profesionales.

e) Profesionales sanitarios en periodo de ejercicio profesional en prácticas o en periodo complementario de formación determinado al amparo de lo previsto en el artículo 8 del Real Decreto 459/2010, de 16 de abril, por el que se regula las condiciones para el reconocimiento de efectos profesionales a títulos extranjeros de especialista en ciencias de la salud obtenidos en Estados no miembros de la Unión Europea.

6.2 Los residentes en formación estarán obligados a presentar de forma visible la tarjeta identificativa proporcionada por la dirección del centro, a fin de facilitar su reconocimiento por los usuarios y demás profesionales del centro.

Concluido el periodo formativo en el centro, será obligatorio devolver la tarjeta identificativa a los servicios de personal del centro.

6.3 Según lo previsto en el artículo 15 Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, la supervisión de residentes de primer año será de presencia física, por lo que los centros sanitarios deberán garantizar la existencia de condiciones organizativas que garanticen la supervisión/visado de las actuaciones del R1 por los especialistas de la unidad asistencial.

6.4 A partir del segundo año de formación, los residentes tendrán acceso directo al paciente de forma progresiva y según las indicaciones de su tutor de las que se informará a los especialistas de la unidad asistencial.

A este respecto en los protocolos de supervisión de los servicios y/o unidades asistenciales acreditados para la formación, se incluirán pautas de actuación respecto al personal en formación sin perjuicio de que cuando se dude sobre la competencia del residente para llevar a cabo una actuación concreta, prime el «principio de precaución».

Las posibilidades de acceso de los residentes podrán limitarse cuando el médico responsable de la asistencia de enfermos terminales considere preferible entablar una relación privada con el paciente.

6.5 Salvo supuestos especiales consentidos por el paciente y para preservar la intimidad de éste, durante los actos clínicos que se realicen en presencia del mismo, no deberán estar presentes más de tres residentes/paciente, sin perjuicio de la participación de otros, mediante la utilización consentida de pantallas en otra sala. Asimismo la secuencia de repetición con grupos diferentes se planificará en tiempos razonables de tal forma que no resulte molesta o intimidatoria para el paciente.

El número máximo de personas en formación de presencia física ante el paciente no podrá exceder de cinco, computando los alumnos que se citan en el apartado 5.5.

6.6 Cuando por motivos de urgencia vital se precise la intervención de un residente sin que en ese momento pueda ser supervisado (de forma presencial o no, dependiendo del año de residencia y circunstancias de cada caso), estará obligado a dejar constancia de su intervención en la historia clínica, dando cuenta de su actuación tanto a sus tutores como a los especialistas de la unidad asistencial en la que se ha producido la urgencia.

7. *Garantía de acceso a los datos clínicos*

7.1 Acceso a la historia clínica del servicio de salud con fines asistenciales.

7.1.1 El artículo 15.2 de la LBAP establece que la finalidad de la historia clínica es «facilitar la asistencia sanitaria dejando constancia de todos aquellos datos que bajo criterio médico permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud».

Dicha ley en su artículo 16.1 establece que los profesionales asistenciales que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia, sin necesidad del consentimiento del paciente.

Por tanto, los residentes en formación de cualquier año, por ser personal asistencial y trabajadores del Centro, tienen derecho a acceder a la historia clínica de los pacientes implicados en las actuaciones asistenciales que realicen en cada momento. No consultar ni cumplimentar los actos asistenciales en la historia clínica puede tener repercusiones en la seguridad de los pacientes y legales por mala praxis clínico-asistencial.

7.1.2 Los responsables del centro sanitario, a través del servicio administrativo encargado de la gestión del archivo de historias clínicas, facilitarán a los residentes el acceso a la historia clínica mediante un mecanismo de autenticación (habitualmente a través de una tarjeta identificativa y firma electrónica reconocida) que se implantará progresivamente en el plazo de seis meses desde la notificación de este acuerdo a las Consejerías/Departamentos de Sanidad/Salud de las comunidades autónomas y al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

De conformidad con lo establecido en el artículo 16.7 de la LBAP el procedimiento utilizado garantizará que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.

Excepcionalmente los responsables de los centros sanitarios podrán establecer limitaciones de acceso de los profesionales sanitarios a la historia clínica en función del contexto de atención y la política de acceso a la historia clínica del centro sanitario (por ejemplo respecto a los supuestos de violencia de género, política de prensa,.....etc.) siempre que dichas limitaciones, de conformidad con lo establecido en el artículo 76 de la LOPD en relación con el 16 de la LBAP, no perjudiquen la asistencia, prevención y diagnóstico, ni impidan salvaguardar el interés vital del afectado.

En todo caso, las autorizaciones de acceso tendrán carácter temporal y concluirán cuando finalice el periodo formativo, momento en que el centro sanitario procederá a dar de baja al residente en el instrumento que facilite su acceso a la historia clínica.

7.1.3 Con la finalidad de garantizar el respeto a la intimidad y confidencialidad de los datos de salud, los alumnos solo podrán acceder a la historia clínica en los términos previstos por el artículo 16.3 de la LBAP que requiere la previa disociación de los datos clínicos de los personales, para garantizar su anonimato.

Se exceptúa de lo previsto en el párrafo anterior aquellos supuestos en los que el propio paciente haya dado su consentimiento expreso para no alterar ni disociar dato alguno en cuyo caso se adjuntara a la historia clínica dicho consentimiento.

7.2 Acceso a la historia clínica del servicio de salud con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia.

7.2.1 La LBAP en su artículo 16.3 establece que el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos.

La disociación de datos obliga a separar los datos de utilidad científica (clínico-asistenciales en nuestro caso) de aquellos otros que permitan identificar a su titular (número de historia clínica, de la Seguridad Social, DNI, etc.). La disociación de datos habrá de realizarla un profesional sanitario sujeto al secreto profesional u otra persona sujeta a una obligación equivalente de secreto.

En el ámbito de la docencia los alumnos podrán acceder a la historia clínica con datos personales disociados o historias clínicas simuladas por el responsable de docencia a fin de garantizar que el aprendizaje derivado de las mismas se realiza respetando la intimidad y confidencialidad de los datos de salud.

7.2.2 La dirección del Centro autorizará el acceso al registro de la historia clínica. La autorización se tramitará por el responsable del registro requiriendo para ello el informe previo y motivado del tutor o los responsables de la investigación/master/título propio/doctorado que se someterá a dictamen previo del correspondiente Comité de Ética Asistencial/Investigación. Dicha autorización tendrá los límites temporales que se adecuen a la finalidad concreta para la que se autoriza el acceso.

7.2.3 Sólo se podrán utilizar aquellos datos de la historia clínica relacionados con los fines de la investigación sin revelar características, hechos o circunstancias que permitan identificar a los pacientes que participen en el estudio/investigación de que se trate.

Cuando sea necesaria la publicación o exhibición de imágenes médicas o cualquier otro soporte audiovisual que muestren partes del cuerpo de las que pueda deducirse la identidad del paciente, se requerirá el consentimiento escrito de éste.

7.2.4 La actividad de los investigadores en el ámbito de la investigación biomédica y de los ensayos clínicos, se adecuará a lo previsto en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica, en el Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos, así como en la normativa específica que resulte de aplicación en cada caso.

7.2.5 Los estudios observacionales con medicamentos de uso humano se guiarán por la Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre por la que se publican las directrices sobre estudios post-autorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.

7.3 Acceso a la historia clínica del servicio de salud por terceros.

7.3.1 Las solicitudes de acceso a la historia clínica que se formulen ante el personal en formación, por los pacientes o por terceros implicados (familiares, representante legal,...) al amparo del derecho de acceso reconocido en el artículo 18 de la LBAP, se trasladarán con carácter inmediato al tutor o especialistas de la unidad asistencial para su tramitación según lo establecido por cada centro.

7.4 Acceso a la Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS).

7.4.1 El sistema de Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) permite acceder a determinados documentos clínicos, generados en cualquier Servicio de Salud del SNS, garantizando que puedan ser consultados cuando los ciudadanos requieran atención sanitaria en sus desplazamientos por el territorio nacional.

7.4.2 El acceso ha de realizarse con fines exclusivamente asistenciales, pudiendo acceder al sistema los profesionales sanitarios con funciones asistenciales que hayan sido previamente autorizados por su servicio de salud.

7.4.3 No pueden acceder, por tanto, alumnos de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud.

7.5 Copias.

Sin perjuicio del acceso puntual a la historia clínica según lo previsto en los apartados 7.1.1 y 7.1.3, el personal en formación ya sea residente o alumno, no podrá realizar copias de la información contenida en la historia clínica por ningún medio y en ningún formato, salvo consentimiento escrito del paciente o en el caso de historias clínicas anonimizadas con autorización expresa del responsable del registro de historias clínicas a propuesta de su tutor/responsable docente.

8. *Derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos de salud*

8.1 El artículo 7.1 de la LBAP establece que «toda persona tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada en la Ley».

Este derecho se traduce en el deber de confidencialidad/secreto previsto en el artículo 2.7 de dicha ley que establece que «la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida».

8.2 Tanto residentes como alumnos están sometidos al deber de confidencialidad/secreto, no solo durante la estancia en el Centro sanitario en el que se esté formando sino también una vez concluida la misma, sin que dicho deber se extinga por la defunción del paciente.

El deber de confidencialidad afecta no solo a «datos íntimos» (incluidos los psicológicos relativos a ideas, valores, creencia, vivencias personales...) sino también a datos biográficos del paciente y de su entorno (sean íntimos o no) cuyo conocimiento por terceros pueda afectar a los derechos de la persona objeto de tratamiento.

El deber de confidencialidad/secreto no solo se refiere a los datos contenidos en la historia clínica del paciente sino también a los que se ha tenido acceso mediante comunicación verbal, grabaciones, videos, así como a los contenidos en cualquier tipo de archivo informático, electrónico, telemático o registro público o privado, incluidos los referidos al grado de discapacidad e información genética.

El deber de secreto se entiende sin perjuicio de los supuestos legales en los que su mantenimiento implique riesgo para la vida del afectado o de terceros o perjuicio para la Salud Pública, en cuyo caso se pondrá en conocimiento de los responsables asistenciales del correspondiente servicio/unidad asistencial para que se actúe en consecuencia.

8.3 A tal fin todo el personal en formación suscribirá al inicio de su estancia en el centro sanitario, donde se esté formando, un compromiso de confidencialidad (ver modelo indicativo en los Anexos I y II) que constará en el Libro Registro para el personal investigador y en régimen de alumnado al que se refiere el apartado 9, y en el caso de los especialistas en formación en los expedientes personales de los mismos que custodia la Comisión de Docencia.

9. Disposiciones finales

9.1 Registro de alumnos de titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud.

9.1.1 Todas las instituciones docentes con las que los centros sanitarios hayan suscrito al amparo de la legislación aplicable, convenios/conciertos de colaboración para la docencia/investigación, facilitando la realización de prácticas por sus alumnos, deberán remitir a la Gerencia del Centro, con carácter previo al inicio de cada curso académico, relación personalizada de los estudiantes de cada curso que realizarán prácticas en el mismo, con indicación expresa de la titulación en la que se estén formando, de los responsables docentes citados en el apartado 3.4, así como el calendario y unidades asistenciales implicadas en la realización de las prácticas.

9.1.2 Los servicios de personal de las instituciones sanitarias o el órgano que determine la Gerencia de los mismos, dispondrán de un «libro registro de alumnos en formación/personal investigador» que cumplirá los requisitos establecidos en LOPD para la creación de ficheros que contienen datos personales. En dicho registro se volcarán anualmente los datos citados y la anotación relativa a que se ha suscrito el compromiso individual de confidencialidad.

El citado libro, en formato digital, será accesible desde cualquier servicio asistencial que quiera constatar que el alumno está autorizado para permanecer en el centro y servicio de que se trate.

9.1.3 No será necesario que se inscriban en el citado libro registro los especialistas en formación por el sistema residencia, cuyo control, al estar vinculados mediante un contrato laboral con la entidad titular del correspondiente centro, se llevará a cabo por los servicios de personal de la Institución responsables del pago de sus retribuciones y por las Comisiones de Docencia a las que están adscritas las unidades docentes acreditadas en las que el residente se esté formando.

10. Difusión de este protocolo

10.1 El presente protocolo ha sido aprobado por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y se publicará en el BOE.

10.2 El presente protocolo se trasladará a los órganos competentes en materia de formación sanitaria de las Consejerías de Sanidad/Salud Comunidades Autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria para su traslado a las Gerencias de los centros sanitarios, a las Comisiones Mixtas referidas en el artículo 4. Segunda punto 3 del Real Decreto 1558/1986, de 28 de junio, y a las Comisiones de Docencia.

10.3 El presente protocolo se entregará al personal en formación en los centros sanitarios en el momento de su incorporación.

10.4 Se recomienda que en la sesión informativa que con carácter previo a su incorporación se realice por el centro sanitario se traten, entre otros, los aspectos indicados en este documento.

10.5 Asimismo, el presente protocolo se incluirá en la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

11. Seguimiento

En el plazo de un año las Consejerías de Sanidad/Salud de las CCAA y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, informarán a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud sobre la implantación y cumplimiento de las previsiones contenidas en este Protocolo.

ANEXO I

Protocolo

Compromiso de confidencialidad destinado a alumnos

D.
con DNI/NIF/NIE tiene la condición de personal en formación en régimen de
alumnado en el Centro Sanitario como:

● Alumno universitario de Grado:

- | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Medicina | <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Odontología | <input type="checkbox"/> Enfermería |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | <input type="checkbox"/> Logopedia | <input type="checkbox"/> Podología |
| <input type="checkbox"/> Óptica-optometría | <input type="checkbox"/> Dietista-nutricionista | <input type="checkbox"/> Otros titulados universitarios | |

● Estudiantes universitarios de post-grado/investigadores:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Master | <input type="checkbox"/> Doctorado | <input type="checkbox"/> Título propio | <input type="checkbox"/> Investigador |
|---------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------------|

● Estudiantes de formación profesional de la familia sanitaria:

- Técnico de grado medio en:
- Técnico de grado superior en:

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos relacionados con las Ciencias de la Salud.
6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por duplicado,

En, a de de

Fdo.:

- Ejemplar interesado Ejemplar Centro Sanitario

ANEXO II

Protocolo*Compromiso de confidencialidad destinado a residentes*

D.
con DNI/NIF/NIE tiene la condición de personal en formación en régimen de
residencia en la Unidad Docente acreditada del Centro Sanitario como:

- Residentes de la Especialidad de relacionada en el
Anexo I del RD 183/2008 de 8 de febrero, con la titulación de (Médico,
Farmacéutico, Enfermero, Psicólogo, Biólogo, etc.).
- Residente de la especialidad de en rotación procedente de Centro
Sanitario (especificar centro de origen).
- Profesionales sanitarios extranjeros en estancia formativa autorizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios
Sociales e Igualdad (art. 21 del RD 183/2008, de 8 de febrero) en la especialidad de
- Profesionales sanitarios de la Unión Europea en periodo de ejercicio profesional en prácticas (art. 10 del
RD 1837/2008 de 0 de noviembre) en la especialidad de
- Profesionales sanitarios extracomunitarios en periodo de ejercicio profesional en prácticas o en periodo
complementario de formación (art. 8 del RD 459/2010 de 16 de abril) en la especialidad de

Declara que,

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, por lo que su acceso estará justificado por razones asistenciales, de urgencia o de salud pública, comprometiéndose a no facilitar a terceros las contraseñas o claves de acceso que le haya proporcionado el centro para su exclusivo uso personal.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener el secreto profesional respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad asistencial, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su periodo formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación y a la asistencia sanitaria al paciente, o aquellas otras para las que fuera autorizado por la dirección del Centro.
5. Conoce y acepta el Protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los residentes de Ciencias de la Salud.
6. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable, que se suscribe por triplicado,

En, a de de

Fdo.:

Ejemplar interesado

Ejemplar Centro Sanitario

Ejemplar Comisión de Docencia

ANEXO 2

10

Decálogo para la protección del derecho de intimidad del paciente en las prácticas de los estudiantes de medicina:



Conocer la normativa del centro en que realizas las prácticas ayuda a tu integración. Este folleto te ayudará, pero no te olvides de preguntar todas las dudas.



Acude al hospital uniformizado (bata blanca) e identificado (tarjeta identificativa).



Asegúrate de que te presenten a los pacientes: si no lo hace tu tutor hazlo tú mismo. También viene bien que te presentes a todos los profesionales que participen del acto asistencial.



Pide consentimiento para presenciar el acto clínico, hacerle preguntas, examinarle o realizar alguna intervención.



Si el paciente no consiente que estés presente en algún momento de su asistencia: respeta su derecho. Despídete con una sonrisa y espera a que termine.



No deberán estar presentes más de tres alumnos por paciente, y un máximo de cinco, contando a los residentes en formación. Si la planificación de tus prácticas sobrepasa ese límite, comunícaselo a tu tutor.



Tienes derecho a estar supervisado en todo momento.



El acceso a la historia clínica del paciente es el aspecto más delicado. Se deberán disociar los datos de utilidad clínica con aquellos que identifican al paciente.



La información de los pacientes almacenada en los servidores del hospital no puede transferirse a medios inseguros como tu pen drive, tu ordenador, tu teléfono móvil o una cámara de fotos. No fotografíes historias clínicas, mucho menos al PACIENTE.



En cualquier caso, y como premisa, piensa que eres un miembro más del equipo clínico: **DEBES GUARDAR SECRETO MÉDICO** de todo lo que veas, oigas o leas durante tus prácticas.

¿Cómo solicitar consentimiento informado sobre tu presencia durante los diferentes actos clínicos?

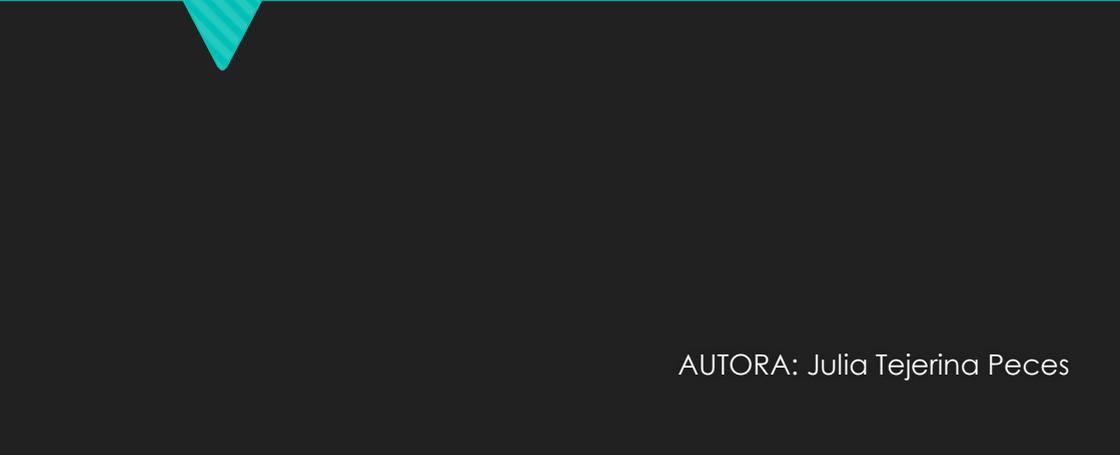
En una urgencia. Obedece las órdenes del médico al cargo, aquí prima la vida del paciente.

En una consulta programada: preséntate cuando entre, y pide consentimiento para permanecer allí, hacerle preguntas, examinarle o realizar alguna intervención.

En una intervención quirúrgica programada: preséntate al entrar al quirófano, si el paciente no está sedado, infórmale de tu presencia y solicita su consentimiento para que permanezcas.

En un pase de planta: preséntate al entrar en la habitación. Es un sitio más íntimo y está más vulnerable, pide consentimiento para permanecer allí, hacerle preguntas, examinarle o realizar alguna intervención.

En interconsultas y sesiones clínicas: considérate un miembro más del equipo clínico, participas del "secreto médico compartido".



AUTORA: Julia Tejerina Peces

