

# **LA ENFERMERÍA ANTE EL SECRETO PROFESIONAL**

(The nurse and professional secrecy)

**Autor: Eduardo Jordán Quinzano (\*).  
Director: Susana Gómez-Ullate Rasines.**

**Curso de Adaptación al Grado en Enfermería  
Trabajo Fin de Grado  
Curso Académico 2012/2013  
Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla"  
Departamento de Enfermería - Universidad de Cantabria.**

**Santander, junio del 2013.**

(\*) Diplomado en Enfermería, Especialista en Cuidados Médico-Quirúrgicos.

## LA ENFERMERÍA ANTE EL SECRETO PROFESIONAL

*“Todo lo que vea y oiga en mi trato con los hombres, ya sea en el ejercicio de mi ministerio o fuera de él y que no deba ser revelado, lo mantendré secreto, considerándolo cosa sagrada”.*

*Juramento de Hipócrates (s. V a C.)*

*“Consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes”.*

*Florence Nightingale (1893).*

*“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias”*

*Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).*

# LA ENFERMERÍA ANTE EL SECRETO PROFESIONAL

## INDICE

RESUMEN/ABSTRACT .....	3
1. INTRODUCCION .....	4
2. EL SECRETO PROFESIONAL.....	5
2.1. Concepción del secreto profesional .....	5
2.2. Antecedentes históricos y justificación actual .....	6
3. REGULACIÓN JURÍDICA DEL SECRETO PROFESIONAL .....	10
3.1. Normas deontológicas.....	10
3.2 Legislación referente al secreto profesional. ....	13
3.2.1. <i>Reglamentación jurídica internacional.</i> .....	14
3.2.2. <i>Reglamentación jurídica española</i> .....	17
4. EL SECRETO PROFESIONAL EN EL ENTORNO SANITARIO .....	31
4.1. Problemática del secreto profesional. Principales estudios.....	32
4.2. Factores de riesgo. ....	39
4.3. Medidas correctoras .....	41
5. CONCLUSIONES.....	49
6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	50

## RESUMEN

El estudio, concebido como trabajo fin de grado, pretende dar un toque de atención sobre la importancia de la intimidad y la confidencialidad en el rol profesional de la enfermería, y servir de base para la reflexión sobre las consecuencias, éticas y legales de la mala praxis, o del desinterés, en el abordaje de cuestiones relacionadas con la confidencialidad y el secreto profesional.

Se ha elaborado tras consultar diferentes fuentes, impresas y en soporte digital, accesibles en el momento del inicio de los trabajos; después de llevar a cabo una selección bibliográfica fundamentada en el enfoque y en la profundidad con que las fuentes consultadas abordaban aspectos como la confidencialidad, los principios éticos, la interrelación de la enfermería con los pacientes, o sus implicaciones legales.

Finalmente, la monografía se ha fundamentado en un total de 46 documentos estrechamente vinculados con la Enfermería y el Secreto Profesional, (relacionados en el capítulo dedicado a la bibliografía).

El secreto profesional se ha abordado desde diferentes perspectivas, como la relación que se establece entre el cuidador y el paciente, o sus connotaciones éticas y legales.

**Palabras clave:** Enfermería, intimidad, confidencialidad, secreto profesional.

## ABSTRACT

The study, conceived as end of degree work, aims to give a touch of attention to the importance of privacy and confidentiality in the professional role of nurses, and serve as a basis for reflection on the consequences, ethical and legal malpractice, or disinterest, in addressing issues related to confidentiality and professional secrecy.

Has been developed after consulting different sources, printed and in digital format, accessible at the time of the commencement of the work; after carrying out a bibliographical selection based on the approach and the depth with which the sources consulted were addressed aspects such as confidentiality, ethical principles, the interrelatedness of the infirmary with patients, or its legal implications.

Finally, the monograph has been based on a total of 46 closely related to nursing and the professional secret, documents (listed in the chapter dedicated to the bibliography).

Professional secrecy has been approached from different perspectives, such as the relationship that is established between the patient and the caregiver, or its ethical and legal connotations.

**Key words:** Nurse, privacy, confidentiality, professional secret.

## 1. INTRODUCCION

El respeto a los demás debería de llevar siempre implícito, entre otras connotaciones, la preservación del derecho a la intimidad. De hecho, en castellano existen un buen número de vocablos, (privacidad, intimidad, confidencialidad...), relacionados con la existencia de una esfera privada en la que no se debería de entrar a menos que la persona expresase de forma fehaciente su consentimiento.

El concepto de vida privada es tan amplio, que aglutina todo aquello que no es o que no se quiere que sea del normal conocimiento. Y engloba dentro de él otro término, la intimidad, que hace referencia a aquel núcleo de información que entendemos esencial para nosotros y que protegemos con más fuerza.

El término confidencialidad está más relacionado con documentos, hechos o noticias, y su esencia radica en evitar la difusión de lo que nos ha sido confiado (1).

Pero, la realidad es que vivimos en una sociedad en que se trivializa con estas cuestiones, y la intromisión en la vida de otras personas parece algo cotidiano inherente a la condición humana. (Kant afirmaba que *“Los hombres tienen afición por los cotilleos y los secretos suelen servir para amenizar sus conversaciones: toda confidencia se interpreta como una especie de regalo”*).

La intimidad como derecho de la persona es un concepto bastante reciente, que no aparece hasta el siglo XX, y que en la legislación española no está contemplado hasta la publicación de la Constitución del año 1978 (2).

Cabría definir el derecho a la intimidad como un derecho subjetivo, como la potestad de cada persona de defender una parte de su vida que quiere mantener reservada, como el derecho del individuo a conocer y controlar la información que de él se posee (3), o como la potestad de decidir quién debe o no conocer determinados aspectos de su vida privada; potestad que adquiere una gran relevancia si hablamos de aspectos especialmente sensibles en la vida del individuo, como los relacionados con la salud. Aspectos que los profesionales sanitarios estamos obligados a tratar con especial cuidado y delicadeza, tanto por sus connotaciones éticas como por sus implicaciones legales.

En general, se considera secreto aquello que es informado de manera confidencial, sin embargo, en el entorno sanitario, y en el contexto de la relación personal sanitario-paciente, este, el paciente, puede considerar secreto todo lo que surgido en su interrelación con el profesional de la salud, incluyendo el hecho mismo de haberle realizado una consulta (4), o de haber acudido a un establecimiento sanitario (3).

Llegado a este punto, conviene puntualizar que todo derecho lleva implícito una obligación; y que, en el caso que nos ocupa, el derecho a la confidencialidad del ciudadano, implica la obligación del profesional competente a mantener en secreto toda la información recibida por parte de aquel.

La relación de los profesionales de la salud con los pacientes se establece sobre la base del respeto a la intimidad y de una confianza mutua, y supone la obligación de guardar en secreto los datos que este le facilita a su cuidador.

Históricamente siempre ha existido un compromiso tácito al respecto, respetado por todos, que se ha hecho patente en multitud de documentos, como el llamado Código de Ginebra, el Juramento de Hipócrates, el “Juramento de Florence Nightingale”, el Código de Enfermería (Consejo Internacional de Enfermería, -CIE-), o el Código Deontológico de la Enfermería Española, entre otros.

El legislador, consciente también de la particular sensibilidad de los datos de salud, y del derecho del paciente a que se respete su dignidad e intimidad, ha tratado de proteger de forma especial estos aspectos dictando un amplio abanico de normas legales que afectan directamente a los profesionales de la salud.

En consecuencia, el tratamiento correcto y adecuado de la información ha dejado de ser únicamente un deber ético, emanado del reconocimiento de la soberanía del paciente sobre su propio ser, para convertirse también en un imperativo legal, que trata de garantizar y salvaguardar la libertad y la dignidad del individuo; bienes irrenunciables de la persona, amparados por la Constitución Española.

Lamentablemente, el rápido desarrollo de una reglamentación legislativa tan detallada y abundante no siempre ha ido acompañado de su oportuna difusión y explicación, por lo que gran parte de los profesionales de la salud desconocen muchos de los preceptos que legalmente les son aplicados (3).

Hoy en día, podemos afirmar sin riesgo alguno que, la protección de los datos referidos a los pacientes es uno de los pilares sobre los que se fundamenta la calidad de la atención sanitaria. Por tanto, el profesional sanitario está obligado a mantener una actitud vigilante y responsable, desde el punto de vista ético, deontológico y legal, respetando el secreto profesional y la confidencialidad, como un compromiso ineludible ante su paciente.

Paradójicamente, el derecho a la intimidad se muestra todavía como uno de los más vulnerados socialmente, y no parece aventurado afirmar, a tenor del resultado de algunos estudios, que también en el ámbito sanitario; la mayoría de los profesionales piensan que respetan la intimidad de sus pacientes, pero los hechos demuestran que en muchas ocasiones esa apreciación no se corresponde con la realidad.

En base a las observaciones que acabo de realizar, desarrollaré a lo largo del trabajo una serie de apartados en los que se tratará de definir el concepto de *secreto profesional*, de hacer un repaso de las diferentes normas y reglamentaciones, tanto éticas como legislativas, sobre las que se sustentan los derechos a la intimidad y a la confidencialidad del paciente, poner de manifiesto la importancia del secreto profesional, así como de identificar el nivel de aplicación en la realidad de la actividad diaria.

## **2. EL SECRETO PROFESIONAL.**

A pesar de que pueda parecer un concepto muy obvio para muchos profesionales, creo pertinente y necesario comenzar el trabajo haciendo una definición del concepto *secreto profesional*.

### **2.1. Concepción del secreto profesional.**

Según la vigésimo segunda edición del diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (5), secreto significa: “Cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta”; también: “reserva o sigilo”. Y, secreto profesional, el “Deber que tienen los miembros de ciertas profesiones, como los médicos, los abogados, los notarios, etc., de no descubrir a tercero los hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión”.

El mismo término, viene definido en el diccionario enciclopédico Larousse (6) como: “Sigilo profesional, norma que tienen los miembros de ciertas profesiones de no desvelar hechos que han conocido en el ejercicio de su profesión”.

En ambos casos el secreto profesional aparece ligado a los miembros de determinadas profesiones que tienen conocimiento de diferentes hechos en el ejercicio de su profesión, lo que

indica que tiene su origen en el ejercicio profesional, y, en nuestro caso, en el ejercicio de la enfermería.

Desde un punto de vista más simple y coloquial, cabría definir el secreto profesional como el *“compromiso de no divulgar lo que es conocido en el desempeño de una profesión”*, un compromiso adquirido con la sociedad en el mismo momento en que se inicia la actividad profesional. O también como *“una verdad conocida en el desempeño de una profesión por una o varias personas, diferentes del interesado, cuya revelación sería considerada por éste como un atentado contra la propia intimidad”*.

La doctrina del secreto profesional ha pasado por tres fases. En la primera, el secreto se identificaba con el deber profesional de discreción o sigilo, no con un derecho del paciente. En la segunda, mucho más reciente, el secreto se entendía como un deber del profesional y como un derecho del ciudadano. Y finalmente, en las últimas décadas se ha culminado una tercera fase, en la que los datos relativos al cuerpo, a la salud y a la enfermedad y a la sexualidad, son considerados datos *“sensibles”*, que necesitan una *“especial protección”* (2).

Toda persona tiene derecho a proteger su intimidad y, como contrapartida, el deber de respetar la intimidad de los demás, pero, en ocasiones, necesita la ayuda de otros para resolver algunos de sus problemas, lo que le obliga a renunciar a ella.

El secreto profesional nace de la necesidad de preservar la intimidad del individuo; de mantener en secreto parcelas personales reservadas que, en caso de desvelarse ocasionarían un daño al interesado, a terceros o a ambos.

Resulta bastante obvio que en las profesiones sanitarias la relación entre el profesional de salud y el paciente puede llegar a ser excepcionalmente próxima, y que, muy a menudo, lleva implícita el conocimiento de aspectos tan íntimos del paciente, que normalmente quedarían reservados a su ámbito familiar.

La relación profesional sanitario-paciente solo es posible desde un profundo respeto y confianza mutuos, que hagan posible la comunicación abierta y sincera sobre aspectos que nunca deben de ser desvelados. De ahí que el secreto profesional sea un aspecto clave en el proceso de asistencia y se constituya uno de los aspectos esenciales en el ejercicio profesional de la salud.

Desde esta perspectiva, el secreto profesional se identifica como la obligación de custodiar toda información relativa al paciente, conocida a través de este o de la documentación clínica, a lo largo de su proceso de atención sanitaria. Deber que ha de mantenerse incluso tras la muerte del paciente, ya que su memoria exige el mismo respeto en el ámbito de lo privado.

Para concluir este apartado, conviene puntualizar que son objeto del secreto profesional sanitario, no sólo los datos relativos a procesos los patológicos del paciente, sino también a otras circunstancias, como hábitos, costumbres u otras situaciones, conocidas en el desempeño de la profesión, cuya divulgación pueda ocasionar un perjuicio, incluso potencial, a aquel o a su familia; o que el paciente no desee revelerlas, incluso cuando su difusión no pueda producir daños objetivos (7, 8).

## **2.2. Antecedentes históricos y justificación actual**

Ética (moralidad), y legalidad son dos conceptos sustancialmente diferentes.

Las normas éticas, están basadas en principios y valores, reconocidos y compartidos por una comunidad profesional determinada, que orientan la conducta individual de sus integrantes. Sin embargo, las normas legales, pertenecen al ámbito del Derecho, siendo éste quien determina la legalidad de las actuaciones y, por tanto, la legitimación jurídica de los actos profesionales (9).

La obligación moral de los profesionales sanitarios de guardar en secreto las confidencias conocidas en el ejercicio de su actividad, se ha hecho patente a través de la historia en multitud de documentos, como el llamado Código de Ginebra, o el Juramento de Hipócrates (10), (460-377 a.C.), considerado como el primer código de ética médica, donde puede leerse:

*“Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable. Si este juramento cumpliere íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy trasgresor y perjuro, avéngame lo contrario”.*

Juramento que no se circunscribía únicamente a aspectos clínicos, sino a todo lo inherente a la dignidad y al respeto de la persona, y que llevaba implícito el principio de *no-maleficencia* (“*primum non nocere*”, “ante todo no hacer daño”), una exigencia bioética para los profesionales sanitarios, que no pueden utilizar sus conocimientos o situación privilegiada en relación con el enfermo para infligirle ningún tipo de daño (7); principio que no debe confundirse con el de *beneficencia*, que le obliga al profesional de la salud a hacer bien al paciente, a poner el máximo empeño en mejorar su salud, de la forma que considere más adecuada (4).

En lo que concierne a nuestra profesión, el secreto profesional, entendido como la custodia de la información y la protección de la confidencialidad, es un deber reconocido y asumido por los enfermeros, y constituye uno de los pilares fundamentales en su actividad profesional. Sirva como muestra de la afirmación que acabo de realizar, un pequeño fragmento del que es conocido como el “Juramento de Florence Nightingale” (11), redactado en 1893 por una comisión especialmente nombrada por el Colegio Farrand del Hospital Harper en Detroit:

*“Haré cuanto esté en mi poder para elevar el buen nombre de la profesión y guardar inviolable el secreto de las cuestiones que se me confíen y los asuntos de familia que me entere en el desempeño de mi cometido”.*

O el Código Internacional de Enfermería (12) (del Consejo Internacional de Enfermería, -CIE-), redactado en el año 1953 y revisado posteriormente, que pone de manifiesto la obligación ética de las enfermeras/os de respetar los derechos humanos y los valores y costumbres de las personas destinatarias de los cuidados enfermeros, proporcionar información suficiente para fundamentar el consentimiento, así como preservar la confidencialidad de la información obtenida en la práctica profesional, y en donde puede leerse lo siguiente:

*“La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y utilizará la mayor discreción para compartirla con otras personas en caso necesario”.*

Código que sirvió de base al Código Deontológico de la Enfermería Española (13), promulgado por Resolución 32/89 del Consejo General de Enfermería de España, en el año 1989, en cuyo articulado se establece que:

*“la enfermera guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo”.*

Hoy, el secreto profesional asume un especial protagonismo en los códigos deontológicos de los profesionales de enfermería, tanto a nivel nacional como internacional. Sirva como ejemplo el Código de Enfermeras de la American Nurse Association (14), que, en su artículo 2, plantea:

*“La enfermera salvaguarda los derechos del paciente de tener en privacidad la información de naturaleza confidencial juiciosamente protegida”.*

Pero no siempre ha sido así, ya que la protección de la confidencialidad de los datos y de la intimidad del ser humano ha tenido un tratamiento muy diferente a lo largo de la historia.

No hace muchos años, los médicos ostentaban un poder hegemónico e indiscutible frente al paciente, y la enfermería se consideraba una profesión completamente supeditada a las órdenes médicas. Desde ese prisma, era bastante común identificar el secreto profesional como la obligación de aceptar sin ningún cuestionamiento y mantener en secreto los errores médicos, y, en el caso de la enfermería evitar hacer ninguna referencia a los mismos en presencia de terceras personas. Pero, en las últimas décadas se ha producido una auténtica revolución en la forma de entender la relación clínica en los países desarrollados. El paciente ha dejado de ser un mero receptor del acto médico y se ha convertido en protagonista de sus propias decisiones en materia de salud, y el profesional de enfermería ha desarrollado un rol profesional propio y perfectamente diferenciado; un modelo que le reconoce al paciente, la familia y la comunidad, el derecho a gestionar y a tomar decisiones en aspectos fundamentales de su vida, como la salud y la intimidad, y que reconoce a médicos y enfermeras funciones propias y diferenciadas en el campo de la salud, aunque manteniendo siempre al paciente como protagonista de sus actuaciones y vínculo de unión.

Por otra parte, la socialización de la salud ha obligado a que la atención del paciente recaiga sobre un amplio equipo de profesionales que desarrollan su actividad de una forma coordinada, de ahí que el secreto profesional haya dejado de ser una obligación exclusiva de médicos y enfermeras, y haya pasado a afectar por igual a todos los profesionales que comparten o manejan datos del paciente por colaborar de alguna forma en el proceso de asistencia (celadores, administrativos, técnicos informáticos, gestores...); que haya pasado a considerarse un *deber compartido*.

Existe el compromiso moral de respetar la integridad del paciente, que afecta y obliga a toda persona que, por su profesión (médicos, enfermeros, auxiliares, técnicos sanitarios) o su situación laboral o formativa (celadores, administrativos, técnicos informáticos, estudiantes...) tenga acceso a información confidencial del paciente; deber del que, como veremos más adelante, pueden desprenderse responsabilidades jurídicas y legales.

El extraordinario desarrollo tecnológico, de los medios de archivo y comunicación, y de nuevas técnicas de trabajo en equipo, al que hemos asistido en las últimas décadas, ha hecho posible un acceso más rápido y actualizado a los datos de los pacientes, pero, en muchos casos, ha facilitado también una utilización más indiscriminada de los datos de carácter personal. Es innegable que la utilización de la informática en los centros sanitarios ha sido un factor indudable de progreso, pero no debemos de ignorar que se ha constituido también en un factor de riesgo latente desde el punto de vista del respeto a la confidencialidad.

En la realidad social de un mundo cada vez más globalizado, en que los derechos individuales parecen ir perdiendo relevancia, y las condiciones en que se desarrolla la práctica profesional, marcada por el progresivo incremento del volumen de trabajo, la informatización y la burocratización, muchas veces exagerada, de la gestión, no resulta sencillo salvaguardar la confidencialidad de los datos aportados por el paciente. Y, lamentablemente, los atentados contra la intimidad, más o menos conscientes, son bastante frecuentes.

A estas alturas, la protección de la confidencialidad tendría que ser un concepto aceptado, conocido y respetado por todos los profesionales implicados de alguna manera en la atención de salud, sin embargo, resulta suficiente un somero análisis de la actividad de las instalaciones sanitarias para detectar que no siempre resulta suficientemente clara la forma de actuar ante situaciones cotidianas que suponen un conflicto de confidencialidad. Sin embargo, el deber de guardar la información cuando ésta, en caso de ser desvelada pudiera producir resultados nocivos o injustos, sigue siendo uno de los pilares básicos de cualquier actividad profesional; ignorarlo sería atentar contra la intimidad y, en consecuencia, contra la dignidad y la libertad de la persona.

Pero, cuando se habla de la intimidad, rápidamente surge una pregunta: ¿Quién decide lo que es secreto y lo que no lo es?... La realidad es que, en el mundo de la salud, la mayoría de las veces, lo decide el profesional sanitario, por lo que es muy importante puntualizar que la intimidad es algo propio y exclusivo de cada persona, y, por lo tanto, no le corresponde al profesional sanitario juzgar lo que es íntimo en cada paciente (4).

Es necesario tener muy presente que el secreto de los profesionales de la salud se fundamenta en el respeto a la persona (15), y que no se encuentra entre las atribuciones del profesional la de juzgar lo que es importante para cada uno de sus pacientes, y mucho menos la de cuestionarse la posibilidad de divulgar o no alguno de sus datos personales (16). Y que tampoco sería lícito que el profesional de la salud cayera en la tentación de conocer más datos del paciente de los estrictamente necesarios para establecer un diagnóstico y un plan de cuidados.

Compartimos la afirmación de Mónica Albiñana Riqué y cols. (15), de que *“la confidencialidad es una herramienta imprescindible para realizar bien nuestro trabajo* Aseveración que ellos justificaron en los siguientes términos:

*“...si disponemos de la confianza plena de las personas, podremos acceder a datos que nos ayudarán en el diagnóstico y/o a comprender una situación determinada, de una manera mucho más fácil.*

*Contrariamente, si violamos la confidencialidad obtendremos como efecto secundario la pérdida de confianza en nosotros y, a menudo, de rebote, en toda la profesión sanitaria.*

*Esta pérdida de confianza comportará que las personas nos den información limitada o “poco sensible”...”*

Y, para ese grupo de investigadores de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, la confidencialidad se basa en tres pilares:

*“El primero es el derecho a la intimidad, que es un derecho que el paciente puede preservar hasta donde él crea necesario.*

*El segundo, el de la confianza. Los pacientes necesitan tenernos confianza para explicar lo que les pasa. Los sanitarios somos confidentes necesarios y, por tanto, estamos obligados a guardar el secreto profesional.*

*El tercero es la lealtad al paciente que nos debe obligar a respetar su intimidad y su autonomía”.*

Las instituciones sanitarias están obligadas a garantizar la confidencialidad de la información, y los profesionales debemos de hacer un esfuerzo adicional en este sentido.

El paciente debe de entender la revelación de alguno de sus datos más íntimos como un deber, y comprender que lo revelado es un bien entregado únicamente a modo de depósito al profesional, que está obligado a custodiarlo como un bien extraordinario, del que no se podrá disponer sin su licencia (17).

La **confidencialidad** se fundamenta en:

- El derecho a la intimidad del usuario del sistema sanitario.
- El secreto profesional de los profesionales sanitarios.
- El compromiso de la organización y administración sanitaria.
- La confianza del usuario y la lealtad de los profesionales.

### 3. REGULACIÓN JURÍDICA DEL SECRETO PROFESIONAL.

En España el secreto profesional dentro del ámbito de la salud se sustenta en una serie de normas, doctrinas y leyes que se han ido sucediendo a través de los tiempos, y que en la actualidad perfilan claramente las características y límites de este deber.

Hablamos de normas de carácter ético, emanadas del propio colectivo profesional, en nuestro caso la enfermería, que forman parte de Códigos Deontológicos, y que, en caso de ser vulneradas pueden dar lugar a sanciones de carácter profesional muy importantes que, en los casos más serios, pueden llegar a la inhabilitación colegial. Y de normas legislativas, de muy diferente rango, destinadas a proteger la confidencialidad de los datos personales de nuestros pacientes, que, en caso de no ser observadas, pueden derivar en responsabilidades de tipo civil, (normalmente sanciones administrativas), o penales, (que pueden llegar a ser realmente graves, como la privación de libertad o la inhabilitación para el ejercicio profesional).

En este capítulo, haremos un repaso general de algunas de las principales normas y reglamentaciones, tanto éticas como legales, sobre las que se sustenta el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de nuestros pacientes.

#### 3.1. Normas deontológicas.

La palabra *deontología* hace referencia a la rama de la ética que tiene por objeto el estudio de los fundamentos del deber y las normas morales. Y viene definida por el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española como la “*ciencia o tratado de los deberes*”.

La deontología puede definirse como el tratado ordenado de los deberes y obligaciones morales particulares que tienen los profesionales de un campo profesional determinado; tratado que es elaborado por sus representantes, en base a las actuaciones que se estiman más correctas, que son recogidas en un Código Deontológico, cuya observancia constituye un compromiso colectivo (18).

La Deontología establece aquellos requerimientos básicos que, desde el deber, tiene que contemplar la actividad profesional de quien pertenece a un determinado colectivo. En la profesión enfermera, el Código Deontológico recoge las obligaciones de mínimos que, en el campo de la ética, son exigibles a todo profesional de enfermería (19).

Los reglamentos o códigos deontológicos son normas elaboradas por los propios profesionales, que tienen como objetivo fijar unos mínimos para el recto proceder en las actividades de su competencia.

Siempre se ha considerado que los profesionales de la salud tienen la obligación ética de mantener el secreto de todo aquello que conocen en el ejercicio de su profesión.

Tradicionalmente, los fundamentos morales sobre los que se ha sustentado esta obligación, se han basado en tres argumentos: el respeto a la autonomía personal, la existencia de un pacto implícito en la relación clínica y la confianza social en la reserva de los profesionales de la salud (16).

Durante todo el siglo XX la evolución de las organizaciones representativas de la enfermería en España ha sido constante. En un principio las matronas, los practicantes y las enfermeras estaban representados por distintas agrupaciones profesionales, con diferentes estatutos y reglamentación jurídica (20).

En 1929, se publicaron los primeros estatutos para los Colegios de Practicantes en Medicina y Cirugía, con adscripción obligatoria para el ejercicio de la profesión (Real Orden de 28 de

diciembre de 1929. Gaceta de Madrid de 29/XII/ 1929). Una norma muy básica, que constaba de seis capítulos y 30 artículos, en los que no se contemplaba dentro de las funciones de esas instituciones colegiales las relacionadas con la ética y la deontología profesional tal y como se entienden en la actualidad.

A los pocos meses se publicaron los estatutos de los Colegios de Matronas, (Real Orden de 7 de mayo de 1930. Gaceta de Madrid de 9/V/1930), con una redacción muy similar a los anteriores.

Con el transcurso de los años, la realidad de la enfermería se fue adecuando a las nuevas realidades sociales y a los cambios en las políticas sanitarias.

En 1944, la Ley de Bases de la Sanidad Nacional, que obligó a constituir un Colegio de Auxiliares Sanitarios en cada provincia, que tenía que aglutinar a enfermeras, matronas y practicantes, lo que dio lugar a cambios muy importantes y a la unificación de los tres sectores profesionales en una única titulación, el *Ayudante Técnico Sanitario* (ATS). Además, se aprobó un nuevo reglamento para el *Consejo General de Auxiliares Sanitarios* (Orden de 29 de marzo de 1954. BOE de 9/IV/1954), y unos estatutos para los colegios provinciales (Orden de 30 de julio de 1954. BOE de 7/8/1954) (20).

El nuevo ordenamiento jurídico asignaba con carácter exclusivo una serie de funciones al Consejo General de Auxiliares Sanitarios, entre ellas:

*“Procurar en todo lo posible el prestigio profesional y social de los Auxiliares Sanitarios, exigiendo a todos los Colegiados que su actuación y conducta, tanto profesional como privada, sea siempre regida por el más elevado concepto de moral...”*  
(Art. 6.º).

Y, para posibilitar la consecución de este objetivo, se insertó un código moral como apéndice a la Orden de 29 de marzo de 1954, lo que fue realmente importante, ya que constituye el primer conjunto de reglas morales y deontológicas del colectivo de auxiliares sanitarios en España. El código estaba formado por 19 artículos, el último de los cuales proclamaba el deber de suscribir y cumplir el *juramento de Nightingale* (11).

Veinte años después, concretamente en 1974, se publicó la primera Ley de Colegios Profesionales (Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales. BOE de 15/II/1974), que incluía a los colegios profesionales y sus respectivos Consejos Generales dentro de las corporaciones de derecho público, y les asignaba una personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines; entre ellos la elaboración y aprobación de las normas deontológicas relativas al ejercicio de la profesión de enfermería.

La publicación de la Ley 2/1974 hizo posible la elaboración de unos nuevos estatutos de la Organización Colegial de ATS, que fueron aprobados en 1978, (Real Decreto 1856/1978, de 29 de junio. BOE de 8/8/1978). Y, de acuerdo con lo establecido en el artículo 75.16. de los nuevos estatutos el Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería promovió y lideró un trabajo muy importante con el fin de elaborar normas deontológicas, acordes con la situación social, política y sanitaria de nuestro país, que ordenaran el ejercicio de la profesión de Enfermería.

Desde que, en 1929, se regularan los Colegios Oficiales de Practicantes hasta ahora, el interés por la deontológica de los distintos representantes de los profesionales de enfermería se ha incrementado de una forma espectacular, lo que se ha traducido en el desarrollo de normas éticas y deontológicas que, a través del tiempo, se han ido haciendo patentes en los diferentes estatutos y reglamentos de los Colegios de Enfermería.

En las últimas décadas, los Colegios Profesionales, liderados y coordinados por el Consejo General de Enfermería de España, han llevado a cabo una labor muy importante. Han

demostrado su responsabilidad y competencia, primero asumiendo como una de sus principales competencias el velar por el justo cumplimiento de estos preceptos, y, posteriormente, promoviendo diferentes comisiones que, tras arduo trabajo, completaron la redacción de un Código Deontológico, fundamentado en el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras de 1953 (14), (revisado por última vez el año 2005), que establece, en el punto 1, párrafo 4º, que:

*"La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla".*

El Código Deontológico de la Enfermería Española (13), aprobado por la Resolución 32/1989, del Consejo General de Enfermería de España, es uno de los más completos de cuantos se han elaborado en España, por cuanto no sólo exige el sigilo o reserva, sino que también impone la discreción, postura clave para la observancia del deber (18). Consta de un preámbulo, un prólogo, una declaración previa y un articulado, (este último consta de 13 capítulos, integrados por 85 artículos y seis disposiciones adicionales), y delimita las obligaciones mínimas exigibles a todo enfermero en el ejercicio de su profesión. Lógicamente, dentro de su articulado se definen aspectos relativos al secreto profesional, concretamente en sus artículos 19, 20 y 21:

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

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

*"Cuando la enfermera se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto" (art. 21).*

Como se puede comprobar, la norma impone la discreción, una postura clave para la observancia del deber, y exige el conocimiento de los límites impuestos por el secreto profesional, fijando una máxima para la revelación legítima de información personal: *lo mínimo indispensable, y siempre en interés del paciente.*

Su vulneración implica la aplicación de un régimen de sanciones profesionales, (explicitado la norma), que puede llegar hasta la inhabilitación colegial, que conlleva la pérdida del derecho al ejercicio de la profesión.

A simple vista, el Código Deontológico recoge preceptos lógicos y sencillos de aplicar, apreciación que se aleja bastante de la realidad, ya que, muy a menudo, en la práctica diaria se ponen de manifiesto cuestiones que dificultan el cumplimiento estricto de la norma.

En primer lugar, como ya hemos mencionado, hoy el secreto profesional excede el ámbito de la relación confidencial e íntima entre el profesional y su paciente, para convertirse en un deber *compartido* por un abanico de profesionales de la salud y de otros trabajadores del sistema sanitario, que de forma organizada, y cada uno con unas funciones y un grado de responsabilidad, forman parte del proceso de atención, (gestores, médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, celadores, administrativos, técnicos informáticos,...). Y, lamentablemente, no todos ellos están suficientemente formados y concienciados en lo que al secreto profesional se refiere.

En segundo lugar, también en el terreno de la salud, el derecho individual choca en muchas ocasiones con el de la colectividad, lo que le obliga al profesional de enfermería a mantener un difícil equilibrio, ya que está obligado a salvaguardar la intimidad de su paciente sin

comprometer el derecho a la salud de la comunidad. Por otra parte, la reglamentación legal obliga a la protección de *terceros inocentes*, lo que en ocasiones implica el hecho de comunicar datos confidenciales del paciente a sus familiares o a personas de su entorno más directo.

En tercer lugar, el libre acceso y circulación de personas relacionadas más o menos directamente con el paciente, (familiares, amigos o conocidos), por los centros sanitarios, dificulta en muchas ocasiones la confidencialidad en la relación del profesional con su paciente, y condiciona la calidad de la atención dispensada.

En base a ello, han ido cobrando gran importancia los Comités de Ética, cuya función es abordar estas situaciones desde diferentes puntos de vista para tratar de dar las claves de una respuesta fundamentada en cada caso, que, sin menoscabar el derecho a la intimidad del paciente, salvaguarde la salud de la comunidad.

### 3.2. Legislación referente al secreto profesional.

El esfuerzo que los legisladores han dedicado a la regulación del secreto profesional, es sin duda un indicativo que refleja la importancia de este tema.

La intimidad de la persona es un derecho fundamental del individuo, ligado a su honor y a su libertad, y como tal está especialmente protegido por el legislador, que la considera un bien jurídico ineludible y fundamental. Y, consciente de la trascendencia de toda información relacionada con la salud, ha tratado de proteger de forma especial el derecho del paciente a su dignidad e intimidad, garantizando especialmente el secreto de sus datos de salud.

- **NORMAS ETICAS** (Códigos Deontológicos):

**INTERNACIONALES:**

- **Código Internacional de Enfermería** (1953). CIE.

**ESPAÑOLAS:**

- **Código Deontológico de la Enfermería Española** (1989).  
Consejo General de Enfermería de España.

- **LEGISLACION:**

**REGLAMENTACIÓN INTERNACIONAL:**

- **Declaración Universal de Derechos Humanos** (1948)  
Asamblea General de las Naciones Unidas.

**REGLAMENTACIÓN EUROPEA:**

- **Resolución 509 de la Asamblea del Consejo de Europa sobre los Derechos Humanos y los Logros Científicos y Técnicos** (1968).
- **Convenio 108 del Consejo de Europa** (1981).
- **Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa**, (EUR/ICP/HLE 121), (1994).
- **Recomendación R (97)5**, relativa a la **protección de los datos médicos** (1997).  
Consejo de Europa.

**REGLAMENTACIÓN ESPAÑOLA:**

- **Constitución Española** (1978).
- **Ley General de Sanidad** (14/1986).
- **Ley Orgánica de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen** (1/1982).
- **Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal** (15/1999).
- **Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica** (41/2002).
- **Real Decreto de protección de datos de carácter personal** (1720/2007).
- **Ley Orgánica del Código Penal** (10/1995).

Tabla resumen de la normativa referente al secreto profesional. (Fuente de elaboración propia).

Existe un amplio abanico de normas legales, de ámbito nacional e internacional, que afectan directamente a los profesionales de la salud; y no resulta aventurado afirmar que la reglamentación referente al secreto profesional es una de las que tienen mayor presencia, desarrollo y trascendencia en el ámbito legislativo sanitario.

En consecuencia, el *secreto profesional* ya no es tan solo una exigencia ética profesional, emanada del reconocimiento de la soberanía del paciente sobre su propio ser y del respeto a las normas deontológicas, porque se ha convertido en un imperativo legal.

### **3.2.1. Reglamentación jurídica internacional.**

El antecedente más relevante a nivel internacional, en lo que a la reglamentación jurídica del derecho a la intimidad se refiere, es la **Declaración Universal de Derechos Humanos (21)**, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, que se constituyó en un punto de referencia obligado de todos los textos constitucionales promulgados posteriormente, y que establece:

*"Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias"* (art. 12).

Con la promulgación de esta norma internacional, que afecta directamente al sector profesional sanitario en su especial relación con el paciente, el legislador quiso dar una relevancia especial a la protección de la vida privada.

En el ámbito comunitario, el origen de la protección de la intimidad en los datos automatizados hay que buscarlo muchos años más tarde, concretamente en la **Resolución 509 de la Asamblea del Consejo de Europa de 1968 sobre los Derechos Humanos y los Logros Científicos y Técnicos (22)**, que constituye el punto de partida para la promulgación del **Convenio 108 del Consejo de Europa (23)**, firmado en 1981.

*"El fin del presente Convenio es garantizar, en el territorio de cada Parte, a cualquier persona física sean cuales fueren su nacionalidad o su residencia, el respeto de sus derechos y libertades fundamentales, concretamente su derecho a la vida privada, con respecto al tratamiento automatizado de los datos de carácter personal correspondientes a dicha persona (protección de datos)"* (art. 1).

Esta norma legal fue aprobada y publicada con el objetivo de tutelar los derechos y libertades fundamentales de los ciudadanos europeos en lo que a la vida privada y a la libre circulación de información de carácter personal se refiere, y es muy importante porque obliga a los estados miembros a desarrollar leyes nacionales que recojan los principios inspiradores del Convenio, y porque habla de datos *de carácter personal relativos a la salud*:

*"Los datos de carácter personal que revelen el origen racial, las opiniones políticas, las convicciones religiosas, u otras convicciones, así como los datos de carácter personal relativos a la salud o la vida sexual, no podrán tratarse automáticamente a menos que el derecho interno prevea garantías apropiadas"* (art. 6).

La Resolución, además de reafirmar la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial su intimidad en lo que se refiere a la información relacionada con su salud, pone de manifiesto una concepción más comunitaria del derecho a la salud, ya que apunta la existencia de factores generales, (situaciones de grave riesgo para la salud de la comunidad, programas de investigación, estudios epidemiológicos...), que pueden justificar una excepción a los derechos del paciente, siempre que estén perfectamente recogidos y tipificados por la legislación; factores que, de acuerdo con la norma, *deben ser considerados con la relevancia necesaria en una sociedad democrática avanzada*.

Bajo los auspicios de la Oficina Regional para Europa de la OMS (OMS/EURO), tuvo lugar en Ámsterdam, en los últimos días del mes de marzo del 1994, una reunión centrada en los Derechos de los Pacientes, que contó con la participación de 60 delegados (en representación de 36 Estados Miembros). Su objetivo era definir principios y estrategias para la promoción de los derechos de los pacientes, en un contexto emergente de reforma de la atención sanitaria que estaba teniendo lugar en la mayoría de los países europeos.

En la reunión, se constató un interés común de los países europeos en la promoción de iniciativas políticas y legislativas (que se había hecho patente en un estudio publicado en 1993 por la OMS, - *Los Derechos de los Pacientes en Europa*-), y se trató de dar un nuevo impulso a aquel movimiento en favor de los derechos de los pacientes observado en Europa, mediante el desarrollo de políticas estatales comunes.

Una consecuencia de tan importante reunión, fue la publicación de la ***Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa (24)***, (EUR/ICP/HLE 121), de 28 de junio de 1994, que constituye un marco común europeo para la acción e incluye los principios suscritos por la Consulta de Ámsterdam.

Esta Declaración, formulada en términos generales, trataba de identificar las inquietudes y aspiraciones de los residentes de los países europeos por mejorar la atención sanitaria de que eran objeto, y por conseguir un reconocimiento más amplio de sus derechos como pacientes, y también como colaboradores en la atención sanitaria. Y formulaba conceptos y principios básicos que deberían de adoptarse en todos los países para promover y garantizar los derechos de los pacientes.

Según se recoge en el texto del documento (objetivos), este *buscaba*:

- Reafirmar los derechos fundamentales humanos en el apartado de la atención sanitaria, y en particular proteger la dignidad e integridad de la persona, así como promover el respeto del paciente como persona.*
- Ofrecer a la consideración de los Estados Miembros un grupo de principios básicos que subrayen los derechos de los pacientes, que puedan ser utilizados al enmarcar o revisar las políticas de atención a los pacientes.*
- Promover y mantener relaciones beneficiosas entre los pacientes y los profesionales de la salud, y en particular alentar la participación activa del paciente.*
- Enfocar la atención nacional, regional e internacional sobre las necesidades cambiantes en los derechos de los pacientes y fomentar una cooperación internacional más estrecha en este campo.*
- Asegurar la protección de los derechos humanos fundamentales y humanizar la asistencia que se presta a todos los pacientes, incluyendo a los más vulnerables, como los niños, pacientes psiquiátricos, los ancianos o los enfermos graves”.*

El modelo de atención sanitaria plasmado en la Declaración se deriva de los principios de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la salud para todos (OMS 30.43, 19 mayo 1977) y el modelo de atención sanitaria establecido en la Declaración de Alma-Ata (12 de septiembre de 1978), por lo que aglutina un amplio abanico de servicios, dedicados a la promoción y protección de la salud, a la prevención, diagnóstico, y tratamiento de las enfermedades, y a la rehabilitación.

El derecho a la privacidad de los pacientes viene recogido en el Capítulo 1 -*Derechos Humanos y Valores en la Atención Sanitaria*-, en los siguientes términos:

- *“Todo el mundo tiene derecho a ser respetado como ser humano” (1.1).*
- *“Todo el mundo tiene derecho a que se respete su privacidad/intimidad” (1.4).*

Y, de una forma mucho más explícita en el Capítulo 4 -*Confidencialidad y Privacidad*-:

- *“Toda información sobre el estado de salud del paciente, condición médica, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cualquier otra información de tipo personal debe ser confidencial, incluso tras la muerte” (4.1).*
- *“La información confidencial sólo podrá ser revelada si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley lo ordena expresamente. Se presume el consentimiento cuando su revelación se hace a otros profesionales de la salud implicados en el tratamiento del paciente” (4.2).*
- *“Todos los datos identificables del paciente deben ser protegidos. La protección de los datos debe ser apropiada a la hora de proceder a su archivo. Las sustancias humanas de las cuales se pueda obtener datos identificables, deben ser asimismo protegidas” (4.3).*
- *“No puede darse la intrusión en la vida privada y familiar del paciente, a no ser, y sólo si además del consentimiento del paciente, puede justificarse como necesario para el diagnóstico del paciente y su tratamiento y atención” (4.6).*
- *“Las intervenciones médicas sólo pueden llevarse a cabo cuando se muestre el respeto debido a la privacidad del individuo. Esto quiere decir que una intervención dada sólo podrá llevarse a cabo en presencia de aquellas personas necesarias para la intervención, a no ser que el paciente de su consentimiento o requiera otra cosa” (4.7).*
- *“Los pacientes admitidos en un centro médico tienen derecho a esperar instalaciones físicas que aseguren su privacidad/intimidad, en particular cuando los profesionales de la salud les estén ofreciendo cuidados personales o estén llevando a cabo exámenes y tratamientos” (4.8).*

En la declaración también se ponía en evidencia la importancia de la contribución activa de los pacientes en el proceso de diagnóstico y tratamiento, proporcionando a los profesionales de la salud la información necesaria, y en el óptimo funcionamiento del sistema sanitario; que los pacientes tienen derechos, pero también responsabilidades.

Tres años después, concretamente el 13 de febrero de 1997, el **Comité de Ministros de los Estados Miembros del Consejo de Europa**, consciente del avance tecnológico, de que el progreso médico estaba íntimamente relacionado con la calidad, integridad y disponibilidad de los datos médicos de los individuos, (-en la reglamentación jurídica europea el término "médico" es equiparable a "sanitario"-), y de que era necesaria una regulación de la recogida y procesamiento de los datos clínicos, que salvaguardara su confidencialidad y seguridad, y asegurara su utilización conforme a los derechos y libertades fundamentales del individuo, promulgó la **Recomendación R (97)5 (25)**, relativa a la protección de los datos médicos, que justificaba el incremento del uso de datos médicos tratados automáticamente por sistemas de información, e instaba a los gobiernos de los estados miembros a que la recogida, el tratamiento o el procesamiento automatizado de datos médicos respetara la intimidad del individuo en los siguientes términos:

*“Se garantizará el respeto a los derechos y libertades fundamentales y en particular el derecho a la intimidad, durante la recogida y procesamiento de datos médicos” (Art. 3.1).*

*“Los datos médicos solo pueden recogerse y procesarse si existen medidas de protección adecuadas establecidas por la ley nacional...” (Art. 3.2).*

Además, el artículo 3.2., establecía condiciones para la recogida, procesamiento e información de datos médicos, y para su custodia y salvaguarda.

*“... En principio, los datos médicos deben ser recogidos y procesados sólo por profesionales sanitarios o por individuos u órganos que trabajaran en representación de profesionales sanitarios”.*

Y, en el mismo artículo, hacía alguna matización:

*"... Los individuos u órganos que trabajen en representación de profesionales sanitarios recogiendo y procesando datos médicos deben estar sujetos a las mismas normas de confidencialidad que pesan sobre los profesionales sanitarios o a normas de confidencialidad comparables..."*

*"... Los administradores de archivos que no son profesionales sanitarios sólo deben recoger y procesar datos médicos cuando estén sujetos a normas de confidencialidad comparables a las que pesan sobre el profesional sanitario o a medidas de seguridad igualmente eficaces proporcionadas por la ley nacional"*

Finalmente, establecía una serie de preceptos mínimos para la *Recogida y procesamiento de datos médicos* (Art. 4), *Información a los afectados* (Art. 5), *Consentimiento* (Art. 6), *Comunicación* (Art. 7), *Derechos del afectado* (Art. 8), *Seguridad* (Art. 9) y *Conservación* (Art. 10), que estudiaremos más adelante, ya que fueron transferidas, casi literalmente, a la legislación española.

### **3.2.2. Reglamentación jurídica española.**

La intimidad, como un derecho fundamental del individuo ligado al honor y a la libertad, tiene un rango fundamental en el ordenamiento jurídico español, que está recogido incluso en nuestra Carta Magna.

#### **Constitución Española**

La Constitución Española del 1978 (26), reconoce y protege explícitamente como derechos fundamentales, el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen.

*"Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen"* (art. 18.1).

Garantía que abarca aspectos esenciales de la intimidad, como la inviolabilidad del domicilio: *"El domicilio es inviolable"* (art. 18.2); la de las comunicaciones: *"Se garantiza el secreto de las comunicaciones."* (art. 18.3); e incluso en lo relacionado con los nuevos fenómenos tecnológicos: *"La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos"* (art. 18.4).

Y en lo que se refiere al secreto profesional, nuestra Carta Magna establece:

*"La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de las libertades"* (art. 20.1.apartado d).

*"La ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos"* (art. 24.2).

*"La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas"* (art. 36).

En consecuencia puede considerarse un mandato Constitucional la elaboración y promulgación de una serie de normas legislativas delimitadoras del ejercicio y el *secreto profesional*. Normas como la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del derecho al honor, la intimidad personal y familiar; la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; la Ley Orgánica de Regulación de Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal; la Ley orgánica 5/1992, de 29 de octubre; La Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (nuevo Código Penal, que contempla incluso penas de cárcel para quien lo vulnere); La Ley de Protección de Datos de Carácter Personal de 1999; o 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.

A continuación haré un breve repaso de las que, a mi juicio, pueden resultar más relevantes en nuestro ámbito de actuación.

### ***Ley General de Sanidad (14/1986) (27)***

En las últimas décadas hemos observado un cambio espectacular en la forma de entender y afrontar la relación clínica en España. El modelo que identificaba al paciente como mero receptor del acto médico, ha dado paso a otro, diametralmente opuesto, que reconoce el derecho del paciente a gestionar su cuerpo, su vida y su intimidad.

Este cambio tan trascendente en la relación paciente-profesional se vio reafirmado por el legislador en el año 1986, con la promulgación de la Ley General de Sanidad, que significó el fin del paternalismo que presidía las actuaciones sanitarias, y consagraba el principio de autonomía del paciente.

La Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, regulaba los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en lo que concierne a su salud. Básicamente, supuso una ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, pero también puso de manifiesto una clara voluntad de humanizar los servicios sanitarios.

La norma, de obligado cumplimiento en todo el territorio nacional, marcó un antes y un después en la manera de entender la relación clínica, y puso sobre la mesa la importancia de actuar de acuerdo con por los principios de la Bioética, al establecer que la organización sanitaria garantizaría la salud, como un derecho inalienable de la población, mediante la estructuración del Sistema Nacional de Salud, que aseguraría el máximo respeto a la dignidad e intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de toda la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan, sin ningún tipo de discriminación.

A partir de su promulgación, el paciente recuperó derechos tradicionalmente relegados a un segundo plano, supuestamente en aras de su bienestar clínico, entre ellos los de establecer sus propias prioridades y participar en las decisiones que le afectan como persona. De ahí que la Ley General de Sanidad, que recoge en su articulado los derechos y deberes de los usuarios con respecto a las distintas administraciones sanitarias, públicas y privadas, que colaboren con el sistema público, y establece la confidencialidad de toda la información como un derecho de todos, esté considerada como una de las leyes más importantes y emblemáticas del sector sanitario en España.

En lo que se refiere al tema que nos ocupa, el secreto profesional, los aspectos más interesantes se recogen en el artículo 10 de la Ley.

*“Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:”...*

*“A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público” (Art.10.3).*

*“Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 Y 11 de este artículo serán ejercidos también con respecto a los servicios sanitarios privados” (Art.10.15).*

Este artículo 10.15., que menciona específicamente a los *servicios sanitarios privados*, es muy importante porque certifica que la Ley afecta a todos los centros de la red sanitaria española, ya sean de titularidad pública o privada.

***Ley Orgánica de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen (1/1982) (28)***

Los derechos garantizados por la ley están encuadrados entre los derechos inherentes a la persona, calificación de la que se desprende el carácter de irrenunciabilidad, sin embargo, no los considera o absolutamente ilimitados, ya que, según se recoge en la misma, en circunstancias excepcionales, podrían autorizarse determinadas entradas en el ámbito de la intimidad, que no podrían ser tipificadas de ilegítimas o contrarias a la norma, en razón del interés público, o previo consentimiento del propio interesado. Aunque, en este último caso, la ley exige que el consentimiento sea expreso.

No obstante, la redacción de esta norma es clara y concreta, y no admite ninguna interpretación que posibilite injerencias ilegítimas en la intimidad de las personas.

En el artículo primero establece la protección civil de los derechos fundamentales al honor a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen frente a todo género de injerencia o intromisiones ilegítimas.

*"El derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen es irrenunciable, inalienable e imprescriptible. La renuncia a la protección prevista en esta ley será nula, sin perjuicio de los supuestos de autorización o consentimiento que se refiere el art. 2 de esta ley" (art. 1.3).*

*"La protección civil del honor, de la intimidad y de la propia imagen quedará delimitada por las leyes y por los usos sociales atendiendo al ámbito que, por sus propios actos, mantenga cada persona reservado para sí misma o a su familia" (art.2.1).*

*"No se apreciará la existencia de intromisión ilegítima en el ámbito protegido cuando estuviere expresamente autorizada por Ley o cuando el titular del derecho hubiere otorgado al efecto su consentimiento expreso" (art. 2.2).*

*"El consentimiento a que se refiere el párrafo anterior será revocable en cualquier momento, pero habrán de indemnizarse, en su caso, los daños y perjuicios causados, incluyendo en ellos las expectativas justificadas" (art. 2.3).*

Se hace necesario puntualizar que el consentimiento (citado los artículos 2.2 y 2.3) ha de ser expreso, y que se presta para una actuación concreta y determinada, por lo que carece de validez fuera de esta.

El legislador entiende que, aunque la muerte del sujeto de derecho extingue los derechos de la personalidad, la memoria de aquél constituye una prolongación de esta última que debe también ser tutelada por el Derecho. En consecuencia, la ley trata de garantizar incluso el derecho a la intimidad en el supuesto del fallecimiento del titular del derecho lesionado. Las consecuencias del mismo en orden a la protección de estos derechos se determinan según el momento en que la lesión se produjo.

*"El ejercicio de las acciones de protección civil del honor, la intimidad o la imagen de una persona fallecida corresponde a quien ésta haya designado a tal efecto en su testamento. La designación puede recaer en una persona jurídica" (Art. 4.1)*

*"No existiendo designación o habiendo fallecido la persona designada, estarán legitimados para recabar la protección el cónyuge, los descendientes, ascendientes y hermanos de la persona afectada que viviesen al tiempo de su fallecimiento" (Art. 4.2).*

*“A falta de todos ellos, el ejercicio de las acciones de protección corresponderá al Ministerio Fiscal, que podrá actuar de oficio o a instancia de persona interesada, siempre que no hubieren transcurrido más de ochenta años desde el fallecimiento del afectado. El mismo plazo se observará cuando el ejercicio de las acciones mencionadas corresponda a una persona jurídica designada en testamento” (Art. 4.3).*

La definición del concepto de intromisión ilegítima se recoge con detalle en el artículo séptimo de la Ley, que observa diversos supuestos de intromisión o injerencia que pueden darse en la vida real, que coinciden con los previstos en la legislación de otros países con desarrollo social y tecnológico igual o superior al nuestro.

*“La divulgación de hechos relativos a la vida privada de una persona o familia que afecten a su reputación y buen nombre, así como la revelación o publicación del contenido de cartas, memorias u otros escritos personales de carácter íntimo” (art.7.3).*

*“La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela” (art. 7.4).*

*“La captación, reproducción o publicación por fotografía, filme, o cualquier procedimiento, de la imagen de una persona en lugares o momentos de su vida privada o fuera de ellos, salvo los casos previstos en el artículo octavo, dos” (art. 7.5).*

El artículo 9 otorga la tutela judicial efectiva necesaria en caso de intromisión, y establece como prueba la simple intromisión y no el perjuicio; dejando la condena indemnizatoria al arbitrio judicial, y marca un plazo de caducidad de 4 años para la actuación judicial.

*“La tutela judicial frente a las intromisiones ilegítimas en los derechos a que se refiere la presente ley podrá recabarse por las vías procesales ordinarias o por el procedimiento previsto en el artículo cincuenta y tres dos de la Constitución. También podrá acudir, cuando proceda, al recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional” (Art. 9.1).*

*“La tutela judicial comprenderá la adopción de todas las medidas necesarias para poner fin a la intromisión ilegítima de que se trate” (Art. 9.2).*

*“La existencia de perjuicio se presumirá siempre que se acredite la intromisión ilegítima. La indemnización se extenderá al daño moral, que se valorará atendiendo a las circunstancias del caso y a la gravedad de la lesión efectivamente producida, para lo que se tendrá en cuenta, en su caso, la difusión y audiencia del medio a través del que se haya producido” (Art. 9.3).*

*“El importe de la indemnización por el daño moral, en el caso de los tres primeros del artículo cuarto, corresponderá a las personas a que se refiere su apartado dos y, en su defecto, a sus causahabientes, en la proporción en que la sentencia estime que han sido afectados. En los casos del artículo sexto, la indemnización se entenderá comprendida en la herencia del perjudicado” (Art. 9.4).*

*“Las acciones de protección frente a las intromisiones ilegítimas caducarán transcurridos cuatro años desde que el legitimado pudo ejercitarlas” (Art. 9.5).*

### ***Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999) (29)***

Esta es una Ley de gran importancia para el sector sanitario, que adaptó nuestro ordenamiento jurídico a las disposiciones de la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, en relación con la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de los mismos. Tiene por objeto

garantizar y proteger las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, que propugna la Constitución Española, en lo concerniente al tratamiento de datos de carácter personal.

*“La presente Ley Orgánica tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal y familiar” (Art. 1).*

Su ámbito de aplicación queda definido en su artículo 2.

*“La presente Ley Orgánica será de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte físico, que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado”.*

El legislador delimita también el concepto *dato de carácter personal*.

*“A los efectos de la presente Ley Orgánica se entenderá por datos de carácter personal cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables” (Artículo 3.a).*

Y trata de dar la importancia y reconocimiento debidos a los datos personales sobre la salud, que pertenecen a la esfera más íntima de la persona, estableciendo unos principios para la protección de datos de carácter personal.

Exige que sean exactos, veraces y estén actualizados, y fija su cancelación cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para su finalidad, o cuando hayan sido obtenidos por medios fraudulentos, desleales o ilícitos; garantiza de este modo la calidad de los datos existentes.

*“Los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido” (Artículo 4.1).*

*“Los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos.*

*No se considerará incompatible el tratamiento posterior de éstos con fines históricos, estadísticos o científicos” (Artículo 4.2).*

*“Los datos de carácter personal serán exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del afectado” (Artículo 4.3).*

*“Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados, no serán conservados en forma que permita la identificación del interesado durante un período superior al necesario para los fines en base a los cuales hubieran sido recabados o registrados” (Artículo 4.5.).*

En el artículo 5 de la Ley establece el *Derecho de información en la recogida de datos*.

*“Los interesados a los que se soliciten datos personales deberán ser previamente informados de modo expreso, preciso e inequívoco:*

- a) De la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y de los destinatarios de la información.*
- b) Del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas.*
- c) De las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos.*

d) De la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

e) De la identidad y dirección del responsable del tratamiento o, en su caso, de su representante”.

(Art. 5, apartado 1).

“Cuando se utilicen cuestionarios u otros impresos para la recogida, figurarán en los mismos, en forma claramente legible, las advertencias a que se refiere el apartado anterior” (Art. 5, apartado 2).

“Cuando los datos de carácter personal no hayan sido recabados del interesado, éste deberá ser informado de forma expresa, precisa e inequívoca, por el responsable del fichero o su representante, dentro de los tres meses siguientes al momento del registro de los datos, salvo que ya hubiera sido informado con anterioridad, del contenido del tratamiento, de la procedencia de los datos, así como de lo previsto en las letras a), d) y e) del apartado 1 del presente artículo” (Art. 5, apart. 4).

En consecuencia, el profesional de enfermería, que de manera habitual solicita y utiliza datos de sus pacientes, debería de informarles, de modo expreso, preciso e inequívoco, de la existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de éstos y los destinatarios de la información, y de la identidad y dirección del responsable del tratamiento. Exigencias que, en la realidad de la práctica diaria no parecen observarse de una forma generalizada.

Mientras que el artículo 6, que habla del *Consentimiento del afectado*, establece:

“El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa” (Art. 6.1).

“En los casos en los que no sea necesario el consentimiento del afectado para el tratamiento de los datos de carácter personal, y siempre que una ley no disponga lo contrario, éste podrá oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal. En tal supuesto, el responsable del fichero excluirá del tratamiento los datos relativos al afectado” (Art. 6.4).

Los datos especialmente protegidos por esta ley, que pueden afectar más grave y directamente al profesional de enfermera, están recogidos en su artículo 7.

“De acuerdo con lo establecido en el apartado 2 del artículo 16 de la Constitución, nadie podrá ser obligado a declarar sobre su ideología, religión o creencias” (Art.7.1).

“Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente” (Art.7.3).

“No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores, podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médico, 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, a una obligación equivalente al secreto” (Art.7.6).

Respecto a los datos relativos a la salud, la Ley establece que:

“Las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal

*relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica" (art. 8).*

En lo referente a la seguridad de los datos, establece, en su art. 9, que:

*"El responsable del fichero y, en su caso, el encargado del tratamiento deberán adoptar las medidas de índole técnica y organizativas que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural" (Art. 9. 1).*

*"No se registrarán datos de carácter personal en ficheros que no reúnan las condiciones que se determinen por vía reglamentaria con respecto a su integridad y seguridad y a las de los centros de tratamiento, locales, equipos, sistemas y programas" (Art. 9. 2).*

*"Reglamentariamente se establecerán los requisitos y condiciones que deban reunir los ficheros y las personas que intervengan en el tratamiento de los datos a que se refiere el artículo 7 de esta Ley" (Art. 9. 3).*

Y, en lo que respecta al *deber de secreto*, la Ley establece:

*"El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal, están obligados al secreto profesional, respecto de los mismos, y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aun después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo" (art. 10).*

En el resto del documento, muy amplio en su redacción, se reglamentan organismos como la agencia de protección de datos, se establece un régimen sancionador muy severo para los infractores, y se asignan las responsabilidades a las administraciones del Estado y de las Comunidades Autónomas. También se reflejan, como excepciones a la ley, algunas circunstancias en que las intromisiones en la intimidad no pueden considerarse ilegítimas, en virtud de razones de interés público, que obligan a una limitación de los derechos individuales.

En la actualidad, el volumen de personas que tiene acceso a los archivos, ficheros e historias clínicas de los pacientes es muy amplio, (médicos, enfermeras, técnicos, administrativos, informáticos y operadores de sistemas, investigadores, estudiantes, etc...). El trabajo en equipo implica compartir aspectos que pertenecen a la intimidad del paciente.

No siempre resulta sencillo pasar de una responsabilidad personal a una responsabilidad compartida, y, lamentablemente, en muchas ocasiones esta conduce a la difuminación de responsabilidades personales.

La enfermera ya no es la única responsable, pero mantiene un alto grado de compromiso y, en base a ello, ha de adoptar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los datos en los términos que indica el legislador; y la Ley que acabamos de ver no deja ningún resquicio a la interpretación cuando establece con toda claridad que *"no se registrarán datos de carácter personal en ficheros que no reúnan las condiciones que se determinen por vía reglamentaria con respecto a su integridad y seguridad y a las de los centros de tratamiento, locales, equipos, sistemas y programas"*.

***Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (41/2002) (30)***

Esta disposición normativa completa y desarrolla los principios generales establecidos en la Ley General de Sanidad, con el objetivo de aclarar la situación jurídica y los derechos y obligaciones de los profesionales sanitarios, de los ciudadanos y de las instituciones sanitarias, públicas y privadas, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica, con lo que se fortalece el derecho a la protección de la salud reconocido en la Constitución.

La *historia clínica*, como documento fundamental en donde se recoge toda la información, clínica y personal del paciente, es una pieza clave en las instituciones sanitarias, y está vinculada muy estrechamente al secreto profesional, por lo que merece un especial tratamiento.

Es un elemento imprescindible en la actividad diaria de todos los profesionales de la salud, con la que hay que ser extremadamente cuidadoso, por la gran cantidad de información personal que contiene; información que, en muchas ocasiones, el paciente tan siquiera ha compartido con sus familiares u otras personas de su entorno más íntimo.

Hasta hace tan solo unos años, el acceso a la historia clínica se circunscribía a un grupo de profesionales muy reducido, el directamente relacionado con la atención sanitaria del paciente. Pero, con la llegada de la informática, apareció la historia clínica informatizada, un sistema de registro unificado y personal que almacena, en soporte electrónico, toda la información referente al paciente y a su atención; un sistema que ofrece extraordinarias posibilidades, pero que presenta un serio inconveniente, el de poner en peligro el derecho a la intimidad y confidencialidad del enfermo, ya que puede ser consultado por distintos profesionales de forma simultánea y desde distintos lugares, estén o no relacionados con la atención directa del paciente (31).

La Ley 41/2002, entra muy en profundidad en todos los aspectos relacionados con la documentación clínica, y trata de concretar los derechos de los usuarios, dando un trato especial al derecho de autonomía del paciente.

Además, contempla de manera específica el acceso a la historia por parte del personal no asistencial (el de administración y gestión), si bien limitado exclusivamente a los datos relacionados con sus funciones, y supone un reconocimiento social y un respaldo legal de los datos recogidos por los enfermeros, ya que, por primera vez en nuestro ordenamiento legislativo, considera los documentos elaborados por los profesionales de enfermería (planificación de cuidados enfermeros) como parte básica de la documentación clínica del paciente.

Los *principios básicos* de la Ley quedan establecidos en su artículo 2.

*“La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica” (Art. 2.1).*

*“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley” (Art. 2.2).*

*“Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria” (Art. 2.5).*

*“Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de*

*información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente” (Art. 2.6).*

*“La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida” (Art. 2.7).*

Mientras que, en su artículo 3, define los términos Documentación Clínica e Historia Clínica.

*“A efectos de esta Ley se entiende por:*

*Documentación clínica el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.*

*Historia clínica el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”.*

Lo concerniente al *Derecho a la intimidad* se recoge dentro del Capítulo III.

*“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 por la Ley” (Art. 7. 1).*

*“Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes” (Art. 7. 2).*

Todo lo relativo a la *historia clínica* queda recogido en profundidad en el capítulo V.

*“La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro” (Art. 14. 1).*

*“Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información” (Art. 14. 2).*

*“Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura” (Art. 14. 3).*

*“Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental” (Art. 14. 4).*

*“La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia” (Art. 16. 1).*

*“Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten” (Art. 16. 2).*

*“El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y*

demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines 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.

Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.

El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso” (Art. 16. 3).

Este artículo fue completado posteriormente por la **Ley 33/2011**, de 4 de octubre, **General de Salud Pública**, que añadió el siguiente texto:

“Cuando ello sea necesario para la prevención de un riesgo o peligro grave para la salud de la población, las Administraciones sanitarias a las que se refiere la Ley 33/2011, General de Salud Pública, podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública. El acceso habrá de realizarse, en todo caso, por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta, asimismo, a una obligación equivalente de secreto, previa motivación por parte de la Administración que solicitase el acceso a los datos”.

“El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones” (Art. 16. 4).

“El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria” (Art. 16. 5).

“El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto” (Art. 16. 6).

“Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso” (Art. 16. 7).

“Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial” (Art. 17.1).

“La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas” (Art. 17.2).

“Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes” (Art. 17.3).

“La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra

*modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario” (Art. 17.4).*

*“Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen” (Art. 17.5).*

*“Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal” (Art. 17.6).*

*“El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley” (Art. 19).*

Como se desprende del contenido de la Ley 41/2002 de Derechos y Obligaciones y Documentación Clínica, los datos personales facilitados o averiguados durante la actividad asistencial formarán parte de una historia clínica, que estará custodiada por el centro o servicio asistencial, recayendo esta responsabilidad en su equipo directivo, los servicios o departamentos de historias clínicas, los responsables médico (jefes de servicio) o de enfermería (supervisores), y el resto de trabajadores reconocidos por ley, (auxiliares, administrativos...), que tengan acceso a la historia. Lo que obliga al desarrollo de políticas institucionales destinadas a promover la correcta utilización de esa herramienta, y a una mayor concienciación sobre la necesidad de un tratamiento adecuado de la información que los pacientes ponen en manos de los profesionales de las instituciones sanitarias.

Todos los profesionales que legalmente estén autorizados para acceder a la documentación clínica, sanitarios o no, están obligados por el secreto profesional a salvaguardar la confidencialidad, si bien el grado de responsabilidad será diferente en cada caso.

#### ***Real Decreto de protección de datos de carácter personal (1720/2007) (32)***

Es un desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y, como tal, nace con la vocación de garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, las libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor e intimidad personal.

El ámbito de aplicación queda perfectamente tipificado en el documento.

*“El presente reglamento será de aplicación a los datos de carácter personal registrados en soporte físico, que los haga susceptibles de tratamiento, y a toda modalidad de uso posterior de estos datos por los sectores público y privado” (Art. 2.1).*

En relación con los datos de carácter personal, en el Título II, y más concretamente en el Capítulo I, artículo 8, se establece:

*“Los datos de carácter personal deberán ser tratados de forma leal y lícita. Se prohíbe la recogida de datos por medios fraudulentos, desleales o ilícitos” (Art. 8.1).*

*“Los datos de carácter personal sólo podrán ser recogidos para el cumplimiento de finalidades determinadas, explícitas y legítimas del responsable del tratamiento” (Art. 8.2).*

*“Los datos de carácter personal objeto de tratamiento no podrán usarse para finalidades incompatibles con aquellas para las que los datos hubieran sido recogidos” (Art. 8.3).*

*“Sólo podrán ser objeto de tratamiento los datos que sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido” (Art. 8.4).*

*“Los datos de carácter personal serán exactos y puestos al día de forma que respondan con veracidad a la situación actual del afectado. Si los datos fueran recogidos directamente del afectado, se considerarán exactos los facilitados por éste. (...)” (Art. 8.5).*

*“Los datos de carácter personal serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados. (...)” (Art. 8.6).*

Y en el 10.1:

*“Los datos de carácter personal únicamente podrán ser objeto de tratamiento o cesión si el interesado hubiera prestado previamente su consentimiento para ello”.*

Finalmente, en el Capítulo I del Título VIII, Disposiciones generales, establece:

*“Los responsables de los tratamientos o los ficheros y los encargados del tratamiento deberán implantar las medidas de seguridad con arreglo a lo dispuesto en este Título, con independencia de cual sea su sistema de tratamiento” (Art. 79).*

*“... las medidas de alto nivel de seguridad se aplicarán en los siguientes ficheros o tratamientos de datos de carácter personal:*

*a. Los que se refieran a datos de ideología, afiliación sindical, religión, creencias, origen racial, salud o vida sexual” (Art. 80.3).*

*“Los usuarios tendrán acceso únicamente a aquellos recursos que precisen para el desarrollo de sus funciones” (Art. 91.1).*

*“El responsable del fichero se encargará de que exista una relación actualizada de usuarios y perfiles de usuarios, y los accesos autorizados para cada uno de ellos” (Art. 91.2).*

*“El responsable del fichero establecerá mecanismos para evitar que un usuario pueda acceder a recursos con derechos distintos de los autorizados” (Art. 91.3).*

*“De cada intento de acceso se guardarán, como mínimo, la identificación del usuario, la fecha y hora en que se realizó, el fichero accedido, el tipo de acceso y si ha sido autorizado o denegado” (Art. 103.1).*

*“El período mínimo de conservación de los datos registrados será de dos años” (Art. 103.4).*

Las historias clínicas contienen mucha información personal, revelada por los usuarios del sistema de salud para facilitar su atención, en la confianza de que los profesionales respetaremos y sabremos mantener la confidencialidad de tal información.

Durante muchos años el acceso a las historias clínicas estuvo muy poco controlado, y, en muchas ocasiones, bastaba con llevar un uniforme, o hacerse pasar por profesional sanitario, para poder acceder a su contenido.

La puesta en marcha de la historia clínica informatizada ha constituido un gran avance pero, si no se adoptan las medidas necesarias, puede suponer la exposición indiscriminada de los datos personales de los usuarios almacenados en los sistemas informáticos.

La Ley articula en tres niveles -básico, medio y alto- las medidas de seguridad de los ficheros con datos personales. Y establece que los datos de salud deben protegerse con medidas de seguridad de nivel alto.

Los profesionales autorizados a acceder a los registros informáticos, por el mero hecho de estarlo, adquirimos y aceptamos una gran responsabilidad, y debemos de actuar en consecuencia.

Como hemos visto, el mero hecho de acceder a información que no necesitamos, o de pacientes a los que no tratamos, es un hecho constitutivo de delito, y más aún si utilizáramos, consciente o inconscientemente, esa información.

### **Ley Orgánica del Código Penal (10/1995) (33)**

El legislador ha tratado de dar respuesta a una demanda social, incluyendo en el Código Penal la obligación de respetar el secreto profesional.

Como es sabido, el incumplimiento del precepto legal implica la vulneración de derechos individuales y conlleva responsabilidades jurídicas y profesionales, ya que *“la ignorancia de la norma no exime su cumplimiento”*.

El objetivo del legislador es garantizar la protección de la privacidad de los datos que los profesionales obtienen en el ejercicio de sus funciones, procurando el estricto cumplimiento de la norma, y trata de conseguirlo mediante la acción coercitiva que lleva aparejado el efecto penal; que contempla el quebranto del secreto profesional como un delito, con sanciones de prisión, multa o inhabilitación laboral.

El profesional de enfermería, como responsable de documentación, puede verse afectado por el contenido de los artículos 197 y 198 del Título X, capítulo 1, *Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio*.

*“El que, para descubrir los secretos o vulnerar la intimidad de otro, sin su consentimiento, se apodere de sus papeles, cartas, mensajes de correo electrónico o cualesquiera otros documentos o efectos personales o intercepte sus telecomunicaciones o utilice artificios técnicos de escucha, transmisión, grabación o reproducción del sonido o de la imagen, o de cualquier otra señal de comunicación, será castigado con las penas de prisión de uno a cuatro años y multa de doce a veinticuatro meses” (Art. 197.1).*

*“Las mismas penas se impondrán al que, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero, datos reservados de carácter personal o familiar de otro, que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado. Iguales penas se impondrán a quien, sin estar autorizado, acceda por cualquier medio a los mismos y a quien los altere o utilice en perjuicio del titular de los datos o de un tercero” (Art. 197.2).*

*“Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años si se difunden, revelan o ceden a terceros los datos o hechos descubiertos o las imágenes captadas a que se refieren los números anteriores.*

*Será castigado con las penas de prisión de uno a tres años y multa de doce a veinticuatro meses, el que, con conocimiento de su origen ilícito y sin haber tomado parte en su descubrimiento, realizare la conducta descrita en el párrafo anterior” (Art. 197.4).*

*“Si los hechos descritos en los apartados 1 y 2 de este Artículo se realizan por las personas encargadas o responsables de los ficheros, soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, archivos o registros, se impondrá la pena de prisión de tres a cinco años, y si se difunden, ceden o revelan los datos reservados, se impondrá la pena en su mitad superior” (Art. 197.5).*

*“Igualmente, cuando los hechos descritos en los apartados anteriores afecten a datos de carácter personal que revelen la ideología, religión, creencias, salud, origen racial o vida sexual, o la víctima fuere un menor de edad o un incapaz, se impondrán las penas previstas en su mitad superior” (Art. 197.6).*

*“Si los hechos se realizan con fines lucrativos, se impondrán las penas respectivamente previstas en los apartados 1 al 4 de este Artículo en su mitad superior. Si además afectan a datos de los mencionados en el apartado anterior, la pena a imponer será la de prisión de cuatro a siete años” (Art. 197.7).*

*“La autoridad o funcionario público que, fuera de los casos permitidos por la Ley, sin mediar causa legal por delito, y prevaleciendo de su cargo, realizare cualquiera de las conductas descritas en el Artículo anterior, será castigado con las penas respectivamente previstas en el mismo, en su mitad superior y, además, con la de inhabilitación absoluta por tiempo de seis a doce años” (Art. 198).*

Abundando más en el precepto, el artículo 199.2 establece lo siguiente:

*“El profesional que con incumplimiento de sigilo o reserva divulgue los secretos de otra persona será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años”.*

En una primera lectura, los artículos parecen dirigidos a ámbitos no sanitarios, pero, tras un repaso algo más detenido, se ven reflejadas en el precepto situaciones en las que pueden estar implicados los profesionales de la salud, y, más en concreto los profesionales de enfermería; no hay ninguna duda, el Código Penal, en lo que se refiere al deber de salvaguarda de la intimidad, afecta directamente a la enfermería.

Es necesario reseñar que, el artículo 201.1 del documento, deja claro que para que se inicie el proceso sancionador debe de interponerse una denuncia:

*“Para proceder por los delitos previstos en este capítulo será necesaria denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando aquélla sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, también podrá denunciar el Ministerio Fiscal”.*

Aunque en el apartado siguiente hace una excepción:

*“No será precisa la denuncia exigida en el apartado anterior para proceder por los hechos descritos en el Artículo 198 de este Código, ni cuando la comisión del delito afecte a los intereses generales o a una pluralidad de personas” (Art. 201.2).*

Y concluye:

*“El perdón del ofendido o de su representante legal, en su caso, extingue la acción penal o la pena impuesta” (Art. 201.3).*

Aunque la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, introdujo una modificación en su redacción:

*“El perdón del ofendido o de su representante legal, en su caso, extingue la acción penal sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del número 5º del apartado 1 del artículo 130” (Art. 201.3).*

Lo que significa, que el profesional puede ser liberado de su responsabilidad penal mediante el perdón del denunciante.

También puede verse afectado el profesional de enfermería por el contenido del Capítulo 4, del Título XIX, *De la infidelidad en la custodia de documentos y de la violación de secretos*, concretamente su artículo 417.

*“La autoridad o funcionario publico que revelare secretos o informaciones de las que tenga conocimiento por razón de su oficio o cargo y que no deban ser divulgados, incurrirá en la pena de multa de doce a dieciocho meses e inhabilitación especial para empleo o cargo publico por tiempo de uno a tres años.*

*Si de la revelación a que se refiere el párrafo anterior resultara grave daño para la causa pública o para tercero, la pena será de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para empleo o cargo publico por tiempo de tres a cinco años”* (Art. 417.1).

*“Si se tratara de secretos de un particular, las penas serán las de prisión de dos a cuatro años, multa de doce a dieciocho meses, y suspensión de empleo o cargo publico por tiempo de uno a tres años”* (Art.417.2).

Para concluir este capítulo de revisión de la reglamentación jurídica relacionada con el deber de secreto en el ámbito sanitario, conviene puntualizar que en circunstancias muy concretas, delimitadas por la Ley, el profesional de enfermería puede verse obligado a revelar datos de carácter personal, concretamente (7):

- Cuando se atiende a personas que puedan haber sido víctimas de un delito, (los artículos 259, 262 y 264 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, y el artículo 450 del Código Penal, obligan a denunciarlo ante la autoridad competente).
- Ante la detección de enfermedades de Declaración Obligatoria.
- En casos de mala praxis.

La labor de los profesionales de enfermería es en muchas ocasiones muy delicada y difícil, ya que estamos obligados ética y legalmente a proteger el derecho a la privacidad de las personas (secreto profesional), pero también a salvaguardar la salud de la comunidad (a evitar posibles daños a *terceros*); intereses muchas veces contrapuestos (34).

A la hora de actuar en estos supuestos, quizás pudiera servirnos de ayuda el contenido del artículo 21 del Código Deontológico de la Enfermería Española, que establece que *cuando la enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional..., no debe olvidar que moralmente su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente, y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen en el secreto”* (8).

#### **4. EL SECRETO PROFESIONAL EN EL ENTORNO SANITARIO.**

No ha resultado sencillo acercarnos a la realidad del secreto profesional desde el punto de vista de la enfermería, ya que, si excluimos aquellas fuentes dedicadas casi exclusivamente al repaso y resumen de la legislación vigente, apenas hemos localizado referencias a artículos, opiniones, libros, comunicaciones y ponencias cuyo objetivo fuera el estudio de este precepto desde la particular perspectiva del profesional enfermero (35). Lo que nos ha parecido bastante significativo, dado que hemos localizado excelentes trabajos sobre la intimidad, la autonomía o la confidencialidad, escritos por expertos en bioética, también un número importante de referencias bibliográficas en torno al secreto médico (18).

Todos los profesionales implicados, directa o indirectamente, en el proceso de atención sanitaria, deberían de velar por la preservación de los datos conocidos, y evitar la divulgación de los que constituyen un objeto de sigilo o reserva.

Nadie puede negar el especial protagonismo del profesional de enfermería en la protección de datos de carácter personal, ya que, durante muchos años, ha participado muy activamente en la elaboración, tratamiento, difusión y custodia de la información clínica de sus pacientes, y, como consecuencia de su rol de tutor de los registros sanitarios y de la intimidad, se ve directamente afectado por la normativa legal que regula el *secreto profesional*, y por el régimen de sanciones que se deriva de su incumplimiento; régimen de sanciones previsto en las leyes que, como hemos podido comprobar, es muy severo, lo que obliga a conocer con detalle las normas y preceptos legales, y a observar puntualmente las obligaciones que de ellos se derivan, (aunque serían excepcionales las sanciones o castigos derivadas de actuaciones profesionales fundamentadas en el conocimiento, la reflexión, la discreción y el sentido común).

Las tareas del profesional de enfermería van más allá de la ejecución competente de actividades meramente técnicas, porque el acto de cuidar está íntimamente vinculado a la fragilidad y vulnerabilidad del ser humano, y, en este contexto, el secreto profesional y el respeto a los datos obtenidos en la relación con el paciente adquieren una especial relevancia (19). De ahí que nos haya causado cierta sorpresa el encontrar tan pocas reflexiones en torno a la confidencialidad en relación con el cuidado enfermero (35).

Para prestar unos cuidados de calidad los enfermeros debemos de tener muy presentes los derechos y las obligaciones que afectan tanto a los pacientes o usuarios del sistema sanitario, como a los profesionales que trabajamos en él (1). Debemos de ser conscientes de la importancia del secreto profesional; de la responsabilidad que lleva implícita la información que manejamos a diario, y de las consecuencias de una utilización despreocupada de la misma.

El deber de secreto trasciende a la esfera de la relación personal, y afecta a toda la información del paciente que haya llegado a nosotros en el desempeño de nuestra actividad profesional.

Es muy posible que el deber del secreto profesional quede diluido de alguna manera en el quehacer cotidiano de la práctica diaria, y que se piense que la obligación de respetar el secreto es un concepto tan ligado a la conciencia, que esta puede dictar en cada momento el modo más correcto de actuar, es decir, lo que debe de hacer. Nada más lejos del razonamiento ético, pues cuando se habla de ética no podemos quedarnos en este nivel de reflexión moral, del *¿qué debemos hacer?*, ya que el planteamiento ético está ligado a una segunda pregunta que busca la justificación o fundamentación de la norma: *¿por qué debemos de hacerlo?* (4).

El secreto profesional forma parte de la realidad diaria de nuestra actividad profesional, pero, en contra de lo que cabría esperar, muy raramente constituye un tema de conversación, debate o controversia entre los profesionales de enfermería; salvo en las ocasiones puntuales en las que surge un conflicto relacionado con la confidencialidad. Y ello a pesar de que los enfermeros nos enfrentamos continuamente con situaciones en las que se hacen presentes los principios éticos, ante las que no siempre nos sentimos capaces de responder con claridad.

#### **4.1. Problemática del secreto profesional. Principales estudios.**

Aunque en general el secreto profesional es un deber reconocido en el ámbito de la salud, se disiente en el modo de valorar las condiciones en que el mismo debe ser respetado. Además,

conviene resaltar que cuando hablamos del secreto profesional, por regla general, lo hacemos desde el desconocimiento de la opinión de los pacientes al respecto, ya que en España apenas se han desarrollado estudios con ese objetivo (4).

Julio Vielva en su libro “Ética profesional de la Enfermería” (36) dice: “*El respeto a la intimidad aunque importante, no está libre de verse en conflicto con otros deberes*”. Y argumenta que el deber de guardar el secreto no es absoluto, como no lo es tampoco el valor de la intimidad, sino que puede chocar con otros deberes, por lo que puede resultar muy difícil delimitar unos límites, aunque es posible tratar de identificar las situaciones más conflictivas y frecuentes con el fin de perfilar criterios sólidos a tener en cuenta a la hora de abordarlas.

En la actualidad, los requerimientos de especialización de la atención médica han condicionado un fraccionamiento y compartimentación de la atención sanitaria que obliga a la cooperación y a la institucionalización de buenos canales de comunicación entre distintos profesionales implicados en la atención de un mismo paciente. Este modelo de atención, relativamente nuevo, y desarrollado para la mejora de la práctica médica, es fuente de muchos conflictos relacionados con la intimidad y, en muchos casos, contrario a la orientación de los cuidados de enfermería, enmarcados en una visión más holística e integral de las personas (35).

La responsabilidad profesional con la que es preciso ejercer, en este caso, la Enfermería, obliga a guardar celosamente cualquier información que pueda obtenerse para optimizar los cuidados enfermeros, pero también a compartir esa información con otros profesionales en aras de una mejor atención sanitaria (“*secreto compartido*”).

El concepto de “secreto compartido” entre profesionales debe de sustentarse siempre en el principio bioético de no maleficencia. Y, en base a este principio, los profesionales de enfermería estamos obligados a guardar cualquier información que hayamos podido obtener de nuestros pacientes en el ejercicio de nuestras funciones, y a compartirla únicamente si resulta estrictamente necesario para mejorar la calidad de sus cuidados y de su atención. De ahí que insistamos en la necesidad de ejercer la profesión con el mayor grado de competencia, y de desarrollar las habilidades necesarias para saber discriminar, siempre en beneficio del paciente, usuario o familia, el tipo y la cantidad de información que debemos de compartir; así como de exigir al resto de personas que participen del proceso terapéutico, (profesionales o no), la discreción y el máximo sigilo en el uso y tratamiento de esa información (9).

Por otra parte, la complejidad del ejercicio profesional de la enfermería puede poner a sus profesionales en el dilema de tener que faltar a su deber de confidencialidad para evitar daños colectivos; aunque, en muchas ocasiones, no resulta nada sencillo poner en límite entre el bien privado y el público, y sólo en ocasiones muy concretas se puede invocar el principio bioético de justicia sin temor a equivocarse (9).

Es necesario ser muy cuidadosos a la hora de colocar el bien social por encima del individual, y velar porque el beneficio social a obtener sea un beneficio social cierto, no supuesto, porque el bien social no tiene porque llevar siempre implícito la pérdida de la intimidad personal (4).

En general tenemos claro que no estamos autorizados a facilitar información clínica de nuestros pacientes a terceras personas, pero ¿Cómo debemos de actuar cuando es la familia más directa (padres, hermanos o hijos), o un amigo íntimo, o incluso un profesional de la medicina el que se interesa por la salud del paciente en ausencia de este?... Estamos seguros de que una pregunta aparentemente tan sencilla como estas podría dar lugar a intensos debates, y sin embargo la respuesta no puede ser más simple; jamás podremos facilitar ningún tipo de información si no disponemos de la autorización expresa del paciente, a menos que esta actitud pueda ocasionar daños evidentes a otras personas o a la sociedad.

El uso del teléfono podría ser también un motivo de controversia, porque es todavía muy común entre los profesionales de la salud recabar información de los pacientes por vía telefónica. El criterio general debería de ser no facilitar ningún tipo de información por esta vía; y si, muy puntualmente, se presentara una circunstancia que obligara a hacer una excepción, tendríamos que estar completamente seguros de la identidad de nuestro interlocutor, pero... ¿realmente actuamos de esta manera?...

Y si alguien nos preguntara algo aparentemente tan nimio como si una persona está ingresada, si alguien ha venido a visitarlo, o incluso si es objeto de nuestros cuidados, ¿Cómo deberíamos de actuar?... Pues, tampoco en este caso deberíamos de facilitar tal información sin la autorización del paciente.

Pero las cosas aún pueden complicarse más. La mayoría de los pacientes acuden a los servicios de salud acompañados por otras personas; ¿en alguna ocasión nos hemos parado a pensar si el paciente ha solicitado esa compañía, o si está dispuesto a compartir con ella una información que puede ser vital para su cuidado?... Porque pueden darse situaciones en las que la presencia de otra persona dificulte o impida el adecuado flujo de información entre el paciente y el profesional sanitario, y deberíamos de estar preparados para detectarlas y actuar en consecuencia, invitando al acompañante a abandonar la estancia en donde tuviera lugar la acción de cuidado.

Esta apreciación es perfectamente válida en el caso de la atención fuera dirigida a menores, que, si tienen capacidad de expresarse y comprender la información, legalmente gozan de los mismos derechos que el adulto en lo que a reserva de su intimidad se refiere; lo que no parece corresponderse con la tendencia habitual de reclamar siempre la presencia de los padres o tutores.

Los factores culturales y étnicos también influyen de forma notoria en la confidencialidad. Desde el punto de vista sanitario, las personas procedentes de otros países y culturas tienen los mismos derechos que los nativos de nuestro país. Sin embargo, el mero hecho de necesitar de los servicios de alguien que actúe de interprete significa un sesgo a la intimidad del paciente. En estos casos, siempre se debería de pedir el consentimiento para la presencia del traductor, y se habría de explicar claramente, tanto al paciente como al interprete, (aunque este último fuera un familiar o amigo), cual es su papel, y aclarar la obligación de mantener un estricto secreto sobre toda la información.

Merecería un capítulo a parte el respeto de la confidencialidad en situaciones urgentes, ya que en multitud de centros la solicitud de atención urgente va ligada a la cumplimentación de una serie de documentos, o a la contestación de una serie de preguntas del tipo *¿Cuál es el motivo de su consulta?... ¿Qué le ha pasado?...*, en presencia de multitud de personas que demandan también este tipo de atención (mostradores de recepción, salas de espera...).

En otro orden de cosas, es una realidad incuestionable que los profesionales de la salud, acostumbramos a compartir información o a hacer *"comentarios de pasillo"* relacionados con nuestro ámbito laboral; que intercambiamos historias de nuestros pacientes, familiares y/o amigos, sin tener muy en cuenta el entorno o los interlocutores. Comentarios identificables, ajenos a la práctica sanitaria y a los sanitarios y realizados en lugares abiertos, que constituyen una falta de discreción injustificada, y son una de las fisuras más evidentes del deber de secreto en el ámbito sanitario.

Los hacemos sin ánimo de hacer ningún mal, y, en la mayoría de las ocasiones, sin consecuencias, pero tenemos que ser conscientes de que, al hacerlo, vulneramos el derecho a la intimidad de nuestros pacientes; y es precisamente en la concienciación de los profesionales sobre la relevancia que tiene la vulneración de la intimidad, donde debe de fundamentarse la posibilidad de subsanación este grave error (18).

Es un hecho verdaderamente significativo en nuestras instituciones sanitarias, que refrenda las afirmaciones que acabamos de realizar, la increíble velocidad de propagación de los detalles más mínimos de las dolencias de nuestros compañeros, o de personajes conocidos. Es tan ostensible, que muchos de ellos evitan los canales habituales de atención y buscan otros mucho más restringidos.

Si nadie cuestiona la importancia y la necesidad de respetar la intimidad, ¿por qué se vulnera con tanta facilidad el derecho a la intimidad de nuestros pacientes?

Para muchos el origen de este proceder está en el carácter latino y en las tradiciones culturales de nuestro país, pero seguramente habría que buscarlo en una percepción equivocada del paciente; a que se le considere más como un objeto de cuidado que como ser un ser humano con unas necesidades físicas, psíquicas y sociales (35).

No cabe duda de que la posesión de secretos da un cierto halo de poder; y que la revelación de un secreto nos revaloriza ante los demás, e incluso nos sirve de testimonio de amistad y confianza, porque se comparte algo desconocido (una información de la que los otros carecen). Es muy probable que por ello sea tan frecuente la tendencia a no respetar la intimidad de los demás, (aunque nos mostremos muy dolidos cuando alguien no respeta la nuestra) (4).

Los profesionales de enfermería tenemos que ser muy cuidadosos con la información relacionada con nuestros pacientes que proporcionamos a otros compañeros, y con los comentarios que efectuamos en lugares públicos, ya que tales actuaciones pueden tener consecuencias muy graves.

Los enfermeros hemos de tener siempre presente que la intimidad de nuestros pacientes, incluida la de los compañeros o la de personajes famosos o relevantes, debe ser siempre respetada, y que nunca puede ser un motivo de tertulia (3).

Hemos puesto sobre la mesa algunas percepciones personales que hemos tratado de contrastar con datos de estudios destinados a evaluar la realidad diaria de nuestras instituciones sanitarias en lo que se refiere al respeto a la intimidad y confidencialidad de nuestros pacientes. No ha resultado sencillo, ya que no hemos podido localizar más que unos pocos trabajos centrados específicamente en este tema. No obstante, nos ha parecido muy interesante la tesis doctoral de María Teresa Heitzmann (37), publicada en el año 2003; una aproximación a las actitudes y a las actuaciones de los médicos en relación con el secreto profesional en su práctica clínica diaria.

Para llevar acabo este estudio, se diseñó una encuesta que se componía de dos partes, una primera un cuestionario de preguntas generales relacionadas con el secreto medico, y una segunda que ponía sobre la mesa un total de diez casos clínicos muy comunes en las consultas.

Algunas de las afirmaciones plasmadas en el trabajo, como que los médicos son indiscretos en sus comentarios, tanto por su contenido como por sus destinatarios, y por el lugar que eligen para hablar de los pacientes con otros colegas, que, en situaciones de riesgo para terceros, tienden a no dar información y a buscar otras alternativas, antes de hacer una excepción al secreto, o que, cuando se les solicita información por terceras partes, la tendencia es a darla sin consentimiento del paciente cuando se la dan a otros colegas, desvelan una falta de preparación en ese tema, y una vulneración, quizás inconsciente, del derecho a la intimidad del paciente.

Aunque, en este caso, el estudio se centró específicamente en la valoración de la realidad de la práctica médica, pensamos que algunos de los datos constatados podrían ser aplicables también a la realidad de las actuaciones de los profesionales de enfermería, que, en muchos casos, está muy relacionada con la actividad laboral del médico (18).

Otros estudios relacionados con la confidencialidad y la observación del secreto profesional en el ámbito sanitario, como el de Ramírez Ceballos (38), o los de M. Iraburu (39, 40), revelan como mínimo una actitud descuidada, o una falta de formación e información en este tema.

En el año 2001, Ramírez Ceballos y cols., diseñaron un estudio cualitativo (38), en el que participaron 43 profesionales (11 médicos de familia, 4 pediatras, 15 enfermeros, 1 trabajador social y 12 administrativos-celadores del servicio de admisión) del centro de salud de Benalmádena.

Se planteó la cuestión: *“Situaciones en las que aprecies una falta de confidencialidad e intimidad en el centro de salud”*, y se constituyeron tres grupos con los participantes, que integraban a médicos, profesionales de enfermería, y personal de admisión. Para facilitar la recogida de datos desde el punto de vista de los diferentes estamentos, los grupos se reunieron por separado.

Finalmente, se detectaron 33 situaciones que, de alguna manera, comprometían la confidencialidad e intimidad; y se agruparon en cuatro apartados:

- Verbalización de información ante los usuarios.
- Pérdida de intimidad física.
- Documentos de fácil acceso a terceros.
- Pérdida de intimidad ante otros profesionales.

Y dentro de cada uno de ellos se encuadraron las siguientes situaciones:

- Verbalización de información ante los usuarios:
  - Comentarios telefónicos delante de usuarios.
  - Conversaciones en la cafetería.
  - Charlas en los pasillos.
  - Anamnesis en la sala de extracciones.
  - Comentarios a través de la puerta de las consultas.
  - Anamnesis en sala de observación de urgencias.
  - Preguntas al realizar cualquier gestión en el área de recepción.
- Pérdida de intimidad física:
  - Falta de biombos en el centro.
  - Entrar en la consulta sin llamar.
  - Falta de mantas en la consulta y en urgencias.
  - Puertas abiertas durante exploraciones.
  - Falta de adecuación de la sala de observación.
  - Traslados en el centro a la vista de todos.
  - Tareas compartidas en la misma sala.
- Documentos de fácil acceso a terceros:
  - Documentos de derivación a la vista.
  - Documentos de Incapacidad Laboral Transitoria a la vista.
  - Pantalla de ordenador visible.
  - Informes de alta visibles.
  - Ordenador permanentemente abierto.
  - Exposición de listados de pacientes citados.
- Pérdida de intimidad ante otros profesionales:
  - Pasar a consulta sin llamar.
  - Estar presente durante exploración o anamnesis por parte de otro profesional.
  - Reponer en consulta ante el enfermo.

Posiblemente lo más sorprendente de aquel trabajo fueran algunas de las afirmaciones que, a modo de conclusión, se plasmaban en la última parte del documento:

- En general, todas las soluciones posibles que se nos ocurren son fáciles de llevar a cabo y además son baratas, excepto las que afectan a la arquitectura del centro y aquellas que afectan a otros estamentos y niveles asistenciales.
- Creemos que en un 90 % de los casos, dichas soluciones dependen de los profesionales afectados.
- Tan solo se precisa adquirir sensibilidad para detectar situaciones anómalas y voluntad para corregirlas.

Un año después, en el 2002, Marga Iraburu y cols. llevaron a cabo un estudio en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona (39) con el objetivo de explorar los conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios en relación con la confidencialidad. Para ello elaboraron una encuesta dirigida a médicos y personal de enfermería, que constaba de 11 preguntas cerradas destinadas a explorar tres dimensiones: conocimientos, comportamientos personales en la práctica y opiniones sobre la situación de la confidencialidad en el hospital. La cumplimentaron 227 profesionales, (128 médicos y 99 enfermeras), y se obtuvieron algunos resultados muy significativos:

- El 92,1% de los encuestados sabía definir la intimidad, siendo este porcentaje significativamente mayor en el grupo de médicos (96,9%) que en el de enfermería (85,9%); y el 94,3% del conjunto sabía como podría vulnerarla.
- El 58,1% de los profesionales declaró no conocer ninguna de las leyes que regulan el derecho a la intimidad del paciente.
- En cuanto a las penas derivadas de un mal uso de la información clínica, el 59,5% sabía que podían incluir la privación de libertad (cárcel), mientras que el 26,9% desconocía que conllevara algún castigo.
- En el caso de que un compañero, por interés propio, solicitara información al encuestado relacionada con un conocido, el 65,6% de los profesionales sanitarios manifestó que no se la daría, siendo esta negativa significativamente más frecuente entre el personal de enfermería (87,9%) que entre los médicos (48,4%).
- El 49,7% de los profesionales sanitarios manifestó que, en caso de padecer una enfermedad cuyo diagnóstico no quisieran que fuera divulgado, optaría por ser tratado en otro centro sanitario.
- Mientras que un 92,2% consideraba que el “cotilleo de pasillo” era la vía más frecuente de divulgación de datos sensibles de salud.

Del análisis del volumen total de los resultados, los autores del estudio sacaron una serie de conclusiones:

- A pesar de en las últimas décadas se ha producido un cambio radical en la manera de entender la relación clínica, los ataques más o menos conscientes contra la intimidad de las personas son frecuentes, dentro y fuera del ámbito sanitario.
- En el caso de ser pacientes y desear preservar su intimidad, la mitad de los encuestados, optaran por recurrir a otro hospital; lo que muestra que los profesionales sanitarios son conscientes de que la confidencialidad no es una cuestión bien tratada en su ámbito de trabajo a pesar de los códigos éticos y de las leyes.
- A pesar de que la historia clínica es uno de los documentos personales más sensibles desde el punto de vista de la intimidad, ya que contienen toda la información relativa al

paciente, y de que la mayor parte de los centros sanitarios están implementando programas de historia clínica informatizada como herramienta de trabajo de los profesionales sanitarios, el comentario informal de pasillo es la vía más frecuente de divulgación de información reservada, (muy por encima de la historia clínica o de la libre circulación de resultados de estudios complementarios). Lo que hace suponer que aun extremando las medidas de seguridad de los programas informáticos, el factor más importante para garantizar la confidencialidad es la sensibilización de los profesionales que les llevará a manejar con cautela la información de sus pacientes.

En el año 2005, Marga Iraburu y cols. extendieron su estudio a siete hospitales de toda España (40). Para ello elaboraron y dirigieron una encuesta a los profesionales, (médicos y de enfermería), de esos centros, que fue contestada por un total de 2.460 profesionales, (41,2% médicos y 48,8% enfermeros), obteniéndose resultados muy interesantes y significativos, dado el tamaño de la muestra, que, por lo general, refrendaron los del estudio anterior:

- Ante la situación concreta de querer obtener información, por interés propio, sobre la salud de un amigo ingresado, manifestaban no acceder a esta información el 40,8% de los profesionales de enfermería y el 18,7% de los médicos.
- Ante la situación de que un compañero, también por interés propio, solicitara información al personal sanitario sobre un paciente, el 51,7% de los profesionales de enfermería se la negaría, frente al 24,9% de los médicos.
- Preguntados sobre cómo actuarían si supieran, debido a su trabajo, que un amigo de la familia tenía una enfermedad importante, el 34,5% respondió que seguramente lo contaría al llegar a casa y un 32,0% afirmó que no lo haría nunca.
- Respecto al acceso a la documentación clínica, un 54,9% del personal sanitario reconoció haber consultado historias clínicas por curiosidad (el 33,6%, muy rara vez), y no haberlo hecho nunca el 50,1% de los médicos y el 39,3% de los profesionales de enfermería.
- El 95,8% declaró que, en el caso de ingresar ellos mismos en su centro, la probabilidad de que sus compañeros se enteraran de su diagnóstico sería alta o muy alta.
- El 84,1% opinaba que el comentario de pasillo era la vía de difusión más peligrosa, el 5,9% consideraba que lo era el acceso a la historia clínica y el 3,9%, la libre circulación de resultados de análisis y exploraciones.
- Finalmente, el 48,8% de los encuestados calificaba de regular el tratamiento que los profesionales sanitarios de su hospital dispensaban a la confidencialidad, y el 24,8%, de malo o muy malo.

Del análisis detallado los datos aportados por las encuestas, los autores del estudio extrajeron una serie de conclusiones:

- Que seguía facilitándose información reservada en los pasillos y también en las habitaciones, en presencia de los compañeros de habitación.
- Que el comentario informal de pasillo era la vía más frecuente de divulgación de información reservada, muy por encima de la historia clínica o de la libre circulación de resultados de estudios complementarios.
- Que, en el caso de ingresar ellos mismos como pacientes en su hospital, la práctica totalidad de los encuestados suponía que su diagnóstico se difundiría entre sus compañeros.

- Que, aun extremando las medidas de seguridad de las historias y los programas informáticos, el factor más importante para garantizar la confidencialidad es la sensibilización de los propios profesionales hacia estas cuestiones.
- Que, en muchos casos, el personal sanitario todavía no ocultaba los datos identificativos de sus pacientes en las sesiones clínicas fuera de su servicio.
- Que la mayoría de los encuestados otorgaban una baja calificación al cumplimiento del deber de confidencialidad por parte del personal sanitario.

Aunque, desde nuestro punto de vista, tal vez la mayor contribución de aquella investigación fuera la constatación de que, en confidencialidad, unos conocimientos teóricos adecuados no se traducen necesariamente en unas prácticas correctas; y también la evidencia de la existencia de grandes diferencias entre las actitudes de los médicos y de los profesionales de enfermería en estos temas.

Resulta muy curioso y significativo el hecho de que los atentados contra la confidencialidad en el medio sanitario, que constituyen una realidad constatable en los estudios realizados, no se hayan traducido en un incremento del número de denuncias ante los tribunales; lo que, desde nuestro punto de vista, desvela un desconocimiento, por parte de los pacientes, de las normas que amparan los derechos más elementales de los usuarios del sistema sanitario.

Los usuarios participan del sistema porque padecen una enfermedad, la quieren prevenir, o incluso porque quieren mejorar su nivel de salud. Y, en base a ello, son capaces de introducirse en un sistema complejo, del que consideran depende su salud, sin disponer de una mínima información a cerca de su organización, sus normas o sus procedimientos (35).

La atención sanitaria es un servicio de pública necesidad, al que están obligados a recurrir quienes sufren una enfermedad o trastorno. Lo que le convierte al profesional sanitario en un confidente obligado del paciente, y al secreto en un compromiso tácito que se adquiere en la relación profesional sanitario-paciente (4).

#### **4.2. Factores de riesgo.**

Hemos puesto sobre la mesa una serie de hechos, datos y cuestiones que, al menos, deberían de habernos hecho reflexionar sobre nuestros fundamentos teóricos en lo que a la confidencialidad y el secreto profesional se refiere; cuestionarnos si tenemos mínimamente estructuradas y definidas las estrategias o las formas de proceder ante situaciones que forman parte de la realidad diaria de nuestro quehacer profesional.

Al hacerlo, seríamos plenamente conscientes de nuestro grado de desconocimiento de una materia que la mayoría de los profesionales creen dominar, cuando en realidad no es así (18), y de nuestro déficit formativo. Y de que es la formación en el campo de la Bioética y la puesta en práctica de sus principios básicos lo que nos permite a los profesionales adoptar en cada momento una actitud responsable, respetuosa e individualizada, acorde con las necesidades de las personas (19).

Aún asumiendo nuestro desconocimiento y déficit formativo, no debería de resultarnos muy complicado identificar un buen número de factores, estructurales, sociales u organizativos que, dentro el ámbito sanitario, pueden incidir negativamente en la confidencialidad, y sobre los que habría que actuar de una forma prioritaria.

Que las características estructurales de las instalaciones sanitarias pueden generar condiciones poco favorables para la preservación de la intimidad del paciente es un hecho indudable, que ha quedado constatado en diferentes estudios, como los realizados por Higgs (1992) y Bouchard (1993), que concluían que las instituciones peor valoradas por los pacientes ancianos lo eran

debido a: “la pérdida de la independencia durante su ingreso y la comunicación del diagnóstico de sus enfermedades delante de los compañeros de habitación” (35).

En contra de lo que cabría esperar, todavía es muy común en nuestras instituciones sanitarias la presencia de déficit estructurales que suponen barreras a la confidencialidad, e inciden muy negativamente en la protección de la intimidad de los pacientes (35). Algunos tan evidentes como:

- Los habitáculos compartidos (habitaciones, consultas, etc...).
- Los aseos compartidos.
- La falta de compartimentación de habitáculos o los defectos de insonorización.
- La masificación de las salas de esperas de servicios de urgencias, servicios centrales y consultas.
- La inadecuada localización de teléfonos, en lugares en donde se acumulan muchas personas (salas de citación, salas de espera, controles...); lo que facilitan la difusión de datos de carácter personal.

También existen factores o déficit organizativos que condicionan la confidencialidad. Entre ellos cabría destacar:

- La excesiva rotación del personal.
- La presencia de un número excesivo de personas (médicos, enfermeras, técnicos, auxiliares, estudiantes...) en consultas, entrevistas u otro tipo de intervenciones sanitarias.
- Presencia de número inadecuado de acompañantes, o de acompañantes inadecuados no necesarios.
- La existencia de terminales informáticos con aplicaciones que permiten un acceso indiscriminado a los datos de las historias clínicas, o con sistemas de seguridad inadecuados o insuficientes.
- El formato y tramitación de impresos y volantes de todo tipo, que circulan por las dependencias, (muchas veces en manos de los pacientes o allegados), perfectamente identificados y con datos clínicos explícitos.
- El desarrollo y publicación de trabajos elaborados sin observar las normas necesarias en lo que a protección de datos se refiere (imágenes identificadas o no autorizadas...).

Dentro de este apartado todo lo relacionado con la *historia clínica* merece un capítulo aparte.

La historia convencional, que hemos utilizado muchos años, presentaba una serie de problemas, como la falta de uniformidad, la ilegibilidad de los escritos, el desorden y desorganización de su contenido (órdenes médicas, hojas de evolución, hojas de enfermería, resultados de pruebas diagnósticas y laboratorio, interconsultas, etc.), la pérdida o deterioro de documentos, o la inaccesibilidad. De ahí que una de las grandes aspiraciones de los gestores sanitarios en los últimos años haya sido la instauración de la historia clínica electrónica.

La historia clínica electrónica es una de las apuestas en materia de gestión de los nuevos “hospitales sin papel”, porque es el único dispositivo que facilita una completa sincronización de todas las actividades del hospital (41).

Hoy la historia clínica informatizada o electrónica ya es una realidad; una herramienta de trabajo que contiene todos los datos clínicos y personales de los pacientes en un soporte único, inalterable y fácilmente accesible para un amplio abanico de personas que, en virtud de su actividad profesional, tienen acceso a este tipo de expedientes.

Una herramienta realmente útil que facilita el almacenamiento, tratamiento, circulación y disponibilidad de información; lo que ha supuesto un avance extraordinario en el proceso

asistencial, aunque también ha puesto en compromiso la salvaguarda de la confidencialidad de los datos almacenados en los sistemas y programas informáticos.

Llegado a este punto, cabría hacer mención de un estudio realizado en el año 2004, en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona (42), con el objetivo de conocer y evaluar la opinión y el nivel de satisfacción de los médicos de ese centro respecto a la historia clínica informatizada, e identificar los aspectos mejorables.

El trabajo se basó en la elaboración, distribución y posterior análisis de una encuesta dirigida a los 445 médicos que en aquel momento trabajaban en el hospital.

Respondieron la encuesta 174 médicos (39%), obteniéndose, entre otros, dos datos muy significativos, que refrendan algunas de las afirmaciones realizadas en los párrafos precedentes:

- El 79,3% consideraban que la historia clínica informática era mejor que la historia clínica tradicional.
- El 87,3% opinaba que la historia clínica informática suponía un peligro para preservar la confidencialidad de los datos del paciente.

Como sabemos, el sistema sanitario está obligado a salvaguardar y garantizar la seguridad y confidencialidad de la información, lo que implica que los datos almacenados sean accesibles únicamente a las personas involucradas, directa o indirectamente, en el proceso asistencial. Por lo que los responsables sanitarios deben de regular estrictamente, en los términos fijados por el legislador y respetando los derechos y libertades fundamentales del individuo, todos los aspectos relacionados con la recogida, procesamiento, comunicación y custodia de los datos almacenados en la historia clínica electrónica.

En otro orden de cosas, es necesario mencionar otra serie de condicionantes, ajenos a la estructura y organización del sistema sanitario, que son consecuencia directa de la personalidad, inaptitud, falta de formación, usos o hábitos inadecuados, o de la falta de discreción de los profesionales. Actuaciones con una fuerte connotación personal, que por sí solas constituyen un claro atentado contra la confidencialidad y una flagrante violación del secreto profesional.

Hablamos de actuaciones como la tendencia habitual a realizar comentarios en lugares abiertos, "*comentarios de pasillo*", o de la costumbre de atender llamadas en la consulta, (que además de producir efectos indeseados en la relación entre el profesional y su paciente, posibilita que este tenga acceso a información relativa a otros pacientes), o de la utilización ilegítima de imágenes, radiografías o datos personales de los pacientes en trabajos científicos o de investigación.

### 4.3. Medidas correctoras

Muy probablemente, la mayoría de las faltas al deber de preservar el secreto se producen de una forma inconsciente e irreflexiva, por no ser realmente conscientes de la importancia de la intimidad, o por tomar a la ligera los informes o las revelaciones de nuestros pacientes. De ahí que las Leyes, por sí mismas, no puedan garantizar completamente el respeto a lo íntimo y la confidencialidad, y que sea necesaria una adecuada formación y una convicción ética de todos los componentes del equipo (35).

Los profesionales de enfermería han de aspirar no solo a cumplir los mínimos exigibles, sino a alcanzar los máximos deseables; es decir a lograr la excelencia en la práctica del cuidado.

Cualquier propuesta de mejora relacionada con el deber de secreto en el sector sanitario debe ser planteada desde la perspectiva de la responsabilidad personal y profesional. En consecuencia, los enfermeros no podemos relajarnos, tenemos que estar siempre alerta ante

cualquier posible incumplimiento de nuestro deber profesional, aún inconsciente, porque no podemos permitirnos traicionar la confianza depositada en nosotros por nuestros pacientes sin socavar los cimientos de una relación que constituye la base de nuestro quehacer profesional. Los enfermeros debemos de convertir la confidencialidad en un hábito.

Y de nuevo nos remitimos a las afirmaciones de Mónica Albiñana Riqué y cols. (15) para quienes la norma general a la hora de plantear cualquier medida relacionada con el derecho a la confidencialidad de nuestros pacientes sería:

*“La norma de la justicia In dubito, pro reo (en la duda, a favor del acusado) que, aplicado a la confidencialidad, sería: **Si dudas, calla. Si no dudas, piensa si debes dudar**”.*

En un momento como el actual, en que se cuestiona como deben ser, física y organizativamente, las instalaciones sanitarias, se discute la manera en que pueden prestar unos servicios más eficaces y eficientes, con una atención humana y personal más completa, y se debaten medidas para la optimización de los recursos disponibles, las aportaciones de los profesionales de enfermería siguen siendo fundamentales, ya que no existe una única manera de organizar y optimizar los servicios sanitarios (35).

Todavía son habituales en el ámbito sanitario déficit, estructurales y organizativos, que es preciso corregir, pero será costoso y llevará bastante tiempo el conseguirlo. Mientras tanto, hemos de pensar en posibles soluciones, en muchos casos muy simples, poco costosas y fáciles de llevar a cabo, que dependen tan solo de la actitud de los profesionales; de su sensibilidad para detectar deficiencias y de su voluntad de corregirlas (38). En una serie de actuaciones operativas que pueden contribuir a la mejora del nivel de intimidad en las instituciones sanitarias. Pasamos a poner algún ejemplo.

Aún circulan por los centros sanitarios buen número de impresos, (volantes de solicitud, etc.), que no reúnen unas mínimas condiciones para garantizar la confidencialidad. Lo ideal sería sustituirlos, elaborar otros más adaptados a la realidad y a la normativa vigente en el sector sanitario, y poner en marcha nuevas formas de distribución, supervisión y circulación de los mismos, pero ello llevaría algún tiempo, y no conviene esperar, por lo que, mientras se acometen esas reformas, hemos de pensar soluciones simples e imaginativas: como doblarlos y graparlos de manera que sean visibles únicamente los datos básicos de identificación del paciente y los del destinatario del documento, y evitar en lo posible su exposición y circulación indiscriminada.

En muchas ocasiones no caemos en la cuenta del excesivo número de personas que a lo largo del día, (sobre todo en el ámbito hospitalario), acceden a las habitaciones del paciente coartando su intimidad, lo que se hace más evidente en los momentos en que se llevan a cabo las consultas u otras actuaciones de cuidado (administración de tratamientos, curas, entrevistas, etc...); médicos, estudiantes de medicina, enfermeros, estudiantes de enfermería, técnicos, auxiliares de enfermería, administrativos, empleados de mantenimiento o de la limpieza...

No tenemos ningún derecho a hacer de las consultas de nuestros pacientes un espectáculo, porque, como es sabido, la intimidad es uno de sus derechos fundamentales. Pero, ¿es posible respetar este derecho sin comprometer el progreso de las ciencias de la salud (formación de estudiantes, trabajos de investigación), o incluso el propio proceso diagnóstico, terapéutico y de cuidados? Indudablemente sí, pero deberíamos de explicarles a nuestros pacientes la razón de la presencia de diferentes profesionales, e interesarnos en conocer si ello constituye un inconveniente para ellos. Además, deberíamos de limitar el acceso de personas a las habitaciones al mínimo imprescindible, y, desde luego, después de la oportuna llamada a la puerta; siempre dejándoles muy claro a todos ellos, y al propio paciente, que están obligados a guardar el secreto profesional (4).

Como hemos visto, la historia clínica informatizada, que se ha consagrado ya como un elemento indispensable en la actividad de los profesionales de enfermería, supone un riesgo para la preservación de la confidencialidad. Pero no hay un modelo unificado. Son los gestores los responsables de elegir aquel que se adapte mejor a las necesidades de su institución, y de garantizar la seguridad y confidencialidad de la información almacenada, en los términos fijados por el legislador. Y, por lo tanto, a ellos les corresponde la responsabilidad de asegurar que los datos almacenados sean accesibles únicamente a las personas involucradas, directa o indirectamente, en el proceso asistencial.

Pero ningún sistema de seguridad informático (claves, encriptamientos, niveles de acceso, etc.), puede proteger completamente los datos de los pacientes de las personas que, teniendo acceso a ellos, los utilice para una finalidad distinta a la esperada. De ahí que el mayor peligro de acceso ilegítimo a los datos almacenados en las historias clínicas electrónicas, y de divulgación no autorizada de los mismos, lo plantee la falta de integridad de algunos de los profesionales del propio sistema sanitario (16).

Los profesionales de enfermería tenemos que ser conscientes de la responsabilidad implícita al hecho de disponer de un nombre de usuario y una contraseña de acceso a documentación reservada, y debemos de ser extremadamente cautos, ya que, si alguien las utilizara ilícitamente en nuestro nombre, podríamos sufrir las consecuencias y sanciones secundarias a una mala praxis profesional. Por lo tanto, nunca deberíamos de ceder nuestras claves (o dejarlas anotadas en sitios expuestos), dejar programas de ordenadores abiertos, o revisar los datos de las historias de nuestros pacientes en presencia de personas ajenas a su proceso asistencial; y mucho menos, consultar historias clínicas por curiosidad, una tendencia bastante habitual si atendemos los datos aportados por el estudio de Marga Iraburu y cols. (40), en el que un 54,9% del personal sanitario reconoció haber consultado historias clínicas por curiosidad.

Llegado este punto, nos parece oportuno hacer un comentario relacionado con la investigación y la publicación de trabajos, ya que la producción científica de los profesionales de enfermería es cada día más frecuente e importante, porque, a menudo, se ven publicaciones con fotografías, radiografías, u otros datos que permiten reconocer al paciente motivo de estudio.

Hay que tener un especial cuidado en no dañar los derechos de los pacientes, evitando la utilización de imágenes, o de cualquier otro dato que posibilite, su identificación, en especial si los trabajos van a ser publicados, presentados en congresos o difundidos por cualquier otro medio (9).

En la recogida de datos, y en el uso que pueda hacer de aquellos obtenidos por otros profesionales, los profesionales de enfermería tienen que respetar en todo momento la dignidad de las personas, preservando su derecho a la intimidad (1).

Únicamente pueden tener acceso a los datos personales de un paciente los profesionales que estén directamente implicados en su atención.

Los profesionales de enfermería podríamos poner en marcha, sin mucho esfuerzo, una serie de medidas muy sencillas, que tendrían una gran incidencia sobre la confidencialidad. A modo de ejemplo, enumeramos las siguientes (39):

- Preguntarle al paciente si quiere ser informado, y si desea que la información sea facilitada también a otros miembros de su entorno familiar o personal.
- No facilitar ninguna información (verbal o escrita) a nadie sin el consentimiento explícito del paciente.
- Evitar la realización de comentarios relativos al paciente en lugares inadecuados o con interlocutores no autorizados.

- Evitar la transmisión de información por vía telefónica.
- Realizar los cambios de turno en entornos cerrados y en voz baja.
- Extremar el cuidado en la utilización de la historia clínica electrónica (no ceder claves, no dejar programas abiertos...).
- No dejar información al alcance de personas ajenas al cuidado del paciente.
- Llamar a las puertas antes de acceder a las habitaciones.
- Tratar al paciente con consideración y respeto, protegiendo su intimidad física y solicitando su autorización explícita para todas aquellas actuaciones ajenas al proceso de cuidado (formación práctica de estudiantes, realización de estudios o trabajos científicos...).

#### CONSEJOS PRÁCTICOS (15).

##### 1º.- *Evitar:*

- Los **"COMENTARIOS DE PASILLO"** con otros profesionales.
- La **INTERRUCCIÓN** de cualquier entrevista, consulta o intervención si no es absolutamente necesario.
- La **PRESENCIA** de **MUCHOS PROFESIONALES** en las habitaciones (Limitarlo al mínimo imprescindible).
- En lo posible, la realización o atención de **LLAMADAS TELEFONICAS** en lugares abiertos o en presencia de otras personas.
- La **COMUNICACIÓN DE DATOS POR VIA TELEFONICA**, a menos que el interlocutor este perfectamente reconocido e identificado.
- El **ACCESO INDISCRIMINADO** e ilegítimo a los datos de la historia clínica.
- La **EXPOSICIÓN** de cualquier documento que contenga información sobre los pacientes, (a la vista de personas ajenas al proceso de cuidado).
- La **ENTREGA** de documentos con datos del paciente a personas ajenas al equipo sanitario, (familiares, o miembros de su entorno).
- La **UTILIZACION DE IMÁGENES O DOCUMENTOS** con datos de los pacientes en sesiones, trabajos de investigación, exposiciones o publicaciones clínicas.
- La realización de los **CAMBIOS DE TURNOS EN ENTORNOS ABIERTOS** (expuestos) y con un volumen de voz elevado.

##### 2º.- *Mantener:*

- **CERRADAS LAS PUERTAS** de consultas, despachos, habitaciones y salas de curas y exploración. Y **LLAMAR A LAS PUERTAS** antes de adentrarse en estos espacios.
- La **MÁXIMA DISCRECCIÓN EN LA TRANSMISIÓN DE INFORMACIÓN** a otros profesionales de la salud.
- El **CONTROL** del **FLUJO DE VISITAS** (número y horario de las mismas).

##### 3º.- *Utilizar* elementos físicos de separación (biombos, cortinas, etc...)

##### 4º.- *Garantizar la* **SEGURIDAD** y **CONFIDENCIALIDAD** de datos en el **TRATAMIENTO INFORMÁTICO** y en el traspaso de datos al ordenador.

E incluso podríamos activar una serie de medidas que podrían paliar algunos déficits estructurales; como la utilización de elementos físicos de separación, (biombos o cortinas), o el control del flujo de visitas.

Otras mejoras implicarían una cierta reforma de la gestión o de los procesos, por lo que, en un principio, excederían nuestras atribuciones. Hablamos de actuaciones relativamente simples, y no muy costosas, como:

- La coordinación de las diferentes zonas, servicios o secciones de las instituciones sanitarias.
- La protocolización de procedimientos, y definición de responsabilidades.
- La custodia esmerada de los accesos a los datos del paciente, impidiendo el acceso indiscriminado o ilegítimo a los datos de las historias clínicas.
- La protocolización de procedimientos para el acceso, manejo y transmisión de información.
- La protocolización de técnicas para el manejo de información por vía telefónica.
- La adopción de políticas de gestión de personal que evitaren una excesiva rotación de profesionales por diferentes áreas, que obstaculiza la intimidad y disminuye el nivel de confianza del paciente con el profesional de la salud.

Hoy están muy presentes en el sector de la salud una serie de condicionantes ético-legales, relacionados con el derecho a la confidencialidad y a la información de los pacientes, y debemos de reflexionar sobre su importancia, y sobre la manera de contribuir eficazmente al respeto esos derechos, para que la práctica de la enfermería esté en consonancia con la ética y la legalidad vigente (7).

El que cuida está obligado a entender que existirán parcelas íntimas de la persona, en donde no se debe de internar más allá de lo imprescindible para llevar a cabo eficazmente el proceso del cuidado. Parcelas que el paciente confiará o no a su cuidador en base a la confianza que pueda depositar en este, y en las que nunca se debe de entrar sin consentimiento.

- |  |
|--|
| <p>El cuidado requiere (35):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Una estructura adecuada.</li><li>- Una buena organización.</li><li>- Una política de calidad de servicios sanitarios.</li><li>- Responsabilidad e implicación de los profesionales.</li></ul> |
|--|

Actualmente las instituciones sanitarias viven en un contexto de enormes cambios, que exige a los profesionales de enfermería un esfuerzo muy importante de adaptación; un conocimiento y una adaptación al mundo de la bioética y del derecho, que nos permita adquirir un complejo conjunto de habilidades que nos ayuden a solventar, de una forma segura y fundamentada, los conflictos jurídicos y bioéticos que surgen en nuestra *praxis* profesional (9).

Sería muy importante partir de una ponderación de la situación real en la que nos encontramos los profesionales de enfermería. Para ello, y en relación con el tema que nos ocupa, sería necesario promover estudios de campo que permitieran determinar el grado de cumplimiento del deber de secreto de los enfermeros españoles, y la repercusión de sus actitudes y actuaciones sobre la confidencialidad de los datos de los pacientes en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria.

A modo de ejemplo, podríamos citar, a pesar del tamaño reducido de la muestra, el estudio realizado el año 2003 por L. Arantón Areosa y cols. en el Complejo Hospitalario "*Arquitecto Marcide*" del Ferrol (La Coruña) (43).

El objetivo de aquel trabajo fue conocer las actitudes adoptadas por el personal de enfermería de Cuidados críticos, ante situaciones clínicas que pudieran suponer un problema para la confidencialidad. Y, para conseguirlo, elaboraron una encuesta con 10 supuestos prácticos, donde se planteaban problemas de confidencialidad, enfocados a determinar en que casos los

profesionales de enfermería serían partidarios de revelar información confidencial y en cuales prevalecería el deber de secreto profesional.

Participaron en el estudio 19 enfermeras y 16 auxiliares de las unidades de Cuidados Intensivos del complejo hospitalario. Obteniéndose, entre otros, los siguientes datos:

- El 12,6% de los profesionales revelaría información en contra del consentimiento del interesado.
- El 100% de consideraban difícil o muy difícil mantener la confidencialidad en determinados casos, como el de un paciente VIH+ que lo quiere ocultar a su pareja.
- La media de dificultad en la toma de decisiones, se mantuvo en el 31,3%.

A tenor de los datos obtenidos, los autores del estudio concluyeron que la protección de la confidencialidad era un deber conocido y respetado por los profesionales de la salud, pero que no siempre se tenía clara la forma de proceder ante situaciones que suponían un conflicto de confidencialidad ("conflicto de intereses").

Así mismo, sería fundamental abrirnos a la reflexión personal y de grupo, promoviendo encuentros, sesiones y jornadas de debate, en las que se pudieran poner sobre la mesa y analizar situaciones de riesgo relacionadas con la confidencialidad y el secreto profesional, con el objetivo de consensuar y normalizar hábitos de actuación correctos y adaptados a la realidad de nuestra *praxis* profesional.

- ¿Cómo unificar procedimientos para el acceso, manejo y transmisión de información?
- ¿Qué información debemos compartir?, y como hacerlo.
- ¿Cómo se deben de atender las llamadas telefónicas?
- ¿Cuál puede ser el mejor enfoque para la información y formación de nuestros pacientes?
- ¿Como planificar y llevar a cabo las sesiones, estudios, trabajos, publicaciones o exposiciones científicas?

**Reflexionar:** Capacidad del ser humano, proporcionada por su racionalidad, que le permite pensar detenidamente en algo con la finalidad de sacar conclusiones.

Reflexionar y debatir sobre casos hipotéticos o reales, siguiendo la estela de algunos profesionales, como Javier Júdez y cols. (44), Lourdes Casillas (45), Manuel A. Fuentes (31) o Marta Durán (46), que se atrevieron a publicar las conclusiones de sus análisis. O siguiendo las recomendaciones de publicaciones como *Responsabilidad Legal y Deontológico de los Profesionales de la Enfermería* (9), o *Confidencialidad: el derecho a la intimidad* (15), o en base a las observaciones y recomendaciones de otros profesionales de la salud, hechas públicas a través de documentos como las *Guías de Ética en la Práctica Médica* (2).

En el año 2002, un grupo de profesionales de la salud, encabezado por Javier Júdez, publicó una serie de reflexiones (44) en torno a cinco casos clínicos, extraídos de experiencias reales de la práctica clínica. Casos en los que subyacían problemas de:

- Intimidad, privacidad, confianza, fidelidad y lealtad en la relación clínica y en la atención sanitaria.
- Obligaciones de confidencialidad, secreto, sigilo o reserva para los profesionales sanitarios.
- Límites a la obligación de confidencialidad. Revelación permisible y revelación exigida.
- Información a terceros.
- Confidencialidad y trabajo en equipo.

- Elaboración, registro y almacenamiento de datos.
- Informatización y acceso a la historia clínica.

Tres años después, en el 2005, M<sup>a</sup>. Lourdes Casillas Santana y cols. (45), conscientes de la dificultad de delimitar la frontera de lo privado y lo público, en especial cuando se trata de revelar información relacionada con determinadas enfermedades, como el SIDA, que pueden comprometer la salud de terceros, centraron su reflexión en un caso práctico real de un paciente casado que, tras una relación fuera de su matrimonio, se practicó la prueba del VIH y resultó ser positiva, pese a lo cual, manifestaba el deseo de no comunicar el diagnóstico a su esposa, lo que suponía un grave riesgo para la salud de esta.

Por su parte, en el 2011, Manuel A. Fuentes Pérez (31), a través del análisis de un hipotético caso de utilización de la informática en su centro de trabajo, llevó a cabo un trabajo de reflexión en torno a:

- La información sensible que manejamos y/o a la que tenemos acceso.
- Una herramienta informática concreta, de localización de información, con que contaba su centro de trabajo, (el programa de Alta Hospitalaria –IRIS-, de la Consellería de Sanitat Valenciana).
- La responsabilidad ética y la obligación legal de todos los trabajadores sanitarios, de guardar en secreto todos los datos de los pacientes conocidos en el ejercicio de nuestra profesión, (secreto profesional).

Marta Durán, en un estudio publicado en 1999 (46), esbozó otra línea de trabajo, planteando dos hipótesis de trabajo como base de reflexión:

- “Los aspectos ocultos de la intimidad del cuidado enfermero están relegados a favor del rol predominante de los cuidados técnicos y cuantificables, a favor de los intereses visibles y externos”.
- “El sistema sanitario en su estructura actual, cumple un efecto perverso, ejerciendo de instrumento desposeedor de la intimidad de las personas”.

Y mediante un análisis fundamentado de esas cuestiones, dedujo que:

- El cuidado enfermero contempla dos orientaciones diferenciadas y complementarias a la vez: la calidad científico-técnica y el componente humano, (aspecto este último que se identifica con la intimidad del cuidado).
- En la atención enfermera es necesario definir, como estrategia incorporada a la acción profesional, las actitudes y habilidades que motiven el cuidado de la intimidad.

Finalmente, concluyó su trabajo proponiendo que *la gestión de cuidados enfermeros en las unidades hospitalarias y en la atención primaria contemple una organización que garantice el cuidado de la intimidad de las personas que requieren cuidados profesionales.*

La formación es un aspecto clave, que dadas las carencias observadas en lo referente a la confidencialidad y el secreto profesional, habría que potenciar con programas:

**Pregrado.** Introduciendo de forma transversal en los contenidos académicos de los estudios de graduado en enfermería, además de los contenidos de ética ya presentes en los planes, conceptos relacionados con la intimidad y el secreto profesional, como componente básico en la formación de los nuevos profesionales.

**Postgrado.** Facilitando la formación continuada de los profesionales en ejercicio, adaptados a la realidad de su quehacer profesional, dentro de un plan institucional de promoción de la confidencialidad.

**De integración** de nuevos profesionales en los centros. Que deberían estar promovidos por las instituciones, y deberían incluir conceptos relacionados con su organización, protocolos y actividades, junto a conocimientos básicos relacionados con la confidencialidad y el secreto profesional y su aplicación en el centro.

Que nos permitirían responder con mayor fundamento y eficacia a situaciones que se nos plantean en nuestra práctica profesional.

Tomar decisiones sin atender a los fundamentos lleva a la arbitrariedad. Por muy bueno que sea el procedimiento, es necesario saber por qué se decide algo, qué lo justifica (19).

De cualquier manera, el trabajo desarrollado por los profesionales de enfermería es tan complejo que, incluso con una sólida formación en temas tan sensibles socialmente como el de la confidencialidad, pueden presentarse situaciones muy difíciles de resolver. De ahí que en los últimos años hayan cobrado mucha importancia los Comités de Ética, que abordan cada una de estas situaciones concretas y las valoran desde todos los puntos de vista posibles, para dar la respuesta más adecuada en cada caso y para garantizar la salvaguarda de la salud de la población, sin menoscabo de los derechos fundamentales del individuo (34).

Lamentablemente, los Comités Éticos, aunque están reconocidos legalmente, tienen todavía muy poca repercusión práctica en el funcionamiento de las instituciones sanitarias, aunque desarrollan actividades formativas, que pueden resultar muy interesantes de cara al abordaje de temas de bioética, ayudar a los profesionales de la salud a solventar problemas y a tomar decisiones relacionadas con el secreto profesional en su actividad diaria, o impulsar la elaboración de nuevos protocolos con el mismo objetivo.

La organización sanitaria debería de fomentar el desarrollo de este tipo de comités, que pueden contribuir a la mejora de la asistencia, favoreciendo la preservación de la intimidad y la aplicación práctica del concepto de secreto profesional.

Somos conscientes de la dificultad para establecer unos cauces reales de participación de los profesionales en los Comités Éticos, de ahí que propongamos la promoción, dentro de los centros sanitarios, de comisiones más pequeñas, integradas por profesionales con labores asistenciales, que impulsaran una verdadera participación e identificación con las actuaciones de la organización sanitaria y de los comités éticos.

Los Colegios profesionales, también deberían de promover equipos de trabajo para la elaboración de protocolos éticos de actuación en este campo, y fomentar la discusión sobre las cuestiones relacionadas con el secreto profesional, mediante la organización de cursos, seminarios, reuniones y todo tipo de actividades formativas y de intercambio/discusión de ideas entre los profesionales.

## 5. CONCLUSIONES

El secreto profesional está fundamentado en la ética y constituye un deber recogido en los Códigos Deontológicos, y en la legislación vigente, que tipifica su incumplimiento como un delito muy seriamente castigado.

Frente al deber del secreto, el profesional debe de adoptar una actitud responsable y acorde con los mínimos exigibles tanto legislativa como deontológicamente.

La confidencialidad de los datos personales es un derecho del usuario reconocido por los profesionales de la salud, y es un factor determinante en su relación con el paciente, que favorece la confianza e implicación de los pacientes en sus cuidados.

La protección de datos de carácter personal constituye uno de los temas más relevantes y esenciales de estudio para cualquier profesional de la salud.

En su actividad diaria los profesionales de enfermería se enfrentan con situaciones conflictivas relacionadas con la confidencialidad, ante las que, en muchas ocasiones, no tienen criterios claros de actuación.

Para dispensar unos cuidados de calidad, los profesionales de enfermería han de tener tan presentes los derechos de los pacientes a su intimidad y a la confidencialidad, como sus obligaciones y responsabilidades éticas y legales.

La informatización de la actividad de los centros sanitarios ha significado un indudable avance en el acceso, tratamiento y transporte de la información, pero, al mismo tiempo, ha supuesto un riesgo para el mantenimiento de la confidencialidad.

Las instituciones sanitarias viven en un contexto de enormes cambios, que obligan a los profesionales de enfermería a adquirir nuevas habilidades que les permitan solventar con seguridad los conflictos jurídicos y bioéticos que se dan en su *praxis* profesional.

En los últimos años se está produciendo una mejora en cuanto al tratamiento y difusión de datos sanitarios, pero la falta de discreción todavía sigue siendo muy común entre los profesionales de la salud.

Es preciso reflexionar sobre la importancia de la intimidad y la confidencialidad; y sobre la manera de contribuir eficazmente al respeto esos derechos, para que la práctica de la enfermería esté en consonancia con la ética y la legalidad vigente.

La formación es un aspecto clave en el respeto de la intimidad, la confidencialidad y secreto profesional, por lo que habría que potenciar la escasa formación que sobre estos temas poseen los profesionales de enfermería, promover sesiones de debate, en las que se pudieran consensuar normas y hábitos de actuación adaptados a la realidad de su *praxis* profesional.

Sería muy importante que los profesionales de enfermería promovieran nuevos estudios que permitieran determinar el grado de cumplimiento del deber de secreto de los profesionales sanitarios, y la repercusión de sus actitudes y actuaciones sobre la confidencialidad de los datos de los pacientes en la asistencia sanitaria, tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-** Fernández Lamelas M.A, Alvarez Rodríguez T, Ramiro Fernández J.M, Martínez de Santiago S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. Cuadernos de bioética. 2008; 19 (65): 59-66.  
Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=87506504>  
(Fecha de acceso 1/02/2013)
- 2.-** Beltral J. M<sup>a</sup>., Collazo E., Gervás J., González-Salinas P., Gracia D., Júdez J., Rodríguez-Sendín J.J., Rubí J., Sánchez M. Intimidad, confidencialidad y secreto. Guías de Ética en la Práctica Médica. Fundación de Ciencias de la Salud. Organización Médica Colegial (OMC). Madrid 2005. ISBN: 84-8473-402-1  
Disponible en: [https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia\\_confidencialidad.pdf](https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_confidencialidad.pdf)  
(Fecha de acceso 30/01/2013)
- 3.-** Cardona Gascó M.V. Confidencialidad y Consentimiento Informado: Una Reflexión necesaria. Rev ROL Enferm. 1998; 234: 21-30.
- 4.-** Castilla A. El secreto médico. Cuadernos de Bioética, 1996;2: 202-9
- 5.-** Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, vigésimo segunda edición. Real Academia Española de la Lengua. Versión electrónica.  
Disponible en: <http://lema.rae.es/dpd/> (Fecha de acceso 21/01/2013)
- 6.-** Enciclopèdia Larousse. Barcelona: Larousse-Bordas; 1998. 16 tomos. 5700pp.
- 7.-** Molina Mula J. El derecho a la confidencialidad y los cuidados de Enfermería. Metas de Enferm. Sep 2007; 10(7): 50-54  
Disponible en url: <http://www.enfermeria21.com> (Fecha de acceso 1/02/2013)
- 8.-** Noval Cinza J., Cobas Couto E., Romero Martín M., Bernabeu Piñeiro F., Varela Feal N.E., Castro Pastor A. El Secreto Profesional en Enfermería. Aspectos Éticos y Jurídicos. Enf Científ. 1997; 180-181: 75- 77.  
Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl299/tl299.PDF>  
(Fecha de acceso 30/01/2013)
- 9.-** Arroyo Gordo, M<sup>a</sup> P.; Pulido Mendoza, R.; Antequera Vinagre, J. M. Responsabilidad legal y deontológica de los profesionales de enfermería. Difusión Avances de Enfermería (DAE). Madrid 2005. ISBN: 84-95626-46-2 (Fecha de acceso 30/01/2013)  
Disponible en:  
<http://usuarios.tinet.org/atpcupt/Responsabilidad%20legal%20y%20deontologica%20de%20los%20profesionales%20en%20la%20enfermeria.pdf>
- 10.-** Juramento de Hipócrates.  
Disponible en:  
[http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/juramento\\_hipocratico.pdf](http://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/juramento_hipocratico.pdf)  
(Fecha de acceso 21/01/2013)
- 11.-** Lystra E. Gretter/Comisión especial del Colegio Farrand del Hospital Harper de Detroit. Juramento de Florence Nightingale. American Journal of Nursing. EEUU. Julio 11; 11 (10): 777.  
Disponible en: <http://www.unav.es/cdb/juramento3.html> (Fecha de acceso 21/01/2013)
- 12.-** Código deontológico para la profesión de enfermería. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). Ginebra. 2006.  
Disponible en: <http://www.icn.ch> (Fecha de acceso 21/01/2013)

- 13.-** Resolución 32/1989 del Consejo General de Enfermería de España, de 14 de julio de 1989. Código Deontológico de la Enfermería Española.  
Disponible en: [www.ocenf.org/](http://www.ocenf.org/) (Fecha de acceso 21/01/2013)
- 14.-** Código de Enfermeras de la American Nurse Association, (Code of Ethics for Nurses with Interpretive Statements). American Nurses Foundation/American Nurses Association. American Nurses Publishing, 2001.
- 15.-** Grupo de ética de la CAMFIC (Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria). Confidencialidad: el derecho a la intimidad. Reflexiones de la práctica cotidiana. Suplementos del Boletín de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, È-Reflexions-3. 11/09/2003: 21 págs.  
Disponible en:  
[http://www.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/confidencialitat\\_cast.pdf](http://www.camfic.cat/CAMFIC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etica/confidencialitat_cast.pdf)  
(Fecha de acceso 31/02/2013)
- 16.-** Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza. Curso *On line* de Ética Clínica en Atención Primaria. Confidencialidad y secreto profesional. M<sup>a</sup> Teresa Delgado Marroquín. 2005: 29 pag.  
Disponible en:  
<http://www.institutodebioetica.org/cursoetica/modulo4/Unidad%204%20Confidencialidad%20y%20Secreto%20Profesional.pdf>  
(Fecha de acceso 25/01/2013)
- 17.-** Oltra E, Riestra R. La democratización de las relaciones enfermera/ciudadano: el consentimiento informado. *Metas de Enferm.* 2005; 8(6): 67-71.
- 18.-** Calvo Sanchez, M<sup>a</sup> Dolores. Protección de datos de carácter personal. El secreto profesional en el ámbito de la enfermería. En: *Enfermería del Trabajo. Bloque I: Enfermería Legal en el Trabajo.* Publicación Cuidados Avanzados.  
Disponible en:  
[http://www.enfermeria21.com/component/encuentra/index.php?q=trabajador%20social&option=com\\_encuentra&task=showResult&q2=&search\\_type=1&limitstart=50&pagina=5](http://www.enfermeria21.com/component/encuentra/index.php?q=trabajador%20social&option=com_encuentra&task=showResult&q2=&search_type=1&limitstart=50&pagina=5)  
(Fecha de acceso 30/01/2013)
- 19.-** Martínez Ortega R.M., Oter Quintana C., Rubiales Predes M.D., Salguero Molpeceres O. El secreto profesional en Enfermería: un caso práctico. *Metas de Enferm.* nov 2005; 8(9): 49-53.  
Disponible en url: <http://www.enfermeria21.com> (Fecha de acceso 31/02/2013)
- 20.-** Ávila Olivares JA, Bellver Capella V, Gordo Casañ E, Castelló López M.I. La ética como misión de la Organización Colegial de Enfermería: evolución histórica en España. *Metas de Enferm.* dic 2011/ene 2012; 14(10): 58-64
- 21.-** Declaración Universal de los Derechos Humanos. Naciones Unidas.  
Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>  
(Fecha de acceso 23/01/2013).
- 22.-** Resolución 509 de la Asamblea del Consejo de Europa de 1968 sobre los Derechos Humanos y los Logros Científicos y Técnicos. *Journal officiel du C.E.*, n<sup>o</sup> L065 du 14/03/1968 : p. 008-0012 (Document 368LO151) Edition spéciale espagnole. Chapitre 17, tome 1, p.3
- 23.-** Convenio 108, de 28 de Enero de 1981, para la Protección de las Personas con Respecto al Tratamiento Automatizado de Datos de Carácter Personal. Consejo de Europa.  
Disponible en:  
[http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/union\\_europea/conv\\_enios/common/pdfs/convenio\\_108\\_consejo\\_europa.pdf](http://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/union_europea/conv_enios/common/pdfs/convenio_108_consejo_europa.pdf) (Fecha de acceso 23/01/2013)

- 24.-** Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa, 28 de junio de 1994 (EUR/ICP/HLE 121). Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Europa. Traducción realizada por la Asociación Española Contra el Cáncer, en 2004, disponible en: [http://www.ffis.es/ups/documentacion\\_ley\\_3\\_2009/Declaracion\\_promocion\\_derechos\\_pacientes\\_en\\_Europa.pdf](http://www.ffis.es/ups/documentacion_ley_3_2009/Declaracion_promocion_derechos_pacientes_en_Europa.pdf) (Fecha de acceso 23/01/2013)
- 25.-** Recomendación Europea núm. R (97)5, de 13 de febrero del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Protección de Datos Médicos. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2290/45.pdf> (Fecha de acceso 25/01/2013)
- 26.-** Constitución Española de 1978. B.O.E., núm. 311 de 29 de diciembre de 1978, páginas 29313 a 29424 (112 págs.). Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Cortes Generales. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf> (Fecha de acceso 21/01/2013)
- 27.-** Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. B.O.E. nº 102, de 29 de abril de 1986. Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Jefatura del Estado. Páginas 15207 a 15224 (18 págs.) Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1986-10499> (Fecha de acceso 23/01/2013)
- 28.-** Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. Localización: B.O.E., núm. 115 de 14 de mayo de 1982, Sección I. Disposiciones generales, Departamento Jefatura del Estado: páginas 12546 a 12548 (3 págs.) Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-11196> (Fecha de acceso 28/01/2013)
- 29.-** Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. B.O.E. nº 298, de martes 14 de diciembre de 1999, Sección I. Disposiciones generales, Departamento Jefatura del Estado: páginas 43088 a 43099 (12 págs.) Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf> (Fecha de acceso 28/01/2013)
- 30.-** 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. B.O.E. nº 274, de 15 de noviembre de 2002, Sección I. Disposiciones generales, Departamento Jefatura del Estado: páginas 40126 a 40132 (7 págs.) Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188) (Fecha de acceso 28/01/2013)
- 31.-** Fuentes Pérez M.A. Reflexiones sobre el secreto profesional en el contexto del programa informático Alta Hospitalaria (IRIS) de la Conselleria de Sanitat: a propósito de un caso hipotético. 12 pags. Disponible en: <http://donacion.organos.ua.es/unidad/secreto%20profesional.pdf> (Fecha de acceso 4/02/2013)
- 32.-** Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. B.O.E., núm. 17 de 19 de enero de 2008, Sección I. Disposiciones generales, Departamento Ministerio de Justicia: páginas 4103 a 4136 (34 págs.) Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2008/01/19/pdfs/A04103-04136.pdf> (Fecha de acceso 29/01/2013)

**33.-** Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. B.O.E. nº 281, de 24 de noviembre de 1995, Sección I. Disposiciones generales, Departamento Jefatura del Estado: páginas 33987 a 34058 (72 págs.)

Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-25444>

(Fecha de acceso 29/01/2013)

**34.-** Casillas Santana M<sup>a</sup>.L., Pagola de Frutos M., Rodríguez Llanos R. A propósito de un caso: el derecho a la confidencialidad. *Metas de enferm.* 2005; 8, (7): 65-69.

**35.-** Buisán Pelay R., Delgado Antolín J.C., Ferrer Arnedo C., Sarabia Clemente C. y cols. La intimidad del cuidado y el cuidado de lo íntimo. 2º Encuentro de Enfermería de la asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ABFyC). REFLEXIONES ETICAS DESDE ENFERMERÍA – 2005. Pags. 18-38.

Disponible en:

<http://www.asociacionbioetica.com/documentos/Encuentro%20enfermeria.pdf>

(Fecha de acceso 30/01/2013)

**36.-** Vielva Asejo J. Ética profesional de la Enfermería. Madrid: Ed. Descleé De Brouwer S.A.; 2002: 258 p.: ISBN: 9788433016683

(Reseña del autor disponible en: <http://www.edesclée.com/pdfs/9788433016683.pdf>)

**37.-** Heitzmann Hernández MT. El secreto médico: actitudes y toma de decisiones en la práctica clínica. (Tesis Doctoral). Madrid: Ed. Universidad Complutense; 2003.

Disponible en:

<http://pendientedemigracion.ucm.es/BUCM/tesis/19972000/D/0/D0109001.pdf>

(Fecha de acceso 30/01/2013)

**38.-** Ramírez Ceballos A., Paniagua Galisteo A., Fons Cañizares S., Marcos Herrero M., Fournier López R., Beigveder Montero P. Confidencialidad e intimidad en nuestra práctica profesional. *Medicina de Familia (And)*. junio 2001; 2 (2): 145-148.

Disponible en: <http://samfyc.es/Revista/PDF/v2n2/v2n2145.pdf>

(Fecha de acceso 30/01/2013)

**39.-** Iraburu Elizondo M, Chamorro Camazón J, de Pedro Montalbán M.T. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *An Sist Sanit Navar.* 2006; 29 (supl 3): 357-66.

Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000500005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000500005&script=sci_arttext)

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/PDFs%20Suplemento%2029.3/06-Confidencialidad.pdf>

(Fecha de acceso 1/02/2013)

**40.-** Iraburu M., Calvo L., Hernando A., Quintana S., García A., Herrero A., Rodríguez J.L., Rodrigo P. Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad (EMIC). *Med Clin.* 2007; 128(15): 575-578.

**41.-** Ramiro Fernández J.M., García-Mayor Fernández B., Fernández Lamelas M.A. El derecho a la intimidad y la historia clínica electrónica. *Metas de Enferm.* dic 2005/ene 2006; 8(10): 71-76.

**42.-** Alonso A., Iraburu M., Saldaña M.L., De Pedro M.T. Implantación de una historia clínica informatizada: encuesta sobre el grado de utilización y satisfacción en un hospital terciario. *An Sist Sanit Navar.* 2004; 27: 233-239.

Disponible en:

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol27/n2/pdf/08-implantacion%20de%20una%20h.PDF>

(Fecha de acceso 1/03/2013)

**43.-** Arantón Areosa L., Rumbo Prieto J.M., Sierto Díaz E., Linares Ocampo P., Romero Dopico P., Campos Manivesa J.M. El secreto profesional en la práctica de enfermería. Enfermería cardiovascular- Cardiovascular Nursing. Nov.2003.

Disponible en: [://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl299/tl299.PDF](http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl299/tl299.PDF)

(Fecha de acceso 4/02/2013)

**44.-** Júdez J., Nicolás P., Delgado M.T., Hernando P., Zarco J., Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: confidencialidad, historia clínica, la información. Med Clin. (Barc) 2002; 118 (1): 18-37.

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v118n01a13025016pdf001.pdf>

(Fecha de acceso 4/02/2013)

**45.-** Casillas Santana M.L., Rodríguez Llanos R., Pagola de Frutos M. A propósito de un caso: el derecho a la confidencialidad. Metas de Enferm. sep 2005; 8(7): 65-69.

**46.-** Durán Escribano M. Intimidad del cuidado y cuidado de lo íntimo. Rev ROL Enferm. 1999; 22 (4): 303-307.

----

#### **PARA AMPLIAR CONOCIMIENTOS:**

.- Álvarez-Cienfuegos J.M. La defensa de la intimidad de los ciudadanos y la tecnología informática. Pamplona: Aranzadi; 1999: p. 161. ISBN: 84-8410-229-7

.- De Lorenzo y Montero R. Responsabilidad legal del profesional sanitario. (Plan de Formación de la Asociación Española de Derecho Sanitario). Madrid: Edicomplet; 2000: p. 248.

.- Sánchez Carazo C. La intimidad y el secreto médico. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 2000: p. 392. ISBN: 9788479784553

.- Rebollo Delgado L. El derecho fundamental a la intimidad. Madrid: Dykinson; 2005: p. 466. ISBN: 84-9772-698-7