

Intimidad, confidencialidad y redes.

M^a Azucena González Sanz*, Mar Casasola Fuentesauco*, Ana Cristina Fernando Pablo*, Lucía Alonso Andrés*, M^a Isabel Tomé Tamame*, M^a Jesús Montesinos González*.

**Comisión Deontológica del Colegio Profesional de Enfermería, Zamora (España) ES.*

Correspondencia: M^a Azucena González Sanz. agonzalezsa@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Intimidad, confidencialidad y asistencia sanitaria, son tres conceptos estrechamente unidos en la relación entre profesionales sanitarios y los pacientes/usuarios. A pesar de ello la intimidad es uno de los aspectos que frecuentemente descuidamos en la asistencia sanitaria. El objetivo de este artículo es concienciar al personal que desarrolla su trabajo en contacto con los pacientes de la importancia de tratar la información de forma confidencial, así como informar del contexto legal.

Material y Métodos: Se realizó una búsqueda en bases de datos: Biblioteca Sacyl, Dialnet, Scielo, Science Direct y Google Académico.

Resultados: La intimidad de los pacientes puede ser puesta en peligro por desconocimiento de la legislación, falta de celo en situaciones especiales y el auge de las redes sociales. Se realiza una recopilación de la legislación que regula los derechos del paciente, de las diferentes situaciones especiales en que la intimidad de los pacientes puede verse comprometida, así como consejos sobre el uso de las redes sociales.

Conclusiones: En la relación clínica la intimidad de los pacientes engloba tanto al físico como a la información a él referida, los datos de salud son datos íntimos y su conocimiento por terceros no autorizados puede dar lugar a discriminaciones.

El uso de herramientas digitales en el ámbito de la salud es prometedor. Como contrapartida encontramos que en las redes de comunicación el concepto de "público" y de "privado" se entremezcla, por todo ello debemos adoptar unas reglas conforme a la ética y la responsabilidad.

PALABRAS CLAVE

Confidencialidad, Confidentiality, Privacidad, Privacy, Red Social, Social Networking..

ORIGINAL

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El filósofo 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".

Sin embargo, el respeto que debemos al secreto y a la intimidad de los pacientes, así como la relación de confidencialidad en nuestro trabajo debería impedir que lo conocido de esta manera sea compartido con otros [1].

Intimidad, confidencialidad y asistencia sanitaria, son tres conceptos estrechamente unidos e inseparables en la relación entre profesionales sanitarios y los pacientes/usuarios. A pesar de ello la intimidad es uno de los aspectos que frecuentemente descuidamos en la asistencia sanitaria. Ésta se puede ver comprometida desde situaciones puntuales como exploraciones diagnósticas, hasta la hospitalización, en la que el paciente puede verse sometido a una constante agresión de la integridad de sus valores, y no solo hablamos de la intimidad física. Si cuidamos de todo ello conseguiremos una mayor satisfacción de nuestros clientes [2].

El objetivo de este artículo es concienciar al personal que desarrolla su trabajo en contacto con los pacientes de la importancia de tratar la

información de forma confidencial, así como informar del contexto legal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda en bases de datos: Biblioteca Sacyl, Dialnet, Scielo, Science Direct y Google Académico, utilizándose palabras naturales intimidad, confidencialidad, secreto profesional, redes y enfermería, así como los descriptores correspondientes. También se realizó una búsqueda de la legislación vigente.

RESULTADOS

Intimidad, vida privada y confidencialidad

Son conceptos estrechamente unidos que en ocasiones se entremezclan, poniendo dificultades para diferenciarlos. A continuación vamos a intentar aportar unas definiciones que nos ayuden a ello.

La **intimidad** según la RAE es “la zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente la familia”, hemos de tener en cuenta que la característica de lo íntimo no está en el objeto en sí, sino en la cualidad que la persona otorga.

El derecho a la intimidad trata de preservar una determinada esfera de la vida de la persona frente a intromisiones ajenas, que pueden ser físicas, de conocimiento intrusivo o de la divulgación ilegítima de esos datos. Así el derecho a la intimidad limitaría tanto el acceso físico al individuo y a su entorno personal y familiar, como el acceso a la información sobre esos aspectos.

La **intimidad corporal** es una forma más específica de intimidad física. Consiste en no ser tocado u observado sin consentimiento. Según el momento cultural forma parte del pudor o recato.

La **intimidad de información** se corresponde con el núcleo central de la personalidad, es la facultad de exclusión de los demás, tanto en lo referente a la toma de conocimientos de forma intrusiva como la divulgación de estos datos.

La **intimidad decisoria** se relaciona con el derecho a disfrutar de la autonomía. En el ámbito sanitario esta intimidad decisoria se manifiesta a través del derecho al consentimiento informado y al rechazo de tratamientos médicos.

La **privacidad** es un término derivado del inglés (privacy) hace referencia al sentido amplio de

intimidad. Incluye aspectos pertenecientes al ámbito privado de la persona.

Confidencial es aquello reservado y secreto, lo que se comparte, se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca que no será revelado. Tiene su fundamento en la confianza y el respeto mutuo, y es la base del secreto profesional [2,3].

Para entender las implicaciones del derecho a la intimidad, la *teoría de las tres esferas* elaborada por la doctrina jurídica alemana nos puede hacer entender la misma de un modo más “visual”.

a) *Esfera privada*. Incluiría todos los comportamientos e informaciones que la persona quiere mantener alejados del conocimiento público.

b) *Esfera confidencial o de confianza*. Afecta a los hechos e informaciones que un sujeto da a conocer una persona de su confianza, excluyendo al público en general y a las personas de su entorno familiar. Este sería el ámbito del secreto profesional.

c) *Esfera del secreto*. Englobaría las situaciones y hechos que, por su extremado carácter reservado, deben permanecer inaccesibles a los demás.

El derecho a la confidencialidad forma parte del derecho a la intimidad de forma que las informaciones confiadas por los usuarios al profesional sanitario pueden considerarse como datos íntimos que estamos obligados a respetar [4].

Legislación

El derecho a la intimidad es un derecho subjetivo, de defensa de una parte de nuestra vida que queremos mantener reservada, y de la que tenemos plena disposición. El derecho a la intimidad de las personas está recogido en la Constitución Española como un derecho fundamental (art 18.1) [5].

La norma general que recogía la Ley General de Sanidad 14/1986 del 25 de abril en el art. 61[6] limitaba el acceso a la historia clínica, a los facultativos implicados directamente en el diagnóstico y tratamiento.

El Código Deontológico de la Enfermería Española de 1989 [7] también recoge el derecho a la intimidad y el secreto profesional en los siguientes artículos:

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

- Artículo 20: *“La Enfermera/o informará de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.”*

- Artículo 21: en el que se establece que *“cuando la enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensables la cantidad de información revelada y el número de personas que participen en el secreto.”*

El artículo 7.1 de la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica [8], establece que *“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada en la ley.”*

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [9], establece que los profesionales sanitarios tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, debiendo respetar la participación de los mismos en la toma de decisiones que les afecten.

La Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud [10].

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, establece el derecho fundamental de las personas físicas a la protección de datos personales, así como los derechos digitales de la ciudadanía y la regulación de los datos referidos a las personas fallecidas. También contempla el tratamiento de los datos personales de un menor de edad que solo podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de catorce años.

Los tratamientos de datos contemplados en el artículo 9.2 del Reglamento (UE) 2016/679 fundados en el Derecho español deberán estar amparados en una norma con rango de ley, que podrá establecer requisitos adicionales en lo relativo a la seguridad y confidencialidad. Esta norma podrá amparar el tratamiento de datos en el ámbito de la salud cuando así lo exija la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria y social, pública y privada, o la

ejecución de un contrato de seguro del que el afectado sea parte.

También se modifica el apartado 3 del artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que queda como sigue:

“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 legislación vigente en materia de protección de datos personales, y en la Ley 14/1986, de 25 de abril, 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 previstos en el apartado 2 de la Disposición adicional decimoséptima de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales.

Asimismo 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.

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, de 4 de octubre, General de Salud Pública, podrán acceder a los datos identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de la salud pública” [11].

Consideraciones especiales

Debemos prestar especial cuidado en situaciones cotidianas para mantener a salvo la intimidad de nuestros pacientes, pues con frecuencia descuidamos algunos aspectos relacionados con ella.

En las visitas a los hospitales, en la recogida de documentos para otras personas, debemos identificar a quien los recoge o a quien nos pregunta y tener la seguridad de que el paciente consiente en facilitar esa información.

En las consultas con acompañantes debemos identificarlos, averiguar si la persona consiente en

hablar de sus problemas de salud ante ellos (conocer si son sus cuidadores, personas que simplemente los han traído...).

Respecto a las personas que no hablan nuestro idioma y necesitan de un intérprete, debemos advertir a estos que están obligados a guardar el deber de secreto.

En cuanto a menores, discapacitados psíquicos o personas con deterioro cognitivo, debemos tener en cuenta la legislación, por ello debemos informar de acuerdo a su capacidad de comprensión.

En el trato a los menores se debe valorar la capacidad de decisión, hemos de tener en cuenta que por debajo de los 12 años no se les considera capaces o maduros, sin embargo esta madurez está reconocida a partir de los 16 años. En este caso si el menor es mayor de 16 años o es suficientemente maduro se le considera capaz de hacerse cargo de su situación, y dueño de sus decisiones.

También debemos recordar que el derecho a la intimidad permanece incluso después del fallecimiento del paciente, tanto por el respeto a la intimidad del difunto como por la implicación de la familia. Los familiares o personas vinculadas al paciente fallecido pueden acceder a la historia clínica salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente [2].

Redes sociales

Las redes sociales suponen un importante cambio social, la privacidad tiende a desaparecer con una mayor exposición, dilución del derecho a la imagen y de la propia intimidad.

Vemos expuesta constantemente nuestra vida privada (dónde estamos o qué estamos haciendo) en las diferentes plataformas. Internet nos abre muchas posibilidades de comunicación que deberíamos aprovechar para:

- Intercambio de información clínica.
- Promoción de la salud.
- Apoyo, consejo o ayuda.

Sin embargo el uso de las redes sociales supone una serie de problemas relacionados con:

- La falsa sensación de seguridad, que puede provocar una viralización de la información en la que se difunda una información sin verificar.

- La información imágenes y datos en dispositivos privados sin anonimizar (smart phones, tablets...), puede provocar una pérdida de intimidad.
- Es difícil establecer límites entre el ámbito personal y profesional.

Todo lo anteriormente expuesto nos puede provocar una serie de problemas éticos y de pérdida de confidencialidad de los datos de los pacientes.

Para facilitar nuestra relación con el mundo virtual ofrecemos unos consejos que nos ayudaran en el uso de redes sociales:

- Debemos respetar la confidencialidad de cuanto tratemos, bien sean informaciones, fotografías, etc...
- Pongamos especial atención en la difusión de datos de enfermedades que pueden identificar a los pacientes o familias.
- Tendremos en cuenta que podemos dar acceso a datos sensibles, difundamos solo lo que realmente sea interesante a nivel divulgación (no utilicemos el morbo, el autobombo...)
- Evitemos dar consejo sanitario directo a pacientes virtuales. Se puede producir un sesgo de información, puesto que solo conocemos una parte de la misma. Si estos consejos se publican en un blog, tengamos en cuenta que el dueño del mismo es el responsable de lo que en él se publica.
- Debemos obviar solicitudes amistad de pacientes en redes sociales, ya que esto nos puede comprometer profesionalmente.

Con todo esto pretendemos cuidar de nuestra "imagen virtual" puesto que lo que se "cuelga en la red permanece en ella", bien se trate de fotografías comprometidas o comentarios inapropiados, por todo ello seamos respetuosos, por nuestra imagen y la de los pacientes [12].

CONCLUSIONES

Los datos se han convertido en elementos de control en una sociedad cada vez más informatizada y debemos ser conscientes de por qué y para qué deben protegerse. La privacidad y la confidencialidad, puede quedar vulnerada en los casos en los que se

facilitan datos (redes, APPs, acceso a páginas Web...) proporcionando acceso a información a la que el usuario no ha autorizado (en muchos casos de forma no consciente al menos) o no ha dado permiso para compartir, de forma que se daña también la autonomía de las personas [13].

Corremos el riesgo de perder características inherentes al ser humano proporcionando información en la que se quita importancia al pudor y a la intimidad. Creemos que desde nuestro trabajo diario es necesario garantizar el derecho a la intimidad, la dignidad humana y la autonomía.

En la relación clínica salvaguardar la intimidad de los pacientes ha de extenderse tanto a la corporeidad del enfermo como a la información a él referida. Es importante respetar el recato y del pudor, tanto de los pacientes en pleno uso de sus facultades intelectuales y volitivas, como de los pacientes incompetentes. Igualmente tenemos que tener en cuenta la importancia de la confidencialidad de la información personal de los pacientes, pues los datos de salud son datos íntimos y su conocimiento por terceros no autorizados puede dar lugar a discriminaciones [2].

El uso de herramientas digitales en el ámbito de la salud es prometedor. Las redes sociales pueden llegar a revolucionar la medicina en cuanto a la interacción entre profesionales, consultas clínicas, intercambio de conocimientos y la democratización de la salud, al permitir que más personas (incluyendo pacientes, otros profesionales clínicos, medios de comunicación) puedan opinar y participar en la mejora de la atención sanitaria.

Como contrapartida encontramos que en las redes de comunicación el concepto de "público" y de "privado" se entremezcla y la información que se comparte es casi imposible de eliminar de forma que puede propagarse rápidamente. Esto nos debe llevar a adoptar unas reglas conforme a la ética y la responsabilidad. Para ello es necesario capacitar a los profesionales de la salud y a los estudiantes en formación, para que utilicen de forma adecuada dichas herramientas, especialmente a la hora de publicar contenido sensible en lugares cuyo acceso sea público, ya que puede tener consecuencias importantes para la intimidad de los pacientes y de ellos mismos [14].

Por todo lo anterior, a la hora de tratar datos clínicos respecto a la confidencialidad deberíamos regirnos por principios de:

- Transparencia: informar al paciente de qué se anota, quién podrá acceder a ello y bajo qué condiciones.

- Responsabilidad: ser cuidadosos y responsables en el manejo de la información clínica.

- Parquedad: recabar y anotar sólo la información estrictamente necesaria; cuando haya que informar a terceros de los procesos clínicos de los que somos responsables tener en cuenta que se ha de informar de lo mínimo imprescindible y sólo cuando haya necesidad u obligación de hacerlo.

- Universalidad: Las medidas de seguridad de protección de los datos sanitarios se han de aplicar siempre, en todos los lugares y para todos, sin discriminación [15].

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Lamelas MA, Álvarez Rodríguez T, Ramiro Fernández JMR, Martínez de Santiago S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. Cuadernos de bioética. 2008;19(1).
2. Ablanedo Suárez JM. Ética, confidencialidad y enfermería. Mi historia, ¿la historia de todos?. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2015 agosto; 3(3):54-62.
3. Fernández Ruiz-Gálvez E. Intimidad y confidencialidad en la relación clínica. Rev persona y derecho. 2013 septiembre; 69 (2) :53-101
4. De Miguel Sánchez, N. Secreto médico, confidencialidad e información sanitaria. Madrid: Marcial Pons; 2002.
5. España. Constitución española 1978 [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, num.331, p.29313 a 29424. [Consultado el 25 de enero 2018]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>.
6. España. Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 29 de abril de 1986, núm. 102, p.15207 a 15224. [Consultado el 25 de enero 2018]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>.

7. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Enfermería. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: CGE; 1989.
8. España. 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 [Internet]. Boletín Oficial del estado, 15 de noviembre de 2002, num.274, p.40126 a 40132. [Consultado el 25 de enero 2018]. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>
9. España. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias [Internet]. Boletín Oficial del estado, 22 de noviembre de 2003, num.280, p 41442. [Consultado el 25 de enero 2018]. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>
10. Orden SSI/81/2017, de 19 de enero, Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se aprueba el protocolo mediante el que se determinan pautas básicas destinadas a asegurar y proteger el derecho a la intimidad del paciente por los alumnos y residentes en Ciencias de la Salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado, 6 de febrero de 2017, núm. 31, p.8277 a 8289. . [Consultado el 25 de enero 2018]. Disponible en:
<http://www.boe.es/boe/dias/2017/02/06/pdfs/BOE-A-2017-1200.pdf>
11. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Boletín Oficial del estado de 6 de diciembre de 2018, núm. 294, p 119788 a 119857. [Consultado el 9 de enero de 2019]. Disponible en:
<https://www.boe.es/eli/es/lo/2018/12/05/3/dof/spa/pdf>
12. Gutiérrez Fernández R, Jiménez Aldasoro M , Lalandá Sanmiguel M, Olalde Quintana R, Satué Vallvé B , Taberner Ferrer R et al. Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina sobre el buen uso de redes sociales. Organización Médica Colegial de España; 2014.
13. Soto Y. Datos masivos con privacidad y no contra privacidad. Rev Bioét Derecho. 2017;(40):101-114.
14. Beltrán Aroca CM, Girela López E. ¿Cómo afectan los medios sociales a la confidencialidad de los pacientes? Revisión de los principales problemas y recomendaciones. Acta de Bioethica.2017; 23(1): 189-97
15. Cartagena FS, Del Castillo C. El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario. Norte Salud Ment. 2003; 5(16):5.