

La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información



Javier Júdez^a, Pilar Nicolás^b, M. Teresa Delgado^c, Pablo Hernando^d, José Zarco^e y Silvia Granollers^f para el Proyecto de Bioética para Clínicos del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud*

^aMédico. Jefe de Proyectos de Bioética y Educación Médica. Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid. ^bCátedra Interuniversitaria. Fundación BBVA. Diputación Foral de Bizkaia, de Derecho y Genoma Humano. Universidad de Deusto. Universidad del País Vasco/EHU. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Actur Sur. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza. ^dPsicólogo. Director del Servicio de Atención al Usuario. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. ^eMédico de Familia. Coordinador de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria. Área 1 Atención Primaria. Insalud-Madrid. ^fEnfermera. CAP Sant Just. ICS Sant Just Desvern. Barcelona.

Casos clínicos

Caso A

Juan** es un ex adicto a drogas por vía parenteral de 28 años, abstinentes desde hace tres años. Tiene trabajo, está reinsertado y vive con su pareja. El Dr. Pérez le ha pedido una analítica ante una elevación de transaminasas para verificar su estado serológico frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC). En el último análisis que consta en su historia, de hace 6 años, había dado negativo para las tres pruebas. Antes de comentar con él los resultados, que son negativos para el VIH y positivos para el VHB y VHC, acude a consulta la madre de Juan, que también es paciente del Dr. Pérez y le dice: «Por favor, dígame usted qué le ha salido en los análisis a mi hijo, porque, créame, no vivo de la ansiedad que tengo; después de todo lo que ha pasado y que parece que había enderezado su vida».

Caso B

Gerardo es un paciente de 25 años con trastorno de la personalidad, que se manifiesta en acusada desconfianza e ideas de referencia. Ha solicitado ayuda tras la ruptura de relaciones con su novia. Después de varios intentos fallidos para lograr una continuidad en la consulta con el psiquiatra ha sintonizado con la psicóloga clínica, quien logra darle apoyo psicoterapéutico con regularidad. Esta profesional del equipo de salud mental de referencia comenta preocupada al médico de familia que el paciente está realizando un curso subvencionado para la formación de vigilantes jurados con prácticas de armas de fuego.

*Este trabajo ha sido escrito por Javier Júdez, Pilar Nicolás, M. Teresa Delgado, Pablo Hernando, José Zarco y Silvia Granollers para la serie de artículos «Bioética para Clínicos» del Proyecto con el mismo nombre del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud. Los miembros del Grupo Técnico del citado proyecto son: Diego Gracia (director); Javier Júdez (coordinador); Rogelio Altisent; Javier Barbero; Francesc Borrell, Fernando Carballo; Pilar García-Olmos; Manuel de los Reyes; Pablo Simón y José Zarco. La Fundación de Ciencias de la Salud no se identifica necesariamente con el contenido de este trabajo, ni éste representa su posición oficial sobre los temas objeto de estudio en el mismo.

**Aunque los casos clínicos están extraídos de experiencias reales de la práctica clínica, todos los nombres empleados en su recreación son inventados y no corresponden a ninguna persona real.

Correspondencia: Dr. J. Júdez.
Instituto de Bioética. Fundación de Ciencias de la Salud.
Avda. de Pío XII, 14. 28016 Madrid.
Correo electrónico: jjudez@fcs.es.

Recibido el 8-10-2001; aceptado para su publicación el 30-10-2001

Caso C

Federico tiene 36 años y está casado, con tres hijos. Es un paciente que suele acudir poco a consulta salvo por ocasionales infecciones de las vías respiratorias, aunque tiene antecedentes de enfermedades de transmisión sexual (ETS). No oculta ser una persona sexualmente muy activa, con más de seis parejas en los últimos 12 meses. Es transportista internacional, por lo que tiene muchas y largas estancias fuera de casa. Rara vez utiliza preservativos (los evita si la pareja se aviene) porque dice que «no es lo mismo». La semana pasada se enteró de que una mujer con la que había tenido relaciones hace un año había dado positivo en la prueba del VIH, por lo que acudió a consulta. Tras la exploración (dentro de la normalidad), la información, el consejo preprueba y el consentimiento correspondientes, se realizó la prueba del VIH, que resultó ser positiva. Ante estos resultados y ante la estrategia de abordaje para el cribado de los contactos y el enfoque preventivo de futuros contactos sexuales con su pareja, accede inicialmente a dar cuenta a sus contactos extramatrimoniales pero rechaza taxativamente que se informe a su mujer, mostrándose muy reticente a adoptar medidas de precaución porque «podrían darle que sospechar y esto podría destrozar mi matrimonio. Quiero que usted me atienda pero no quiero que se lo diga a nadie, y menos a mi mujer».

Caso D

Ángela es una paciente de 40 años que acude a consulta por dolores de cabeza y, tras ser interrogada por unos moratones que presenta, confiesa que ha sido maltratada por su marido más de una vez. El médico está sorprendido dado que el esposo de Ángela es también paciente suyo y parece una persona simpática y afable. Sin embargo, también el médico evoca la fractura de cúbito y radio que tuvo Ángela en el brazo derecho hace varios meses «al caerse por la escalera» y que hasta ahora nunca había dudado de que fuera accidental. Ángela le urge a mantener el secreto y no decirselo a nadie. «No tiene intención de hacerme daño. Sólo que estar en paro le está descomponiendo y cuando bebe se vuelve irritable. Es un buen hombre».

Caso E

El Dr. Vielma se entera de que un conocido suyo, el Sr. Paz, ha estado enfermo. Tras no poder hablar con el médico responsable, que ha salido a hacer unas visitas a domicilio, preocupado, accede al sistema informático y consulta para ver el historial del paciente (motivos de consulta, diagnóstico, etc.) a fin de averiguar qué le pasa y cómo le va. En algún punto que el programa le pide una contraseña consulta y uti-

liza la que hay en un *Post-it* en el monitor del ordenador enmarcada en rojo. Al acabar la consulta pasa por la zona de administración, donde tienen la cafetera y que se utiliza como zona de descanso. No es raro que comente anécdotas de pacientes con los colegas en ocasiones, como ocurre en este caso, incluyendo datos de identificación. La sala está a escasos metros del vestíbulo del centro donde muchas personas aguardan su turno para pedir información o solicitar cita previa y las conversaciones son bastante fáciles de oír. Entre el personal que está tomando café se encuentra la enfermera Rosa, amiga de la mujer del enfermo (sus hijos van al mismo colegio que los del Sr. Paz). Al llegar a casa llama a su amiga y le pregunta por su marido. A los pocos días, el enfermo acude a la consulta de su médico, el Dr. Carnero, molesto porque su dolencia vaya de boca en boca. El Dr. Carnero, sorprendido, le asegura que él no ha hablado con nadie. El Sr. Paz, disgustado, le exige su historia clínica para irse a otro médico, al haberse quebrado su confianza.

Preguntas que suscitan los casos clínicos

Este trabajo aborda el problema de la confidencialidad en la práctica médica actual, prestando atención también a la gestión de la información o la historia clínica. Los casos clínicos presentados plantean diversos interrogantes en torno al tema. Ante la ímproba tarea de abordar en profundidad todos y cada uno de los elementos implicados (p.ej., lo concerniente al paciente menor se analiza en otro trabajo de esta serie de «Bioética para clínicos»¹), el presente trabajo se centra en algunos aspectos nucleares apuntados en las siguientes preguntas:

1. ¿Qué se ha entendido clásicamente por secreto médico, sigilo o reserva profesional y qué se entiende en la actualidad por confidencialidad?
2. ¿Quién es el destinatario de la información de un paciente? ¿Tienen los familiares derecho a ser informados sistemáticamente, por así decirlo, por defecto, con independencia del consentimiento, aunque sea presunto, del paciente? ¿O existen datos «sensibles» sobre los que hay que aplicar un consentimiento explícito? ¿Cómo se determina cuáles son esos datos?
3. ¿Cuál es el alcance de la confidencialidad en un equipo interdisciplinar? ¿Cómo se articula la obligación de tratar o el deber de cuidado, la obligación de confidencialidad y la obligación de alertar de un posible peligro, especialmente si uno se encuentra en posición de garante? ¿Cómo puede valorarse el alcance de un peligro potencial como el que puede presentar una persona que conduce, pilota o utiliza armas de fuego y presenta algún tipo de trastorno que cuestiona su aptitud para actuar correctamente? ¿Y cuándo hay amenazas veladas o explícitas hacia terceros? ¿Cuándo cede la obligación de sigilo ante una obligación de notificación según las normas y las leyes?
4. ¿Tiene la obligación de salvaguardar la confidencialidad un carácter absoluto? Si no, ¿ante qué situaciones puede ceder? ¿Cómo pueden detectarse y manejarse las excepciones a la obligación de secreto? ¿Cómo pueden justificarse? ¿Debe el profesional sanitario notificar a las autoridades de la situación de peligro real de terceros o debe dar pasos personales para alertar él mismo? ¿En función de qué hacer una cosa u otra? ¿Cómo modifica la valoración de la situación, si es que lo hace, el riesgo en el que se esté incurriendo (potencial, real, etc.)?
5. ¿Cuáles son los deberes del profesional ante el conocimiento de daños producidos a un paciente por un tercero? ¿Es igual la situación si el tercero es conocido del paciente y éste desea mantener la situación dentro del ámbito personal?

TABLA 1

Problemas que subyacen en los casos clínicos

1. Intimidad, privacidad, confianza, fidelidad y lealtad en la relación clínica y en la atención sanitaria
2. Obligaciones de confidencialidad, secreto, sigilo o reserva para los profesionales. Efecto del tipo de información
3. Información a terceros. Justificación y límites
4. Deberes fiduciarios. Deber de tratar. Deber de alertar. Posición de garante. Estado de necesidad
5. Límites a la obligación de confidencialidad. Revelación permisible y revelación exigida. Efecto del tipo de peligro o daño al que se exponen terceros
6. Actitud del profesional sanitario ante la confidencialidad en la propia institución sanitaria
7. Confidencialidad y trabajo en equipo
8. Elaboración, registro, almacenamiento, informatización y acceso a la historia clínica

6. ¿Cómo debe obtenerse, registrarse, almacenarse y custodiarse la información clínica que se posee sobre un paciente? ¿Quién tiene acceso a ella? ¿Qué se consideran datos «sensibles»? ¿Cómo debe hablarse y exponerse la información de los pacientes en zonas comunes o accesibles por otras personas dentro del ámbito sanitario? ¿Qué información puede darse a los conocidos o allegados de un paciente sin el consentimiento explícito de éste? ¿El hecho de ser médico legítima al profesional el libre acceso a la información clínica de cualquier paciente? ¿Cómo afecta la informatización a la confidencialidad clínica? ¿Tienen todos los profesionales que intervienen en un centro asistencial (auxiliares administrativos, de clínica, celadores, etc.) la obligación moral de respetar la confidencialidad de los datos a los que, por su trabajo, puedan tener acceso?
7. ¿Cómo debe regularse la elaboración, uso, custodia y acceso de la historia clínica?

Los problemas éticos que subyacen en estas preguntas se encuentran sintetizados en la tabla 1. Los términos más significativos que se utilizan a lo largo del texto se encuentran clarificados en un glosario al final del trabajo.

Marcos ético y normativo

Secreto, secreto profesional, intimidad, privacidad y confidencialidad

El secreto, el secreto profesional y la confidencialidad no son temas nuevos para la sociedad, la medicina y la ética. El secreto, entendido como la ocultación intencional de algo, ha estado presente desde siempre en la historia de la humanidad y de las relaciones humanas. Del latín *secretum* y *secretus*, participio pasado de *secernere*, «segregar», nuestro diccionario lo define en su primera acepción como «lo que cuidadosamente se tiene reservado y oculto», y también como «reserva o sigilo». Sin embargo, es un término polisémico y de compleja valoración moral. Al secreto se le puede dotar de connotaciones positivas o negativas: algo sagrado, reservado, misterioso; algo íntimo o privado; algo implícito, no expresado; algo silencioso, oculto o prohibido; algo vergonzoso, furtivo, falso o traicionero. El imaginario social está lleno de historias en las que resultó beneficioso descubrir secretos o en las que ello fue motivo de desgracia o acarrió un alto precio. En definitiva, independientemente de aspectos positivos o negativos, es inherente a la condición humana la existencia de cosas que se preservan del conocimiento de terceros².

Desde los orígenes de la medicina occidental se puede hablar de varios significados del secreto. Una primera acepción, de ascendencia cuasi sacerdotal, se refiere al secreto

de los médicos o entre los médicos, secreto de oficio o fabricación, que mantenía los saberes y las técnicas dentro del círculo de iniciados y que alejaba a los intrusos. Este aspecto, relacionado con la enseñanza de la medicina, su regulación y el control del intrusismo, no se verá aquí. Un segundo sentido, que distinguen algunos autores y tampoco se verá aquí, es el del secreto de información del médico para el paciente³, y que se refiere a la actitud paternalista clásica según la cual el paciente se entendía que estaba en una posición de incapacidad moral como enfermo que hacía que no debiera recibir información sobre su proceso.

Un tercer significado, el tradicional, al hablar de secreto (profesional) médico, tiene que ver con el asunto de no revelar ni divulgar la información que se obtenía en el ambiente de confianza necesario para el correcto desempeño de la profesión médica. Prácticamente estos tres significados se encuentran ya presentes en el Juramento Hipocrático, escrito en el que tópicamente se sitúa el origen de la ética médica occidental aunque hizo más fortuna con el paso de los siglos que en su propia época. En lo referente al «deber profesional» de secreto, el Juramento Hipocrático reza así: «*Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.*»

Sin embargo, la manera de entender este deber profesional, su fundamento y grado de vinculación han ido variando a lo largo de la historia. Esto es debido a múltiples factores, entre los que se encuentran la forma de regularse las profesiones, el papel que desempeñan éstas en la sociedad, el desarrollo de la salud pública, la medicalización del derecho penal, la consolidación de la idea de intimidad y privacidad como derecho del individuo, la importancia que se le dé a la libertad (o autonomía) del individuo frente al bien público o colectivo, la transformación de la relación clínica, etc.

Lo que ha estado siempre claro para los médicos es que la relación clínica que soporta la atención sanitaria requiere de un ambiente de confianza, confidencia y lealtad. Desde antiguo, por tanto, la conciencia profesional y las normas de conducta obligaban a preservar lo revelado en ese ambiente durante el ejercicio de la profesión. Durante muchos siglos éste ha sido un deber, casi sagrado, que se ha autoimpuesto el médico y cuyos contornos él mismo determinaba. Sin embargo, a partir de la Ilustración se va alumbrando una nueva conciencia que sitúa al ser humano como sujeto digno, autónomo y libre, y progresivamente se va reconociendo la necesidad de respetar un espacio íntimo y privado en el que permanecer resguardado de terceros e incluso del propio Estado. Así se van definiendo los derechos a la intimidad, al honor y, más recientemente, a la privacidad.

En efecto, aunque intimidad y honor son términos muy antiguos, se aplicaban originalmente a esferas algo distintas de las actuales. La intimidad, de *interior*, cuyo superlativo es *intimus*, lo más interior que uno tiene o posee, se asoció inicialmente a creencias religiosas y a la actividad moral de la persona. En la actualidad desborda esos ámbitos para convertirse en algo inherente a todo ser humano por el mismo hecho de serlo, independiente de las creencias que uno profese. La intimidad es respetable porque pertenece a un ser humano (estructuralmente), no por los contenidos que tenga. De hecho se erige, ya en este siglo, entre los derechos humanos llamados subjetivos o personalísimos (derivando de la libertad)⁴.

Algo parecido sucede con el concepto clásico del honor u honra, que durante muchos siglos se liga necesariamente a unos contenidos (considerados honrados u honestos), pero que con la formulación de los derechos humanos se reconoce en toda persona por el hecho de serlo.

El tercer derecho que se invoca es el de privacidad, concepto que carecía jurídicamente de tradición en España hasta muy recientemente y que, sin embargo, no resulta hoy difícil de entender. Privacidad, del término *privacy*, definida por primera vez como derecho por Warren y Brandeis en 1890, viene de privado, que tiene varios sentidos: uno primero sociológico, en el que se contrapone a lo público; el segundo, político, en el que se contrapone a lo institucional público, al Estado. Para desarrollar todo este ámbito está el cuerpo doctrinal del derecho privado que regula las relaciones entre los particulares. De hecho, estos derechos privados que los individuos pueden y deben gestionar libremente, sin interferencias de otros, incluido el propio Estado, son para la teoría contractualista moderna los que justifican la aparición del Estado con la finalidad de protegerlos. Son expresión de la autonomía (moral) que se reconoce al ser humano. En la actualidad autonomía es la palabra clave, el concepto moral que da anclaje a las figuras jurídicas que se recogen en los derechos subjetivos. Además, el derecho habilita una serie de instrumentos para proteger los actos realizados en el uso de tales derechos y hacer posible de ese modo que los individuos y grupos sociales busquen su mayor beneficio (derecho privado, civil, mercantil, etc.). Hoy reconocemos, pues, los derechos a la intimidad, al honor y a la privacidad más allá del área religiosa o política, incluyendo la gestión del propio cuerpo.

Toda esta evolución influye en el ámbito de la relación clínica y reformula la clásica convicción de que hay informaciones o datos que se conocen en el ejercicio de la profesión que deben reservarse al acceso de otros. Ya no se trata sólo de algo que el médico evalúa y determina con su propio criterio. No es ya sólo una manera de concebir la relación clínica propia de los médicos conscientes de que acceden a ámbitos «sensibles» y que optan por autoimponerse un deber profesional mediante el cual consagran y preservan, con un halo de secreto, lo que han conocido en beneficio del clima de necesaria confianza y lealtad. Aunque parezca sutil la diferencia, en las sociedades modernas occidentales el punto de partida no es ya el deber profesional, sino el derecho que tienen los individuos para gestionar libremente sus derechos, aquéllos «inherentes» al hecho de ser personas, ciudadanos, sujetos morales libres. Entre estos derechos básicos están el derecho a la intimidad, el derecho al honor, el derecho a la propia imagen, el derecho a la privacidad, o el derecho a la protección de los datos personales, según los formulen y delimiten las sociedades concretas, entroncados con la proclamación genérica de los derechos humanos. No es tarea fácil delimitar nítidamente las fronteras entre las esferas íntima, privada y pública de una persona⁵. Aunque sea una labor inacabada y siempre perfectible, las sociedades van desarrollando aproximaciones reguladoras para demarcar en lo razonable esas fronteras entre la intimidad (núcleo duro de los datos sensibles –origen racial, salud, vida sexual, creencias religiosas, relaciones afectivas), la privacidad (datos no tan sensibles pero de un ámbito de vida particular) y el dominio público en colectivos en los que se multiplican los recursos de captación y difusión de información. Está claro, en todo caso, que en el ámbito de la atención sanitaria el médico conoce información y datos que son del dominio público (una minusvalía física que requiera utilizar silla de ruedas, por ejemplo) y otras muchas del ámbito privado e íntimo. Pero, como ha aclarado el Tribunal Constitucional, incluso sobre la distinción de lo íntimo, lo privado y lo público existe un derecho más amplio a la protección de los datos personales, poder de disposición y de control⁶.

En este contexto, hoy día es más apropiado hablar de confidencialidad para designar la característica que debe preservarse respecto a las informaciones obtenidas en la atención

al paciente. A pesar de ello, en el ámbito jurídico, como veremos más adelante, sigue utilizándose el término clásico de «secreto». Por confidencialidad se entiende «lo que se hace o se dice en confianza, con seguridad recíproca entre dos o más personas». Hablar de «secreto» hoy (más allá de un uso jurídico-técnico ante un tipo penal formulado como tal) tiene poco sentido cuando, para proveer una asistencia de calidad en cualquiera de nuestros centros actuales, varias decenas de profesionales acceden a aspectos confidenciales de cualquiera de los pacientes atendidos o ingresados, y cuando han cambiado el contexto y la relación sanitario-paciente, como ya se ha ido apuntando, con la participación muy influyente de las llamadas «terceras partes». En este ámbito de la medicina en equipo y dentro de una estructura sanitaria compleja, todas las personas que por su relación laboral lleguen a conocer información confidencial, bien por participar directamente en la atención del enfermo, bien por ser necesaria su colaboración para hacerla posible, deben conocer y respetar el derecho a la confidencialidad del paciente. Clásicamente se acuñaron expresiones para reflejar esta «extensión» del llamado deber de secreto: el secreto compartido (entre profesionales sanitarios) y el secreto derivado (a profesionales no sanitarios). En todo caso, conviene recordar que lo que justifica a un profesional (sanitario o no) a acceder a información confidencial es su situación de confidente necesario para asegurar la asistencia médica de los pacientes.

La utilización del término confidencialidad parece, por tanto, más apropiada dado que señala los límites por los que puede circular determinada información (íntima y privada) en una relación de confianza, como la que es propia de la relación sanitaria, con el último fin de beneficiar al paciente. Además, la atención clínica requiere confidencialidad sobre un conjunto de informaciones que incluyen no sólo revelaciones secretas, sino también noticias reservadas, ya sean del ámbito de la privacidad o de la intimidad, o simplemente otras que, aunque sean del dominio público, no hay por qué divulgarlas. Es importante destacar que toda la información relacionada con la salud y con el cuerpo se considera *información sensible*. La confidencialidad se refiere a los límites que rodean estas informaciones sensibles compartidas (ya sean secretas, privadas, íntimas o públicas) y a cómo guardar y preservar estos límites. La clave es que el principal gestor de qué tratamiento hay que dar a la información sobre su cuerpo, su salud, etc. es el propio interesado, por la dignidad que le corresponde como ser humano y por los derechos que se derivan de ella y que le asisten. Estos derechos generan unos deberes en los profesionales que ofrecen determinados servicios, como los profesionales sanitarios, con un grado de vinculación especial según el acceso privilegiado que tengan a un ámbito habitualmente reservado para extraños (como el cuerpo o la situación de enfermedad, el domicilio, etc.). Es coherente que estos mismos profesionales doten a este entramado de relación confidencial de unas dosis de compromiso deontológico firme en función de la propia visión que tienen de lo que se juega en la profesión en la relación con el paciente, y más cuando esto entronca con una tradición profesional secular. Pero no podemos perder de vista en qué consisten hoy en día los marcos ético, legal y deontológico, dónde se interrelacionan entre sí y dónde se diferencian con las maneras de fundamentar el tradicional secreto médico. Tampoco podemos olvidar la creciente y sólida regulación de la protección de datos personales e informatizados, tanto en Europa y España como en EE.UU. (como veremos más abajo), que afecta a la información clínica recogida en el contexto de la asistencia, considerada como especialmente protegida.

Marco ético

A la hora de afrontar los problemas morales en bioética se vienen proponiendo diversos modelos de fundamentación y métodos de análisis que pueden ser adecuados, cada uno con ventajas e inconvenientes, fortalezas y debilidades. No existe ninguno apodíctico ni perfecto. Como se ha ido viendo en diversos trabajos de esta serie de «Bioética para Clínicos», un modelo de fundamentación y deliberación moral que resulta útil para analizar los problemas morales de la práctica clínica es el que recurre a 4 principios de la bioética (no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia), los jerarquiza en dos niveles («de mínimos», ámbito público, deberes para con todos y cada uno, universalizables y exigibles; «de máximos», ámbito privado y particular, gestionados conforme a las creencias e ideales de vida de los implicados) y sin considerarlos absolutos estudia los posibles cursos de acción, a la vista de la jerarquía de los principios, de la situación concreta, de las posibles consecuencias y de las posibles excepciones que se puedan justificar en función de un canon de moralidad que afirma el respeto a la dignidad de los seres humanos⁷. Por supuesto, existen otros enfoques posibles, y el manejo de los principios no es excluyente del recurso a otras aproximaciones.

El principal libro del llamado «principialismo» viene dialogando, en sus dos últimas ediciones, con otras teorías y metodologías morales, e incluye al lado de los 4 principios morales otras reglas morales que especifican los principios y que se presentan bajo el epígrafe de relaciones profesional-paciente: la veracidad, la privacidad, la confidencialidad, la fidelidad, etc.⁸. Esto entronca fácilmente con las llamadas «éticas de las virtudes», que se centran en las cualidades que debe cultivar un médico para el «buen hacer profesional», estrechamente conectado al «bien del paciente», fin prioritario de la actuación del personal sanitario⁹. Mediante la virtud se motivan las actuaciones, interiorizando y especificando la obediencia a los principios, y poniendo el acento en una persona concreta que actúa.

Los fundamentos éticos que sustentan el deber de confidencialidad del médico y, de manera compartida o derivada, de otros colaboradores implicados en los cuidados de la salud, se suelen apoyar en tres tipos de reglas o argumentaciones complementarias^{8,10}: argumentos basados en el respeto a la autonomía personal y a la privacidad; argumentos consecuencialistas basados, por ejemplo, en la existencia de un pacto implícito en la relación clínica o en la confianza social ante la reserva de la profesión médica, y argumentos basados en la lealtad¹¹.

La argumentación que recurre a la autonomía enlaza bien con el marco de principios, mientras que las otras argumentaciones especifican ese marco en profesionales y situaciones concretas. Efectivamente, la confidencialidad se enraiza en los conceptos previos de intimidad y privacidad y éstos a su vez en los de autonomía y libertad individual. Cada individuo, por el hecho de serlo, es acreedor, en principio, de la gestión de sus derechos y libertades incluyendo su cuerpo, su esfera íntima y privada, y en definitiva el conjunto de sus derechos humanos subjetivos. Éstos son la expresión jurídica del principio bioético de autonomía, mientras que toda la articulación privada (civil, administrativa, mercantil, etc.) que establece la sociedad para garantizar y proteger los actos realizados en el uso de tales derechos para que los individuos y los grupos sociales busquen su mayor beneficio cubren el ámbito del principio de beneficencia en su juego con el par autonomía³. El marco, los límites dentro de los cuales se puede desarrollar ese nivel privado, aquellas obligaciones que se reflejan en ley pública (en el sentido clásico de público y privado comentado anteriormente), exigibles

a todos incluso coercitivamente, quedan determinados por los principios de no maleficencia y justicia.

Así las cosas, la confidencialidad se mueve en el horizonte básico de la relación clínica y en las obligaciones privadas que se articulan entre los principios de beneficencia y autonomía. Este derecho-deber atañe a información considerada sensible, y por eso exige especial rigor en su cumplimiento, pero no es absoluto y admite excepciones o rupturas que habrá que justificar tanto en el propio nivel «de máximos» como, con más facilidad, por razones que emanen del nivel de ética «de mínimos» derivado de la no maleficencia y la justicia. Los tres grandes supuestos en los que se plantea romper el deber de confidencialidad son: por evitar un daño a otras personas, por evitar un daño a la propia persona y por imperativo legal. Se detallarán más adelante en el marco jurídico y normativo, en la deliberación práctica y en los comentarios finales a los casos. Para justificar estas excepciones o rupturas son también provechosas las diferentes argumentaciones complementarias señaladas más arriba (lealtad, confianza social, etc.).

Marco jurídico-normativo

En el mundo jurídico y en las normas legales, las alusiones a la confidencialidad, derecho a la intimidad, deber de secreto, etc. abundan (tabla 2) y son cada vez más acuciantes con motivo de la informatización de los datos, de las nuevas

regulaciones sobre su protección, del conocimiento de datos genéticos y a la vista de la reciente condena a profesionales sanitarios por este motivo¹². Debido a esto, dedicamos un poco más de atención a este apartado jurídico con la idea de ofrecer un servicio a los profesionales sanitarios.

El deber ligado al tradicional «secreto» de los profesionales deriva de la protección de la intimidad en su manifestación de confidencialidad compartida^{13,14}, si bien también sirve al interés general (p.ej., como requisito esencial para el funcionamiento del sistema sanitario¹⁵). Su base constitucional es el reconocimiento del derecho a la intimidad¹⁶, y su fundamento es la posibilidad de acceso a la vida privada de otro, necesaria para llevar a cabo una relación satisfactoria entre el profesional y su cliente o paciente, que trae como consecuencia una limitación en la preservación de la intimidad¹⁴, o el derecho del cliente o paciente a controlar su información personal. La confidencialidad, por tanto, tiene un valor instrumental, no es un fin en sí misma y, como instrumento, debe ser valorada en función del fin que persigue, y sus límites se configurarán en función de que los intereses protegidos sean legítimos¹⁷.

El delito de incumplimiento del deber de confidencialidad (secreto profesional) se ha extendido en general a todos los profesionales en la nueva redacción del Código Penal (CP), de 1995^{14,18-20}. El CP anterior no castigaba la revelación del secreto profesional como delito específico. El nuevo CP reza en su artículo 199: «1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relacio-

TABLA 2

Marco jurídico-normativo (selección)

1. Derecho internacional

Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997. Entrada en vigor en España: 1 de enero de 2000. Artículo 10

2. Derecho comunitario

Directiva 95/46/CE, sobre la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales y la libre circulación (trasposición mediante la Ley Orgánica de Protección de datos, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre)

3. Recomendaciones del Consejo de Europa (no vinculantes jurídicamente) (se pueden consultar en <http://www.coe.fr>)

Recomendación R (81) 1, de 23 de enero de 1981, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, relativa a la reglamentación aplicable a los bancos de datos médicos automatizados

Recomendación R (83) 10, de 23 de septiembre de 1983, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, relativa a la protección de los datos de carácter personal utilizados con fines de investigación científica y de estadística

Recomendación R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, sobre Protección de datos médicos

4. Derecho Español

Constitución Española, artículos 18.1, 24 y 43

Derecho Penal

Ley de Enjuiciamiento Criminal: artículos 30, 262 y 259

Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre): artículos 197-201, 413-418, 20.5, 20.7 y 450

Ley Orgánica 2/1998, de 15 de junio, BOE de 16 de junio de 1998, por la que se modifican el Código Penal y la Ley de Enjuiciamiento Criminal

Derecho civil

Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil de los Derechos al Honor, a la Intimidad y la Propia Imagen, artículos 2.1, 2.2, 7.3 y 7.4

Derecho administrativo

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. La Sentencia del Tribunal Constitucional 292/2000, de 30 de noviembre, declara inconstitucionales y nulos: el inciso «cuando la comunicación hubiere sido prevista por las disposiciones de creación del fichero o por disposición de superior rango que regule su uso o» del apartado 1 del artículo 21, y los incisos «impida o dificulte gravemente el cumplimiento de las funciones de control y verificación de las Administraciones públicas» y «administrativas» del apartado 1 del artículo 24, y todo su apartado 2

Real Decreto 994/1999 de 1 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que Contengan Datos de Carácter Personal

Derecho Administrativo-Sanitario

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (art. 10 y 61)

Decreto 3160/1963, de 23 de diciembre, por el que se regula el estatuto jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social

Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento: artículos 86, 96 y 98

Ley 3/1986 de Medidas Especiales de Salud Pública (arts. 2-4)

Normativa autonómica relacionada con la historia clínica

Decreto 272/1986, de 25 de noviembre, por el que se regula el uso de la Historia Clínica de los Centros Hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco. También Decreto 45/1998, de 17 de marzo

Decreto 56/1988, de 25 de abril de 1988, por el que se regula la obligatoriedad de la Historia Clínica en la Comunidad Valenciana.

La Orden de 14 de septiembre de 2001 normaliza los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria y regula su conservación

Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica (Cataluña)

Ley 3/2001 de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (Galicia)

Ley de Salud de Extremadura, de 28 de junio de 2001 (Se puede consultar en BOAE, núm. 169 de 5 de julio en <http://www.asambleaex.es>)

Iniciativas parlamentarias (estatales y autonómicas)

Proposición de Ley sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica. Boletín Oficial de las Cortes Generales, Serie B, 134-1, de 27 de abril de 2001. (Se puede consultar en www.congreso.es)

Proyecto de Ley de Organización Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)

nes laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses. 2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación 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.»

Se retorna así a la tradición penal española, truncada en el Código de 1870, según la cual esta conducta estaba tipificada (art. 422 del Código de 1822 y 276 del Código de 1848)^{18,19,21}. Hay que reiterar que ya hay una condena firme del Tribunal Supremo por revelación de secretos en el mundo sanitario¹².

Por otra parte, dadas las excepciones en materia de datos sanitarios, se ha señalado la necesidad de aprobación de un estatuto jurídico específico para los mismos en el que, «de acuerdo con la Recomendación 5/97, las excepciones a la confidencialidad de los datos del paciente, así como el levantamiento del secreto profesional del médico, vengan debidamente regulados por una norma con rango de ley a nivel de todo el estado»^{22,23}.

En la legislación civil, desde 1982, se considera intromisión ilegítima en el ámbito de la intimidad «la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela»²⁴.

En cuanto a la regulación administrativa, la Ley General de Sanidad (LGS) (arts. 10.1 y 10.3) señala: «*Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones sanitarias: 1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical [...] 3. 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.*» El artículo 61 advierte que deberá quedar plenamente garantizado «*el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica [...]*»

Existen además diversas manifestaciones específicas de la protección de la confidencialidad en el ámbito sanitario en relación con las enfermedades infectocontagiosas, el trasplante de órganos, las recetas médicas, los ensayos clínicos, el aborto, las técnicas de reproducción asistida, la prevención de riesgos laborales, etc.

Como regla general, la confidencialidad de la información relativa a la salud alcanza también a los familiares «a pesar de que la LGS incluyera indebidamente a éstos en el deber de información»^{25,26}. La exigencia del consentimiento del paciente para revelar datos a sus familiares está siendo recogida en las últimas iniciativas legislativas tanto regionales como estatales, mencionadas en otros artículos de esta serie (Cataluña, Galicia, Extremadura, Madrid, etc.). Por ejemplo, la ley catalana sobre los derechos de información relativos a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica²⁷, de 29 de diciembre de 2000, dice: «El titular del derecho a la información es el paciente. Se ha de informar a las personas vinculadas al paciente en la medida que éste lo permita expresa o tácitamente». En términos muy parecidos se expresa el artículo 3 de la Proposición de Ley 124/000002 sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica en estudio por las Cortes (en diciembre de 2001, en período de enmiendas e informe por la Comisión de Sanidad del Congreso).

El deber de secreto profesional que recoge el CP se refiere, en interpretación bien acogida por la doctrina, al profesional como «aquel que cumple los siguientes requisitos: ejercicio

de un empleo, facultad u oficio; ejercicio público jurídicamente reglamentado (investidura pública); y necesidad de requerir tales servicios (confidente necesario)¹⁸. Se ha defendido también una restricción del concepto de profesional recogido en el artículo 199.2 por comparación con otros preceptos del CP (en relación con el 199.1 y 417.1 se deduce que la profesión es algo más o distinto del oficio y de las relaciones laborales y de la autoridad o funcionario público) y por interpretación de la Constitución, que como ha señalado la jurisprudencia en el artículo 35.1 contrapone profesión –colegiación obligatoria siempre que no concorra el carácter de funcionario público– y oficio²⁸.

Otro de los problemas planteados en torno al sujeto del delito es establecer si es aquél obligado al sigilo por otras disposiciones, esto es, si el artículo 199.2 es una norma de remisión. Como señala Romeo Casabona¹³, el Código no aclara si se establece «una obligación jurídica bajo amenaza de sanción penal», o si «tal obligación habrá que extraerla de otros sectores del ordenamiento jurídico, en concreto de las disposiciones específicas sobre el secreto profesional». A este respecto, Morales¹⁴ entiende que el carácter jurídico del deber de sigilo que recae sobre los médicos, «se infiere del art. 10.3 de la Ley General de Sanidad», y el deber de secreto profesional de todos los que pueden acceder a los historiales médicos, del artículo 61 de la misma Ley.

Por último, es necesario determinar la posibilidad de incluir como posible sujeto del delito a los facultativos subordinados o auxiliares y al personal auxiliar. El asunto no carece de interés dada la evolución de la medicina, que en nuestros días frecuentemente se practica «en equipo». Entienden algunos autores que «se debe proyectar la obligación de secreto profesional ex art. 199.2 a todas las personas erigidas en 'confidentes necesarios', sometidos a una obligación de reserva reglada por el Estado» (facultativos subordinados o auxiliares); con relación al personal auxiliar de carácter sanitario, se aplicará el tipo del artículo 199.1 relativo a la revelación de secretos de otro conocido por razón de su oficio («*El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses*»).

La solución en relación con los facultativos subordinados o auxiliares se deriva de la interpretación de profesional que, a los efectos del artículo 199.2, antes se ha apuntado; respecto al personal auxiliar, su obligación de secreto profesional se puede derivar por remisión, igual que para los facultativos, de normas que la establecen.

Historia clínica, recogida y custodia de la información

En cuanto a la recogida y custodia de la información clínica, hasta la fecha se carece de una norma de ámbito nacional que regule la elaboración, uso, custodia y acceso a la historia clínica (hay alguna referencia en la LGS, art. 61). Hace años que se intenta establecer una regulación adecuada. A partir de 1997, con la Recomendación 5/97 del Comité de Ministros del Consejo de Europa²⁹ cristalizaron propuestas serias como las del grupo de expertos en información y documentación clínica³⁰ y la propuesta de regulación básica posterior elaborada por técnicos del Ministerio de Sanidad a partir de este trabajo³¹. Por fin en el año 2001, y gracias a la cristalización de iniciativas autonómicas más ágiles, como la catalana o la gallega, se está tramitando una proposición de ley con visos de salir adelante en la presente legislatura. Además, paralelamente se ha ido ajustando en estos años la legislación sobre protección de datos no sólo en Europa³² y en España (véase la tabla 2), sino también en EE.UU.³³.

Siguiendo los criterios aprobados y los que inspiran la iniciativa parlamentaria en trámite, así como opiniones doctrinales, jurídicas y medicolegales^{34,35}, e incluso consideraciones clínicas³⁶, éstos son algunos de los principios reguladores a considerar en esta materia:

1. *Elaboración.* Ha de procurarse la mayor integración de la historia clínica. Como mínimo, será única en un centro. Se podrá elaborar en un soporte que garantice la calidad y confidencialidad de los datos.

2. *Contenido.* La historia recogerá los datos de identificación del paciente y de la asistencia, los datos clínicoasistenciales y los datos sociales.

3. *Custodia.* Los centros deberán garantizar la calidad de los datos, su confidencialidad y, en general, los principios recogidos en la Ley Orgánica de protección de datos personales. Historia clínica y datos relativos a la salud no son equiparables y, por tanto, en principio tampoco lo son historia clínica y confidencialidad profesional. Según De Ángel³⁷, partes de la historia clínica, como los datos demográficos, no estarían sujetas al secreto y sí lo estarían algunos aspectos no incorporados a la historia. Pero frente a esta idea, los datos personales de cualquier categoría, confiados a un facultativo en una relación médico-paciente, con finalidad de diagnóstico o tratamiento, son confidenciales (recuérdese el art. 10.3 de la LGS: el paciente tiene derecho 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»). Por tanto, en un sentido general se puede decir que todo el contenido de la historia está sometido al deber de confidencialidad.

Algunos hospitales han optado por la cesión de la custodia a empresas privadas de servicios, si bien los centros mantienen la titularidad de la competencia para conservar, facilitar el acceso o destruir las historias. Esta práctica permite el ahorro de espacio, de inversiones y mayor agilidad en la localización de la documentación, pero puede dificultar la disponibilidad inmediata de los datos del paciente en un caso de urgencia, puesto que normalmente se concierta un régimen de entrega de las historias solicitadas con anterioridad. Para solventar este inconveniente, en general, se mantienen las «historias activas» en el centro hospitalario y se trasladan las «no activas» a la empresa contratada³⁸.

En cuanto a los peligros para la confidencialidad, dado que el hospital mantiene sus obligaciones, deberá garantizar que se establecen medidas para asegurar la confidencialidad de la información (p. ej. identificando las historias mediante una clave y no mediante datos del paciente). De cualquier forma, los responsables de la empresa quedan sujetos al deber de preservar la confidencialidad sobre las informaciones conocidas en el ejercicio de su empleo. Por otra parte, existen medidas como la asignación de clave de acceso y el registro de accesos que aseguran un control mayor incluso que con el soporte de papel.

4. *Uso.* La historia está destinada a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Se puede acceder a la historia con otros fines, epidemiológicos, de investigación o de docencia, con sujeción a lo establecido en la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal.

5. *Acceso.* El paciente tiene derecho de acceso a la historia, si bien se deben respetar los derechos de terceros a la confidencialidad de sus datos y de los profesionales respecto a la reserva de sus anotaciones subjetivas.

En cuanto a la organización de la historia, actualmente no responde a criterios referidos a grados de confidencialidad. Tengamos en cuenta, por una parte, que los datos relativos a la salud son considerados especialmente sensibles, lo que dirige a una regulación específica de éstos. Por consiguien-

te, en la historia clínica podemos establecer ya 2 grados de protección de datos: los que estrictamente se refieran a la salud del paciente, y el resto. Por otro lado, en cuanto al acceso a la historia, tema controvertido que desborda los límites de este trabajo, se ha distinguido la parte que aporta el paciente o que resulta de pruebas médicas que podríamos llamar «objetivas» como, por ejemplo, los índices que resultan de un análisis de sangre, de aquella otra fruto de una apreciación médica «subjetiva». En definitiva, se han establecido como criterios de protección o de restricción en el acceso el que los datos se consideren sensibles y el origen de los mismos, pero no son criterios que se distingan en la organización de la historia y, por tanto, es difícil, a efectos prácticos, una clara diferenciación.

Es oportuno recordar que el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que Contengan Datos de Carácter Personal (Real Decreto 994/1999 de 1 de junio, provisional mientras no se desarrolle el reglamento de la nueva Ley Orgánica) divide en 3 niveles las garantías de seguridad de los datos siguiendo criterios de «sensibilidad de los datos». Esta vía es seguida también por la Recomendación (97) 5 del Consejo de Europa²⁹ para asegurar la reserva, donde se aconseja que en el diseño del sistema de procesamiento se permita la separación de los datos identificadores y en datos relativos a la identidad de las personas, los datos administrativos, los datos médicos, los datos sociales y los datos genéticos (principio 9).

La informatización de la historia clínica

La informatización de la historia merece unas breves consideraciones específicas³⁹. El procesamiento informático favorece el establecimiento de criterios de confidencialidad de datos para su organización, lo cual facilitaría el acceso restringido y la garantía de la intimidad del paciente en general. Por otra parte, supondría un gran ahorro del espacio dedicado al almacenamiento, y otras ventajas como la facilidad de acceso a una historia única en diferentes servicios, la igualdad en el tratamiento en tanto su elaboración se acercaría más a un formulario, la legibilidad, la uniformidad en la introducción de datos, etc. Pero estas características encierran otros peligros como la disminución de la garantía de confidencialidad y la despersonalización de la relación médico-paciente, el consumo de tiempo, personal, coste de instalación, etc. Por otra parte, tampoco se solucionarían del todo los problemas del almacenamiento en papel, puesto que sería aconsejable una copia de seguridad por si fallan las redes, y ciertos documentos, como placas de rayos X, todavía no se almacenan informatizados⁴⁰.

Por último, recordemos de nuevo que en la organización de historias clínicas automatizadas debe tenerse en cuenta el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que Contengan Datos de Carácter Personal, anteriormente citado, como marco de referencia para promover las adecuadas medidas previstas en la LORTAD, y que continúan en vigor. Recordemos también que según la nueva Ley Orgánica, «los ficheros y tratamientos automatizados, inscritos o no en el Registro General de Protección de Datos deberán adecuarse a la presente Ley Orgánica dentro del plazo de tres años, a contar desde su entrada en vigor [...] En el supuesto de ficheros y tratamientos no automatizados, su adecuación a la presente Ley Orgánica [...] deberá cumplimentarse en el plazo de doce años a contar desde el 24 de octubre de 1995, sin perjuicio del ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación por parte de los afectados». En relación con esta obligatoriedad de respeto a la normativa de protección de datos, debemos advertir que los

ficheros personales quedan al margen de la regulación de la Ley Orgánica Protección de Datos (art. 2.2) y, por tanto, esto es aplicable al contenido del ordenador personal del médico. No obstante, estos datos quedan sujetos al deber de confidencialidad en tanto afectan a la intimidad del paciente. Esta es la vía de protección de los mismos, cuando no se aplica la regulación de la protección de datos personales archivados.

Límites del derecho a la confidencialidad. Excepciones al «deber de secreto»

Como es sabido y ha reiterado el Tribunal Constitucional, «los derechos fundamentales pueden ceder, desde luego, ante bienes, e incluso intereses constitucionalmente relevantes, siempre que el recorte que experimenten sea necesario para lograr el fin legítimo previsto, proporcionado para alcanzarlo y, en todo caso, sea respetuoso con el contenido esencial del derecho fundamental restringido»^{6,41}.

Pues bien, si la confidencialidad es una manifestación de la intimidad, y ésta un derecho fundamental, el deber de confidencialidad puede recortarse tal como se señala en el párrafo anterior.

El incumplimiento del deber jurídico de secreto/confidencialidad, y la consecuente subsunción de la acción de revelación en el artículo 199.2 del CP, puede estar justificado por: a) el estado de necesidad, y b) el cumplimiento de un deber (incluido el imperativo legal). Asimismo puede desaparecer la obligación cuando el propio implicado consiente o autoriza la revelación de la información.

Cuando al médico se le presenta un conflicto entre dos bienes jurídicos o dos deberes, se pueden tener en cuenta como criterio de valoración las penas previstas para la conducta que se realiza y para la que se evita. Ahora bien, éste no es el único criterio. Habrá que ponderar también los intereses en juego (p. ej., el interés de mantener la confidencialidad para el buen funcionamiento del sistema sanitario –confianza social–, la quiebra de una relación de confianza necesaria para el correcto ejercicio de la medicina, etc.).

1. *Estado de necesidad.* Dice el artículo 20 del CP: «Están exentos de responsabilidad criminal [...] 5. El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurran los siguientes requisitos: Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar. Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionalmente por el sujeto. Tercero. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo obligación de sacrificarse.»

Para el análisis que nos ocupa, lo importante será establecer que la quiebra de la confidencialidad no es un mal mayor que el que se trata de evitar.

2. *Cumplimiento de un deber.* Según el artículo 20 del CP: «Están exentos de responsabilidad criminal (...) 7. El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.»

Los deberes que impone la ley y que pudieran colisionar con el de mantener la confidencialidad son, fundamentalmente, de dos tipos: procesal-penal y sanitario. Los deberes de naturaleza procesal-penal son el deber de denunciar un delito, el deber de impedirlo y el deber de declarar como testigo. Como deber de naturaleza sanitaria está que el médico debe comunicar a las autoridades sanitarias su conocimiento sobre el padecimiento de determinadas enfermedades infecto-contagiosas o que afecten a la salud pública.

1. *El deber de denunciar un delito.* El deber de denunciar un delito viene recogido en la Sentencia del Tribunal Supremo de 4 de mayo de 1992, en el apartado 2 del artículo 450 del CP (que corresponde al capítulo II del título XX del

libro II, que lleva por rúbrica «De la omisión de los deberes de impedir delitos o de promover su persecución»), según el cual incurre en las penas del apartado anterior quien, pudiendo hacerlo, no acuda a la autoridad o a sus agentes para que impidan un delito contra la vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, y de cuya próxima o actual comisión tengan noticia.»

Según el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LEC), «los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente [...]. Los que no cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el art. 259, que se impondrá disciplinariamente. Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía, Farmacia, y tuviesen relación con el ejercicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 125 pesetas ni superior a 250. [...]»

El artículo 263 de la LEC exige de la obligación del artículo anterior a los abogados y procuradores «respecto de las instrucciones o explicaciones que recibieren de sus clientes», y «a los eclesiásticos y ministros de cultos disidentes respecto de las noticias que se les hubieren revelado en el ejercicio de las funciones de su ministerio». Se ha comentado que los médicos pudieran invocar este artículo puesto que también son depositarios del secreto profesional⁴².

Se presentan al médico, pues, dos deberes. La penalidad en caso de incumplimiento es mayor en el caso del deber de secreto. Pero esta circunstancia no es definitiva para la resolución del conflicto, sino que se debe solucionar en función de los intereses en juego. Se ha defendido que es mayor la entidad de la salvaguarda de la integridad o la salud⁴³.

2. *El deber de impedir un delito.* El conflicto es semejante al del supuesto anterior. El CP actual, en su artículo 450.1, prevé que «(e)l que, pudiendo hacerlo con su intervención inmediata y sin riesgo propio o ajeno, no impidiere la comisión de un delito que afecte a las personas en su vida, integridad o salud, libertad o libertad sexual, será castigado con la pena de prisión de seis meses a dos años si el delito fuera contra la vida, y la de multa de seis a veinticuatro meses en los demás casos, salvo que al delito no impedido le correspondiera igual o menor pena, en cuyo caso se impondrá la pena inferior en grado a la de aquél.»

3. *El deber de testificar.* Si bien la Constitución Española garantiza el secreto profesional y dice que la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o secreto profesional no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos (arts. 20 y 24), no se ha desarrollado esta previsión. Aunque esta cuestión no es pacífica en la doctrina, parece que ante la petición del juez penal de aportar la historia ésta ha de enviarse siempre, salvo que el juez autorice omitir parte de la misma. La omisión de datos sensibles y desconectados de la investigación se debe exponer razonadamente. En efecto, el artículo 410 de la LEC señala que «todos (...) tendrán obligación de concurrir al llamamiento judicial para declarar cuando supieren sobre lo que les fuere preguntado si para ello se les cita con las formalidades prescritas en la ley.» No se prevé ninguna excepción fundamentada en el deber de secreto médico/derecho a la confidencialidad. Tampoco está articulada la posible negativa en vía civil⁴⁴.

4. *El deber de comunicar casos de enfermedades infecto-contagiosas.* En defensa del interés público frente al individual, existen previsiones legales de declaración obligatoria expresa de determinadas enfermedades, y otras en las que pudieran caber restricciones al derecho a la confidencialidad del paciente, como medida especial en materia de salud pública. Con frecuencia las comunicaciones son simple-

TABLA 3

Marco deontológico*Medicina*

Organización Médica Colegial (OMC)

OMC, 1990⁴⁸: cap. 4, arts. 16-20OMC; 1999⁴⁵: cap. 4, arts. 14-16*Ámbito catalán*Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB), 1978⁴⁹: cap. III, arts. 23-31Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña, 1997⁴⁶: cap. IV, arts. 28-40

Obligación del médico a guardar el secreto profesional (art. 14 OMC y arts. 28 y 30 COMB)

Importancia de exigir por parte del médico el hacer extensivo el cumplimiento del secreto profesional a los trabajadores que trabajen con él, siendo él el máximo responsable de su cumplimiento (art. 15 OMC y arts. 34, 35 y 36 COMB)

Situaciones en las que puede ser preciso la ruptura del secreto profesional (art. 16 OMC y art. 31 COMB, que incluye la situación en la que se presume un muy probable bien para el paciente, las situaciones de malos tratos a niños, ancianos, discapacitados psíquicos o actos de violación).

Artículo 16 (OMC)

1. Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estima necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:

a) Por imperativo legal

b) En las enfermedades de declaración obligatoria

c) En las certificaciones de nacimiento o defunción

d) Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.

e) Cuando se vea injustamente perjudicado al propio paciente (...)

Se hace referencia a la utilización de los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias (art. 17 OMC y art. 37 COMB).

*Enfermería*Organización Colegial de Enfermería, 1989⁴⁷: arts. 19-21

mente a efectos epidemiológicos y no precisan de datos de identificación. Cuando sí se identifica al sujeto, debe considerarse la transmisión de la información a otra instancia sanitaria, también obligada a preservar la confidencialidad, con las debidas medidas de seguridad para que no se rompa la confidencialidad en el proceso de transmisión de la información. De ahí que se haya hablado en estos casos de «secreto compartido».

Marco deontológico

En la tabla 3 se enumeran los artículos específicos de los códigos de la Organización Médica Colegial (OMC)⁴⁵, el Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB)⁴⁶ y el Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería⁴⁷ que tratan sobre la confidencialidad o el secreto profesional.

Además, a lo largo de los propios códigos hay otras referencias que enmarcan el tratamiento de este tema. Por ejemplo, en el Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) de la OMC se señala que la principal lealtad del médico es la que debe a su paciente (art. 4), se remarca la necesidad de una plena relación de confianza entre médico y paciente (art. 7) y se hace referencia a la necesidad de guardar el secreto médico sobre las historias clínicas (art. 13).

Por último, se hace referencia a la tortura y malos tratos (art. 30, OMC) destacando la necesidad de denunciarlos a la autoridad competente cuando se tenga constancia de ellos.

Deliberación práctica sobre el tema

Una vez presentados los marcos ético, normativo y deontológico en un plano general, en esta sección se comentan elementos complementarios para la deliberación práctica sobre el tema en estudio pero sin llegar a observaciones específicas sobre los casos clínicos, que quedan reservados para la última sección.

Se enmarcan estas consideraciones prácticas en una matriz con dos ejes. El primero recorre los distintos protagonistas implicados en la atención sanitaria, desde los individuos, pasando por los equipos, los comités, las instituciones, los legisladores y la propia sociedad. El segundo eje atiende a distintas facetas de los anteriores protagonistas: la relativa a la actitud, la relacional, la técnica-formativa y la organizativa. El dinamismo de funcionamiento de este doble sistema tanto desde el punto de vista de los protagonistas como de las facetas contempladas debe ser el del compromiso con la idea de *proceso*: proceso como modo de ir recorriendo un camino con distintas etapas desde donde estamos a donde queremos llegar, con especial atención al esfuerzo por identificar los puntos de transición de una situación a otra.

Desde el punto de vista de los individuos como profesionales sanitarios, conviene destacar la necesidad de poner a punto una serie de actitudes, hábitos y compromisos. Respecto a las actitudes, es tarea de cada profesional sanitario tomar conciencia y encarnar en el ejercicio de la propia profesión aquellas notas que le son propias y que la sociedad espera y exige de ella. Se trata de fomentar un clima de confianza y lealtad, reconociendo en principio el legítimo gobierno de cada uno, en este caso de cada paciente, sobre su vida, prestando ayuda para posibilitarlo en condiciones de enfermedad a fin de que cada cual desarrolle su proyecto vital, su modo de entender y pasar por la vida, y siendo exigente con el respeto a la necesaria y exigible confidencialidad. No se trata sólo de estar convencidos de que este respeto a la confidencialidad no es algo meramente formal, sino que hay que traducir este convencimiento en contenidos específicos materiales que cada uno tiene que concretar en su manera de desenvolverse en el ejercicio de la medicina, en su forma de relacionarse con los pacientes y con terceras partes, y en su modo de organizar su actividad asistencial. Por supuesto, no son iguales los contextos urbanos que los rurales, ni las relaciones esporádicas que las continuadas a lo largo de los años. Pero en definitiva la actitud que reclama el ejercicio de la medicina es la de la prudencia y la sobriedad, limitando la información sobre personas ajenas.

Pero además de ser una persona merecedora de confianza por convicción, carácter y actitud, hay que aprovechar la relación clínica, basada en esa confianza mutua, para que sea una aliada del proceso diagnóstico y terapéutico. En este sentido va a ser decisivo el modelo de relación por el que apostemos y que influye en la manera de abordar los asuntos relativos a la confidencialidad, según sea ese estilo concreto de articular la relación. En otros trabajos de esta serie de «Bioética para Clínicos» se han ido presentando distintos elementos de esta dimensión relacional. Por ejemplo, en el correspondiente al consentimiento informado al hablar del manejo de la información y la toma de decisiones⁴⁸. También en el trabajo sobre el deber de no abandonar a los pacientes se presentan distintos modelos de relación⁴⁹ y se promueve uno «ideal» que se mueve en las coordenadas de la deliberación, la participación compartida, la asociación, y también «la responsabilidad fiduciaria y cuasi contractual». Es en esta relación clínica en la que se combinan las obligaciones de los profesionales de cuidado, de confidencialidad y de alerta o prevención. La actual realidad asistencial, con la participación de muchos profesionales (sanitarios y no sanitarios) y el trabajo en equipo, no modifica estas exigencias, aunque implique más esfuerzo y creatividad para cumplirlas. Si cada profesional es consciente de sus obligaciones, no pueden diluirse éstas en el conjunto de los equipos. Tanto en el ámbito individual como de equipo es importante subrayar la necesidad de mantener al día no sólo los conocimientos científico-técnicos oportu-

TABLA 4

Recomendaciones sobre la confidencialidad. Aspectos más relevantes

El documento diferencia entre

1. Confidencialidad de los datos de los propios profesionales
 2. Confidencialidad en la actividad asistencial
 3. Confidencialidad y los medios de comunicación
 4. Confidencialidad en la documentación clínica
1. Confidencialidad de los datos de los propios profesionales
 - Determina la utilización y acceso de los datos (administrativos, identificativos, sanitarios y de actividad) de los profesionales del centro
 2. Confidencialidad en la actividad asistencial
 - Como norma general, en caso de adultos capaces, la información se ha de facilitar al mismo paciente en las condiciones de privacidad más adecuadas. Se ha de recabar la autorización de éste para informar a terceros (familiares, etc.)
 - El acceso a los aspectos confidenciales del paciente se tiene que limitar a los profesionales que colaboran en su atención
 - Es responsabilidad del equipo asistencial un adecuado cuidado de la confidencialidad
 - Se reconocen las excepciones recogidas en la Ley General de Sanidad y se incluye el privilegio terapéutico y el «derecho a no ser informado»
 - Se incluye la consideración especial del «menor maduro» y algunas otras situaciones especiales
 - Se recuerda la necesaria autorización del paciente para la utilización de medios iconográficos
 3. Confidencialidad y los medios de comunicación
 - Se determina un responsable institucional de relación con los medios de comunicación.
 - Como regla general no se puede facilitar información de pacientes individuales a los medios de comunicación. Es el paciente o sus representantes quien prioritariamente han de determinar que información facilitan.
 - El acceso de los medios de comunicación al ámbito asistencial debe contar con la autorización y conocimiento del equipo asistencial.
 4. Confidencialidad en la documentación clínica
 - El paciente o sus representantes pueden acceder a todo el contenido de la documentación del paciente. En caso de defunción pueden acceder los familiares más cercanos si el paciente no había manifestado lo contrario
 - Sólo los profesionales implicados en la atención del paciente pueden acceder a su documentación, a excepción de los estudios de investigación
 - A la Administración de Justicia se le facilitará aquella documentación de la historia clínica que derive de procedimientos penales
 - Se determina el acceso de la Administración Sanitaria y de las compañías aseguradoras

Sintetizada de Corporación Sanitaria Parc Taulí⁶⁴.

nos, sino también los conocimientos y habilidades de comunicación, consejo asistido, negociación y deliberación asociados a todo ejercicio correcto y de calidad de la medicina. De la misma manera, si el conjunto de los profesionales tiene claras las líneas maestras en el desempeño de su tarea, no es aceptable que se creen dinámicas «institucionalizadas» de trabajo, rutinas, organización y estructuras que contradigan aquello que proclamamos teóricamente. Pañella et al⁵¹ lo reflejan muy acertadamente al hablar de los elementos de un grado de confidencialidad que tiene que ver con lo estructural. Es una de las grandes asignaturas pendientes de la modernización de nuestra sanidad el atender a la organización de la asistencia, más allá de criterios economicistas o de comodidad profesional, considerando en mayor medida la comodidad del que acude a los servicios sanitarios: la arquitectura y disposición de espacios de nuestros centros asistenciales deja mucho que desear; la propia organización sanitaria también, y más si está masificada; los circuitos de trabajo están a menudo consolidados «por rutina» (documentación al alcance de todo el mundo, historias clínicas sin control, discusión de casos clínicos en locales públicos, información en los pasillos, traslado de pacientes con su historia por áreas no asistenciales, etc.); el recurso a las tecnologías de la información, gran oportunidad para mejorar su tratamiento, pero también gran peligro de que se descontrolen si se hace descuidadamente, etc. Las instituciones deben tener, por tanto, un empeño específico «proactivo», más allá de la mentalización y formación de los profesionales, para desarrollar adecuadamente las exigencias que se derivan de la debida confidencialidad en la relación clínica. La bioética clínica tiene que estar armonizada en una bioética integrada (clínica/de una organización/de una comunidad)⁵². En este sentido la confidencialidad es un claro problema de organización⁵³, como hemos visto. Así las cosas, hay que multiplicar iniciativas como las de la Corporación Sanitaria Parc Taulí⁶⁴ a través de su Comité de Ética Asistencial (tabla 4), la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) a través de la creación de grupos de trabajo sobre Bioética y Medicina de Familia, y en concreto con el de «Confidencialidad en Atención Primaria»^{10,55}

(tabla 5), o la Asociación Española de Derecho Sanitario con su Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional especialmente a través de su Unidad Didáctica 4 sobre «Secreto médico y confidencialidad de los datos sanitarios». En el ámbito internacional, merece destacarse también el folleto sobre confidencialidad del General Medical Council británico, donde destaca el análisis de las situaciones en las que la revelación de la información puede estar justificada⁵⁶. Estas experiencias apuntan pistas de trabajo que afectan a los profesionales, a los colectivos, a las instituciones, a la legislación, etc., y son en sí mismas un ejemplo de cómo puede contribuir un colectivo (sociedad científica o profesional) o un comité institucional a promocionar un clima más crítico y reflexivo sobre la confidencialidad. Conviene destacar especialmente el papel de los comités de ética asistencial por ser herramientas del interior de la propia institución dispensadora de la asistencia sanitaria. Este papel de promoción dentro de la institución de una mejor calidad asistencial (en este caso, por la vía de la mejora y respeto de la confidencialidad), de unas mejores políticas de calidad y de unas propuestas de evaluación de la calidad más útiles, que no es una cosa muy distinta de lo que pretenden estos comités a la postre, está todavía prácticamente inédito salvo honrosas y contadas excepciones. Además, es conveniente que las instituciones revisen sus políticas y procedimientos de mantenimiento de la confidencialidad⁵⁷. Un elemento importante de deliberación práctica tiene que ver con la historia clínica como uno de los vehículos principales de potencial (y efectiva) vulneración de la confidencialidad. Ya hemos visto antes las posiciones más comunes en el mundo jurídico. Desde el punto de vista ético-clínico, hay que decir que si la confidencialidad es un medio de preservar la autonomía del paciente, otro aspecto clave para conseguir ésta es el acceso a la información en torno a su enfermedad⁵⁸. El documento donde se recoge toda esta información es la historia clínica, y parece lógico que, si el paciente es el titular de la información, pueda acceder a todos los contenidos de su historia. Dentro de ésta hay diversos documentos (curso clínico, de tratamiento, de consentimiento, pruebas complementarias, etc.) y como principio

TABLA 5

Propuesta de solución ante los problemas de confidencialidad detectados en atención primaria**1. Cuestiones de actitud («abrir los ojos»)**

Tener presente la necesaria reserva y el deber de secreto por parte de todo el personal sanitario. Entre las prácticas a proponer estarían:

- Procurar que en la carpeta o sobre exterior de las historias clínicas consten sólo datos administrativos
- Conseguir que las historias clínicas estén el mínimo tiempo posible fuera del archivo
- Evitar que queden a la vista del público documentos que puedan leerse con facilidad
- Enviar las historias y documentación clínica de un centro a otro siempre en sobre cerrado
- Evitar que los pacientes o sus familiares trasladen las historias clínicas, incluso en situaciones de urgencia. El traslado debe realizarse por personal del equipo
- Entregar los informes o resultados de pruebas complementarias al paciente o persona autorizada para solicitarlos, siempre dentro de un sobre cerrado dirigido al paciente
- Informar a los pacientes o personas autorizadas de forma personalizada y en lugares reservados del público en general
- Utilizar el despacho, la consulta u otras zonas restringidas para consultar con otros compañeros casos clínicos o dudas respecto a los pacientes
- Evitar al máximo los datos que puedan llevar a identificar a un paciente concreto en la presentación de casos clínicos con motivo docente

2. Cuestiones de decisión («ordenar la cabeza»)

La experiencia y el sentido común no siempre son suficientes para tomar una decisión correcta cuando surge un conflicto. Para ello, puede resultar útil:

- Familiarizarse con alguno de los métodos de razonamiento para la toma de decisiones ante dilemas éticos en atención primaria
- Contar con comités asesores de bioética en las áreas

3. Cuestiones de ejecución («activar capacidades y recursos»)

Determinar las carencias existentes y corregirlas llevando a cabo los cambios organizativos oportunos, y consensuar unos mínimos de infraestructura necesarios para la realización de un trabajo de calidad

En el área de admisión

– Habilitar en todos los centros un sistema de cola única dirigida, manteniendo un espacio adecuado entre el usuario que está siendo atendido y el siguiente. Por ejemplo, colocar postes móviles con cordones y pegatinas en el suelo de «espere su turno». Este sistema precisará del apoyo activo del personal del centro para respetarse, al menos hasta que la rutina lo convierta en hábito

– Reformar los espacios en aquellos centros que no cumplen los mínimos exigibles para organizar el trabajo y mantener la confidencialidad. Utilizar el espacio para atención «reservada» si existe (creándolo si no lo hay)

– Consensuar métodos para acreditar que la persona que acude solicitando una determinada información o documento sobre un usuario cuenta con la autorización del mismo. Podría adaptarse, por ejemplo, el sistema de recogida de certificados en correos

En las consultas, salas de curas y de extracciones

– Sustituir puertas batientes que facilitan el paso de una consulta a otra (de personas y de información)

– Cerrar las puertas con llave o colocar y utilizar pestillos cuando se está explorando a un paciente si por la falta de espacio no es operativo el empleo de biombos, etc.

– Evitar las interrupciones durante el tiempo de consulta para reposición de material, movilización de historias y papeles, etc.

– Revisar la necesidad de rejillas en las puertas, buscando otros medios para garantizar la ventilación que no atenten contra el derecho a la intimidad

– Instalar hilo musical o similar en las salas de espera para disminuir la posibilidad de escuchas involuntarias

En relación con el movimiento de papeles

– Simplificar los circuitos de movimiento de documentos entre distintos centros

– Nombrar un responsable de dicho movimiento

– Informatizar los servicios, cuidando el acceso a la red e impidiendo éste a toda persona ajena a la institución y al personal no autorizado

– Elaborar instrucciones explícitas para la resolución de actividades concretas, sobre todo cuando pueden ser realizadas indistintamente por distintos colectivos. Podría tomarse como ejemplo el documento «Accés a la documentació clínica. Protocol d'actuació. Institut Català de la Salut 1998»⁷⁶

Dentro de una política global de empresa, la preocupación por la salvaguarda de la confidencialidad debería formar parte de la cartera de servicios de los centros, especificando el deber de guardar secreto en los contratos del personal de los centros de salud, incluyendo actividades formativas sobre confidencialidad en las ofertas de cursos de formación continuada, nombrando personas responsables del cumplimiento del deber de secreto y estableciendo indicadores auditables relacionados, por ejemplo, con:

– Revisión cuantificada de la presencia de información clínica (alergias, códigos de enfermedades crónicas, infecciosas, etc.) en los sobres o cara externa de las carpetas de las historias clínicas

– Revisión del movimiento de documentos para establecer «circuitos de confidencialidad garantizada» y su mantenimiento: número de valijas en mal estado, número de documentos clínicos enviados fuera de un sobre

– Revisión de la aplicación de medidas correctoras ante la detección de carencias estructurales o problemas organizativos (mala insonorización, interrupciones durante la consulta, etc.)

– Revisión del deber de salvaguarda y custodia en la solicitud de información clínica por terceros (registro de dicha solicitud en la historia clínica y si se ha facilitado o no)

Sintetizada y adaptada de Delgado Marroquín MT⁵⁵.

general habría que garantizar el acceso del paciente a todos ellos. Sin embargo, existe la eterna discusión en torno al acceso al curso clínico por cuanto se arguye que un acceso por parte del paciente a este documento puede generar desconfianza en los profesionales, desconfianza que eluda transcribir en la historia clínica aspectos esenciales para el tratamiento del paciente. Otras razones aducidas son aquellas que argumentan que el curso clínico es «propiedad intelectual» de aquel que lo redacta y que el paciente no puede tener acceso a esos datos.

Si se defiende la autonomía moral del sujeto, también en los aspectos relativos al manejo de su salud, parece difícil argumentar una limitación al acceso de su propia historia. Habría una excepción a este acceso, aquella en donde existan datos que puedan perjudicar a terceras personas. Esta postura también alimenta una transparencia que debe generar, en último término, confianza. Como muchas otras cuestiones, no sólo es importante el qué, sino también el cómo se regula este acceso. Si la información es un proceso dialógico y «personalizado», se debiera huir de toda solución fácil

y burocrática a la hora de acceder a un elemento tan importante de la historia clínica. Por ello, en aquellas situaciones donde el paciente o sus representantes exigen el acceso al curso clínico, se debiera garantizar un acceso personalizado, con conocimiento y participación de los profesionales implicados, que son los que mejor pueden explicar las anotaciones y los datos allí registrados. Generalmente cuando se producen estas situaciones existen elementos de insatisfacción que se traducen en esta demanda de información. Responder con transparencia, con políticas que generen confianza en los pacientes, no sólo da respuesta al respeto a la autonomía del paciente, sino que también incluye argumentos consecuencialistas como el de generar o mantener la confianza de la sociedad.

Por todo lo anterior parece necesario que nuestras instituciones determinen dentro de sus políticas de confidencialidad⁵⁹ quién, cómo y cuándo (se) puede acceder a la documentación clínica del paciente y evitar situaciones donde resulte muy difícil acceder no sólo al curso clínico, sino también a cualquier otro tipo de documentación⁵⁴.

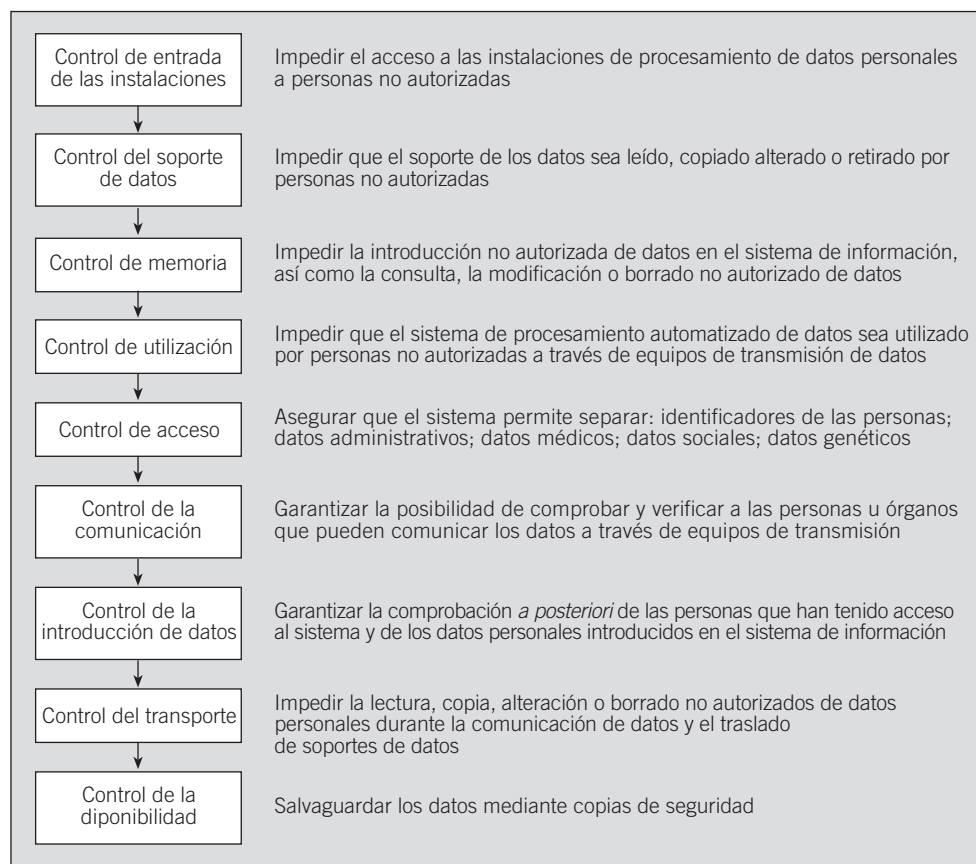


Fig. 1. Algoritmo de control de datos sanitarios informatizados con el fin de asegurar la confidencialidad, la integridad y la exactitud de los datos personales (tomada del Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona⁶⁰).

A los retos que venimos arrastrando sobre la historia clínica (en formato papel), se le han añadido otros nuevos con el proceso de informatización creciente de nuestra sociedad. Debemos esforzarnos todos –profesionales, instituciones, administraciones públicas, etc.– por aprovechar las oportunidades que ofrecen estas nuevas tecnologías de mejora de la atención y el servicio que se le brindan al usuario enfermo, extremando el cuidado para evitar y limitar las consecuencias negativas, por ejemplo, aquellas que pueden comprometer la confidencialidad. En la figura 1 se presenta un algoritmo que ilustra los distintos elementos de control para asegurar la confidencialidad, la integridad y la exactitud de los datos personales informatizados⁶⁰.

Por último, más allá del marco actual legislativo, los retos que presenta la confidencialidad ante la informatización, ante la gestión de las bajas laborales, ante la relación con las aseguradoras u otros proveedores de asistencia sanitaria, ante el control económico de la asistencia, ante el conocimiento de datos genéticos exigen, lo hemos dicho ya, un tratamiento específico, nuevas herramientas legislativas y mecanismos de seguimiento y evaluación de los instrumentos que se estén aplicando en cada momento. En este sentido es esperanzador el reciente dinamismo creado en este tema con las nuevas leyes autonómicas y la tramitación de una ley estatal que hemos mencionado.

Comentario final sobre los casos clínicos

Los casos con los que se abre este trabajo cartografían gran parte del territorio del problema de la confidencialidad sin agotarlo (no se menciona aquí el tema de la confidenciali-

dad en menores, desarrollado en otro artículo de esta serie¹; tampoco se alude a la confidencialidad en el tema de las bajas laborales, comentado también en otro artículo⁶¹; no se entra en el tema específico que plantea la confidencialidad de los datos genéticos). Nos encontramos con diversas situaciones que van introduciendo elementos que pueden entrar en juego en la relación clínica. En la figura 2 se presenta el «mapa parcial» de los problemas relacionados con la confidencialidad enunciando los aspectos destacables de cada caso, que pasamos a analizar con más detalle.

Caso A

Este caso presenta una situación en la que una tercera persona cercana al enfermo, en este caso su madre, solicita información sobre el enfermo, su hijo, en relación con unas analíticas de unas determinadas enfermedades infecciosas que sabe se han realizado. Sabemos que Juan, nuestro paciente, es un varón de 28 años que parece haber superado una adicción a drogas por vía parenteral desde hace tres años y vive desde entonces con su pareja y, por tanto, ya no con su madre. No conocemos elementos de su dinámica familiar previa, pero no es difícil presumir que su familia ha pasado por situaciones muy duras con la adicción de Juan. No hay motivo para pensar que la relación actual con la familia sea mala, y el interés de la madre muestra cierto seguimiento y preocupación por su hijo, aunque no sepamos con certeza cómo «vive» Juan la relación con su madre. Por otra parte, la información que se solicita, los resultados de unas analíticas de sangre para enfermedades infecciosas (VIH, VHB y VHC), dentro de que toda información sanitaria

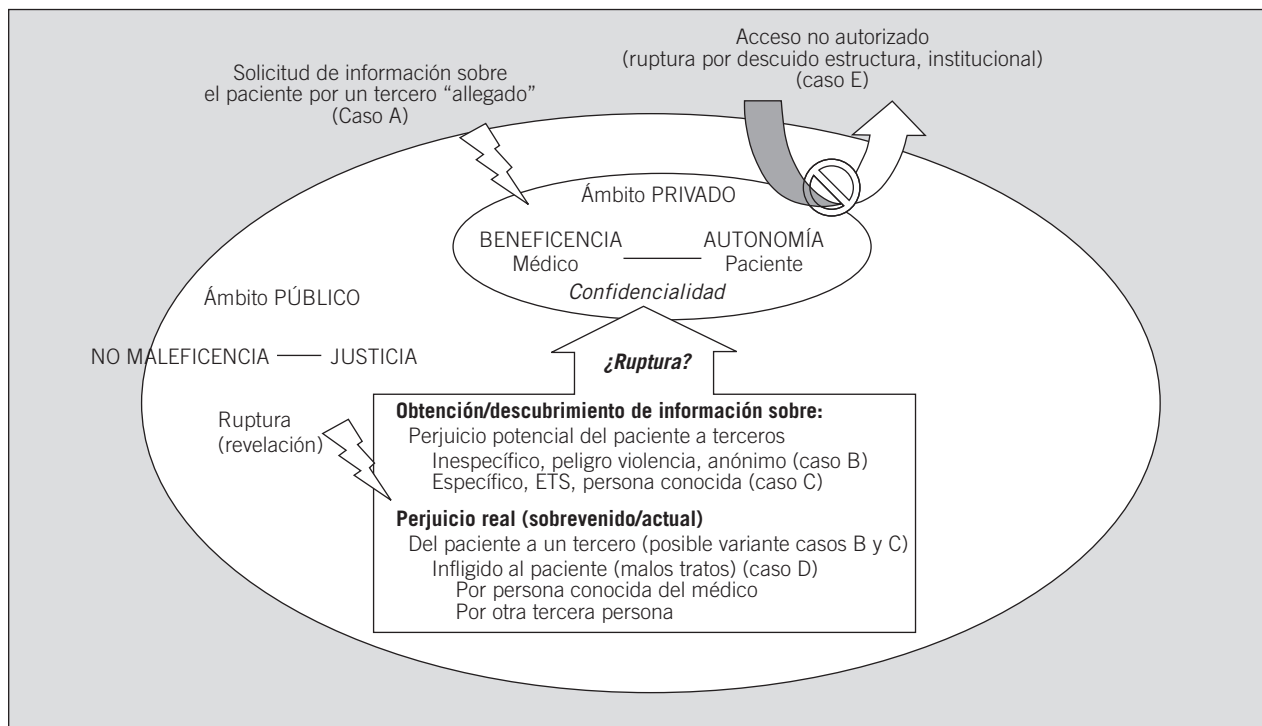


Fig. 2. Marco de análisis de los problemas relacionados con la confidencialidad en la práctica clínica. ETS: enfermedades de transmisión sexual.

o sobre el cuerpo es sensible, reviste una especial connotación (de salud pública) por posible afectación a terceros. El hecho de que la madre no sea una persona con la que convive el paciente disminuye las posibles connotaciones de peligro físico (contagio) potencial que pudiera ir a favor del interés de la madre en conocer el resultado. No sabemos el grado de conocimiento de la madre sobre las analíticas practicadas, es decir, si está enterada de los resultados de las tres pruebas o está fundamentalmente interesada por el resultado de la prueba del VIH. El hecho de que previsiblemente sea esta prueba la que la angustia fundamentalmente, y el dato de que haya salido negativa, pueden tentar al Dr. Pérez a aliviar su angustia comunicándole este resultado, tentación en la que sería un error caer. Por el contrario, ante la incomodidad de la situación, también puede sentirse tentado de despachar el asunto ocultando que ya ha recibido los resultados. Asimismo, convencido de su obligación de confidencialidad para con Juan, puede espetar a la madre que él tiene obligación de preservar la confidencialidad y no puede facilitar este resultado de ninguna manera. Ninguno de estos cursos de acción parece el mejor para salvar los distintos elementos que entran en juego en esta situación. He aquí una propuesta que parece más equilibrada:

1. Respecto al deber de confidencialidad, el punto de partida genérico (sobre todo sin conocer otros elementos específicos de la relación madre-hijo) preserva este vínculo de la relación privada y, en conclusión, la respuesta simple es que no se debe informar a la madre del resultado de la analítica.
2. Sin embargo, la manera de proceder desde esta posición da lugar a una aproximación muy rica desde el punto de vista relacional-comunicacional en dos sentidos, uno que tiene que ver con la relación médico-madre y otro que tiene que ver con la relación sanitario-paciente.
3. Desde el punto de vista de la relación médico-madre, es altamente deseable y recomendable:

- Validar el interés de la madre por la salud de su hijo.
- Normalizar y reconocer la legitimidad de la preocupación de la madre por la situación biográfica y los problemas que ha tenido y superado Juan.
- Sólo tras este proceso empático, explicar la necesaria y conveniente obligación de confidencialidad en la relación entre médico y paciente. Suele ser útil a este respecto poner un simple ejemplo de la relación médico-enfermo con la propia interesada como protagonista con una supuesta ruptura de la confidencialidad, añadiendo algo así como: «¿Le gustaría que a usted...?» Lo habitual es que así el familiar entienda mejor la situación, lo que permite recurrir a expresiones tranquilizadoras «yo tampoco lo haría si ése fuera el caso» o «creo que ahora puede entenderme mejor».
- Traducir esta obligación a la madre explicitando claramente cuál va a ser nuestra manera de proceder: primero hablar con Juan; compromiso de comentarle el interés y preocupación de su madre ante los resultados; ofrecerle a Juan la disponibilidad para informar o ayudar a informar junto con él a sus familiares.
- Informarle y aclarar todas sus dudas sobre las posibles enfermedades que a ella le preocupa que tenga su hijo (mecanismos de transmisión, etc.) como elemento de educación sanitaria. Es importante, desde un punto de vista preventivo, aprovechar distintas situaciones –como ésta–, en las que por uno u otro motivo existe gran interés de un paciente por un tema concreto (VIH, consumo de drogas, etc.) para realizar actividades preventivas desde la propia consulta: explorar conocimientos previos, motivaciones, etc. e informar al respecto, siempre con carácter complementario y aprovechando el «especial interés circunstancial».

4. Desde el punto de vista de la relación sanitario-paciente:
 - Afrontar primero con Juan el propio proceso de comunicación de los resultados (empezar por la percepción que tiene Juan de lo que supone un resultado u otro en la prue-

ba repasando lo que ya se ha tenido que hablar con él en el momento de solicitar la prueba; celebrar el resultado negativo en la prueba del VIH; retomar, educando y empatizando, las implicaciones del resultado positivo de la VHB y la VHC, en relación con el cuidado personal, controles periódicos posteriores, posibles tratamientos y consecuencias para la higiene, vida diaria y relaciones con terceros).

– Proceder como se le expuso a la madre y obtener las reacciones de Juan que nos ayudarán a interpretar la relación que tiene con su madre y sus deseos.

Desde una perspectiva jurídica, según se ha dicho, la confidencialidad de la información relativa a la salud alcanza también a los familiares (a pesar de los famosos «familiares o allegados» del artículo 10 de la LGS) y no se presentan las circunstancias en las que las normas indican que se les debe informar, tales como minoría de edad, incapacidad del paciente o urgencia vital. No parece tampoco que, en las circunstancias del caso, fuera invocable un estado de necesidad en el que el mal que se trata de evitar (la ansiedad de la madre) fuera de igual o mayor entidad que el que se produce (la quiebra de la confidencialidad y la revelación de datos sensibles). Por tanto, si el médico revelara esta información, en sentido estricto, estaría incurriendo en el delito de revelación de secreto profesional.

Una vez «resuelto» el caso, conviene subrayar los elementos de procedimiento que hemos visto en este trabajo y que se han planteado a lo largo de la serie: actitud deliberativa contemplando los problemas en su complejidad y no simplificándolos de manera dilemática (no hay que informar y punto) y dinámica de compromiso con el proceso (huyendo de las «fotos fijadas») a partir de la relación clínica entendida como búsqueda de un terreno común desde el respeto a los derechos y obligaciones de cada uno (consideración de elementos comunicacionales y relacionales a la hora de concretar las posturas éticas, dando tiempo y espacio a la transición, a la evolución, etc., desde la transparencia y honestidad de la exposición de la propia posición y de su manera de proceder). Todo ello sin olvidar una nota sobre el correspondiente marco jurídico y normativo de referencia. Ésta es la filosofía que puede verse en los restantes comentarios finales a los casos clínicos.

Caso B

Este segundo caso abre un nuevo espacio en relación con los problemas de la confidencialidad. Aquel en el que el conflicto surge por información que se obtiene de la relación entre el equipo sanitario y el paciente y que puede afectar o afecta a terceros. En el caso de Gerardo, la información la facilita una colega (lo que puede plantear tensiones adicionales⁶²), la psicóloga clínica, por referencias del propio paciente, y se plantea un peligro potencial inespecífico (aunque con relación a una posible violencia o ataque a la integridad física) a terceros anónimos (desconocidos, inespecíficos). La situación de Gerardo se nos presenta como un trastorno de personalidad, con acusada desconfianza e ideas de referencia. La psicóloga clínica ha conseguido cierta continuidad en la relación tras varios fracasos con otros psiquiatras, y el motivo por el que el paciente está siendo asistido es por su petición de ayuda ante la ruptura con su novia. Gerardo parece haber mostrado entusiasmo ante la posibilidad de poder trabajar como guardia jurado (con licencia de armas) y está realizando ahora un curso subvencionado para formarse con buenas expectativas de encontrar trabajo al acabar. Parece que éste es el desencadenante principal de la «interconsulta» de la psicóloga con el médico de familia de Gerardo, dado que si las cosas se

desarrollan como él espera va a necesitar en breve un certificado médico para las prácticas con armas y para el futuro contrato laboral que le ofrezcan.

La cuestión del conflicto entre la confidencialidad y la obligación de alerta en la psiquiatría ha sido siempre uno de los temas estrella en el plano ético^{63,64} y judicial desde el famoso caso Tarasoff⁶⁵. En Canadá, en un reciente caso (Smith contra Jones) se plantea un procedimiento en tres pasos para valorar la ruptura de la confidencialidad: destinatario identificable, riesgo de daño físico o muerte, peligro inminente⁶⁶. En el caso de Gerardo, no se entra directamente en la problemática propia de la psicoterapia. El posible conflicto se transfiere a la relación con el médico de familia ante una eventual certificación médica para un puesto laboral que despierta muchas dudas a los facultativos que conocen al paciente, y los cuales no estiman adecuado a la historia clínica del paciente. Damos por hecho que la comunicación entre psicóloga y médico surge desde la genuina preocupación de ambos por el paciente (a modo de interconsulta) y no como «charla de café».

Situamos por tanto el problema desde la perspectiva fundamental del médico de atención primaria en la doble vertiente de relación con su colega, la psicóloga clínica, por un lado, y en la relación con el paciente, por otro.

El médico de familia, con la información que conoce, tiene una aparente disyuntiva inicial ante dos cursos de acción extremos posibles:

– Intervenir evitando a toda costa la formación de Gerardo como vigilante y por supuesto, que trabaje como tal, para lo cual puede intentar contactar con la empresa formadora. La lógica interna de esta postura reside en primar la prevención del peligro potencial que puede suponer Gerardo por su trastorno de personalidad frente al respeto de la confidencialidad. Hay que asumir en este caso un conflicto directo y la más que probable quiebra o ruptura de la relación clínica.

– Dejar estar el tema sin realizar ninguna intervención a ver en qué quedan los acontecimientos. Desde este punto de vista, la potencialidad del peligro no se considera suficiente para romper la confidencialidad (la psicóloga tendría que dirimir un conflicto semejante).

Ninguna de estas alternativas parece, una vez más, la más ajustada al contexto y la dinámica de análisis que se ha ido exponiendo y defendiendo en este trabajo. Como se ha indicado, parece oportuno valorar y abordar dos tipos de intervenciones:

1. La primera intervención a valorar es con la propia psicóloga. Es importante partir del interés y preocupación que ha demostrado teniendo en cuenta que ha conseguido cierta continuidad terapéutica allí donde otros profesionales que la habían precedido no lo consiguieron. Conviene dedicar un tiempo a repasar con ella la evolución de la terapia con Gerardo y alentarla a que profundice en el seguimiento e informe con periodicidad. Si no existen todos los datos para aquilatar la situación clínica y el potencial riesgo para terceros que existe es importante desarrollar una estrategia común entre la psicóloga y el médico para abordar con Gerardo el asunto. Es importante ver qué visión tiene él sobre el trabajo como guardia jurado y cómo relaciona su historia clínica con esto. El objeto de esta indagación y profundización consiste en afinar los elementos que permitan ponderar lo mejor posible la situación clínica de Gerardo y el riesgo potencial que tiene para terceros.

2. En caso de que se precipiten los acontecimientos y el paciente acuda a pedir un certificado de salud, el médico debe abordar el problema con él. Debe entablar una conversación sincera sobre el objeto de ese certificado, dado

que, el médico no puede obviar que Gerardo está en psicoterapia, haciéndole saber que un certificado es un documento oficial, con implicaciones jurídicas en el que el facultativo debe recoger la verdad, no pudiendo certificar nada que no pueda verificar con exactitud. Puede intentarse emplazar a Gerardo para comentar este tema en una cita posterior conjuntamente con la psicóloga.

Evidentemente, de estas indagaciones puede resultar que el paciente entienda y acepte que ese tipo de trabajo no es para él y que puede perjudicar a su propio proceso (situación no muy probable), o bien puede provocarse una situación conflictiva y de enfrentamiento que derive en la toma de postura clara de no realizar el certificado médico, o mejor dicho, realizarlo especificando el trastorno de personalidad y la no idoneidad para un determinado tipo de trabajos como los que requieren una posible confrontación, uso de la fuerza o de armas de fuego.

Desde una perspectiva jurídica, si del estado del paciente se deduce que pudiera atentar contra la vida o integridad de otras personas con la posesión de armas de fuego, cabe preguntarse si el médico que rompiera la confidencialidad (deber de secreto en el CP) estaría exento de responsabilidad criminal por actuar en estado de necesidad, o en cumplimiento del deber de evitar delitos.

No parece que el deber de evitar delitos concurra en este supuesto, ya que no se tiene conocimiento sobre la comisión de un delito (en este caso sería un atentado con arma de fuego contra la vida o la integridad). El supuesto sólo describe la posibilidad de que Gerardo termine un curso y con posterioridad desempeñe una función. Otra cuestión diferente sería que Gerardo fuera un vigilante jurado y sufriera un trastorno de tal naturaleza que el médico tuviera la seguridad de que le llevaría a delinquir.

Si bien debemos repetir las objeciones anteriores, en situaciones más claras podría defenderse la concurrencia del estado de necesidad; como se dijo más arriba (art. 20 del CP). Por tanto, el médico que no revelara esta información no incurriría en ningún delito por incumplimiento de deber, pero si la revelara (en circunstancias más delicadas) podría ampararse en un estado de necesidad para justificar su conducta. En todo caso, nadie más que el juez dirimiría finalmente este conflicto en el plano jurídico.

Es oportuno mencionar la reciente jurisprudencia que se viene sentando en los EE.UU. favorable al secreto a pesar del riesgo que implica para terceros. Como en otras ocasiones, en el pasado año 2000, en el Estado de Georgia, se condenó a un psicoterapeuta por informar a los superiores de un oficial de policía de las fantasías homicidas de éste.

En resumen, en el caso que nos ocupa, no parece que haya que romper en primera instancia la confidencialidad ante un riesgo potencial tan poco definido. Hay que precisar mucho más la situación. En todo caso, ante la petición de un certificado médico por parte del paciente, no cabe sino discutir con él la situación y eventualmente reflejar en la certificación lo relativo a su psicoterapia y situación clínica.

Caso C

El de Federico es otro típico caso en la bibliografía bioética, abundante sobre todo desde la aparición del sida⁶⁷. La situación se desarrolla en el contexto de la atención sanitaria continuada a Federico manejando la información y las intervenciones oportunas ante la verificación de su seropositividad frente al VIH (entrevista, exploración, información-educación, consejo pre y posprueba, con su consentimiento correspondiente). En lógica continuidad asistencial, ante la recepción de la confirmación de la seropositividad se ha

continuado con el apoyo emocional, el cribado de los contactos sexuales y el enfoque preventivo-educativo de futuros contactos, que lógicamente incluyen a la mujer. Es en este último punto donde se produce resistencia por parte de Federico.

Se trata, por tanto, de una información obtenida del propio paciente a la hora de planificar la estrategia terapéutica (tras comunicarle la seropositividad frente al VIH) en la que descubrimos una resistencia a transmitir esta información a su mujer. También muestra reticencia a adoptar medidas preventivas para evitar la transmisión por vía sexual del VIH. Éste es el dato más preocupante y que exige una más cuidadosa ponderación, puesto que de ser así existe un riesgo para la esposa algo más que potencial que reclama sopesar muy bien el mantenimiento de la confidencialidad. Obviamente, el hecho de que el contagio haya sido extramatrimonial y que se trate de una enfermedad de transmisión sexual parece estar condicionando claramente la actitud de Federico.

Es muy posible que la mujer de Federico sea también paciente del mismo médico. Conviene mencionar que, aunque es muy lógico y humano que el médico experimente simpatías y antipatías por sus pacientes, y que en este caso pueda sentir desagrado ante la conducta de Federico, hay que mantener en este sentido una adecuada distancia emocional y una actitud no prejuiciosa que recorte las posibilidades de encauzar la situación. No es bueno alimentar consideraciones tipo «víctimas inocentes» y «víctimas culpables».

Una vez más el enfoque básico debe recorrer los cauces de la relación y del proceso, recurriendo a adecuadas estrategias de comunicación y deliberación. Además, la negativa del paciente a informar a su mujer y a adoptar medidas preventivas (preservativo) permite perfilar cursos de acción opuestos y otras vías intermedias más recomendables.

La primera opción consiste en preservar la confidencialidad sin cuestionar la gestión que el paciente haga de la información y de su vida, y sin afrontar incómodas confrontaciones con el paciente. La segunda, opuesta a la anterior, es proceder a informar a la esposa, rompiendo la confidencialidad por considerar que cede frente al peligro ante el que el paciente expone a su mujer con su actitud. Sin embargo, ambas opciones parecen insatisfactorias en primera instancia. Otros posibles cursos de acción parecen más recomendables. La búsqueda de objetivos intermedios, ya sean de proceso o de resultado, es muy importante en casos como éste. Una estrategia básica de trabajo incluye (aunque no necesariamente en este orden):

1. Reconocer de manera empática la difícil situación en la que se encuentra el paciente. Adoptar una estrategia exploratoria y no prejuizadora.

2. Aprovechar el marco de la relación clínica y la necesidad de seguimiento que supone el control de la seropositividad. No querer hacer todo en un solo encuentro. Sí explicitar el problema moral que sufre el médico, sobre todo si el paciente demanda un compromiso explícito de no revelación. Se debe clarificar que existe una obligación primaria de preservar la confidencialidad, que se va a respetar, y que no se va a correr a alertar a la mujer a renglón seguido, pero que se trata de un problema que hay que abordar juntos. El objetivo inmediato debe ser la provisión de medidas de protección más que la inmediata comunicación del problema a la esposa. Sin embargo, conviene recordar que ésta podría haberse infectado ya, por lo que antes o después precisará de atención sanitaria. Por otra parte, aunque se trata de una enfermedad crónica, el seguimiento médico de Federico, el tratamiento y las complicaciones que previsiblemente irá presentando difícilmente pasarán inadvertidas, por lo que

será conveniente un clima de diálogo y comunicación fluida entre los miembros del entorno familiar. Apuntar la posibilidad de justificar la abstinencia de relaciones íntimas o el uso de preservativo, por ejemplo, por prescripción facultativa ante una posible candidiasis, infección de orina, etc.

3. Ponderar exhaustivamente el alcance de la negativa del paciente. Explorar el porqué de su rechazo a la utilización del preservativo (experiencias previas, posibles roturas, miedo a quedarse solo, etc.). Buscar oportunidades de refuerzo positivo (aunque no parece que Federico tenga buenas experiencias pasadas a las que recurrir) presentándolo como un elemento de nuevas experiencias, recordando que, salvo la abstinencia de relaciones sexuales, el preservativo es el método más seguro para prevenir el contagio.

4. Promover con energía la comunicación de la información a la mujer por parte del paciente mismo, no con un discurso de recriminación sino con el ofrecimiento del apoyo efectivo oportuno para facilitar esta comunicación. Explorar los sentimientos afectivos de Federico para con su esposa e intentar utilizarlos como elementos que faciliten la comunicación de su situación: «queriéndola como dices debe de ser duro pensar que la hayas podido infectar...»; «si crees que se va a enfadar al enterarse... cómo crees que se va a sentir si se entera de que lo sabías y no se lo has dicho...»; «si está infectada, se puede beneficiar de tratamientos que le alargarán la vida y le darán una mejor calidad de vida...», «si no se ha infectado hasta ahora, no querrás que se infecte...». Recalcar que por el hecho de ser su médico estamos dispuestos a ofrecer todo el apoyo que sea conveniente, incluyendo la intermediación en el marco de una consulta conjunta u otros apoyos psicoemocionales o de terapia de pareja.

5. Ante la persistencia de una negativa por parte del paciente, tras haber revisado y agotado todas las opciones en un período razonable y prudente (¿el tiempo de «espera» es tiempo sin tratamiento para la esposa en caso de que lo necesitara!), el médico puede formular su decisión, en conciencia, de informar a su mujer si él no lo hace, por ceder el principio de autonomía que fundamenta el deber de confidencialidad para con el paciente, ante el principio de no maleficencia, que insta a prevenir el daño a la mujer. Hay que valorar y tratar de evitar un «efecto dominó» en el que se pierda la relación clínica, repercutiendo también en la salud pública en función del conocimiento que tengamos de la biografía, las prácticas de riesgo y la situación social del paciente.

6. En caso de cambio de médico por parte del paciente, el facultativo deberá valorar si informa al nuevo médico compartiéndole con él el problema de la confidencialidad y si contacta con la mujer.

Por otro lado, en casos distintos, donde hay negativa por parte de un paciente a comunicar una situación de enfermedad o un diagnóstico a su familia, y donde no hay peligro físico para ésta (no media posible contagio, etc.), la actuación final del profesional se inclinaría más a no informar aunque recalquemos la conveniencia de exhortar al paciente para que sea él mismo quien informe, ofreciéndole nuestra ayuda si lo considera oportuno.

Desde un punto de vista jurídico, si el médico comunica la enfermedad a la mujer incurrirá en la conducta típica descrita en el artículo 199 del CP, pero podría eximirse su responsabilidad en virtud de la actuación en estado de necesidad o cumplimiento del deber de evitar delitos (se ha mantenido que la transmisión dolosa o culposa del VIH es un delito de lesiones, de homicidio o tentativa de éste⁶⁸).

Hay que tener en cuenta que si se mantiene esta postura, podría sostenerse también que el médico que guardara el secreto y no comunicara la enfermedad a la mujer incumple el deber de evitar delitos, lo cual no parece oportuno dados

los intereses que concurren (la trascendencia para el buen funcionamiento del sistema sanitario, y la quiebra de confianza del paciente), que deben ser tenidos en cuenta. Es interesante en este sentido la Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 25 de febrero de 1997⁶⁹, que resuelve una demanda por revelación de datos relativos a la salud (el demandante era portador del VIH), según la cual «[...] En el momento en que esta protección no existe, las personas que necesitan un tratamiento adecuado podrían no querer dar información de carácter personal al médico. Incluso podrían dejar de consultarle.» (párrafo 95).

Caso D

El caso de Ángela presenta a una paciente que nos facilita una información sobre un daño real (con connotaciones delictivas) provocado por un familiar que es a su vez paciente del mismo médico. Se trata de un caso de malos tratos. Los contornos del caso son, por tanto, más nítidos al mediar lesiones y generarse unas obligaciones claras y recogidas en la ley de revelar esta información a las autoridades competentes, según se ha visto en los marcos ético y jurídico-normativo. Sin embargo, aún en esta situación no declina la validez de la estrategia de utilizar el proceso y la relación para abordar mejor el problema.

En esta ocasión, no parecen adecuadas tan sólo posturas simples de mera notificación de lesiones sin más (por otro lado obligatorias legalmente) o de dejar estar las cosas.

En un caso tan complicado como éste (marcada situación de desequilibrio de poder dentro de la pareja), parece absolutamente prioritario ganarse la confianza de la paciente para poder llegar lo más a fondo posible en el conocimiento de los hechos reales, cuándo comenzaron, su relación de los mismos con los estados de embriaguez, posible afectación de más miembros de la familia (desconocemos por los datos de la historia si tiene hijos, circunstancia que es muy relevante también). Es muy importante darle el tiempo necesario a la paciente para que reflexione sobre ello y no pretender someterla a un interrogatorio. También es fundamental trabajar desde el primer momento su autoestima, señalando que nadie tiene derecho a maltratar a una persona, esté en el estado en que esté, ni agredir aunque sea verbalmente la dignidad de cualquier persona. Hay que remarcar con total firmeza la confidencialidad de todo lo que se hable en la consulta y dejar siempre la puerta abierta para cualquier otro momento. Conviene señalar que quien tiene que actuar es ella misma, pero siempre ofreciéndole ayuda. En estos casos es muy útil ponerla en contacto con asociaciones o grupos de autoayuda que puedan asesorarla y con los que, al sentirse identificada, será más fácil que pueda reaccionar y actuar en consecuencia (p. ej., Instituto de la Mujer, asociaciones de mujeres maltratadas, Alcohólicos Anónimos, etc.). En estos casos, la percepción de apoyo puede verse interferida por el diferente género del médico, por lo que puede ser muy importante la intervención de otros profesionales que sean mujeres: médicas de familia, enfermeras, trabajadoras sociales, o psiquiatras y/o psicólogas de apoyo.

Hay que subrayar que todo maltrato supone un delito. Desde el punto de vista jurídico, ante la certeza de agresiones el médico debe cumplir con su deber de denunciar. No existe ninguna previsión que le exima de este deber. Rompe la obligación de secreto, pero resulta exento de responsabilidad, tal como prevé el artículo 20.7 del CP. Si no lo hiciera, se le debería imponer la sanción prevista en el artículo 450.2 del CP y en el artículo 262 de la LEC. Es obligación del profesional, por tanto, informar a la paciente de la obligación de cumplimentar el parte de lesiones correspondien-

te, que puede traer consecuencias judiciales. Pero hay que ser muy cuidadoso e intentar que sea la paciente quien participe y decida afrontar la situación. Hay que evitar la impresión de que se «destapa» el asunto porque es nuestro deber, y provocar la pérdida de la confianza y la ruptura de la relación clínica con ambos pacientes porque rechacen y no entiendan nuestro proceder (efecto iatrogénico de la notificación obligatoria).

Conviene destacar que el marido de Ángela (también paciente del médico) precisa tratamiento urgente de su dependencia alcohólica, y ofrecerse como mediador puede catalizar la situación. De nuevo las asociaciones de autoayuda pueden desempeñar un papel trascendental tanto para ella como para él.

Si la paciente lo estima oportuno, convendría valorar el realizar una intervención familiar a la que se invite a cuantos profesionales se estime oportuno y necesario. Ésta puede suponer un punto de partida excelente para un abordaje global del problema.

Recapitulando, ésta podría ser una buena secuencia de intervenciones:

1. Clarificar los antecedentes y explorar el elemento de «circunstancialidad» que argumenta la propia afectada. Se trata de realizar una valoración provisional del peligro que corre la mujer: situación de autoestima personal, grado de deterioro del matrimonio, circunstancias desencadenantes del «descontrol» del marido y frecuencia de las crisis.

2. Poner a disposición de la paciente un adecuado apoyo psicoemocional (soporte, educación, planes de seguridad si la situación fuera acuciante –no parece que sea éste el caso–, servicios sociosanitarios).

3. Iniciar una búsqueda explícita de recursos para la paciente y de terapia matrimonial para la pareja o de tratamiento psicoterapéutico para el marido, así como de recursos sociales (trabajador social, etc.). Es bueno ofrecer por escrito folletos o materiales de lo que se comente.

4. Exponer la obligación de notificar a las autoridades competentes el origen de las lesiones, lo que va a abrir un proceso de indagación judicial y peritaje. Ofrecer la posibilidad de un encuentro conjunto, según haya resultado la evaluación de la situación, especialmente si son altas las posibilidades de que el descubrimiento de la situación vaya a ser catártico para el derrumbe del marido y su aceptación de la necesidad de recibir ayuda.

5. Recuérdese que es preciso documentar todo el proceso en la historia clínica, no facilitar un informe de asistencia revelador, informar a los servicios sociales y comunicar el parte judicial de lesiones.

Una última lección de este caso es que el profesional había sido incapaz de detectar la situación que venía produciéndose desde hacía tiempo. Como decía Bertillon, «sólo se ve lo que se mira, y sólo se mira lo que se tiene en mente». No se diagnostica lo que no se piensa. No se trata de ir sospechando de todas las lesiones que se atiendan, sino de utilizar estrategias de cribado hoy bastante bien desarrolladas⁷⁰. Como afirman Larrión y Paúl⁷¹, «la elaboración de protocolos de actuación es la medida complementaria más útil desde el punto de vista de los cuidados de salud, al implicar y establecer líneas de derivación entre los diferentes profesionales implicados obligadamente en el manejo posterior de las situaciones de violencia». En España se elaboró hace unos años por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁷² un protocolo que forma parte del Plan de Acción contra la Violencia Doméstica⁷³. Es importante que el profesional de atención primaria tome conciencia del relevante papel que desempeña a la hora de atender⁷⁴ e incluso prevenir estas situaciones de violencia doméstica mediante una detección precoz⁷⁵.

Caso E

Este último caso es claramente una fábula o caricatura de situaciones que, lamentablemente, no son raras en nuestro entorno asistencial. Presenta de manera concatenada en un mismo caso muchos de los elementos organizativos, institucionales y de actitud que no funcionan como debieran a la hora de respetar la confidencialidad. Ya han sido tratados en detalle en la deliberación práctica: actitudes rutinarias y descuidadas; dinámicas perpetuadoras de comportamientos profesionales poco correctos por inercia o dilución de responsabilidades –¿quiénes son responsables del cuidado de la confidencialidad?–; estructuras institucionales desafortunadas en arquitectura, procesos organizativos, etc.; inadecuada sensibilidad institucional. Así, todos los trabajadores del sistema sanitario reciben información de cuál es su horario, sueldo u otras circunstancias laborales o profesionales; sin embargo, ¿dónde se recuerdan o comentan las obligaciones de confidencialidad?; ¿existe un seguimiento o control en ese sentido? Estas situaciones cotidianas ambientales y culturales sólo pueden combatirse educando hábitos y actitudes de respeto por el tema, debiendo reconocerse como hábitos y actitudes «valiosos» desde el inicio de la vida profesional. Del mismo modo que se evalúa cualquier otra cuestión, también estos aspectos pueden ser valorados: ¿dónde se custodian las historias clínicas?, ¿quién accede a ellas?, ¿en qué ámbitos se ofrece la información? Una de las labores primordiales de los comités de ética asistencial podría ser el desarrollo de dinámicas en las que se consideren todas estas cuestiones.

El caso también presenta los desafíos añadidos de la informatización y la solicitud de acceso del paciente a su historia clínica. Ya se han visto someramente estos aspectos en la deliberación práctica y poco hay que añadir aquí, salvo recordar las iniciativas y líneas de trabajo que se han propuesto como las de Parc Taulí (tabla 4) o la del grupo de trabajo de Bioética y Medicina de Familia de la semFYC (tabla 5). Queremos reiterar, eso sí, que lo que justifica al profesional sanitario el acceso a información confidencial es su papel de confidente necesario, no la posibilidad «material» de acceder a dicha información.

El caso presentado se mantiene dentro del ámbito de la atención primaria o de un centro de consultas «externas», pero existe un gran paralelismo (incluso más acentuado) en el caso de la hospitalización. Así podría ser un caso análogo en un contexto hospitalario:

Antonio es un paciente ingresado para estudio diagnóstico en el hospital desde hace varios días. Es joven y lo acompaña una mujer, también joven, que parece ser su esposa. Se muestra muy reservado y siempre desea hablar con el médico fuera de la habitación (ya que ésta no es individual). Por ello pasa diariamente más de 10 minutos en el pasillo dialogando con su médico. Ha señalado en dos ocasiones al personal médico y de enfermería que únicamente desea que sea informado él y su compañera. Esto ha motivado una nota en el evolutivo de la historia clínica que lo etiqueta como «paciente conflictivo».

El Dr. Mota es adjunto de la planta de hospitalización donde está ingresado Antonio, pero no es su médico responsable. Hoy ha vuelto a trabajar después de algunos días de vacaciones y este paciente le ha recordado, de forma muy lejana, al hermano de una antigua amiga pero no ha querido comentárselo. Su curiosidad le ha animado, sin embargo, a mirar en la historia, donde ha podido confirmar su conjetura. Han pasado 15 días desde el ingreso de Antonio y se ha confirmado la presencia de una enfermedad importante. El médico responsable lo está comentando con las enfermeras

en el control de enfermería. Hoy hay muchas visitas y junto al control hay cuatro familiares de la habitación más cercana que parecen sentir curiosidad por lo que se está hablando.

Un celador ha venido a buscar a Antonio para la realización de una prueba en radiología. El enfermo está ligeramente indispuerto y ha de esperar unos momentos. Mientras tanto el celador va a buscar la historia y ojea algunos datos. Le llama la atención que sea de su misma edad y la enfermedad tan grave que parece tener. Observa también que es calificado de «bebedor importante». Finalmente acompaña al paciente a radiología. Mientras espera que realicen la prueba, comenta con sus compañeros algunos datos de este paciente. La historia es consultada por otros profesionales que están en la sala de relax.

Casualmente el Dr. Mota se encontró ayer con la hermana del paciente, el azar les ha hecho coincidir en el mercado. Instantáneamente le comenta la enfermedad de Antonio... la hermana de éste se extraña... y cambia de conversación... A la mañana siguiente la hermana de Antonio acude a visitarlo y saluda al Dr. Mota en el control de enfermería.

Desde el punto de vista jurídico, se plantean varias cuestiones. Las dos primeras son el derecho de acceso a los datos⁷⁶ por parte del Dr. Vielma y los problemas que plantea la informatización de la historia clínica y la necesidad de tomar medidas organizativas oportunas. Estos temas ya han sido comentados en el marco jurídico.

La tercera cuestión sería la trascendencia de los comentarios de los médicos sobre datos íntimos de los pacientes. Lejos de ser una fábula, recordemos de nuevo la sentencia del Tribunal Supremo de 4 de abril de 2001: una médico atendió a una paciente ingresada en ginecología. Ambas se conocían. La acusada constató en el historial dos interrupciones voluntarias de embarazo. La médico se lo comentó a su madre y ésta a la hermana de la paciente. La Audiencia Provincial de Valencia absolvió del delito de revelación de secreto profesional. Sin embargo, la Sala Penal del Tribunal Supremo aprecia que los hechos son subsumibles en el tipo del artículo 199.2 del CP, puesto que no se trata de una mera indiscreción, ya que lo comunicado afecta a la esfera íntima; según la sentencia es frívola la afirmación de la Audiencia según la cual se trata de «simples cotilleos», puesto que la divulgación del hecho lesiona el derecho fundamental a la intimidad por parte del obligado al secreto. En definitiva, el Tribunal Supremo ha condenado a la médico a un año de prisión, multa de 12 meses con cuota diaria de 1.000 pesetas, inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión durante dos años y a pagar una indemnización de 2.000.000 de pesetas.

Por último, en cuanto a la cuestión de la petición de la historia clínica por parte del paciente es un asunto muy discutido que desborda los límites de este artículo, más allá de lo apuntado en la deliberación práctica. En la tabla 6 se ofrecen referencias donde poder ampliar conocimientos sobre este tema. Han quedado sin estudiar otros desafíos de la confidencialidad, especialmente el relacionado con los datos genéticos, que puede plantear algunas cuestiones específicas que tendrán ya que ser objeto de otro trabajo.

Agradecimiento

Los autores agradecen las opiniones y comentarios expresados por Aitziber Emaldi y por los miembros del Grupo Técnico y del Grupo Asesor del Proyecto de Bioética para Clínicos (Amando Martín-Zurro, Manuel González-Barón y Amalia Velázquez) así como por los miembros del Consejo Asesor Nacional del Instituto de Bioética de la Fundación de Ciencias de la Salud no incluidos en ninguno de los grupos anteriores (Francesc Abel, Javier Elizari, Gonzalo Herranz, Carlos Romeo-Casabona y Javier Sánchez-Caro).

Glosario

Certificado médico. Informe por escrito que hace referencia al estado de salud de una persona en un momento dado, constatado de forma fehaciente por el médico que lo extiende, para que surja efectos frente a terceros.

Confidencialidad. Derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona por su vinculación laboral al participar, de forma directa o indirecta, en las funciones propias de las instituciones sanitarias respeten su intimidad y cumplan con el llamado «deber de sigilo, reserva y secreto».

Confidente necesario. Persona que queda justificada para conocer datos confidenciales de un paciente por ser su colaboración necesaria para asegurar la atención sanitaria y los servicios profesionales que llevaron a recoger información confidencial.

Datos de carácter personal. Cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.

Disociación. Tratamiento de datos personales de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable. Los datos así manejados se denominan «anonimizados».

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

Estado de necesidad. Caracterización jurídica (art. 20 del Código Penal) de aquella situación en la que una persona, para evitar un mal propio o ajeno, lesiona un bien jurídico de otra persona o infringe un deber, siempre que: a) el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar; b) la situación de necesidad no haya sido provocada intencionalmente por el sujeto, y c) que el necesitado no tenga, por su oficio o su cargo, obligación de sacrificarse.

TABLA 6

Para ampliar conocimientos

Bibliografía

- Álvarez-Cienfuegos JM. La defensa de la intimidad de los ciudadanos y la tecnología informática. Pamplona: Aranzadi, 1999
- De Lorenzo y Montero R, coordinador. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Plan de Formación de la Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Edicomplet, 2000
- Emaldi Cirión A, Martín Uranga A, de la Mata Barranco I, Nicolás Jiménez P, Romeo Casabona CM, coordinador. Información y documentación clínica. Su tratamiento jurisprudencial (1990-1999). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2000
- Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final de noviembre de 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. (URL: <http://www.aeds.org/documentos/expertos.htm>)
- Sánchez-Caso J, Sánchez Caso J. El médico y la intimidad. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
- Sola Reche E. La omisión del deber de intervenir para impedir determinados delitos del artículo 450 CP. Granada: Comares, 1998
- Winslade WJ. Confidentiality. En: Reich WT, editor. Encyclopedia of bioethics (2.ª ed.). Nueva York: Simon & Schuster Macmillan, 1995: 451-458.

Internet

- Bioethics for Clinicians. 8. Confidentiality. <http://www.cma.ca/cmaj/vol-156/issue-4/0521.htm> (Kleinman I, Baylis F, Rodgers S, Singer PA. Canadian Medical Association Journal 1997; 156: 521-524) (visita 15 julio 2001)
- Singer PA, Robb AK. The ETHICS OSCE: Standardized Patient Scenarios for Teaching and Evaluating Bioethics. Confidentiality scenarios: HIV infection. URL: <http://wings.buffalo.edu/faculty/research/bioethics/hiv.html> (visita 15 julio 2001)

Otros recursos

- Teléfono de información general de ayuda a las mujeres maltratadas: 900 100 009

Historia clínica. Conjunto de documentos en el que se contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier tipo sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial.

Información clínica. Cualquier forma, clase o tipo de dato, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Intimidad. Lo más interior y reservado de una persona o grupo, especialmente una familia.

Paciente. Persona que necesita cuidados para el mantenimiento o recuperación de la salud, y para lo que requiere asistencia sanitaria.

Posición de garante. Es el concepto jurídico cuyo contenido exige a personas determinadas el deber de evitar resultados lesivos. Esta exigencia se impone en el ámbito penal a quienes tienen una obligación legal o contractual de actuar, o cuando quien omite un cuidado haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente (art. 11 del Código Penal). El médico, por sus conocimientos y situación asistencial, en muchas ocasiones está en posición de garante respecto a su paciente.

Privacidad. Derecho de la persona a determinar y controlar qué información sobre sí misma es revelada, a quién y con qué motivo. En el ámbito sanitario, por privacidad se entiende el derecho del paciente a la salvaguarda de la confidencialidad de sus datos y a que éstos sean protegidos frente a un mal uso o acceso injustificado, tanto dentro como fuera del campo sanitario.

Secreto, sigilo o reserva. Términos clásicos deontológicos y jurídicos que vienen ya de tiempos del Juramento Hipocrático. Lo que cuidadosamente se tiene reservado y oculto, es decir, aquello que debe mantenerse separado de la vista y del conocimiento de los demás.

Secreto compartido y secreto derivado. Deber de reserva que obliga a todas las personas que, en el ejercicio de su labor profesional, por participar directa (compartido) o indirectamente (derivado) en la atención sanitaria de un paciente, llegan a conocer información relativa a éste.

Secreto médico. Compromiso que adquiere el médico, ante el paciente y la sociedad, de guardar silencio sobre toda información que llegue a conocer sobre el paciente en el curso de su actuación profesional, o de la información recogida con vistas a obtener cualquier servicio de los derivados de dicha profesión. Expresión deontológica y jurídica clásica.

Usuario. Persona que utiliza los servicios sanitarios sin que tenga necesariamente que recibir asistencia sanitaria (fundamentalmente en los servicios de educación y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y de información sanitaria).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gracia D, Jarabo Y, Martín Espildora N, Ríos J. Toma de decisiones con el paciente menor. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 179-190.
- Bok S. *Secrets. On the ethics of concealment and revelation.* Nueva York: Vintage Books, 1989 [Pantheon Books, 1983].
- Medrano Albéniz J. El secreto médico en perspectiva histórica. En: Calcedo Ordóñez A, editor. *Secreto médico y protección de datos sanitarios en la práctica psiquiátrica.* Madrid: Médica Panamericana, 2000; 3-18.
- Gracia D. Prólogo. En: Sánchez Carazo C. *La intimidad y el secreto médico.* Madrid: Díaz de Santos, 2000: 11-16.
- García Ortega C, Cózar Murillo V. La intimidad del paciente: novedades legislativas. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 426-427.
- Tribunal Constitucional, sentencia 292/2000, de 30 de noviembre (BOE, 4 de enero de 2001) URL: www.tribunalconstitucional.es/stc2000/stc2000-292.htm [visita 15 septiembre 2001]
- Gracia D. La deliberación moral. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 18-23.
- Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics* (5.ª ed). Nueva York: Oxford University Press, 2001 [hay traducción de la 4.ª edición. *Principios de ética biomédica.* Barcelona: Masson, 1999].
- Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice.* Nueva York: Oxford University Press, 1993.
- Delgado Marroquín MT, coordinadores. *Secreto profesional y confidencialidad en Atención Primaria.* Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Subdirección General de Coordinación Administrativa, 2000.
- Altisent R. Confidencialidad y secreto profesional en la atención sanitaria. *Análisis ético y justificación de sus límites.* *Dimensión Humana* 1998; 2: 17-22.
- Tribunal Supremo. Sala de lo Penal. Sentencia de 4 de abril de 2001. Ponente: Andrés Martínez Arrieta. URL: http://www.aeds.org/jurisprudencia/ts_04042001p.htm (visita 15 julio 2001).
- Romeo Casabona CM. Tendencias actuales sobre las formas de protección jurídica ante las nuevas tecnologías. *Poder Judicial* 1993; 31: 163-204.
- Morales Prats F. Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio. En: Quintero Olivares G, director, Valle Muñoz JM, coordinador. *Comentarios a la parte especial del Derecho Penal.* Pamplona: Aranzadi, 1999: 356-369.
- Hendricks A. Confidentiality, testimonial privilege and patient's rights to secrecy under the ECHR. *European Journal of Health Law* 1997; 4: 119-125.
- Michalowski S. Protection of medical confidentiality without a medical privilege? A discussion of the english and the german approach. *Medical Law International* 1997; 2: 277-290.
- Winslade W. Confidentiality. En Reich WT, editor. *Encyclopedia of bioethics* (2.ª ed.). Nueva York: MacMillan, 1995; 196.
- Bajo Fernández M. El secreto profesional en el Proyecto de Código Penal. *Anuario de derecho Penal y Ciencias Penales* 1980; fascículo III: 598-612.
- Octavio de Toledo y Ubieto E. Algunas reflexiones sobre el tratamiento jurídico del secreto profesional. *La Ley* 1983; 612: 1136-1139.
- Romeo Casabona CM, Castellano Arroyo M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. *Derecho y Salud* 1993; 1: 5-17.
- Pérez Venegas F. El secreto médico profesional y situaciones de conflicto. *Revista General de Derecho* 1997; 628-629 (enero-febrero): 147-157.
- Álvarez-Cienfuegos Suárez JM, López Domínguez O. Secreto médico y confidencialidad de los datos sanitarios. En: Plan de formación en responsabilidad legal profesional. Asociación Española de Derecho Sanitario. Unidad didáctica nº 4. Madrid: Edicomplet, 1998.
- Álvarez-Cienfuegos JM. La defensa de la intimidad de los ciudadanos y la tecnología informática. Pamplona: Aranzadi, 1999; 102.
- Artículo 7.4 de la Ley Orgánica 1/82, de 5 de mayo.
- Romeo Casabona CM. Configuración sistemática de los derechos de los pacientes en el ámbito del derecho español. *Jornada sobre los derechos de los pacientes.* Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1992; 171-198.
- Seoane Prado J. Información clínica. En: *Información y documentación clínica* (vol. I). Madrid: Consejo General del Poder Judicial, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1997; 227-253.
- Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y a la documentación clínica. DOGC núm. 3303, publicada el 11 de enero de 2001. Publicada en el BOE núm 29 de 2 de febrero de 2001, 4121-4125. URL: http://www.cde.ua.es/boe/frame.htm?boe20010202_04121.gif (visita 15 julio 2001).
- Martínez-Pereda Rodríguez JM. La protección penal del secreto médico en el derecho español. *Actualidad Penal* 1996; 10: 164-174.
- Comité de Ministros del Consejo de Europa. Recomendación n. R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre protección de datos médicos. *Labor Hospitalaria* 1998; 249: 163-169 [tomado de *Diario Médico* de 21 de marzo de 1997].
- Grupo de expertos en información y documentación clínica. Documento final de noviembre de 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
- Martínez Martín DJ. Información y documentación clínica: una propuesta de regulación básica. *Actualidad del Derecho Sanitario* 2000; 63: 505-525.
- Keinle T. New forms of medical data collection: should be complemented by a new European privacy standard? *European Journal of Health Law* 2001; 8: 27-39.
- 45 CFR Parts 160 and 164, Standards for privacy of individually identifiable health information: final rule. *Federal Register*, 2000 (december 28); 65 (250): 82462-82829. URL: <http://www.hhs.gov/ocr/hipaa/> (visita 30 septiembre 2001); 68(38): 12434 y ss.
- Criado del Río MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 24-28.
- Criado del Río MT, Seoane Prado J. Aspectos médico-legales de la historia clínica. Madrid: Colex, 1999.
- Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Finalitat i ús de la història clínica. *Quaderns de la bona praxi*, 4. Barcelona: Centre d'estudis col·legials, 1994. URL: <http://www.comb.es/publicacions/quaderns/cat/bp4.htm> (visita 15 julio 2001).
- De Ángel Yágüez R. Problemas legales de la historia clínica en el marco hospitalario. *La Ley* 1987; 1: 1011-1018.
- Flor J. La polémica gestión de las historias clínicas. *El médico* 1999; octubre: 34-40.
- Lafarga i Traver JL. Problemas legales asociados al tratamiento informático de la historia clínica: la responsabilidad médica en el tratamiento de datos. *Derecho y Salud* 1999; 7: 43-48.

40. Flor J. El futuro de la documentación médica en España. *El médico* 2000; enero: 40-46.
41. Sentencias del Tribunal Constitucional 57/1994, de 28 de febrero, FJ 6; 18/1999, de 22 de febrero, FJ 2.
42. Cabedo Nebot R, coordinador. Ley de Enjuiciamiento Criminal. Comentarios y jurisprudencia. Tomo I. Madrid: Edersa, 2000: 453-457.
43. Sola Reche E. La omisión del deber de intervenir para impedir determinados delitos del artículo 450 CP. Granada: Comares, 1998: 176.
44. De Lorenzo R, coordinador. Responsabilidad legal del profesional sanitario. Madrid: Asociación Española de Derecho Sanitario, 2000: 29-30.
45. Organización Médica Colegial. Código de Ética y Deontología Médica. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999. URL: <http://www.diario-medico.com/profesion/omc.html> (visita 15 julio 2001).
46. Código Deontológico. Normas de ética médica. Barcelona: Consell de Col·legis de Metges de Catalunya, 1998. URL: <http://www.comb.es/passeig/deonto/cast/home.htm> (visita 15 julio 2001).
47. Organización Colegial de Enfermería. Código Deontológico de la enfermería española. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España, 1989. URL: <http://www.ocenf.org/asesoria/corporat/corpora/legis/CODDEONT/codigod.htm> (visita 15 julio 2001).
48. Canals Miret R, Buisán Espeleta L. El secreto médico. En: Casado M, coordinador. Bioética, derecho y sociedad. Madrid: Trotta, 1998; 168-171, 177-181 (anejos).
49. Simón P, Júdez J. Consentimiento informado. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 99-106.
50. Borrell F, Júdez J, Segovia JL, Sobrino A, Álvarez T. El deber de no abandonar al paciente. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 262-273.
51. Pañella D, Rosique P, Sala F. La confidencialitat en l'àmbit hospitalari. *Annals de Medicina* 2000; 83: 289-291.
52. Potter RL. On our way to integrated bioethics: clinical/organizational/communal. *Journal of Clinical Ethics* 1999; 10: 171-177.
53. Hall R. Confidentiality as an organizational ethics issue. *Journal of Clinical Ethics* 1999; 10: 230-236.
54. Centro de Sistemas de Información, Comité de Ética Asistencial. Recomendaciones sobre la confidencialidad en la Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell: Corporación Sanitaria Parc Taulí, 1998.
55. Delgado Marroquín MT. Secreto profesional y confidencialidad en atención primaria. *Dimens Hum* 2000; 4: 28-30.
56. General Medical Council. Confidentiality: protecting and providing information. September 2000. URL: www.gmeuk.org/standards/secret.htm (visita 15 julio 2001).
57. Petchey R, Farnsworth W, Heron T. The maintenance of confidentiality in primary care: a survey of policies and procedures. *Aids Care* 2001; 13: 251-256.
58. García Hernández T, Gutiérrez Casas F. El consentimiento informado y la historia clínica, una dualidad jurídica de interés en atención primaria. *Jano* 2001; 60: 572-575.
59. Petchey R, Farnsworth W, Heron T. The maintenance of confidentiality in primary care: a survey of policies and procedures. *AIDS Care* 2001; 13: 252-256.
60. Servei de Responsabilitat Professional. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. La informatització de les dades personals, administratives i mèdiques. *Professió: Qüestions polèmiques i consells pràctics* 1999; 3: (http://www.comb.es/publicacions/publicacions_prof/cat/numero3/servei2_resp.htm).
61. Zarco J, Moya A, Júdez J, Pérez F, Magallón R. La gestión de las bajas laborales. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 500-509.
62. Allison A, Ewens A. Tensions in sharing client confidences while respecting autonomy: implications for interprofessional practice. *Nursing Ethics* 1998; 5: 441-450.
63. Joseph DI, Onek J. Confidentiality in psychiatry. En: Bloch S, Chodoff P, Green SA, editores. *Psychiatric ethics* (3.ª ed.). Oxford: Oxford University Press, 1999; 105-140.
64. Santander F, coordinador. Ética y praxis psiquiátrica. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.
65. El caso Tarasoff. En: Beauchamp TL, Childress JF. Principio de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999; 489-492. [edición de Tarasoff v. Regents of the University of California, 17 Cal.3d 425 (1976); 131 California Reporter 14 (1 julio 1976)].
66. McSherry B. Breaching confidentiality in the public interest: guidance from Canada? *Monash Bioethics Review* 2000; 19: 28-34.
67. Kleinman I, Baylis F, Rodgers S, Singer PA. Confidentiality (Bioethics for Clinicians, 8). *Canadian Medical Association Journal* 1997; 156: 521-524. URL: <http://www.cma.ca/cmaj/vol-156/issue-4/0521.htm> (visita 15 julio 2001).
68. Sola Reche E. Algunos problemas relativos al derecho a la intimidad del paciente VIH+. *Derecho y Salud* 1995; 3: 77-88.
69. Sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 25 de febrero de 1997, publicada en, *Revue de Droit de la Santé*, 1997-1998, núm. 4, párrafo 95.
70. Tomás S, Bonet P, Echarte JL, Hinojosa M, León N, Martín R et al. Detección del maltrato intrafamiliar a la mujer (MIM). Manual Informativo para Médicos de Servicios de Urgencia Hospitalarios y de Atención Primaria. Pautas básicas para la entrevista clínica. Cuadernos de la Buena Praxis 13, marzo 2001. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, 2001. URL: <http://www.comb.es/publicacions/quaderns/cast/quadern13/home.htm> (visita 15 julio 2001).
71. Larrión Zugasti JL, De Paul Ochotorena J. Mujer, violencia y salud. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 620-624.
72. Consejo Interterritorial. Sistema Nacional de Salud. Protocolo de actuación sanitaria ante los maltratos domésticos. Madrid, 1998.
73. Instituto de la Mujer. Informe de seguimiento. Plan de acción contra la violencia doméstica 1998-2000. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999.
74. Kimberg L. Addressing intimate partner violence in primary care practice. *Medscape Women's Health* 2001; 6(1). URL: <http://primarycare.medscape.com/Medscape/WomensHealth/journal/2001/v06.01/wh7556.kimb/pn7556.kimb.html> (visita 15 julio 2001. Acceso registrado gratuito).
75. Family Violence Prevention Fund. Preventing domestic violence: clinical guidelines on routine screening. *Medscape: Family Violence Prevention Fund*, 1999. URL: <http://primarycare.medscape.com/govmt/cdc/guidelines/pdwwomen/pnt-pdv.html> (visita 15 julio 2001).
76. Accés a la documentació clínica. Protocol d'actuació. Institut Català de la Salut, 1998.