

M^a Teresa Delgado Marroquín [\[Buscar autor en Medline\]](#)



La confidencialidad y sus límites: repercusiones en el manejo de la información y documentación clínica.

[Ver resumen y puntos clave](#)[Ver texto completo](#)[Volver al sumario](#)

Texto completo

¿Qué debemos saber sobre el secreto médico y sus repercusiones en el manejo de la documentación clínica?¹ El secreto es un deber inherente a la relación entre el profesional de la salud y el usuario. Se fundamenta en sólidos argumentos éticos y está recogido en todos los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, constituyendo su incumplimiento un delito tipificado y duramente castigado por la ley, que reafirma el derecho de las personas a la intimidad y a la confidencialidad. Sin embargo, no constituye una obligación absoluta. Es posible (que no debido) revelar información confidencial sin contar con el consentimiento del interesado: por imperativo legal, en las enfermedades y acontecimientos de declaración obligatoria, y cuando existan razones fundadas para ello: para evitar un daño grave a terceras personas, al propio paciente o un peligro colectivo. (Figura 1)²

Bien, si la cuestión está tan clara, ¿por qué sigue planteando tantos dilemas en la práctica y continúa siendo una de las grandes cuestiones a tratar al hablar de bioética?³ En buena medida por el desconocimiento u olvido de unas cuantas ideas clave, sobre todo en el manejo de la documentación clínica. Por otra parte, surgen continuos problemas éticos de ejecución en la práctica, habida cuenta de que la historia clínica es fuente potencial de conflictos, derivados de su uso, acceso y conservación (puede ser interesante, en el ámbito de atención primaria, tener presentes las recomendaciones recogidas en el **Anexo 1**)⁴.

Traemos una serie de consultas sobre los límites al deber-derecho a la confidencialidad, incluyendo alguna interpretación inadecuada de lo que acredita o no a acceder a información confidencial

Sin vulnerar mi conducta ética ¿Cuándo y a quién debo revelar datos de mis pacientes?

El secreto médico se puede definir como el compromiso que adquiere el profesional sanitario –tradicionalmente el facultativo, ante el paciente y la sociedad, de guardar silencio sobre todo aquello que le hubiera sido confiado por el enfermo o llegue a conocer sobre él en el curso de su atención médica. En la esfera sanitaria el secreto profesional es un deber, asumido de manera compartida o derivada por todos los profesionales que participan en la atención médica de la persona. Abarca todo lo que ésta confía al personal sanitario y lo que éstos hayan podido conocer amparados en su condición de *confidentes necesarios*, sin que ni la misma muerte del paciente exima de su guarda, siendo responsables del secreto todos los miembros del equipo asistencial. Relacionado con, pero diferente al deber de secreto, hablamos de confidencialidad. La confidencialidad es un derecho de los pacientes, constituyendo su salvaguarda un deber de la institución en su conjunto, y un elemento más de la calidad asistencial. Parafraseando a L. Portes, podríamos decir que no hay confidencialidad sin secreto, ni confianza sin confidencialidad, ni ejercicio de la medicina sin confianza. Por otra parte, sin confidencialidad no hay privacidad, y sin privacidad se pierde el control de la propia vida. Una actividad médica sin confidencialidad supondría una devaluación para la vida del paciente, quien vería recortada la capacidad de autodeterminación que sólo a él pertenece.

La información es poder y hay determinados poderes que son exclusivos de la autonomía personal. El acceso a información confidencial de una persona es equivalente a una potencial interferencia en su vida y, por tanto, una coacción en la vida de la persona afectada. Desde la sociología se ha llamado la atención sobre la situación de personas institucionalizadas, a quienes se les niega un ámbito de intimidad, para explicar cómo la

bibliografía

1. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002; 118 (1): 18-37. (www.doyma.es)

2. Delgado Marroquín MT. Confidencialidad y secreto médico en la consulta del médico de familia. *Jano* 2007, (en prensa)

3. **Confidencialidad: el derecho a la intimidad.** Grupo de Ética de la Sociedad Catalana de Medicina de Familia y Comunitaria.

4. Modificado de: Grupo de trabajo sobre confidencialidad en atención primaria de la semFYC. Secreto profesional y confidencialidad en Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1999

5. Altisent R. Confidencialidad y secreto profesional en la atención sanitaria. Análisis ético y justificación de sus límites. *Dimensión HUMANA* 1998; 2(5): 17-22.

[Ver más](#)

enlaces

No hay enlaces de interés



pérdida de la privacidad se traduce en despersonalización⁵.

Lo que justifica el acceso a la información personal del paciente es la situación de confidente necesario del personal sanitario. Sin tener esa información no podría asegurarse la atención médica de la persona, primer motivo y principal por el que se recoge. Por lealtad debida al paciente, los profesionales no indagarán más allá de lo que sea necesario para el cumplimiento de su actividad y evitarán hacer comentarios sobre sus pacientes en áreas abiertas al público en general o en las que se encuentre personal que no esté involucrado en la asistencia sanitaria de los enfermos. Tampoco accederán a información confidencial a la que puedan tener acceso si no es necesaria para el cumplimiento de su actividad profesional, y, por supuesto, guardarán su deber de secreto compartido o derivado.

Desde el punto de vista legal, la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela constituye una intromisión ilegítima (LO 1/1982 de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, art. 7.4). Desde el 25 de mayo de 1996, la revelación de secreto pasa a estar regulada penalmente en nuestro país. El artículo 199 en sus puntos 1 y 2 impone duras penas, no sólo al profesional que con incumplimiento de su obligación de secreto revele información confidencial, sino al que revele dicha información, de la que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales. Esta normativa no concede excepciones. Pero qué ocurre, por ejemplo, ante el caso de un paciente seropositivo para el VIH que se niega a informar a su pareja⁶. En estas circunstancias, el médico tendría el privilegio de revelar información confidencial, esto es: podrá informar del estado de su paciente a su cónyuge, pero no como deber jurídico, sino amparado por un *estado de necesidad* (artículo 20.5 del Código Penal) justificante de su conducta. Así, entre las causas que eximen de la responsabilidad criminal, el citado artículo refiere que está exento de ella 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 concurren los siguientes requisitos: que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar; que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto; que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

Otro de los eximentes de responsabilidad criminal recogido el artículo 20.7 del Código Penal es "el cumplimiento de un deber". Este eximiente resolvería, al menos teóricamente, el conflicto al que se enfrenta el médico cuando debe cumplir con su deber de guardar secreto profesional, y debe, al mismo tiempo, cumplir con su obligación de denunciar el conocimiento o sospecha de un delito (Artículos. 259 y 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal; Artículos. 450 y 451.2 del Código Penal) o es llamado a testificar como testigo, perito o inculpado en una causa judicial (artículos 410, 417, 421, 445 y 716 de la LEC; artículos 458-462 del CP).

Desde el punto de vista ético, la *posibilidad bien fundada* de evitar un *daño grave a terceras personas concretas* constituye la justificación más importante para revelar información confidencial, siempre y cuando se hayan puesto todos los medios a nuestro alcance para evitar revelar dicha información, consiguiendo que sea el paciente quien informe, o al menos, dé su consentimiento para hacerlo. La razón sería que el principio de no-maleficencia está por encima del principio de autonomía, sobre el que se sustentaría, principalmente, el derecho a la intimidad y la confidencialidad.

En mi consulta atiendo a una paciente de 16 años de la que tengo sospechas de que pueda ser consumidora habitual de drogas (cocaína, cannabis...) Si comentara esta sospecha con sus progenitores ¿Violaría el secreto profesional? ¿Cuál sería la actuación ética más equilibrada?

El secreto médico, en base a lo recogido en el Juramento Hipocrático, se define como el deber de guardar silencio sobre todo aquello que se llegue a conocer de un paciente, en el transcurso de su actuación profesional y aún fuera de ella, y *que no deba darse a conocer*. Se trata, por lo tanto, de una obligación relativa, al admitirse, desde el punto de vista ético y deontológico, excepciones fundamentadas al mismo. Desde la perspectiva ética, la posibilidad de evitar un daño grave al propio paciente, amparándose en el principio de no-maleficencia, constituye una justificación para revelar información confidencial en última instancia.

Desde el marco de referencia deontológico, entre las excepciones al deber de secreto que permite (no impone) nuestro Código de Ética y Deontología se incluye, igualmente, la posibilidad de evitar un perjuicio al propio paciente o a terceras personas (artículo 16.d), solicitando asesoramiento del Colegio si el facultativo lo estimara necesario.

Desde la perspectiva legal, en el caso de decidir informar a los padres de un menor con 16 años cumplidos (mayoría de edad clínica) deberíamos ampararnos, como eximiente de responsabilidad penal, en la existencia de un estado de necesidad, argumentando el riesgo que corre el joven, ajeno al peligro que para su salud suponen sus hábitos (artículo 20.5 del Código Penal) que valoraría el Juez y que habría que argumentar. Así estaría exento de responsabilidad penal el que, para evitar un mal ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que, el mal causado (en nuestro caso, la revelación

de secreto) no sea mayor que el que se trate de evitar (daño serio a la salud). El punto 7 de este mismo artículo 20 también recoge que "queda exento de responsabilidad criminal el que obre en cumplimiento de un deber, o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo".

Por otro lado, hablamos de una menor que, aunque tiene cumplida la edad que le otorga la mayoría de edad para tomar decisiones clínicas autónomas, además de ser la edad jurídica de emancipación, parece que vive con sus padres y está bajo la tutela de éstos. En este punto estaríamos ante el delicado tema de valorar la capacidad de hecho de la menor, madura de derecho, y su grado de autonomía, afectado por un problema de adicción

La valoración ética de los posibles cursos de acción requeriría aclarar una serie de interrogantes como: hasta qué punto las sospechas de consumo de drogas son fundadas; si no existe otro modo de confirmar la sospecha, de ser sólo eso, que hablando con los padres de la adolescente; si la sospecha es de adicción o de riesgo de adicción; qué grado de confianza tiene la paciente en su médico de cabecera y en el sistema sanitario; qué actitud muestra la joven ante sus hábitos y ante la conveniencia de modificarlos o la necesidad de recibir terapia, si fuera el caso; qué tipo de relación tiene con sus padres; qué papel jugarían éstos en la modificación de los hábitos de la joven o en el seguimiento terapéutico, de ser necesario; cómo afectaría la ruptura de la confidencialidad la confianza de la adolescente en el médico, sobre todo si fuera el principal apoyo para iniciar un seguimiento y tratamiento adecuados,...

Si se considera que el objetivo es conseguir que la paciente sea consciente de que sus hábitos constituyen un grave riesgo para su salud, o un problema médico aún mayor, para lo que va a necesitar seguimiento y terapia, así como, muy probablemente, el apoyo y la colaboración de sus padres, la revelación de la sospecha a éstos estaría justificada si no fuera posible conseguir el objetivo propuesto intentando que sea la joven la que informe o dé su consentimiento para hacerlo.

La literatura es reflejo de la dificultad para la resolución de este tipo de casos. Así, autores distintos ante situaciones parecidas, en función de distintos enfoques, y, sobre todo, de las circunstancias concretas, dan y justifican opciones de actuación opuestas: unos en contra de revelar⁷; otros a favor.⁸

¿Por qué se niega al personal auxiliar que trabaja en instituciones sanitarias y puede entrar en contacto con fluidos y productos biológicos contaminantes, el derecho a conocer qué pacientes de los que atienden tienen una enfermedad infectocontagiosa como la hepatitis o el sida? ¿No se trata de una excepción al deber de secreto de los médicos para evitar un daño grave a terceros?

El motivo alegado para acceder a información confidencial de los enfermos: la protección del personal auxiliar ante posibles enfermedades infecto-contagiosas, no justifica la ruptura de la confidencialidad de dicha información ni el quebrantamiento del deber de secreto por los médicos responsables de la asistencia de los pacientes ni sus responsables a nivel institucional.

La protección de los trabajadores que atienden a personas internadas en centros sanitarios y sociales pasa por la aplicación de las medidas de protección universal por parte de todo el personal que, por motivo de su actividad, entre en contacto con secreciones o fluidos corporales que, en el caso de ser los pacientes portadores de alguna enfermedad, pudieran contagiarla a quien se expusiera a dicho contacto. Las medidas de protección universal en estos casos deben ser siempre aplicadas, independientemente de que se conozca o no la patología que presenta el enfermo⁹. Es éticamente correcto solicitar formación sobre ellas y la posibilidad material de aplicación de dichas medidas.

En este sentido, y remitiéndonos a lo que disponga el Servicio de Prevención y Salud con competencias en el problema planteado, cabría, quizás, hacer una especificación. Muchas veces surgen este tipo de situaciones, en las que se produce una contraposición entre el respeto a la intimidad de la persona enferma (principio de autonomía) y prevención de una enfermedad en el trabajador (principio de no-maleficencia). Esta contraposición es más hipotética que real, habida cuenta de que la aplicación de las medidas preventivas de protección universal es el único modo de proteger al trabajador de un posible contagio, respetando el principio de no-maleficencia, sin necesidad, por tanto, de quebrantar la confidencialidad de la información sanitaria de los pacientes, respetando su intimidad y su autonomía.

Se suele poner el ejemplo de un paciente con tuberculosis. El razonamiento sería: si no se puede acceder a los diagnósticos de las enfermedades de los pacientes, o al menos a los de aquellos que tengan enfermedades infecto-contagiosas, por si alguna de las personas que están internadas en la institución tuviera una tuberculosis, ¿deben ir todos los trabajadores protegidos con mascarillas? A este respecto hay que puntualizar que existen enfermedades, y enfermedades de *tratamiento obligatorio*, que son excepcionales. Es el caso de la tuberculosis pulmonar. Ante la mera sospecha de que una persona presente una tuberculosis pulmonar activa (esto es: enfermedad actual, con tos y expectoración en la que se aerosolizan bacilos de Koch que pueden infectar a las personas que los respiren), se

actúa como si realmente estuviera infectada, mientras no se demuestre lo contrario, al practicar las pruebas pertinentes, habiendo de aislar al paciente en una habitación individual, toda persona que entre en dicha habitación debe hacerlo protegido con mascarilla y, en el caso de que el paciente precisara salir de la habitación, debería hacerlo llevando siempre puesta su mascarilla. Es evidente que estos pacientes son derivados al hospital hasta la resolución de su enfermedad activa, y no constituyen, por tanto, un buen ejemplo para la cuestión que se planteaba en la consulta.

En otro orden de cosas, de todos es sabido que en las instituciones sanitarias y sociosanitarias todos los trabajadores que, como consecuencia de su relación laboral lleguen a conocer información personal sobre los pacientes en ellas atendidos, quedan obligados por un deber de secreto, compartido o derivado. Pero estar bajo este deber de secreto no justifica a ningún profesional a acceder a información confidencial sobre una persona, ni a solicitarla. Es sólo la situación de *confidente necesario* para asegurar la atención sanitaria de los enfermos lo que justificaría a un profesional a acceder a dicha información, en la medida en que ésta fuera necesaria para cumplir con las funciones que tenga asignadas, y sólo en virtud de las competencias que le son propias.

Las consideraciones realizadas hasta este punto han sido realizadas desde la perspectiva ética. No obstante, estas consideraciones son acordes con la normativa vigente sobre la cuestión que únicamente pasamos a enumerar: Preceptos constitucionales (artículo 18, puntos 1 y 4, artículo 105, apartado b); Tratados y Acuerdos Internacionales (a destacar el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la biomedicina –conocido como el Convenio de Oviedo–artículos 10 y 26); Leyes Civiles (Ley Orgánica 1/1982 de 2 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen); Leyes Administrativas (Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad: artículos 10.1 y 61; Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública: artículos 2 y 3; normativas sobre información y documentación sanitaria de las Comunidades Autónomas); Leyes laborales, Ordenaciones y Recomendaciones (Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en particular el artículo 22, que regula la voluntariedad u obligatoriedad de los reconocimientos médicos a los trabajadores; Recomendaciones de la Secretaría del Plan Nacional del SIDA, relativas a los profesionales sanitarios portadores de los virus VIH, VHB y VHC –Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998–); finalmente leyes procesales, que no vienen al caso, y leyes penales (el Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, que en el Título X, Capítulo I, artículos 197 a 201, trata de forma singular el descubrimiento y la revelación de secretos).

En referencia a los Códigos Deontológicos, conviene recordar que el Código de Ética y Deontología médica de la Organización Médica Colegial, aprobado el 25 de septiembre de 1999 dedica todo un capítulo, el IV (artículos 14 al 17), al deber de secreto profesional. También deben tenerse en cuenta los Estatutos Generales del la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, artículo 64, puntos 3 y 4, y artículo 65) que recogen las infracciones y sanciones del secreto profesional.

¿Cómo responder a la solicitud por parte del Juez de información sobre un paciente contenida en su historia clínica? ¿Puedo ser sancionado si me niego a remitirla alegando mi deber de secreto profesional?

El deber que tiene el médico de declarar datos relativos a presuntos delitos y de denunciar la sospecha o conocimiento de aquellos, de los que tuviere conocimiento en el ejercicio de su profesión supone una clara y discutible limitación al deber de secreto. Así, aunque la Constitución Española prevé en su artículo 24.2 que por razón de secreto profesional no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos, los casos amparados por dicho secreto deben ser regulados por una ley, que todavía no ha sido aprobada. En estos supuestos, se contraponen dos deberes: el de confidencialidad, al que claramente obliga la ley, y el de declarar, expresado con no menor rotundidad. La solución no está claramente a favor del deber de declaración, o del de secreto, sino que hay que ponderar en cada caso concreto el criterio a seguir. Cuando al médico se le presenta un conflicto entre dos bienes jurídicos o dos deberes, puede tener en cuenta como criterio de valoración las penas previstas para la conducta que se realiza y para la que se evita. Ateniéndonos a la gravedad de la sanción, pena por pena ésta es mayor para la revelación de secreto. Ahora bien, no es éste el único criterio. Habrá que ponderar también los intereses en juego; por ejemplo: el interés de mantener el secreto 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. Por otra parte, conviene recordar que la confidencialidad es una manifestación de la intimidad, y ésta un derecho fundamental. Ahora bien, el deber de salvaguarda de la confidencialidad puede recortarse, dado que los derechos fundamentales, según doctrina del Tribunal Constitucional, pueden ceder ante bienes e 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.

El incumplimiento del deber de secreto y la consiguiente comisión de un delito de revelación de secreto recogido en el artículo 199.2 del Código penal (CP), puede estar exento de responsabilidad criminal, bien por encontrarse el profesional en un estado de necesidad (artículo 20.4 del CP), bien por hallarse en el cumplimiento de un deber (artículo 20.7 del CP). A este respecto, los deberes que impone la ley son, fundamentalmente, de dos tipos: procesal-penal y sanitario¹⁰. 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 el deber de comunicar a las autoridades sanitarias el diagnóstico de determinadas enfermedades infecto-contagiosas o que afectan a la salud pública. Otro modo de que desaparezca la obligación de secreto es que el propio implicado consienta o autoriza la revelación de la información.

Desde la perspectiva ética, la revelación de información confidencial por exigencia legal no necesariamente está justificada. Por tanto, la consideración detenida del caso, con todas sus circunstancias, puede contribuir a introducir algunos matices en el modo de responder a la exigencia legal. Así, tanto en el caso de sospechar la comisión de un delito al atender una lesión, que conlleva el preceptivo parte de lesiones al juez, como al ser llamado a declarar como testigo o acusado en un proceso judicial, sigue presente la lealtad del profesional hacia sus pacientes que implica la obligación ética de guardar secreto. Esto implica que, si con el silencio absoluto la lealtad debida al paciente dejara de serlo para convertirse en complicidad, el contenido de la declaración quedará limitado a lo estrictamente necesario y relevante para el objetivo judicial, justificado en el interés público.

Al hablar de historia clínica (HC) y actuaciones judiciales, las cuestiones son diferentes en función, primero de que el demandado sea el profesional o el propio paciente, y segundo, de que se trate de un proceso penal o de un proceso de características distintas: contencioso-administrativo, civil o laboral. En el caso de la inculpación del profesional sanitario en un proceso penal, se han emitido diferentes pareceres acerca de si un centro sanitario, o en su caso el médico, deben remitir íntegramente la HC al juzgado ante el requerimiento judicial. Lo que tiene que quedarnos claro es que, cuando el *acusado sea el médico*, éste no puede negarse a entregar la HC completa, amparándose en su deber de secreto o en el derecho a no autoinculparse, porque la historia constituye la prueba fundamental del proceso que se juzga y sin ella el paciente estaría en situación de indefensión. La historia original debe quedar adecuadamente guardada y custodiada por la institución responsable, remitiéndose al juzgado fotocopia íntegra y debidamente autentificada del original. Con todo, piénsese en una presunta negligencia profesional, en la que al reclamar la HC por vía judicial aparecen, junto a la información concerniente al proceso en litigio, hay otros datos referidos al paciente, por ejemplo una enfermedad psiquiátrica, o tendencias homosexuales, o la positividad al virus del SIDA ... Para resolver tales dificultades se han propuesto remedios de tipo práctico, como la posibilidad de un diálogo médico-juez, -precedido de las convenientes negociaciones entre la dirección-gerencia del área y las autoridades judiciales para aclarar y centrar el problema y el modo de resolverlo-, que conduzca a delimitar la parte o partes de la historia clínica que se considere necesario a efectos judiciales.

Si el *acusado es el paciente*, y se trata de procesos contencioso-administrativos, civiles o laborales, como regla general NO debe ponerse la HC a disposición del juez sin consentimiento del paciente, debiendo recordar a la autoridad judicial el deber de secreto que obliga al médico. Siempre hay que responder a la solicitud de información o documentación clínica por parte del juzgado, pero no necesariamente remitir toda la información/documentación solicitada. Si se trata de un *proceso penal*, no se le puede negar rotundamente la historia, pero se le puede solicitar que especifique el motivo de la petición y los datos que interesan al proceso, sugiriendo que releve al facultativo de su obligación de secreto de persistir la solicitud de la historia completa.

En general, como señala Álvarez-Cienfuegos, en el caso de que el médico tenga que prestar declaración acerca de hechos relativos a la intimidad del paciente, "es importante calibrar los intereses concernidos: de un lado, el valor del derecho a la intimidad del enfermo, y de otro, el valor de una correcta administración de justicia, en cuyo apartado no puede obviarse, claro está, la entidad del bien jurídico tutelado por el tipo delictivo que se enjuicia en la causa penal"¹¹. De acuerdo con éste y otros autores, cuando las autoridades judiciales demanden la entrega de la HC de un paciente para incorporarla en bloque a un procedimiento judicial, el médico tendrá derecho a exigir que se precise qué informes o datos de la misma se consideran necesarios por la autoridad judicial para el buen fin de la investigación. Así mismo, cuando los médicos entreguen información relativa a un paciente, en virtud del oportuno mandamiento judicial, deben advertir a los depositarios de la misma de la obligación de sigilo y reserva que asumen con su custodia. En caso de duda, cuando el médico no pueda discernir en conciencia el interés que prevalece, deberá pedir a la autoridad judicial que le dispense del deber de secreto profesional".

¿Cómo puedo responder a un paciente que me reclina, que su condición de VIH positivo, que me había revelado a mí en confidencia estuviera al alcance y

Vista del sustituto que cubrió mis vacaciones y al que no conocía de nada?

Es evidente que este paciente considera que se ha faltado a la confidencialidad, esto es, a la seguridad recíproca entre dos (o más) personas, en concreto su persona y la de "su" médico. La cuestión de fondo no es si se ha quebrantado la confidencialidad faltando al deber de secreto por compartir un dato clínico con otro facultativo que ejercía en el momento de conocer la información un papel de confidente necesario; obviamente no se ha producido ningún quebranto en dicho deber. Lo que realmente plantea la pregunta es la falta de información que pueden tener los pacientes sobre la realidad de la relación clínica en un sistema nacional de salud, muy distinta de la clásica relación médico-paciente que, hoy por hoy, sólo se mantiene en las tradicionales consultas de medicina privada. La medicina pública se ejerce en equipos multidisciplinares, con componentes dentro y fuera del centro sanitario "de base" que atiende al paciente. Los responsables institucionales velan para que cada usuario reciba aquellos servicios sanitarios que le corresponden y para que sean respetados sus derechos, entre ellos el derecho a la confidencialidad de sus datos clínicos, esto es, a que sean tratados con discreción, utilizados para la finalidad para la que son recabados y por quien deba utilizarlos, y a que no sean revelados fuera del ámbito sanitario si no es con su consentimiento expreso o por motivos de causa mayor, como los judiciales. La organización asegura, entre otras cosas, que cada ciudadano sea asignado a un facultativo de atención primaria que será su médico responsable y el que coordine la información y atención desarrollada en los diversos niveles y servicios asistenciales. Todos, como usuarios del sistema sanitario, tenemos la libertad de cambiar de médico si no estamos de acuerdo con el que se nos asigne. Pero en la práctica, la asignación es a un CIAS, que hoy es ocupado por un facultativo "x", pero mañana, temporal o definitivamente, lo será por don o doña "y". Lo mismo ocurre, por ejemplo, con el personal de enfermería. Ya se sabe que la relación clínica es una relación de confianza que implica a dos (o más) personas, una de ellas el paciente. Es responsabilidad del profesional establecer y mantener dicha relación, base indispensable para una atención de calidad, además de poner en práctica las habilidades requeridas y propias de su profesión. Pero también debe cumplir con sus deberes de documentación (nos lo recuerda la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de documentación clínica) esto es, colaborar en recabar, registrar y conservar la información clínica pertinente para la correcta atención sanitaria de las personas atendidas por la institución en su conjunto y por cada uno de los profesionales que constituyen sus recursos humanos¹².

La responsabilidad de la guarda y custodia de la información y documentación clínica generada en el proceso asistencial recae sobre la institución y sus responsables institucionales. El médico responsable es quien en último término decide, de toda la información que maneja, qué debe o no estar registrado (y conservado) en la historia clínica del paciente, dónde (en la hoja resumen de antecedentes de interés; en el evolutivo; en registros específicos de programas,...) y cómo (en el caso de un VIH-SIDA, constatando esto tal cual, dejando constancia del tratamiento antirretroviral en la hoja de medicación, conservando el análisis con la confirmación serológica, constatando "seropositivo estadío B3",...) por ser pertinente para la adecuada atención sanitaria de la persona en cuestión, no por parte del médico concreto que ha diagnosticado o al que se le ha revelado el diagnóstico, sino de todos los profesionales que lleguen a atenderlo a lo largo del proceso asistencial.

Ateniéndonos al caso concreto, ¿es pertinente para la adecuada atención sanitaria del paciente el hecho de que sea VIH positivo?, ¿es absolutamente imprescindible que este hecho esté registrado en la historia clínica para que pueda ser adecuadamente atendido por el profesional que tenga la responsabilidad de hacerlo? –la formulación de la pregunta invalida una respuesta afirmativa a la misma, pero ¿es conveniente que este dato clínico sea conocido por quien tiene que atender a esta persona en el ámbito sanitario?–. Forma parte de una relación de confianza que "nuestros" pacientes entiendan la diferencia entre una relación clínica privada o institucional, así como qué es una confidencia personal entre ellos y el médico concreto en que confían y qué es un dato clínico, quizás conocido en ese clima de confianza -necesaria pero no suficiente para asegurar una atención sanitaria correcta y continuada, responsabilidad de la institución en su conjunto, no de un profesional concreto- que forma parte del conjunto mínimo de datos que conviene conocer y disponer por todo el personal sanitario que desempeñe un papel de confidente necesario, asegurando siempre la imprescindible confidencialidad y el cumplimiento del deber de secreto.

A este respecto, diversos juristas y expertos en protección de datos personales dieron la versión legal del tema en el I Foro sobre protección de datos sanitarios celebrado en Madrid los días 11 y 12 de febrero de 2004. Se remitieron, ante la ausencia de una ley específica sobre datos sanitarios, a la interpretación que se está haciendo de la cuestión con relación a la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002, concluyendo que el necesario consentimiento informado del interesado para proceder al tratamiento de datos de carácter personal en otros ámbitos no rige cuando se trata de los datos de salud recabados, procesados y conservados por motivos asistenciales por profesionales de dicho ámbito, que deben conocer y cumplir siempre con su deber de secreto. Se considera que existe un

consentimiento implícito del interesado que acude a la institución sanitaria para recibir un servicio de salud y que se trabaja en un marco de confianza y seguridad recíproca. Eso no quita, como recoge la Ley 41/2002, que toda persona tenga derecho a ser informado de qué datos, para qué finalidad y quién puede tener acceso a los mismos (y en cumplimiento de la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal, quién ha tenido acceso a esos datos). Pero es un derecho a la información que, hoy por hoy, en el ámbito sanitario, no va seguido de un derecho a consentimiento. Es el médico responsable el que decide (bajo su responsabilidad, valga la redundancia) qué datos de los aportados por el interesado deben ser recabados y conservados para cumplir con las funciones derivadas de la atención sanitaria.

Desde el punto de vista ético, añadir que debe ponderarse en cada caso el principio de autonomía del paciente con los de beneficencia y no maleficencia, teniendo en cuenta que los datos sanitarios se recaban, primera y fundamentalmente, -de acuerdo a los principios deontológico de sobriedad, transparencia, responsabilidad y protección universal-, para procurar el bien del paciente y, desde luego, evitarle un mal.



© Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria, 2003