

CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL

M^a Teresa Delgado Marroquín

Médico de familia. Centro de Salud Rebojería

Técnico en Documentación Sanitaria. Master en Bioética

Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza

TABLA DE CONTENIDOS

1. OBJETIVOS.....	2
2. CLARIFIQUEMOS IDEAS	3
3. LO QUE DEBEMOS SABER	5
3.1 MARCO ÉTICO DE REFERENCIA	6
3.2 MARCO DEONTOLÓGICO DE REFERENCIA	13
3.3 FUNDAMENTO LEGAL DEL DEBER DE SECRETO	16
4. ALGUNAS CUESTIONES PRÁCTICAS.....	20
5. RECAPITULANDO.....	23

1. Objetivos

Al terminar esta sección, además de desarrollar una actitud reflexiva ante las cuestiones éticas que surgen en atención primaria relacionadas con este tema, usted debe ser capaz de adquirir los siguientes conocimientos y habilidades:

- Responder con seguridad a preguntas clave como: qué se entiende por secreto médico y por confidencialidad; qué es información confidencial; cuál es el alcance de la confidencialidad en un equipo interdisciplinar; quién tiene derecho a acceder a información confidencial, o cuáles son los límites del deber de secreto
- Decidir, razonadamente, la alternativa de actuación más adecuada ante algunos dilemas clásicos derivados del deber de secreto médico
- Descubrir problemas de actitud y de ejecución relacionados con el respeto a la intimidad de los pacientes y usuarios que atiende habitualmente

2. Clarifiquemos ideas¹

- **Confidencialidad:** el término significa “lo que se hace o dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Así se denomina al derecho del paciente a que todos aquellos que lleguen a conocer datos relacionados con su persona, por su participación directa o indirecta en las funciones propias de las instituciones sanitarias, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto. La salvaguarda de la confidencialidad es un deber de la institución, responsable de garantizar la protección de los datos frente a un mal uso o acceso injustificado a los mismos
- **Confidente necesario:** todo aquel que queda justificado para conocer datos confidenciales de un paciente o usuario por ser su colaboración necesaria para asegurar la atención sanitaria y los servicios profesionales que hacen necesario recoger información confidencial
- **Datos de carácter personal:** cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables
- **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 de una determinada situación, recogida en el artículo 20 del Código Penal, en la que una persona, para evitar un mal propio o ajeno, lesiona un bien jurídico de otra 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
- **Información clínica:** cualquier dato que permita adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o el modo de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla

¹ Buena parte de estas definiciones, con alguna modificación, pueden encontrarse en el artículo, de la serie Bioética para Clínicos: Júdez J, Nicolás P, Delgado M^a T, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: confidencialidad, historia clínica, la información. Med Clin (Barc) 2002; 118 (1): 18-37(www.medicinaclinica.com localizador web nº 43227)

- **Intimidad:** lo más interior y reservado de la persona o grupo familiar
- **Paciente:** Todo aquel que requiere asistencia sanitaria porque necesita cuidados para el mantenimiento o recuperación de la salud
- **Privacidad:** derecho de todo ser humano a determinar y controlar qué información sobre sí mismo es revelada, a quién y con qué motivo
- **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. La palabra secreto hace referencia a “lo que debe mantenerse separado de la vista y del conocimiento de los demás”
- **Usuario:** persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, prevención de enfermedades e información sanitaria

3. Lo que debemos saber

Desde los tiempos de Hammurabi, 2500 años antes de Cristo, las normas de ética médica han hecho referencia a la obligación de guardar secreto. El Juramento Hipocrático hace 24 siglos, recogía: "Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no tenga que ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar". El secreto profesional es, por tanto, un deber asumido desde siempre por todos los médicos, independientemente de las características de su profesión. No sería hasta los siglos XVIII y XIX cuando se empezara a considerar el cumplimiento del deber de secreto como un derecho de las personas. Así, 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 de la asistencia.

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 asistencial².

A lo largo de la historia, la interpretación del deber de secreto se ha plasmado en dos tesis contrapuestas: la del secreto médico absoluto y la del relativo. Los partidarios del secreto médico absoluto defienden la inquebrantabilidad del deber de sigilo bajo cualquier circunstancia. El facultativo es un confidente necesario del enfermo y es esta "necesidad" la que le autoriza a conocer datos personales de sus pacientes. La única forma de mantener la confianza en la profesión médica es asegurar el silencio riguroso de lo acontecido en la relación clínica, equiparándolo al secreto de

² Una buena revisión del tema en el ámbito anglosajón, además de en la Enciclopedia de Bioética (Winslade WJ. Confidentiality. En Reich WT. Encyclopedia of bioethics (2º ed) Nueva Yorck: Macmillan, 1995: 451-458) es el artículo de la serie Bioética para Clínicos de la revista de la Asociación Médica Canadiense: Kleinman I, Baylis F, Rodgers S, Singer PA. Confidentiality. Can Med As J, 1997; 156: 521-524, con acceso libre en formato PDF a través de internet: www.cmaj.ca/cgi/reprint/156/4/521.pdf (visita 26 mayo 2003)

confesión. Hoy por hoy, parece claro que la concepción del secreto como obligación absoluta no es aceptada por ninguna filosofía, religión o norma legal³.

La doctrina del secreto médico relativo considera éste como una obligación necesaria para garantizar el establecimiento de una relación de confianza que permita el ejercicio de la medicina, asegurando el respeto a la intimidad de la persona. Pero cuando por el mantenimiento del secreto pueden resultar seriamente perjudicadas otras personas o la sociedad en su conjunto, es necesario establecer límites o excepciones al deber de sigilo. Estas posibles excepciones y la colisión de intereses que surgen con frecuencia en la práctica clínica son las que suelen generar dudas a la hora de decidirse ante un dilema. Por todo ello, se hace necesario fundamentar adecuadamente el deber de secreto médico para que no se diluya en la vaguedad que supone su relatividad actual.

3.1 Marco ético de referencia

Históricamente se ha considerado que los profesionales de la salud tienen la obligación ética de mantener el secreto de todo aquello que conocen en el ejercicio de su profesión. Con esta confianza el paciente se acerca a su médico. Sin embargo, en nuestro tiempo se han planteado excepciones al deber de confidencialidad, justificadas por el deseo de evitar graves daños al propio paciente o a terceras personas⁴.

Las bases morales 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 han apoyado tradicionalmente en tres argumentaciones: el respeto a la autonomía personal, la existencia de

³ Lachmann PJ. Consent and Confidentiality. Where are the limits? An introduction. *J Med Ethics* 2003;29:2-3 (www.jmedethics.com) En este mismo número de la revista hay varios artículos relacionados con el tema de la confidencialidad y sus límites en distintas circunstancias, recogiendo los contenidos del Simposio de la Academia de Ciencias Médicas sobre Consentimiento y Confidencialidad, celebrado el 12 de febrero de 2002 en Londres

⁴ Así, la fórmula propuesta por el profesor Gisbert Calabuig cuando se plantea un dilema en torno a la confidencialidad (AAVV. El secreto médico. *JANO* 1992; 43: 1545 y siguientes. Número monográfico), consiste en actuar en función de la respuesta a dos preguntas:

1. Al revelar el secreto, ¿beneficio al paciente? Una respuesta positiva podría justificar desvelar un secreto, aunque habría que considerar el peso del factor autonomía antes de hacerlo.
2. Al revelar el secreto, ¿hay un beneficio social *cierto*? Si el beneficio es cierto y no sólo probable, el principio de justicia justificaría revelar el secreto.

un pacto implícito en la relación clínica y la confianza social en la reserva de la profesión médica.

Muchos autores consideran que el respeto a la autonomía personal es la premisa más importante para fundamentar la salvaguarda de la confidencialidad⁵. El argumento sería que sin confidencialidad no hay privacidad, y sin ella se pierde el control de la propia vida. Existe una relación recíproca entre el derecho del paciente a preservar su intimidad y la obligación de secreto por parte del médico, que se manifiesta en la puesta en marcha de medidas adecuadas para la protección de datos sanitarios.

Pero una fundamentación exclusiva de la confidencialidad en la autonomía del paciente plantea problemas con aquellos que sufren limitaciones o carecen de ella, pudiendo llegar a ser una obligación muy poco exigente en algunas situaciones, como cuando se ha producido una pérdida irreversible de las funciones mentales. Del mismo modo, algunas informaciones podrían ser reveladas por considerar que no afectan a la vida del paciente, lo cual añade el problema de tener que determinar cuándo una información puede afectar a la vida presente o futura de un determinado paciente. Debe recordarse, a este respecto, que el secreto médico se fundamenta básicamente en el respeto a la persona⁶. Por eso no corresponde al facultativo, ni a sus colaboradores, juzgar lo que es o no importante para cada paciente, a la hora de decidir si se puede divulgar o no, o si se debe proteger más o menos.

Una segunda razón que justifica el deber de secreto es *la existencia de un pacto implícito en la relación clínica*. Esta promesa tácita de discreción puede entenderse como un auténtico contrato según el cual se intercambia información, propiedad del paciente, con la condición de que sea utilizada exclusivamente para su atención sanitaria. Este enfoque sirve para prevenir las indiscreciones del personal sanitario, que no tiene derecho a desvelar nada de lo conocido en la consulta, porque es propiedad privada del

⁵ Entre ellos Sissela Bok: *The limits of confidentiality*. En: *Secrets: on the ethics of concealment and revelation*. New York: Pantheon Books, 1982: 116-135.

⁶ Castilla A. El secreto médico. *Cuadernos de Bioética*, 1996;2: 202-9

paciente. Pero en el caso de pacientes que carecen de autonomía, este argumento no ayuda a justificar el deber de confidencialidad, dado que un contrato exige capacidad de decisión por ambas partes, y el paciente no la tiene.

La tercera razón para justificar la obligación de secreto es *la confianza social en la reserva de la profesión médica*. Si no existiera el compromiso de los médicos de salvaguardar la confidencialidad, los pacientes no se acercarían a la consulta confiadamente. La falta de información derivada de esa desconfianza podría llegar a perjudicarles seriamente. Las consecuencias de una medicina sin confidencialidad serían muy graves para la sociedad. Se trata pues de una justificación utilitarista del deber de secreto.

La lealtad es otro modo de enfocar la fundamentación del deber de secreto⁷. Por ella se espera que el facultativo y sus colaboradores hagan uso de la información sólo para la finalidad para la que fue recogida. Como justificación ética es más exigente que la razón de respeto a la autonomía y la razón de cumplimiento de la promesa o pacto de la relación clínica. Además, resuelve mejor el problema que se planteaba con los pacientes con capacidad limitada o ausente. Por su parte, la razón de garantía social indispensable para la práctica de la medicina, como argumento utilitarista para justificar el deber de confidencialidad, también fundamenta la necesaria lealtad del médico para preservar la privacidad de la relación médico-paciente.

No obstante, hay tres grandes supuestos en los que se plantea hacer excepciones al deber de secreto: para evitar un daño a otras personas, para evitar un daño a la propia persona, y por imperativo legal. La justificación de la ruptura del secreto se apoyaría en excepciones a las razones que fundamentan el deber de confidencialidad:

a) Para evitar un daño a otras personas

En general, cuando una persona dispone de una información cuya utilización puede evitar un daño a terceros, su intuición moral la obliga a actuar. El problema se plantea cuando la información no le pertenece, como

sucede en la relación médico-paciente. Una primera posibilidad sería solicitar permiso al paciente para hacer uso de la información: con ello el problema quedaría resuelto. El dilema se produce en la práctica cuando el médico no dispone de autorización explícita para desvelar información.

La razón de respeto a la autonomía de la persona llevada al extremo obligaría a mantener el secreto. Pero también podría razonarse que no hay obligación de respetar la autonomía de quien la utiliza para perjudicar a otros.

Una interpretación estrictamente contractual de la relación médico-enfermo, en la que el facultativo se debe únicamente a su paciente, obligaría a un secreto absoluto. Sin embargo, pocos médicos aceptarían que el compromiso con el enfermo implique una promesa de confidencialidad que incluya la posibilidad de permitir un daño a terceras personas.

En cuanto a la confianza social en los médicos, no incluye la posibilidad de que su discreción pueda perjudicar a terceras personas. Sin embargo, hay autores como H. Tristram Engelhardt⁸ que, desde una perspectiva consecuencialista⁹, conceden gran importancia a la confianza social en la discreción del personal sanitario, haciendo una interpretación muy restrictiva de las posibilidades de revelar información confidencial. Así, por ejemplo, considera que el médico no debería informar a la pareja de un paciente con una enfermedad de transmisión sexual que no desea descubrir esta condición. Por otra parte, en el supuesto de malos tratos a un menor distingue entre dos situaciones: que los malos tratos sean conocidos por el médico al atender al muchacho, sin existir indicios de que los padres piensen enmendar la situación; o al acudir éstos a un centro especializado en el tratamiento y rehabilitación de estos casos. La denuncia a las autoridades, en este segundo supuesto, alejaría a muchas personas con este problema de los centros terapéuticos, con el consiguiente perjuicio para muchos más niños en esta delicada situación.

⁷ Tomado de Altisent R. Confidencialidad y secreto profesional en la atención sanitaria. Análisis ético y justificación de sus límites. *Dimensión Humana* 1998; 2(5): 17-22.

⁸ Engelhardt HT. Los fundamentos de la bioética. Barcelona: Paidós Ibérica, 1995: 371-376.

⁹ Las corrientes filosóficas utilitaristas y consecuencialistas fundamentan la moralidad de los actos y decisiones en sus consecuencias. Por contra, el deontologismo apoya su valoración ética en los principios y en la adhesión al procedimiento de análisis y toma de decisiones

El análisis de esta excepción, considerando la lealtad debida al paciente, nos obliga a precisar que la lealtad es exigible para hacer el bien. Pero cuando se traduce en injusticia deja de ser lealtad para convertirse en complicidad. Ningún médico debería sentirse obligado a mantener en secreto una información que con alta probabilidad puede perjudicar gravemente a terceras personas. Siempre y cuando se hayan puesto todos los medios posibles para evitar desvelar información confidencial, intentando convencer al paciente de que sea él quien revele la información o conceda su autorización para hacerlo.

A la hora de justificar la revelación de una información conocida bajo secreto médico para evitar un daño a terceras personas, habría que valorar las circunstancias haciendo, con prudencia, un balance de la magnitud del daño y la probabilidad de que se produzca. En principio, la posibilidad bien fundada de que se perjudique seriamente a una tercera o terceras personas concretas (no a terceros en general) constituiría la justificación ética más importante para divulgar información confidencial. Albert R. Jonsen, Mark Siegler y William J. Winslade, utilizan tres ejemplos para apoyar esta afirmación¹⁰. En opinión de los autores, el Caso I no sería un ejemplo de revelación justificada del secreto médico, salvo en circunstancias insólitas. En el Caso II podría justificarse la revelación de información confidencial. Respecto al caso III constituiría un ejemplo de revelación justificada, siempre que se haya intentado, sin éxito, solucionar el problema de procurar el tratamiento del cónyuge expuesto a la infección, manteniendo la confidencialidad de la información.

Beauchamp y Childress¹¹, indican que, independientemente de las razones esgrimidas para fundamentar el deber de secreto, las reglas de la confidencialidad se consideran "prima facie", esto es, no absolutas, tanto para la ética como para la ley, ya que son de obligado cumplimiento siempre y cuando no entren en conflicto con otros principios y normas de obligado

¹⁰ Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical Ethics*. New York: McMillan, 1986: 126-131:

Caso I: Un hombre de 46 años, que corre un riesgo inminente de infarto de miocardio le pide a su médico de cabecera que no le diga nada a su esposa.

Caso II: Un hombre de 32 años al que se le diagnostica Corea de Huntington pide al médico que no informe a su esposa al respecto. El médico sabe que la esposa quiere tener hijos.

Caso III: Un hombre de 43 años ha de ser tratado de gonorrea 10 días después de volver de un viaje de negocios. El paciente insiste en que no se informe a su mujer.

¹¹ Beauchamp T, Childress J. *Principios de ética biomédica*. Madrid: Masson, 1999: 408-413

cumplimiento. Estos autores concluyen que las reglas de la confidencialidad interpretadas de forma absoluta pueden conducir a diversos incidentes con pérdidas y lesiones evitables. Por ello, para evaluar si determinados riesgos para terceros están por encima del deber de secreto y del derecho del paciente a la confidencialidad, habrá que ponderar la probabilidad de que el daño se materialice y la magnitud de ese daño, por lo que proponen utilizar una tabla de contingencia 2x2 entre la probabilidad del daño (alta o baja) y la magnitud del daño (mayor o menor). Así, cuando la evaluación que hace el facultativo es de que se producirá un daño importante con alta probabilidad, pierde fuerza la obligatoriedad de su deber de confidencialidad, y gana peso la posibilidad bien fundamentada (ellos hablan de obligatoriedad) de revelar información confidencial. Cuando la magnitud del daño es pequeña y la probabilidad de que se produzca también, obviamente, no habría justificación alguna para no respetar el deber de secreto. Los problemas surgen cuando estamos ante situaciones intermedias, bien porque la magnitud estimada del daño se considera menos grave, aunque sea muy probable que se produzca, bien porque aún considerando el riesgo muy grave, es poco probable que se produzca. En estos casos, Beauchamp y Childress consideran que el análisis de las circunstancias o particularidades del caso serán las determinantes de la corrección o no de mantener la confidencialidad.

Hablando de posibles enfoques del problema no debemos olvidarnos de la perspectiva mediterránea. ¿Cómo aborda la resolución de un dilema ético en la práctica clínica, por ejemplo, Diego Gracia¹²? Pues haciendo uso de los principios de la bioética que, teniendo como marco de referencia la dignidad del hombre y el respeto a los derechos humanos, no se encuentran situados todos al mismo nivel. Así, pueden jerarquizarse en un nivel universal, "siempre exigible por implicar requisitos previos a los derivados de la propia relación clínica", también llamado ética de mínimos, en la que se localizan los principios de no maleficencia y de justicia, y un nivel particular, propio de la relación médico-paciente, o ética de máximos, con los principios de autonomía y beneficencia. Desde estas perspectiva, el deber-derecho de confidencialidad se sustenta principalmente en el principio de autonomía del paciente, que

¹² Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: EUDEMA, 1991

deber ser respetado, siempre y cuando se haya cumplido previamente con el respeto al principio de no-maleficencia (evitar un daño grave a terceras personas concretas) y de justicia (tratar a todos los pacientes con el mismo respeto).

b) Para evitar un daño al propio paciente

El respeto a la autonomía del paciente obliga a considerar primero si el paciente es autónomo o, mejor aún, si el comportamiento implicado se puede considerar como una acción autónoma. La intencionalidad, la comprensión, la falta de control externo y la autenticidad, considerando que un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente, son las cuatro características que definen una acción autónoma. Así, ante un paciente con dependencia alcohólica que se niega a informar a terceros implicados necesariamente en su cuidado, podemos razonar que su negativa a dar información es irracional e incoherente, ya que esas personas pueden ayudarle a recuperar la salud. Las cosas se complican si el paciente expresa ese mismo deseo en momentos de lucidez, consciente de las consecuencias de su negativa. La tabla de contingencia expuesta por Beauchamp y Childress seguiría siendo de utilidad, sin olvidar que podemos estar justificados para evitar un daño a una persona sin su consentimiento (conculcando su autonomía), pero no podemos promoverle un bien sin dicho consentimiento

En pacientes que tienen afectada la autonomía por su estado mental, o en niños, no habría problemas para justificar excepciones al deber de secreto para evitarles un daño si fundamentamos la confidencialidad sólo en el respeto a la autonomía. Sin embargo, el fundamento del compromiso implícito con el paciente obligaría a mantener la discreción. Por otra parte, ¿qué repercusiones sociales tendría que los médicos pudieran revelar información de un paciente que toma una decisión autónoma que le perjudica? Parece que socialmente está aceptada la revelación de información con la condición de que sea el único medio para evitar la pérdida de la vida o la salud del paciente. Como en el caso anterior, al acudir al fundamento de la lealtad debida al paciente, ésta es exigible para hacer el bien. Pero si se traduce en

maleficencia deja de ser lealtad. En cuanto a la perspectiva principialista, se trataría de confrontar el principio de autonomía con el de no-maleficencia, si el daño a evitar es grave.

c) Por imperativo legal

Un profesional sanitario que revele información confidencial por exigencia legal no necesariamente está justificado, desde la perspectiva ética, para hacer esta excepción al deber de secreto. Por tanto, el análisis moral del caso puede contribuir a introducir algunos matices en el modo de responder a la exigencia legal.

Dejaremos de lado situaciones que pueden considerarse falsas rupturas de la confidencialidad (declaración obligatoria de enfermedades, manejo de datos para investigación, estudios epidemiológicos y de calidad asistencial), pues los profesionales que manejan la información quedan también bajo el deber de secreto, sea compartido o derivado, y pasaremos a comentar los supuestos reales de ruptura. 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 inculpado en un proceso judicial, sigue presente la lealtad del profesional hacia sus pacientes que implica el deber moral de secreto. Esto significa que el contenido de la declaración quedará limitado a lo estrictamente necesario y relevante para el objetivo judicial, justificado en el interés público.

3.2 Marco deontológico de referencia

Los códigos deontológicos son el resultado de una larga tarea de selección de normas y criterios mediante los cuales los profesionales quieren regular la práctica de su profesión. La medicina es una de estas profesiones, quizás la más emblemática. En la Tabla 1 se recogen los principales Códigos de Deontología de las profesiones sanitarias en nuestro país.

**Tabla 1. Códigos Deontológicos de los profesionales sanitarios en España
(artículos dedicados al secreto profesional)**

- Código de Ética y Deontología Médica (Madrid, 25-9-1999): Capítulo IV: artículos 14-17¹³
- Código de Deontología y Normas de Ética Médica del Consejo General de Colegios de Médicos de Cataluña (Barcelona, 16-6-1997): Capítulo IV: Art 28-40
- Código Deontológico de la Profesión de Enfermería (Madrid, 14-7-1989): Capítulo III: Art. 19-21
- Código de Ética de Enfermería del Colegio Oficial de Ayudantes Técnicos Sanitarios y Diplomados en Enfermería de Barcelona de 1986: Capítulo II: Art. 23-29
- Código de Ética Profesional del Colegio Oficial de Trabajadores Sociales de Barcelona de 1989: Capítulo I: Puntos 5, 6, 7 y 10

A modo de síntesis, y centrándonos en los Códigos de Medicina, desde el punto de vista deontológico, el secreto profesional es un deber inherente al ejercicio de la profesión, que abarca toda la información que se llegue a conocer sobre un paciente y obliga a todas las personas que por su actividad laboral participan directa o indirectamente en la atención del enfermo. En sus justos y restringidos términos se permite (que no se impone) la revelación de información confidencial, sin consentimiento del interesado, en ciertas situaciones como: por imperativo legal, para evitar un daño grave a terceras personas, la sociedad o el propio paciente, en las enfermedades y acontecimientos de declaración obligatoria (nacimientos, defunciones,...), y cuando el facultativo sea injustamente acusado por el paciente o sea llamado a testificar en materia disciplinaria.

En la búsqueda del ansiado equilibrio, algunos principios deontológicos recogen varios de los requisitos médicos convenientes para la protección de los datos en la esfera sanitaria¹⁴:

¹³ El Código de Ética y Deontología Médica contiene varios artículos que hacen referencia a la intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. Así, además de todo el capítulo IV (artículos 14 al 17, ambos inclusive), destacarían los artículos 8 (sobre relaciones del médico y sus pacientes), 11 (relacionado con la emisión de informes y certificados) y 13 (referido a la historia clínica).

¹⁴ Tomado de Herranz G. Medical requirements in data protection. En: CEC DG XIII/F AIM (Ed). Data protection and confidentiality in health informatics. Amsterdam: IOS press, 1991: 71-79

- El principio de parquedad

De acuerdo con este principio, los profesionales sanitarios deben limitarse a recabar y registrar lo estrictamente necesario para asegurar una atención médica de calidad. Así, es conveniente no constatar, salvo que sea imprescindible, aquellos detalles que, de revelarse, podrían acarrear situaciones embarazosas para todos. Por ejemplo, para tratar a un paciente con gonococia no es imprescindible registrar que ha sido cinco días después de volver de un viaje de negocios.

- El principio de transparencia

Es conveniente actuar correctamente, pero también dejar ver que se está actuando correctamente. Para ello lo mejor es que el paciente pueda conocer qué tipo de información sobre su persona está recogida, así como quién y bajo qué condiciones puede acceder a ella, estén esos datos informatizados o no.

- El principio de responsabilidad

Este principio está estrechamente relacionado con la máxima hipocrática *Primum non nocere*. Por una parte implica que todos los profesionales deben ser cuidadosos y responsables en el manejo de la información sanitaria, habida cuenta de las consecuencias que para los pacientes pueden tener pequeños errores u olvidos. Por otra, recuerda que el trabajo en equipo no debe utilizarse como excusa para difuminar responsabilidades.

- El principio de universalidad

Hace referencia a que las medidas de seguridad para proteger los datos sanitarios deben ser aplicadas siempre, en todos los centros y para todos los usuarios.

3.3 Fundamento legal del deber de secreto ¹⁵

Desde el punto de vista jurídico el secreto médico nace de una promesa tácitamente formulada al conocer el facultativo una serie de informaciones confidenciales del paciente mediante el ejercicio de su profesión. Se apoya en una serie de principios jurídicos que regulan el secreto de acuerdo con diferentes criterios o doctrinas, que en las legislaciones de diferentes épocas y países determinarán los matices y limitaciones del secreto. Centrándonos en la legislación vigente actualmente en nuestro país, la pluralidad de normas, de muy diferente rango, destinadas a proteger la confidencialidad de los datos relativos a la salud, podría clasificarse en: normativa internacional, comunitaria, de ámbito interno y de ámbito autonómico. En la Tabla 1 se recoge una selección de las mismas.

En el ámbito español, la de mayor rango es la Constitución Española, que establece el derecho a la intimidad de los ciudadanos, recomendando limitar el uso de la informática en su artículo 18, y remitiendo la regulación del secreto profesional a una ley específica, todavía no desarrollada, en su artículo 20.1. El derecho a la intimidad viene regulado más extensamente en la Ley Orgánica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, que en su artículo 7.4 considera intromisión ilegítima, catalogada como falta grave, la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional y oficial de quien lo revela, imponiendo la obligación de indemnizar el daño causado.

La reciente *Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, ha derogado prácticamente los artículos 10 y 11 de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 y el conocido artículo 61. Su escueto capítulo III (contiene un artículo, el 7) recuerda el derecho a la intimidad y confidencialidad de los datos sanitarios. Tienen también importancia, en relación con el tema que nos ocupa, los artículos que regulan el uso y acceso a la historia clínica (artículos 16, 18 y 19).

¹⁵ Una magnífica obra donde consultar todos estos aspectos es el libro de los hermanos Jesús y Javier Sánchez-Caro, psiquiatra y jurista, respectivamente: Sánchez-Caro J, Sánchez-Caro J. *El médico y la intimidad*. Madrid: Díaz de Santos, 2001, complementado por la publicación (hace una valoración jurídica de la Ley 41/2002, de aprobación posterior al referido libro): Sánchez-Caro J, Abellán F. *Derechos y deberes de los pacientes*. Granada: Comares, 2003. Los derechos y deberes recogidos por la reciente Ley básica, habían sido ya reseñados por el Grupo de expertos en información y documentación clínica en su Documento final de noviembre de 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998. (<http://www.aeds.org/documentos/expertos.htm>)

Tabla 2. Normativas relacionadas con el secreto profesional y la confidencialidad. Ámbito internacional

/ El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio de Oviedo), de 19 de noviembre de 1996, (ratificado en octubre de 1999) artículo 10.1

Ámbito comunitario

/ La Directiva 95/46/CE del Parlamento europeo y del Consejo de la Unión Europea de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de los mismos

/ La Directiva 96/9/CE sobre protección jurídica de las bases de datos, extiende la protección de la Ley de Propiedad Intelectual a las bases de datos

/ La 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

Ámbito estatal

/ Constitución Española de 1978: artículos 18, 20.1d, 24.2

• *Leyes Civiles*

/ Ley Orgánica (LO) 1/1982 de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen de 2 de mayo 1982

/ Ley 35/1988 de 22 de noviembre sobre Técnicas de Reproducción Asistida, arts. 2.5 y 5.5

/ La Ley 30/1979 sobre Extracción y Trasplante de Órganos, art.4.d; y los RD 426/1980, de 22 de febrero, art. 2.e y RD 2070/1999, de 30 de diciembre, que desarrollan la Ley

• *Leyes administrativas*

/ Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, modificada en lo que al tema que nos ocupa por la

/ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

/ LO 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal

/ El Real Decreto (RD) 944/1978 sobre Ensayos Clínicos (EC) y el RD 561/1993 de 16 de abril, sobre EC con medicamentos, art. 11.7.

/ El RD 1910/1984 sobre receta médica, art. 9, la Ley 25/1990 de 20 de diciembre del Medicamento, arts. 85.5 y 98, y el RD 520/1999 de 26 de marzo, por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia Española del Medicamento, arts. 33.2 y 44.

/ El RD 2409/1986 de 21 de noviembre, sobre centros sanitarios acreditados y dictámenes preceptivos para la práctica legal de la interrupción voluntaria del embarazo, arts. 4.2 y 9 párr.3º

/ LO 3/1986, de 14 de abril de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública: artículos 2 y 3

• *Leyes laborales*

/ Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social: Art. 55, y Estatuto de los Trabajadores (Ley 8/1980, de 10 de marzo, artículo 4.2)

/ Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, art, 22

• *Leyes procesales*

/ Ley 62/1978, de 26 de diciembre de Protección Jurisdiccional de los Derechos Fundamentales de la Persona

/ Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil: artículo 371

/ Ley de Enjuiciamiento Criminal: artículos 259, 262, 410, 417, 421, 445 y 716

• *Derecho Penal*

/ Código Penal (LO 10/1995 de 23 de noviembre): artículo 199; sobre el deber de revelar: 450, 451.2, 458-462

Ámbito autonómico:

▫ Decreto 45/1998, de 17 de marzo, del País Vasco, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias. Y la Ley de las Voluntades Anticipadas en el ámbito de la Sanidad, de 12 de diciembre de 2002.

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

▫ Ley 3/2001, de 28 de Mayo, de la Comunidad Autónoma de Galicia, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes

▫ Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura

▫ Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón (Título III)

▫ Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de la Rioja (Título II)

▫ Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, de Navarra, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica

▫ Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana

En lo referente a la informatización de datos, el mandato constitucional de su regulación queda recogido en la *Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal*, de excepcional importancia, así como las Órdenes y Acuerdos que la desarrollan, y que hace referencia no solo al soporte informático sino a todo fichero o archivo que contenga datos personales, independientemente del soporte utilizado.

Desde la entrada en vigor de nuestro Código Penal (25 de mayo de 1996), la revelación de secreto constituye un delito duramente castigado por la ley¹⁶. Esta normativa no concede excepciones, pero qué ocurre, por ejemplo, ante el caso de un médico conocedor de que uno de sus pacientes, por otra parte asintomático, está infectado por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y, sin poder tomar medidas preventivas adecuadas que no levanten sospecha, se niega a comunicárselo a su pareja sexual, ajena al riesgo que corre. El médico podrá revelar esta información, pero no como deber jurídico, sino amparado por un estado de necesidad (artículo 20.5 del Código Penal) justificante de su conducta. De todas formas, no existe pronunciamiento por parte de los Tribunales de Justicia, sobre algún caso similar que pudiera servir de referencia.

Además la legislación también regula la obligatoriedad de revelar el secreto médico en las siguientes situaciones:

a) En caso de enfermedades infecto-contagiosas:

Es obligada la declaración (a la Jefatura provincial de Sanidad, servicios de preventiva del Hospital, etc) con fines epidemiológicos y de prevención, de las enfermedades infecciosas recogidas en el Anexo de la Resolución de la Dirección de Salud Pública de 22 de diciembre de 1981. Por tanto, no se trata realmente de una violación del deber de secreto. Igualmente, los artículos 2 y 3 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública, aluden indirectamente a la posibilidad de revelar

¹⁶ El artículo 199 en sus puntos 1 y 2 dice textualmente: " 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. 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".

información confidencial con el fin de controlar las enfermedades transmisibles a nivel poblacional.

b) En el caso de conocimiento de la comisión de un delito

c) Cuando se cite al profesional como perito, testigo o inculpado en procedimientos judiciales

Es decir, el deber que tiene el médico de denunciar los delitos de que tuviere conocimiento supone una limitación criticable a su deber de secreto cuando se refiere a su propio paciente, pues 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 estas situaciones, se contraponen dos deberes: el de confidencialidad, al que claramente obliga la ley, y el de denunciar, expresado con igual rotundidad. Resulta complejo resolver tal colisión de deberes, dado que la solución no está claramente a favor del deber de denuncia, o a la inversa, sino que hay que ponderar en cada caso concreto el criterio a seguir, recordando, eso sí, que uno de los eximentes de responsabilidad criminal (artículo 20.7 del Código Penal) es actuar en cumplimiento de un deber (el de denuncia o testimonio lo es) o en el ejercicio de las labores propias de la profesión. No obstante, ateniéndonos a la gravedad de la sanción, pena por pena ésta es mayor para la revelación de secreto.

4. Algunas cuestiones prácticas¹⁷

Pensemos en algunas situaciones que se plantean en nuestras consultas¹⁸: el adolescente con drogodependencia no conocida por sus padres; la menor que solicita un tratamiento interceptivo ante un posible embarazo y se niega a informar a sus padres; el cónyuge con una enfermedad de transmisión sexual; el joven VIH positivo con varias relaciones de pareja; el juez que solicita una determinada historia clínica; el médico de empresa que pide información sobre un paciente de baja; la administración que instaura un nuevo sistema informático de gestión centralizada de historias clínicas que incrementa considerablemente los riesgos para la salvaguarda de la confidencialidad,...

- Consejo 1: intentar, siempre que sea posible, hacer partícipe al paciente de la solicitud de información y que sea él quien la revele, o dé su consentimiento para ello. Cerciorarse de que no hay oposición explícita a dicha revelación. Este consejo, junto al número 5, puede aplicarse a la hora de informar a los familiares y personas vinculadas al paciente
- Consejo 2: ponderar los principios éticos en juego y las consecuencias de los cursos de acción a elegir, sin olvidar que, frente a otros fines lícitos para recabar información confidencial de personas identificables, la finalidad asistencial es la primera y más

¹⁷ Para los interesados en la resolución de casos prácticos, a través de Internet puede accederse a la serie Bioética para Clínicos de la revista Medicina Clínica, con interesantes artículos, incluyendo uno específico sobre confidencialidad, que presenta varios casos analizados, modificados de situaciones reales: 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: 18-37 (www.doyma.com localizador artículo: 43227). También en castellano, analizados con más profundidad, se puede acceder a los casos 1 y 3 de la sección: Analizemos un caso, de la Revista de Bioética en Atención Primaria del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza: www.bioeticaenaps.com.

Por otra parte, el equipo del profesor canadiense Peter A Singer, responsable principal de The ETHICS OSC: Standardized Patient Scenarios for Teaching and Evaluating Bioethics, ponen a libre disposición en la red dos escenarios sobre confidencialidad, dedicados a los problemas relacionados con los adolescentes (relaciones sexuales, hábitos y conductas de riesgo,...): www.wings.buffalo.edu/faculty/research/bioethics/bcp.html, y la infección por HIV: www.wings.buffalo.edu/faculty/research/bioethics/hiv.html (visita 26 mayo 2003)

¹⁸ Delgado MT. Secreto profesional. En: Guía de Actuación en Atención Primaria (2ª ed) Barcelona: EDIDE, 2000: 1412-1414. También: Delgado Marroquín MT, Altisent Trota MN, Martín Espíldora MN. Ética de la comunicación con los pacientes. Secreto profesional y confidencialidad. En: Curso de Relación Médico Paciente. Universidad Miguel Hernández, Alicante. Madrid: ERGON, 2003: 143-157

Para profundizar más en este tipo de cuestiones en nuestro ámbito de actuación, consultar: 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.

importante, la que verdaderamente justifica el acceso a los datos, salvo que se haya informado previamente al paciente de la posibilidad de su empleo para otros fines y no haya oposición expresa para ello.

- Consejo 3: la creación y mantenimiento de sistemas de elaboración, archivo o informatización de datos clínicos deben garantizar el respeto al derecho del paciente a la intimidad, exponiéndose en caso contrario a posibles reclamaciones, extensivas a la Dirección del Centro como responsable último de su correcto funcionamiento.

Las consideraciones éticas sobre la confidencialidad son las mismas para los datos sanitarios recogidos y conservados en soporte papel o mediante las nuevas tecnologías (historias clínicas computerizadas y sistemas de transferencia e intercambio de información). Pero, aunque los sistemas de informatización aseguran, en principio, un mayor control del acceso a los datos clínicos registrados sobre un paciente, también pueden generar un mayor riesgo de acceso y divulgación no autorizada de los datos para fines distintos de los que llevaron a su recogida y conservación. Más que el peligro que podría suponer un pirata informático en la red sanitaria, el problema se plantea con la integridad de los profesionales que trabajan en el propio sistema sanitario. Ningún sistema de claves, encriptamientos, verificaciones, niveles de acceso, etc. puede proteger los datos computerizados de una persona que, teniendo acceso a ellos, permita o utilice los mismos para una finalidad distinta de la que se espera. El mayor peligro para la confidencialidad de los datos sanitarios depende de la posibilidad de corrupción de los profesionales con acceso interno, así como del desconocimiento o del olvido del deber de secreto. Y esta es una cuestión eminentemente ética.

- Consejo 4: respecto a los problemas procesales de la historia clínica el profesional debería ser prudente y, si se trata de procesos penales y no es él mismo el inculpado, no suministrar más datos que los estrictamente relacionados con el litigio, manteniendo

confidencial el resto de la historia clínica del paciente. En cualquier otro caso es precisa la autorización del paciente.

- Consejo nº 5: la posibilidad bien fundada de evitar un daño grave a terceras personas concretas, constituye la razón ética más importante para justificar una excepción al deber de secreto, constituyendo también un eximente de responsabilidad penal (estado de necesidad). En la misma línea, pero con una mayor riqueza en matices, estaría la justificación de la revelación de información confidencial para evitar un daño grave al propio paciente.

5. Recapitulando

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, si bien, no constituye una obligación absoluta, pudiendo revelarse información confidencial cuando existan razones fundadas para ello.

Por otra parte, se producen con cierta frecuencia situaciones conflictivas derivadas del desconocimiento del objeto y la extensión del deber de secreto y del olvido frecuente de dicha obligación. Por ejemplo, cuestiones de actitud, como hacer comentarios sobre las personas atendidas y sus circunstancias en áreas abiertas al público, o celebrar "sesiones clínicas" en la zona de admisión, constituyen comportamientos poco recomendables que pueden acarrear consecuencias graves. Además, la colisión de deberes que se produce entre el respeto a la intimidad de las personas y la revelación impuesta por la ley (denuncia o declaración sobre actos presuntamente delictivos) contribuyen a la incertidumbre.

Los cuadros recogen esquemáticamente lo expuesto a lo largo de este módulo, con relación a los marcos de referencia legal, ético y deontológico de la confidencialidad y el secreto profesional:

Marco legal de referencia

- El derecho a la intimidad es uno de los derechos fundamentales de la persona, reconocido y protegido por la ley junto con otros derechos fundamentales con los que puede entrar en conflicto, que, entre otras medidas, plantea la necesidad de normativa, aún no desarrollada, que regule el contenido y posibilidad de atenerse al secreto profesional en la esfera sanitaria
- El incumplimiento del deber de secreto constituye un delito duramente castigado (artículo 199 del Código Penal) que no concede excepciones, habiendo de valorar la posibilidad de encontrarse en un estado de necesidad (artículo 20.5 del CP) como eximente de responsabilidad penal, para dar respuesta a algunos dilemas éticos en la práctica
- Se produce una complicada colisión de deberes cuando un profesional sanitario se enfrenta a su obligación de secreto al mismo tiempo que debe cumplir con su deber de declarar, denunciar o testificar ante actos presuntamente delictivos, habiendo de valorar, como eximente de responsabilidad penal, la posibilidad de atenerse a un estado de necesidad o estar en situación de cumplimiento de un deber (artículo 20.7 del CP)

Marco deontológico de referencia

- Guardar secreto es una obligación inherente al ejercicio profesional
- Este deber abarca toda la información que llegue a conocerse sobre un paciente
- Obliga a todas las personas que por su actividad laboral participan directa o indirectamente en la atención del enfermo
- Únicamente puede revelarse información, sin consentimiento:
 - Por imperativo legal
 - Para evitar un daño grave a terceras personas, o al propio paciente
 - En las enfermedades y acontecimientos de declaración obligatoria
 - Cuando el profesional se vea injustamente acusado por el paciente

Marco ético de referencia

- **Fundamentos** de la confidencialidad y sus límites
 - ⇒ Respeto a la autonomía de la persona
 - ⇒ Cumplimiento del pacto implícito en la relación clínica
 - ⇒ Confianza social en la reserva de la profesión médica
 - ⇒ *La lealtad* debida al paciente
- Consideración de los **principios éticos** en juego
 - ⇒ Nivel universal: NO MALEFICENCIA y JUSTICIA
 - ⇒ Nivel particular: AUTONOMÍA y BENEFICENCIA
- La posibilidad bien fundada de evitar un daño grave a terceras personas concretas constituye la justificación ética fundamental para poder revelar información confidencial, cuando no existe otro modo de evitar dicho daño