

CONFIDENCIALIDAD: El derecho a la intimidad

- ¡Oye!, la semana pasada vi a una de tus pacientes
- ¿Sí?
- Sí, la señora Moullad. ¡Nunca te imaginarías qué le pasa!
- No, y prefiero que no me hables de ello.
- ¡Y eso!, ¿porqué?
- Si ha venido a verte a ti no es para que me lo vayas explicando.
- ¡Eh, evidentemente, pero entre colegas se puede discutir un caso!

(Winckler, Martin. *La enfermedad de Sachs*)

Miembros del grupo de ética:

Mònica Almiñana Riqué
Carme de Castro Vila
Carles Llor Vila
Ramón Morera Castell
Miquel Reguant Fosas

Lluís Balagué Gea
M. José Fernández de Sanmamed Santos
Roser Marquet Palomer
Albert Planes Magrinyà
Marisa Rubio Montañés

Referentes del grupo de ética:

Carmen Adalid Villar
Carme Batalla Martínez
Eva Comín Bertrán
Josep Manuel da Pena Alvarez
Josep Jiménez Villa
Josep Mercadé Orriols
Joaquim Pellejà Pellejà
Pascual Solanas Saura
Pedro J. Subías Loren
Rosa Vila Rigat
Francesca Zapater Torras

Joan Atmetlla Andreu
Gabriel Coll i de Tuero
Ramon Cunillera Grañó
Matilde Ezquerra Lezcano
Francisco Marín Jiménez
Elena Muñoz Seco
Jesús Pujol Salud
Montserrat Soler Conde
Joan-Enric Vidal Ruiz
Concepció Violán Fors

Otros socios que han realizado aportaciones:

Eva Peguero Rodríguez.

Consultores externos para este documento:

- Núria Barranco Guitart. *Profesora de inglés*
- M. Pilar González Serret. *Enfermera.*
Responsable UAU SAP Sants-Montjuïc-Les Corts-St. Gervasi. ICS.
- Sílvia Granollers Mercader. *Enfermera.*
Coordinadora Procesos de Enfermería. SAP Baix Llobregat Centre. ICS.
- Núria Terribas Sala. *Jurista, especialista en bioderecho.*
Directora Instituto Borja de Bioética.

Tanto los referentes, como los consultores hacen aportaciones en el borrador del documento, que son tenidas en cuenta, pero el contenido final del documento es responsabilidad del Grupo de Ética, que es la autor.

Las "Reflexiones de la práctica cotidiana" pretende ofrecer motivos de reflexión a los lectores (básicamente médicos de familia), que les ayuden a mejorar la vertiente ética de la atención que prestan a los ciudadanos. En ningún caso pretendemos establecer normas de actuación ni definir estrategias para que los profesionales eviten posibles problemas jurídicos. En cualquier caso, los miembros del Grupo de Ética entienden que una práctica éticamente correcta es, dentro de la incertidumbre de nuestra profesión, una buena herramienta, no sólo para hacerlo mejor sino también para prevenir problemas jurídicos.

REAL COMO LA VIDA MISMA.

La Dra. Perpleja oye como el compañero de la consulta de al lado comenta a la paciente que está visitando: “el señor que acaba de salir tiene 90 años, y hace 10 que le diagnosticaron un cáncer de próstata. Y ya ve... ¡está como una flor!”... La Dra. piensa que no está bien que un médico comente el caso de un paciente con otro paciente que visitará después... También piensa que ella no debería oír qué pasa en la consulta de al lado pero... ya está acostumbrada a oír todo lo que dice su compañero... ¡las paredes son tan finas!

Una señora se acerca al médico y le pregunta:

- Oiga, ¿qué le pasa a mi hermana?

-Perdone- responde el médico –eso no se lo puedo decir, pregúnteselo a su hermana.

-¡Oh – responde la señora- ella no me lo va a decir!

- Entenderá- responde el médico - que yo tampoco.

El interés, bien intencionado, por la salud de otra persona, ¿nos permite dar explicaciones sobre su salud...?

Entra una paciente que trabaja en la farmacia... La paciente, que viene a buscar unos análisis, comenta de pasada... “el Dr. Ponts está enfermo, ¿no?... ¿Qué le pasa... eso de siempre?” La Dra. sale del apuro sin responder a la pregunta. “¡Qué cara! Piensa... ¡No me extraña que después todo el pueblo sepa lo que pasa en el CAP!”

Cuando baja a recepción, el administrativo le comenta que un paciente ha pedido una visita “urgente”. Es un paciente que sufre un trastorno obsesivocompulsivo, y que casi siempre pide visita “urgente” por temas de salud leves o por temas burocráticos... ¿Quizá debería comunicar el diagnóstico a los administrativos para que puedan valorar más cuidadosamente sus demandas?

Mientras se lo piensa, oye como otra administrativa pregunta por teléfono... “¿Cómo dice? ¿Maria Oms Pérez?... ¿Qué le pasa?... Bien, si es para una receta no es urgente...” “¡Vaya, piensa... toda la gente que está esperando en la cola se ha enterado de que la Sra. Maria necesita una receta!”

Al mismo tiempo, un ciudadano pregunta a otro administrativo... “¿Ha venido mi hijo?” “¿Hasta qué punto se debe dar esta información? ¿Exageramos un poco si no la damos? Pero... y el hijo de este señor... ¿quiere que demos esta información a su padre, o no?”

Al volver a subir a la consulta, encuentra a dos enfermeras que comentan en medio de la escalera que la Sra. Maria tiene mucho mejor las llagas de las piernas, pero que su hija se niega a hacerse cargo de la cura... así que “tendremos que seguir yendo...”

- ¡Ah! ¡Por cierto... el trabajador social te ha dejado un informe para que rellenes para solicitar un ingreso de la Sra. Pujades en una residencia!

-¿Y ya lo sabe la Sra.?

-¡Cómo quieres que lo sepa, si está demenciada!

Cada día se nos plantean multitud de situaciones en las que podemos vulnerar el derecho de los pacientes a la confidencialidad de la información sobre su persona y sus datos clínicos. ¿Dónde están los límites de su derecho? ¿Cuál debe ser nuestra actitud ante las preguntas de los familiares? ¿Y de los servicios sociales? ¿Qué hacer cuando se vulnera

el derecho de una tercera persona? ¿Y cuándo hay dudas sobre la competencia del paciente para tomar una decisión?

IMPORTANCIA Y DEFINICIÓN DEL TEMA.

La confidencialidad de los datos referentes a la salud deriva del derecho que tienen las personas a la intimidad¹. Comporta la no divulgación de lo que sabemos de ellos debido a nuestra labor profesional. El respeto a la intimidad es un derecho fundamental ligado a la dignidad de la persona. Afecta tanto a lo que se nos dice como a lo que se puede deducir por observación, la exploración, las pruebas complementarias, los comentarios de casos clínicos o por otros medios². El ordenamiento jurídico y deontológico, desde el juramento hipocrático, nos obliga a ello de forma clara.

Las razones jurídicas y deontológicas son de suficiente peso por sí mismas, pero además, y sobre todo, la confidencialidad está asociada a la confianza en la discreción de alguien.

Se debe tener en cuenta que el mantenimiento de la confidencialidad es una herramienta imprescindible para conseguir realizar bien nuestro trabajo: si disponemos de la confianza plena de las personas, podremos acceder a datos que nos ayudarán en el diagnóstico y/o a comprender una situación determinada, de una manera mucho más fácil. Contrariamente, si violamos la confidencialidad obtendremos como efecto secundario la pérdida de confianza en nosotros y, a menudo, de rebote, en toda la profesión sanitaria. Esta pérdida de confianza comportará que las personas nos den información limitada o "poco sensible".

En estos momentos el tema es todavía más relevante ya que la sociedad de la información y de las nuevas tecnologías hace que sea accesible mucha más información y de una manera mucho más rápida. También la misma tecnología puede y debe garantizar la confidencialidad de una forma más segura que antes.

Podemos decir que la confidencialidad se basa en tres pilares:

- El primero es el derecho a la intimidad, comentado antes, y que es un derecho que el paciente puede preservar hasta donde él crea necesario.
- El segundo, el de la confianza. Los pacientes necesitan tenernos confianza para explicar lo que les pasa. Los sanitarios somos confidentes necesarios y, por tanto, estamos obligados a guardar el secreto profesional.
- El tercero es la lealtad al paciente que nos debe obligar a respetar su intimidad y su autonomía.

La obligación de guardar la confidencialidad afecta tanto al personal sanitario, como al personal de atención al usuario³. Afecta incluso a todo el personal que trabaja en el centro: personal de limpieza, informáticos, etc.

-
- ¹ Constitución Española (1978). Artículo 18,1 sobre el derecho a la intimidad: se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
 - ² Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Artículo 30: *El médico tiene el deber de guardar secreto todo aquello que el paciente le haya confiado, lo que haya visto, haya deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional, y procurará ser tan discreto que ni directamente ni indirectamente nada pueda ser descubierto.*

³ Legalmente son denominados como personal no sanitario. Esta denominación es la legal pero del todo incorrecta ya que actúan en una función sanitaria como la del resto, aunque sea diferente.

Debemos tener en cuenta que hay fuentes de conflicto permanente en la tarea cotidiana, como el trabajo en equipo, el secreto compartido y también las auditorías que se realizan periódicamente.

Estas fuentes de conflicto nos plantean un reto si queremos garantizar la confidencialidad, que debe ser nuestro objetivo.

MARCO LEGAL.

- Constitución Española, 1978.
<http://www.congreso.es/funciones/constitucion/indice.htm>
- LOPD 15/1999 de Protección de Datos.
<http://www.boe.es/boe/dias/1999-12-14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Ley 21/2000 (Parlament de Catalunya) sobre los derechos de información concerniente a la salud y a la autonomía del paciente, y la documentación clínica
<http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/pdf/lleidrets1.pdf>
- Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
<http://www.boe.es/boe/dias/2002-11-15/pdfs/A40126-40132.pdf>
- Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Consell de Col·legi de Metges de Catalunya, 1997.
<http://www.comb.es/cat/passeig/deonto/home.htm>
- Consell d'Europa. Convenio europeo sobre derechos humanos y biomedicina. Oviedo, 4-4-97. Ratificado por España el 6-11-97.
<http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/oviedo.pdf>
- Ley Orgánica 10/95 (de 23/11) del Código Penal. Capítulo IV. De la infidelidad en la custodia de documentos y de la violación de secretos⁴.
<http://www.igsap.map.es/cia/dispo/cpenal.htm>
- Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la atención sanitaria. Departament de Sanitat. Generalitat de Catalunya.
<http://www.gencat.net/sanitat/depsan/units/sanitat/pdf/ass.pdf>

⁴ Las condenas pueden llegar a más de 2 años de prisión

LA PRÁCTICA DE LA CONFIDENCIALIDAD.

Compartir información clínica.

Los datos clínicos de un paciente sólo deben de ser accesibles a la persona que el paciente ha aceptado como profesional para hacerle sus consultas⁵.

En caso de ausencia del profesional de referencia, los datos de la historia clínica garantizan la continuidad de la atención entre profesionales, lo cual va en beneficio del paciente. La población debe saber (información oral cuando sea necesario y, sobre todo, información escrita: pósters, trípticos, etc.) que los datos de su historia clínica serán consultados por los diferentes profesionales que pueden encontrarse en el momento de pedir atención. Los pacientes también deben saber que tienen el derecho a pedir que alguno, o la totalidad de sus datos, no sean accesibles a otros profesionales y los profesionales deberíamos poder garantizar este derecho.

La excesiva rotación de profesionales que atienden a las personas dificulta el mantenimiento de la confidencialidad y ~~echa a perder~~ disminuye la confianza que nos deben depositar los pacientes. Este hecho se debería tener en cuenta en la gestión de personal de los EAP (promover la continuidad de los profesionales en un determinado lugar de trabajo, gestión de las substituciones, etc.).

La información se debe compartir con las personas que tendrán que hacer un seguimiento del paciente. No hacerlo sería una irresponsabilidad que podría afectar un derecho fundamental: la garantía de una buena atención. En algunos casos será necesario compartir parte de la información incluso con el personal de atención al usuario, por el mismo motivo⁶. En todo caso, sólo tenemos que compartir la información clínica que sea necesaria y con los profesionales estrictamente implicados en la atención del paciente: no es necesario compartir toda la información ni debemos hacerlo con todos los profesionales.

Contrariamente, en las sesiones clínicas, o cuando queremos pedir consejo o ayuda a un compañero, podemos obviar los datos que identifiquen al paciente. Si es necesario que el compañero ratifique u opine sobre un hallazgo de la exploración física, debemos pedir, de forma sencilla y educada, el consentimiento al paciente; por ejemplo: "Si le parece bien comentaré su caso con... Me gustaría que mi compañera también la explorase, si no tiene ningún inconveniente..."

Evidentemente, las enfermedades no pueden ser objeto de tertulia, aunque seamos sanitarios o seamos conocidos de la persona de la que se habla. El uso que hagamos de

⁵ La "Carta de derechos y deberes de los ciudadanos en relación con la atención sanitaria" en un apartado del punto 3.5 (derecho a la confidencialidad de la información) dice: *En este sentido debemos recordar que el acceso a los datos sólo lo pueden tener aquellos profesionales directamente relacionados con la atención del paciente, y que no se pueden facilitar a otros profesionales o familias/personas vinculadas sin la autorización del interesado.*

⁶ Debe compartirse en todos los casos sólo la información mínima necesaria. Por ejemplo: para procurar que el personal de atención al usuario entienda y trate demandas aparentemente poco razonables de una persona con un trastorno mental grave, quizá sólo es necesario decir que es una persona que tiene necesidad de atención especial.

los datos clínicos, y especialmente de la historia clínica, es lo suficiente trascendente como para ser tratado más extensamente en otro documento.

Confidencialidad informática.

Con la progresiva informatización de las historias clínicas también hay que velar para que el acceso a la información se haga con las mismas garantías de seguridad y confidencialidad (Carta de los derechos y deberes)⁷.

La informática nos tiene que permitir garantizar el derecho a la confidencialidad de una forma muy clara puesto que, de lo contrario, el riesgo de que se pueda violar es más alto por el hecho de que el acceso a la información es mucho más rápido. La LOPD (Ley de Protección de Datos) establece que tiene que haber mucho rigor en las medidas de seguridad.

Pensamos que en los sistemas de soporte electrónico se debería garantizar:

- Acceso a los datos sólo por parte de los profesionales que autorice el paciente.
- Que haya datos reservados sólo al profesional que le atiende habitualmente.
- Que haya espacios reservados para el profesional para sus anotaciones subjetivas que le pueden ayudar en el estudio y seguimiento posterior del paciente, como prevé la Ley 21/2000 de la Generalitat de Catalunya y la Ley 41/2002 del Estado.
- Acceso a niveles diferentes según la necesidad de información del profesional que acceda.
- Asegurar todos los controles de uso que reclama la LOPD.

Algunos de los puntos ya los contemplan los actuales sistemas informáticos, pero otros no. Si los responsables de los sistemas informáticos no aplican medidas para llegar a niveles como los propuestos, puede pasar que las historias sean más incompletas, tanto porque el paciente no explique algunas cosas por miedo a su registro como, sobre todo, porque el profesional limite lo que escribe si sabe que puede ser visto desde muchos otros lugares. Y, finalmente, todo esto puede representar una atención más deficiente. Pensamos que este es un tema lo suficiente importante como para desarrollarlo con más profundidad en un documento posterior.

Cuando alguien pregunta por la salud de otro.

Todos tenemos claro que no podemos dar información clínica a una tercera persona. Pero a menudo la cosa se complica... Es muy frecuente que los hijos se interesen por los padres (o al revés) sin la presencia del interesado. No debemos caer en la trampa: tampoco en estos casos podemos facilitar la información (a no ser que dispongamos de la autorización explícita o implícita del paciente). Es útil aprovechar estas situaciones para hacer pedagogía del tema agradeciendo el interés por las personas y explicando que no podemos hablar de ello. Es necesario recordar que esto vale para padres, hijos, parejas, amigos, es decir... ¡para todo el mundo!

⁷ Ver la nota 5.

¿Y si alguien nos pregunta si ha venido alguien a visitarse? La respuesta es la misma: tampoco tenemos que dar esta información.

Cuando alguien nos habla de la salud de otro.

En este punto hace falta comentar dos aspectos. Lo primero que podemos hacer es escuchar lo que se nos dice pero sin hacer ningún comentario, conozcamos o no la información. El segundo aspecto es que tenemos que ir con cuidado con el uso de la información recibida puesto que la hemos recibido en una consulta de forma confidencial. Hay que aclarar con el informante si podemos comentar con el interesado que nos ha dado esta información.

El teléfono y la confidencialidad.

A veces, cuando se da hora a alguien por teléfono y al mismo tiempo se atiende a alguien en el mostrador, quien está al teléfono puede escuchar información del otro paciente. Si se le deja en espera hay que ponerle el mensaje o la música de espera o evitar que pueda oír lo que se dice.

Una situación similar se puede dar si algún profesional atiende en la consulta una llamada de otro paciente. Además de interrumpir la consulta hay un alto riesgo de dar información que llegará al otro paciente.

Cuando se habla con un paciente por teléfono sobre un resultado u otros aspectos, tenemos que asegurarnos de que nuestro interlocutor es él mismo, puesto que no hacerlo es una de las formas más ingenuas de violar el secreto.

Si somos nosotros quien llamamos, por ejemplo para avisar del resultado anormal de una analítica, y el paciente no está, lo mejor será dejarle aviso de que nos llame cuando pueda.

Visitas “para otra persona”: recogida de resultados, recetas, solicitud de certificados, comprobantes de visitas...

Estas situaciones pueden ser muchas y conocidas: el cuidador que recoge las recetas para el enfermo, el paciente que necesitaba un justificante y no lo cogió (y quien lo recoge conocía que fue visitado), el familiar que viene a buscar el impreso de incapacidad temporal...

El criterio general también tiene que ser el de no facilitar información a otra persona distinta del paciente, si no hay unas circunstancias que nos obligan a hacer la excepción.

En estos casos, el conocimiento de las circunstancias o la autorización previa implícita del paciente nos llevar a hacer aceptar el uso de una tercera persona. Podemos evitar dudas preguntando con antelación si otra persona vendrá en su lugar o, en algunos casos, ofrecer la posibilidad de que nos telefoneen para comentar los resultados.

⁸ *Si dudas calla. Si no dudas, piensa si debes dudar (ver Ideas clave)*

En todos los casos tenemos que garantizar que hay autorización implícita del paciente. Una manera puede ser que nos traiga la TIS (tarjeta de identificación sanitaria) del paciente.

En caso de duda, hay que mantener la norma general⁸.

Las enfermedades de los compañeros y la confidencialidad.

A menudo se confunde interés por los compañeros enfermos con la necesidad de tener información sobre la patología. Podemos preguntarles si les podemos ayudar o si les hace falta algo, sin conocer qué les pasa. Y es necesario que el compañero-paciente dé la información a quién quiera, y, al dársela, no nos autoriza a hacer difusión de ella. El riesgo de violar el derecho es más alto; por lo tanto, hay que ser aún más estrictos. A menudo se nos presenta un problema cuando los pacientes de un compañero enfermo quieren saber qué le pasa, si es una baja larga, cuando volverá a visitar... Tendríamos que preguntar siempre al interesado qué información quiere que demos a la población. No debemos chismorrear sobre las enfermedades de los compañeros.

¡Se dice que los propios médicos evitamos hacer de pacientes porque sabemos que enseguida todo el mundo sabrá de qué sufrimos...!

La consulta con múltiples profesionales (médico/enfermero/estudiante/residente...).

Hay que pedir al paciente si tiene algún inconveniente por la presencia de otros profesionales. Y debemos dejar claro a las personas que están en la consulta que están obligadas a mantener el secreto profesional. No tenemos ningún derecho a obligar a un paciente a hacer un espectáculo de sus consultas: la intimidad es un derecho del paciente. En todo caso, si tras pedírselo educadamente, acepta la presencia de otro profesional, nos está haciendo un favor por el cual le tenemos que dar las gracias. Nos podría ayudar el hecho de que en el centro hubiera una nota explicativa sobre la existencia de personal en formación donde se recordara a los usuarios el derecho indiscutible a pedir visita reservada con su profesional. Habría que hacer pedagogía de esta necesidad con los alumnos de pre y posgrado de los centros y con los propios profesionales. Así lo reconoce la Carta de derechos y deberes de los ciudadanos.

También hay que tener cuidado en evitar la presencia de personal no necesario (policía, por ejemplo) en situaciones especiales (accidentes, detenidos, etc.).

La consulta con otras personas que acompañan al paciente.

Cuando la persona que consulta viene acompañada por otras personas, normalmente lo hace de manera consciente y libre y no le importa compartir la información que aparece durante la visita.

Pero puede haber situaciones (padres-hijos, parejas...) en que la presencia de otra persona puede limitar la libertad. Siempre que sospechemos que esto puede pasar, hay que pedir al interesado si prefiere hablar solo con nosotros y en este caso invitaremos al acompañante a esperar fuera de la consulta.

La interconsulta dentro una consulta activa y los comentarios y consultas delante de terceros (ascensor, recepción, pasillo...).

A menudo hay personas que nos preguntan cosas en el pasillo, o nosotros mismos comentamos temas con otro profesional. Debemos evitar estas situaciones que suponen una de las formas más frecuentes e inconscientes, de violación de la confidencialidad.

A veces el comentario se produce en la consulta de otro profesional. En este caso, además de violar la confidencialidad, estamos interrumpiendo el proceso asistencial. En todos los casos tenemos que ser conscientes de que hay testigos que pueden oír lo que decimos y debemos recordar que tenemos que evitar hablar de datos que, incluso indirectamente, violen el secreto⁹.

Los menores y la confidencialidad.

Los menores se tienen que considerar como receptores de la información y, por lo tanto, ser tratados con todos los derechos, si tienen capacidad de comprender¹⁰. Esta es la norma fundamental a tener en cuenta, contrariamente a la tendencia que hay en algunos ámbitos, a reclamar la presencia de los padres y/o tutores.

Para decidir qué hacer, hace falta tener en cuenta el grado de competencia del menor, es decir la capacidad para comprender y decidir sobre el hecho y la cuestión que tratamos (podéis consultar las reflexiones del grupo sobre la autonomía¹¹ para ampliar el concepto). Respecto a la edad, como orientación podemos tener en cuenta lo que refleja la Ley 21/2000 respecto al consentimiento informado, en su artículo 7d: "En el caso de menores, si éstos no son competentes, ni intelectualmente ni emocionalmente¹² para comprender el alcance de la intervención sobre la propia salud, el consentimiento lo tiene que dar el representante del menor, habiendo escuchado, en todo caso, su opinión, si es mayor de doce años. En el resto de casos, y especialmente en casos de menores emancipados y adolescentes de más de dieciséis años, el menor tiene que dar personalmente su consentimiento".

Puede surgir una duda en los casos de enfermedades graves donde la familia juega un papel importante. Parece evidente que habrá que implicarla, pero siempre con el consentimiento del adolescente. Un trabajo esmerado y de confianza con el menor y con los padres nos puede facilitar mucho la tarea.

En algunos casos el adolescente acepta hablar con los padres pero tiene dificultades o miedo a hacerlo. En este caso podemos ofrecer la posibilidad de que la consulta sea el lugar donde se comente la información.

Tendremos que actuar de forma diferente ante la sospecha de maltratos o abusos. En el caso del menor deberíamos romper la confidencialidad con el fin de protegerlo. Pero es necesario que haya datos objetivos antes de hacerlo.

⁹ Código de Deontología. Normas de Ética Médica: artículo 30 citado anteriormente

¹⁰ Código de Deontología. Normas de Ética Médica. Art. 13: *En el caso de un menor, el médico debe respetar su voluntad si éste tiene capacidad para comprender lo que decide aunque el padre, la madre o el representante legal disientan.*

¹¹ Grupo de Ética de la SCMFIC. La autonomía, el derecho a decidir. Reflexiones de la práctica cotidiana 1. Boletín SCMFIC 2002; 20: supl.1

¹² Destacado de los autores.

En algunos casos, mientras hay un proceso de separación, puede que uno de los padres pida información sobre algún hijo para utilizarla en el procedimiento legal. Cuando el menor sea competente, no daremos ninguna información a los padres sin su consentimiento. Si el menor no es todavía competente, tendremos que dar la información a los que sean tutores (habitualmente los dos padres), evitando, entrar en dinámicas que faciliten convertir el/los menor/es en excusa para la disputa. Si hay que dar información daremos, pues, sólo aquella que sea estrictamente necesaria.

Los inmigrantes y la confidencialidad.

Los inmigrantes tienen los mismos derechos y deberes que los no-inmigrantes. La dificultad para mantener el secreto profesional es mayor cuando se necesita traductor. En este caso habrá que implicarle en el mantenimiento del secreto y pedir el consentimiento para su presencia a la persona interesada, especificando cuál es su papel. En caso de que el papel de traductor lo haga algún familiar o amigo, se deberá hablar sobre cuál tiene que ser su papel, para que no se mezcle traducción y opinión. En caso de no disponer de traductor o si no tenemos claro que el traductor no esté haciendo de filtro podemos utilizar servicios de traducción telefónicos (como por ejemplo a través del 012 o del teléfono de "Sanidad responde"¹³). En algunos casos los inmigrantes pueden venir acompañados de un mediador cultural, que no es un simple traductor, puesto que tiene la labor de hacernos entender su pensamiento y hacerles entender a ellos el nuestro. Debemos aclarar al mediador que está obligado a guardar secreto de todo lo que pase en la consulta.

Las enfermedades graves y la confidencialidad.

La información tiene que ser dada al paciente hasta el nivel que quiera saber (tiene el derecho, pero no el deber de saberlo todo). El paciente nos debe autorizar para informar a la familia, y especialmente al cuidador principal, en beneficio de su mejor atención. Lo más recomendable es que el paciente venga o esté, si es en el domicilio, con la persona o personas que quiere que conozcan la información. Una opción puede ser, en algunos casos, pedirle al paciente si hay algún/os familiar/es a quien quiere que informemos. También debemos conocer si tiene hecho el documento de voluntades anticipadas, ya que nos puede ayudar a conocer su opinión sobre el tema.

Las enfermedades graves provocan todavía la denominada conspiración del silencio, es decir, circula la información entre la familia y el profesional, pero no se da al paciente. No podemos hablar con la familia al margen del paciente porque también violamos la confidencialidad. Y este derecho sigue **siente siendo** aplicable a pacientes terminales, sea cual sea su situación clínica.

Otro aspecto a considerar es nuestra actitud cuando conocemos la enfermedad grave de un compañero o un paciente que puede poner en riesgo a terceros. Esta situación nos puede obligar a limitarle su derecho a la confidencialidad (ver el apartado siguiente)

¹³ Mediante el 012 o el 902111444 se puede solicitar un servicio de traducción a través del teléfono, que nos puede ser útil en el caso comentado o cuando vienen solas personas que hablan una lengua que desconocemos.

Las enfermedades contagiosas (y las peligrosas para los demás) y la confidencialidad.

La confidencialidad ante las enfermedades contagiosas es uno de los dilemas más complejos. Por ejemplo: una persona infectada por el VIH que no lo comunica a su pareja. Aquí se produce una colisión de derechos (el de confidencialidad del afectado y el de justicia respecto a la pareja que puede resultar infectada). Hay que tener claro que la persona que no lo comunica a la pareja incurre en delito, puesto que somete a riesgo, sabiéndolo, a otro. Pero si nosotros violamos la confidencialidad, también podemos infringir la ley. En este caso lo mejor sería conseguir la comunicación voluntaria, para evitar una pérdida de confianza que, a la larga, puede tener un efecto negativo sobre la salud pública: la persona infectada podría cambiar de lugar y no decirlo ni a su médico. La mejor opción pasa siempre por intentar implicar al enfermo en la información al entorno.

También hay que tener en cuenta las obligaciones en las enfermedades infecciosas de transmisión aérea, como la tuberculosis, y aplicar la misma actitud.

En los casos de las enfermedades de declaración obligatoria y de la tarjeta amarilla, deberíamos pedir permiso al paciente para declararlo.

En todos los casos comentados, excepto en el de la tarjeta amarilla, que no es obligatoria (aun cuando podría afectar a terceros si presentan el mismo efecto secundario y es grave) **coliden convergen** los principios de justicia y de autonomía. En caso de conflicto no resuelto, hay que declararlo en contra de la opinión del paciente, advirtiéndole que lo haremos (es decir, prevalecería el principio de justicia para evitar un mal mayor a otros); pero siempre tenemos que hacer un esfuerzo de argumentación convincente con el paciente para conseguir hacerlo con su consentimiento¹⁴.

Las enfermedades leves y la confidencialidad.

Es cierto que podemos hablar de diferentes niveles de importancia de los datos sanitarios (no es lo mismo una fractura accidental que una serología positiva por VIH), pero no es menos cierto que todos los datos de salud, por intrascendentes que nos puedan parecer (un simple resfriado) son importantes y hace falta, siempre, mantenerlos bajo secreto.

Muy a menudo se piensa que la confidencialidad no tiene valor en problemas leves, incluso entre los pacientes (“ya le puede decir a la empresa que es un resfriado...”). Hay que ir con el mismo cuidado porque la norma es la misma (aunque las consecuencias de no hacerlo sean diferentes). Además, sí nos acostumbramos nos puede facilitar la adquisición y aprendizaje de buenos hábitos. También nos permite hacer pedagogía sobre el tema.

¹⁴ Este es un buen ejemplo de que no hay fórmulas mágicas que nos den respuestas a nuestras dudas. Hay artículos defendiendo posiciones opuestas y, ciertamente, hagamos lo que hagamos, nos arriesgamos a ser reclamados: si lo decimos, por violación del secreto; si no lo decimos, por poner en peligro a terceros. Hay que utilizar, pues, al máximo nuestras capacidades de persuasión y de convicción para encarrilar la solución que nos parece más correcta.

Las consultas urgentes y la confidencialidad.

En las situaciones de emergencia en las que hay que actuar rápidamente y no se tiene tiempo para otras cosas, puede que bajemos la guardia y comentemos aspectos que no son necesarios o no evitemos la presencia de más personas de las imprescindibles en la visita. En algunos casos será inevitable, pero hay que estar atentos y en cuanto podamos evitar la presencia de personas innecesarias. Por otra parte, el diseño de los espacios donde se atienden urgencias tendría que ser lo suficiente cuidadoso como para facilitar una atención confidencial.

La solicitud de visita urgente, en algunos centros, va seguida de una pregunta por parte del personal de atención al usuario sobre el motivo de la consulta. Habría que evitar esto y, si se hace por razones organizativas (uso racional del circuito), la pregunta adecuada quizá sería si se puede esperar a que le visiten en una hora programada. En caso de que el paciente responda negativamente, si nos hace falta más información, tendríamos que dirigir la llamada al médico o enfermera correspondiente. Una situación muy similar se puede dar cuando un paciente pide una visita a domicilio, aunque no sea urgente.

Las enfermedades mentales y la confidencialidad.

Las enfermedades mentales tienen que ser tratadas con la misma confidencialidad que el resto.

Hay que tener en cuenta que, en determinadas enfermedades, el paciente puede perder la competencia para cuidar de él mismo, lo que motiva una exención del secreto profesional (Código Deontológico, arte 31, d), para contactar con las personas que cuiden de él. Esta pérdida de competencia puede ser transitoria o sólo en algunas áreas, por lo tanto, la exención de la obligación del secreto sólo se produce en los momentos o áreas en las cuales el paciente no es competente. De todas maneras, es necesario plantearse la conveniencia de que parte o toda la información se comparta con el propio paciente y la posibilidad de pedirle opinión sobre a quién cree más adecuado que se lo expliquemos.

También es una situación que puede conllevar la necesidad del secreto compartido (que conozcan, al menos en parte, la situación otros miembros del equipo) para mejorar la atención, evitando la estigmatización que se ha dado a menudo en la patología mental. El conocimiento social de la patología mental de una persona puede servir de ayuda en algunos momentos, pero la difusión de la información no puede ser realizada por nosotros.

Las personas que se deterioran cognitivamente y la confidencialidad.

A veces observamos que hay personas que vienen solas a la consulta y que pierden facultades intelectuales. Hay que respetar la confidencialidad hasta que hacerlo pueda ser un riesgo para el paciente. En este momento deberemos conectar con algún familiar dando la información que sirva para ayudar al paciente, puesto que ésta sería una de las situaciones de exención del secreto. Puede ser útil comentarlo al resto del equipo para proteger al paciente.

Hay que tener en cuenta que pueden haber aspectos que conocemos del paciente que no son necesarios para cuidar de él y hay que mantenerlos en secreto. De forma similar al

caso de las enfermedades mentales, habrá que tener siempre en cuenta el grado y las áreas de competencia del paciente.

La confidencialidad y los jueces.

Un juez nos podría pedir que infrinjamos el secreto pero quedarían dudas de si nos puede obligar (colisión de deberes: el deber de mantener el secreto profesional y el deber de testificar)^{15,16}. Cuando nos encontramos con una petición, lo primero que hay que hacer, además de tener en cuenta la opinión del propio afectado si nos es posible, es devolver la petición y pedir que se nos exima de nuestra obligación¹⁷. Además, hay que tener presente que podemos exigir dar sólo la información que afecte al proceso judicial y no más; no es lógico dar toda la historia, por ejemplo, sino sólo la información que sea necesaria¹⁸ y darla directamente al juez (no a otros funcionarios), recordándole que queda obligado a mantener la reserva y custodia para evitar problemas de confidencialidad.

Si en algún caso nos llaman a declarar y está el paciente, una solución es preguntar al paciente si nos autoriza a informar sobre su proceso.

Otra situación es cuando nos encontramos con un caso de maltrato o agresión, en el cual estaríamos obligados a comunicarlo al juzgado. Los protocolos de atención en caso de maltratos recomiendan no tomar ninguna iniciativa sin el consentimiento de la víctima puesto que en algunos casos nuestra denuncia, sin consentimiento, puede producir aún más problemas. Hay que valorar cada situación globalmente.

Las IT y la confidencialidad.

Actualmente, la prescripción de una incapacidad temporal (IT) nos puede comportar muchas dudas desde el punto de vista ético. Esto es así, en gran parte, por los cambios normativos de los últimos años que, a menudo, son contradictorios y, en algunos casos entran en colisión con el derecho a la intimidad consagrado en las leyes. Aunque esta situación legal hace que nos movamos en un terreno fangoso, tenemos que hacer prevalecer el derecho del paciente a no comunicar, a alguien que no esté implicado en su atención, datos sobre su salud.

¹⁵ Código de Deontología art. 39: "Cuando el médico sea requerido por la justicia para testificar en relación con un paciente sobre materias que conoce gracias a su profesión, debe informar al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto y pedirle que le exima de testificar".

¹⁶ Ver también la referencia bibliográfica donde José María Álvarez-Cienfuegos, juez, afirma entre otras cosas lo siguiente: "Como principio, el médico no vendrá obligado a revelar a la autoridad judicial los hechos presuntamente delictivos, de los cuales ha tenido conocimiento en el ejercicio de su relación profesional con el paciente y debe prevalecer, al menos, inicialmente, el derecho a la intimidad y confidencialidad de la información recibida en el ejercicio estricto de su profesión". (ref. pág. 46).

¹⁷ J. M Álvarez-Cienfuegos dice: "En caso de duda, el médico, cuando no pueda discernir en conciencia el interés prevalente y siempre que sea requerido para ello, deberá pedir a la autoridad judicial que le dispense del deber de secreto profesional". (ref. pág. 47).

¹⁸ J. M Álvarez-Cienfuegos dice: "Cuando las autoridades judiciales demandan la entrega de la historia clínica de un paciente para incorporarla en bloque a un procedimiento judicial, el médico tiene derecho a exigir que se precise qué informes o datos de la historia clínica se consideran necesarios para la Autoridad

Judicial, para el buen fin de la investigación. No hay, a priori, un deber de entregar, sin motivación judicial, la totalidad de la historia clínica de un paciente o de un grupo de pacientes” (ref. pág. 46).

Siguiendo este principio, nunca debemos facilitar información a los empresarios (más allá de la previsión del tiempo de incapacidad), a no ser que el paciente nos lo pida explícitamente.

Las relaciones con las mutuas de accidentes de trabajo (MATEPSS) son complejas, desde el momento en que se las ha implicado en el pago y control de la IT. A menudo piden información a los pacientes desde una perspectiva de “poder” (son los que pagan) y queda la duda de si realmente el paciente querría dar la información a la mutua.

Nosotros tendríamos que responder a sus peticiones escritas de información sólo con la autorización del paciente (puesto que no son parte implicada en la atención del paciente a no ser que éste así lo desee).

Sí que debemos responder a las peticiones del CRAM, como órgano superior a nosotros en temas ligados a IT, recordando que están obligados también por el secreto profesional.

Una situación diferente es cuando pedimos que el CRAM intervenga, porque el paciente no quiere el alta. En este caso estaríamos ante la colisión del principio de la justicia (uso adecuado de un recurso público) con el de la autonomía (deseo del paciente a seguir de baja) y prevalecería el primero. Lo más adecuado sería informar al paciente de que, ante el desacuerdo con él, vamos a consultar con otro profesional.

Continuidad entre niveles y confidencialidad.

Está claro que la intercomunicación entre niveles asistenciales es necesaria para mejorar la atención (los especialistas, por ejemplo, son confidentes necesarios). Hay que buscar mecanismos para intercambiar información con el permiso del paciente (ver el apartado *Compartir información clínica*).

Aunque, a menudo nuestro problema es el contrario: obtener la necesaria respuesta a una interconsulta. En este caso, una idea práctica para garantizar la recepción de información es realizar una petición de informe asistencial dirigida a las unidades de admisiones del hospital.

En todos los casos hay que garantizar que los aspectos formales de la transmisión de la información ayuden a preservar su confidencialidad.

¿Qué pasa cuando pedimos información por teléfono a los especialistas del hospital, o hacemos consultas telefónicas hablando de pacientes concretos...? Si no es necesario, como hemos comentado en otro apartado, podemos optar por obviar los datos de identificación del paciente.

Hay que comentar algunos proyectos denominados “de continuidad”, como por ejemplo que desde el hospital se nos comuniquen los nacimientos o las altas... Aquí surge la pregunta: ¿se ha pedido consentimiento al paciente?

Elementos estructurales y confidencialidad.

En este apartado queremos reflexionar sobre algunos de los elementos estructurales que a menudo dificultan la confidencialidad.

- Las paredes demasiado finas. Además de reclamar el adecuado aislamiento, provisionalmente hay que tomar medidas para aminorar el problema (música de fondo, por ejemplo).
- Teléfonos en el mostrador de recepción: todo la gente que espera para ser atendida escucha las respuestas a las demandas telefónicas, se cita el nombre de quién llama cuando se pasan las llamadas, etc.
- El fax: elemento con el que pueden llegar informaciones altamente sensibles y que, a menudo, está situado en lugares de acceso público. De hecho, usar el fax es un riesgo muy alto para la confidencialidad, porque estamos pasando información clínica sin tener la seguridad de que el receptor es quien nosotros creemos (podemos tener el número equivocado, la recepción del fax puede estar a la vista de muchas personas, o de personas no relacionadas con el proceso...) Hay que evitar este medio a no ser que lo tengamos muy cerca o estemos pendientes de la llegada de información.
- Pedir y hacer circular información clínica por correo electrónico (sobre todo si los buzones no son personalizados).
- Las salas de espera y las colas: tienen que estar alejadas de la consulta y las colas tienen que tener líneas separadoras que eviten compartir información. Si hay que hablar de información sensible se debe ir a un espacio cerrado. Los espacios para atender con confidencialidad, aparte de las consultas, tendrían que ser un elemento de calidad indispensable y obligados en los centros; incluso tendrían que formar parte de cualquier sistema de acreditación
- Los impresos de interconsultas de toda clase: a menudo no reúnen ningún tipo de condición para facilitar la información confidencial. Es necesario trabajar para confeccionar modelos nuevos (diferenciando uso administrativo y clínico), pero mientras tanto tenemos que utilizar soluciones imaginativas: doblarlo y graparlo de forma que sólo se lean los datos de identificación, por ejemplo.
- Los ordenadores abiertos con la historia de otro paciente o con recordatorios clínicos visualizables para todo el mundo (personal de atención al usuario y otros).

La circulación de papeles y su destrucción.

Volantes de interconsulta, solicitudes de pruebas, papeles para facturación, devolución de resultados... circulan por nuestras valijas sin ocultar la información clínica. Estos son algunos de los aspectos de la circulación de papeles que hay que cambiar.

Muy a menudo salen noticias de papeles con información clínica, tirados en los contenedores, pero también hay que tener cuidado con los papeles internos o que quedan encima de las mesas. Hay que reclamar máquinas destructoras de papel para asegurar que no queden restos de los documentos a destruir (peticiones de análisis, copias de recetas, etc.) La responsabilidad, aunque no tengamos máquinas, es nuestra y, si es

necesario, tendríamos que destruirlos manualmente para garantizar que los datos de los pacientes se mantengan inaccesibles.

Evidentemente, en estos aspectos (como en muchos otros) la responsabilidad del personal de atención al usuario es muy importante.

Los listados (de medicamentos y otras situaciones).

En los centros circulan listados de personas con derecho, por ejemplo, a recibir hormona de crecimiento o tratamiento para la demencia, que llegan a las personas que tienen que visar recetas; también hay listados de aspirantes a residencias. ¿Saben los pacientes que su nombre está circulando por todo el sistema sanitario? ¿Saben que su situación clínica (con nombre y apellidos) se discute en comisiones? Es necesario que entre todos busquemos sistemas que garanticen la confidencialidad. Si hay que mantener listados, no deberían ser impresos y sólo deberían contener la información de las personas de nuestra ABS. Al mismo tiempo, el tratamiento y el acceso a esta información deben estar limitados a las personas para las que sea imprescindible.

La investigación y las publicaciones.

A menudo se ven publicaciones con fotos que permiten reconocer al paciente o radiografías con el nombre. Hay que pedirles permiso para hacer uso de las imágenes y además preservar la identificación. Debemos hacerlo porque es un derecho de ellos y un deber nuestro y, en el contexto actual de consulta por internet de revistas, incluso existe el riesgo de que conocidos del paciente accedan a ella.

A veces, desde varias instituciones (SCS, DGSP, ICS...) se hacen "búsquedas" y nos piden información sobre actividades, o problemas de salud de pacientes concretos (con nombre y apellidos). No tendríamos que responder y, si fuera imprescindible, debemos pedir el consentimiento al paciente para dar esta información. En todo caso hay que asegurar, como prevé la Ley de Protección de Datos, que se disocien los datos personales del resto.

Los informes sociosanitarios y otros especímenes.

Los informes sociosanitarios tienen un gran volumen de información y en muchos casos tienen como objetivo elementos de valoración para obtener ayudas económicas, ingresos en residencias, etc. Habrá que plantear colectivamente a los servicios sociales (bienestar social y otros similares) una revisión de la función de los informes y de la circulación de la información contenida que puede influir en la selección de pacientes por parte de las residencias.

Otra cuestión es quien pide los informes y, si tiene derecho a ello, qué hay que decir y qué hay que obviar. Si el paciente es válido y competente debemos hablar con él y explicarle lo que hacemos. Si el paciente no es competente hay que aclarar quién es responsable de él.

Un problema similar es la obligación legal para las residencias de tener determinados informes y los informes que piden directamente los responsables de las residencias.

No podemos olvidar que algunos informes pueden ser utilizados para solicitar incapacitaciones para problemas de herencias, etc., con implicaciones sociales muy importantes. Hay que pedir autorización a los pacientes para realizarlos (sea por nuestra parte o por parte del trabajador social) y ser muy estrictos en el contenido. Si el paciente no es competente habrá que tener en cuenta su opinión anterior, si la conocemos, y la decisión de quien sea su responsable legal.

La muerte y la confidencialidad.

Una última cuestión que hay que tener en cuenta es que la confidencialidad también se tiene que mantener tras la muerte de la persona. La muerte no nos libera de guardar el secreto y, por lo tanto, el trato de la información tiene que ser el mismo que en el resto de casos. Los herederos legales pueden tener acceso a la historia clínica pero tenemos que entregar sólo la información clínica que no pueda afectar a la intimidad de la persona muerta; tampoco tenemos que entregar las anotaciones subjetivas de los profesionales¹⁹. Aunque, posiblemente, la ley ha sido poco restrictiva o clara en este tema, ya que los herederos sólo deberían conocer información que pueda afectar a la salud de generaciones futuras.

IDEAS CLAVE.

- NORMA GENERAL:

La norma de la justicia *In dubito, pro reo* (en la duda, a favor del acusado) aplicado a la confidencialidad sería:

Si dudas, calla. Si no dudas, piensa si debes dudar.

- La confidencialidad es:
 - Una necesidad para mantener la confianza
 - Un derecho del usuario
 - Una obligación de los profesionales
 - Un compromiso por parte de la organización
- Hay que adecuar las acciones y las consultas para:
 - Facilitarla
 - Garantizarla
 - Destacarla
- El mantenimiento de la confidencialidad es imprescindible para conseguir la necesaria confianza de los pacientes.
- Sólo pueden tener acceso a los datos de un paciente aquellos profesionales que estén implicados en su atención.

¹⁹ La Ley 41/2002 dice en un apartado del artículo 18.4: "No se facilitará información que afecte a la intimidad del muerto ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros".

- No podemos transmitir datos a los familiares sin la autorización del interesado.
- La informatización representa, al mismo tiempo, un peligro y una herramienta para el mantenimiento de la confidencialidad.
- Debemos ser especialmente cuidadosos en relación con los menores, las personas con deterioro cognitivo o con enfermedades graves, los familiares, los pacientes en situación de IT y los propios sanitarios. En estos casos, a menudo, quebrantamos la confidencialidad con facilidad.
- Los menores, si tienen capacidad para comprender y decidir, tienen derecho a ser atendidos sin la presencia de sus familiares.
- Compartir información con otros profesionales (secreto compartido) puede ser necesario y beneficioso para la buena atención de un paciente.
- La pérdida de competencia por parte del paciente nos puede obligar a obviar nuestro deber de confidencialidad, tras valorar correctamente su grado de competencia.
- Cuando hay peligro para terceros tendremos que valorar la limitación del derecho a la intimidad del paciente.
- Hay que mantener la confidencialidad incluso tras la muerte del paciente.

CONSEJOS PRÁCTICOS.

- Debemos convertir la confidencialidad en un hábito. Si no hablamos de los resfriados, no hablaremos de las otras enfermedades.
- En caso de duda, hay que plantearse hasta 10 veces si podemos cambiar la norma general (*ver Ideas clave*)
- Es mucho más difícil equivocarse por callar que por hablar.
- Las contraseñas informáticas deben estar en la cabeza y no en la pegatina de la pantalla.
- Hay que revisar los elementos estructurales y de funcionamiento de los equipos que dificulten la confidencialidad (paredes, papeles con datos, interrupciones de consultas, etc.) y empezar a hacer algo para resolverlos.
- En las sesiones clínicas debemos acostumbrarnos a evitar la identificación de los pacientes (si no es estrictamente necesario para su mejor atención).
- Antes de rellenar cualquier informe que se nos pida, debemos obtener el permiso del interesado.
- El servicio de traducción telefónica (012 o Sanidad responde) puede ser útil, previa autorización del interesado, si éste no habla nuestra lengua y no desea que un familiar o amigo actúe de traductor.

- Hay que evitar los listados de pacientes que ofrecen las propias administraciones sanitarias y velar para el mantenimiento de la confidencialidad y la confianza en caso de enfermedades de declaración obligatoria.
- En caso de peticiones judiciales hay que especificar claramente qué información se pide y para quién es. Sólo estamos obligados a facilitarla delante del juez y habiéndole solicitado previamente que nos exima de nuestro deber de confidencialidad.
- Cada CAP o consultorio tiene que disponer de un destructor de papel.
- Para obtener información de las visitas de los hospitales, una buena solución es solicitar un informe a través de las unidades de admisiones.
- Una forma útil de tratar el tema en los equipos de atención primaria es organizar sesiones de debate sobre algunos puntos de riesgo para la confidencialidad y cómo se resuelven en nuestros equipos (¿cómo se atienden las llamadas?, ¿cómo se dan los informes?, ¿cómo comentamos los casos de los pacientes en las sesiones?, ¿qué información tenemos que compartir?, ¿cómo van las interrupciones....?). Es decir, trabajar en el equipo para normalizar hábitos correctos.
- Hay que incluir aspectos de la confidencialidad en los planes de acogida de los nuevos trabajadores (ya sean para una pequeña suplencia o para una plaza para "siempre").

BIBLIOGRAFÍA.

Libros.

- Grupo de trabajo. Secreto profesional y confidencialidad en Atención Primaria. Madrid: Insalud, 1999.
- Martí Mercadal J.A. El secreto profesional de los médicos. Monografías Médicas (nueva época) 11 . Barcelona: ACMCB, 2001.
- Sánchez Carazo C. La intimidad y el secreto médico. Madrid: Díaz de Santos, 2000.
- López P, Moya F, Marimón S, Planas I. (eds.) Protección de datos de salud. Criterios y plan de seguridad. Madrid: Díaz de Santos, 2001.

Otros.

- Sánchez Carazo C. Intimidad y protección de datos: la sentencia del T. C. (30/11/00). Jano 2001; LX (1373): 364.
- Abizanda Campos R. El paciente, el médico y la confidencialidad. Jano 2000; LIX (1348): 82.
- Júdez J, Nicolàs P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clín (Barc) 2002; 118(1): 18-37.
<http://db.doyma.se/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13025016>.

- Delgado MT. Confidencialidad y secreto médico. A: Grupo de trabajo semFYC. Sobre bioética y medicina de familia. Barcelona: semFYC; 1996: 57-61. <http://www.semfyce.se/se/actividades/publicaciones/documentos-semfyce/docum007.html>
- Álvarez-Cienfuegos JM. El secreto profesional del médico y sus relaciones con la historia clínica. En: Responsabilidad médico-jurídica en Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 1998: 42-50.

ANEXO: DOS PÓSTERS SOBRE EL TEMA.

Os adjuntamos dos pósters sobre el tema de la confidencialidad que fueron editados por los SAP Bages-Berguedà y Solsonès (ICS) después de un trabajo sobre el tema. Para hacerlo se basaron en un texto del EAP de Montmeló-Montornès (ICS). El póster interno es para las salas donde se reúnen los profesionales; el externo para las salas de espera, asumiendo los compromisos y pidiendo colaboración a las personas para preservar el secreto.

Póster interno.

1. **EVITAR INTERRUMPIR** una consulta si no es estrictamente necesario.
2. **EVITAR ENTRAR** en una consulta sin llamar antes a la puerta y esperar la respuesta.
3. Mantener **CERRADAS LAS PUERTAS** de las consultas, pasillos...
4. **EVITAR** hacer **LLAMADAS TELEFÓNICAS** ni en las consultas (mientras hay alguien) ni en recepción (la recepción es un espacio donde hay que tener especial cuidado al intercambiar informaciones).
5. **EVITAR COMENTARIOS PROFESIONALES** con los usuarios fuera del ámbito de la consulta
6. Procurar siempre la máxima **DISCRECIÓN EN LA COMUNICACIÓN INTERPROFESIONAL** (también dentro la consulta, no hacer comentarios de un paciente delante de otro).
7. **NO ESCRIBIR** ningún dato sobre el estado de salud en la tapa de la historia clínica.
8. **NO DAR** ninguna **INFORMACIÓN PERSONAL O SANITARIA** de ningún paciente a cualquier persona ajena al equipo, ni a los familiares. La excepción es por imperativo legal.
9. Garantizar la seguridad y **CONFIDENCIALIDAD** de datos en el **TRATAMIENTO INFORMÁTICO** y en el traspaso de datos al ordenador.
10. **NO DEJAR A LA VISTA** documentos que tengan información sobre los usuarios (Atención especial en el despacho de urgencias/atención continuada, papeleras, contenedores de papel, faxes....).
11. **NO UTILIZAR LOS NOMBRES** de los pacientes en las sesiones clínicas. Sólo dar los nombres cuando sea necesario para su seguimiento.

12. Estar **ABIERTO A LA REFLEXIÓN** personal y de grupo es fundamental para crear el clima de intimidad y confidencialidad deseable.

Póster externo.

Vuestro equipo de atención primaria está comprometido al máximo para garantizar la confidencialidad (secreto) de vuestros datos.

Para ayudarnos podéis:

- Mantener una distancia en las colas.
- Acordaros de cerrar las puertas.
- No entrar en las consultas hasta que se os llame.
- Evitar hacer preguntas sobre la salud en cualquier otro lugar que no sea la consulta (pasillos, calle, tiendas....)

La discreción y el respeto facilitan la confianza.

Sólo vosotros decidís quién tiene que conocer la información.

Entender la negativa de los profesionales a dar información a otras personas que no son la atendida.