



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

DEBILIDADES EN LA GUARDA DEL SECRETO PROFESIONAL MÉDICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Departamento de Farmacología, Toxicología y Medicina
Legal y Forense

FACULTAD DE MEDICINA Y ENFERMERÍA

Tesis Doctoral que presenta Dña. Cristina M^a Beltrán Aroca,
para la obtención del título de Doctor

Director: Prof. Dr. D. Eloy Girela López

Codirector: Prof. Dr. D. Eliseo Collazo Chao

CÓRDOBA, 2015

TITULO: *Debilidades en la guarda del secreto profesional médico en la práctica clínica.*

AUTOR: *Cristina María Beltrán Aroca*

© Edita: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba. 2016
Campus de Rabanales
Ctra. Nacional IV, Km. 396 A
14071 Córdoba

www.uco.es/publicaciones
publicaciones@uco.es



TÍTULO DE LA TESIS: DEBILIDADES EN LA GUARDA DEL SECRETO PROFESIONAL MÉDICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

DOCTORANDO/A: Cristina M^a Beltrán Aroca

INFORME RAZONADO DEL/DE LOS DIRECTOR/ES DE LA TESIS

(se hará mención a la evolución y desarrollo de la tesis, así como a trabajos y publicaciones derivados de la misma).

El trabajo correspondiente a la realización de la Tesis Doctoral se ha completado de manera bastante satisfactoria. Se han recogido un número de observaciones suficientes; 630 observaciones durante un total de 33157 horas de observación, a lo largo de cuatro cursos académicos (2010/11 al 2013/14). Tras el tratamiento y análisis estadístico de los resultados, se han revelado aportaciones muy interesantes acerca de las debilidades sobre la obligada confidencialidad a los pacientes. Estas observaciones y la revisión sobre el tema, han servido además para hacer una reflexión y recomendaciones que ayuden a garantizar en el futuro este derecho básico de los enfermos, tantas veces conculcado aun cuando no obedezca a revelaciones intencionadas por parte de los profesionales sanitarios. Hemos preparado dos artículos relacionados con los principales resultados de esta Tesis, uno de ellos "*¿Cómo afectan los medios sociales a la confidencialidad de los pacientes? Revisión de los potenciales problemas y recomendaciones*", ya aceptado para publicación en la Revista "Acta Bioethica", indexada en JCR. El otro artículo; "*Confidentiality breaches in clinical practice: what happens in hospitals?*" está enviado desde hace meses a la Revista BMC Medical Ethics y aún estamos a la espera de la decisión editorial.

Por todo ello, se autoriza la presentación de la tesis doctoral.

Córdoba, 14 de Diciembre de 2015

Firma del/de los director/es

Fdo.: Eloy Girela López

Fdo.: Eliseo Collazo Chao

“Se puede vendar una herida, se puede
remediar un insulto, el que revela un
secreto, no tiene esperanza”

Eclesiásticos 27, 21

INDICE DE ABREVIATURAS	7
INDICE DE TABLAS	9
INDICE DE FIGURAS	11
1. INTRODUCCIÓN	13
1.1. INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD	15
1.1.1. Análisis conceptual	15
1.1.1.1. Diferencias entre privacidad, intimidad y confidencialidad	17
1.1.2. Aproximación histórica	20
1.1.3. Derecho a la intimidad	22
1.1.3.1. Conflicto entre derecho a la intimidad y a la información	25
1.1.3.1.1. Aplicación en el ámbito sanitario	26
1.2. SECRETO PROFESIONAL	28
1.3. EL SECRETO MÉDICO	29
1.3.1. Concepto. Evolución histórica del secreto médico	29
1.3.2. Tipos de secreto médico	31
1.3.3. Obligación y deber de secreto. El confidente necesario	33
1.3.4. Protección de datos. Límites del secreto médico	35
1.3.4.1. Datos especialmente protegidos	35
1.3.4.2. Límites del secreto médico	38
1.3.5. Marco Ético de referencia	48
1.3.6. Aspectos legales del secreto médico	52
1.3.6.1. Regulación Legal en España	52
1.3.6.2. Responsabilidad por incumplimiento del deber de secreto	57
1.3.6.2.1. Responsabilidad Penal	57
1.3.6.2.2. Responsabilidad Civil	61
1.3.6.2.3. Responsabilidad Contencioso-Administrativa	61
1.3.6.2.4. Responsabilidad Disciplinaria	62

1.4. SITUACIONES CONFLICTIVAS RESPECTO AL SECRETO MÉDICO	63
1.4.1. Historia Clínica	63
1.4.1.1. Propiedad y derecho de acceso a la Historia Clínica	63
1.4.1.2. Conservación y custodia de la Historia Clínica	65
1.4.1.3. La Historia Clínica como causa de vulneración del secreto	66
1.4.1.4. Historiales Médicos Electrónicos	67
1.4.1.4.1. Protección de datos informatizados. Problemática	67
1.4.1.4.2. Medidas de protección	68
1.4.2. El secreto profesional y los medios sociales	69
1.4.3. Enfermedades infecciosas	70
1.4.3.1. VIH/SIDA	71
1.4.3.1.1. Trabajadores y SIDA	73
1.4.4. El secreto médico en Psiquiatría	74
1.4.5. Asistencia en Atención Primaria	77
1.4.6. Datos genéticos y el derecho de terceros	79
1.4.7. Menores de edad	81
1.4.8. Medicina del Trabajo	82
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	85
2.1. HIPÓTESIS	87
2.2. OBJETIVOS	87
3. MATERIAL Y MÉTODOS	89
3.1. DISEÑO EXPERIMENTAL	91
3.2. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y RECOGIDA DE MUESTRAS	91
3.3. TAMAÑO MUESTRAL	93
3.4. TRATAMIENTO DE LOS DATOS	93
3.4.1. Variables	93
3.4.1.1. Servicios Médicos	93

3.4.1.2.	Género de los observadores	94
3.4.1.3.	Días y Horas	94
3.4.1.4.	Existencia de falta a la confidencialidad (si/no)	95
3.4.1.5.	Número de observaciones	95
3.4.1.6.	Tipo de falta observada	96
3.4.1.7.	Gravedad de las faltas cometidas	96
3.4.1.8.	Lugar donde la falta ha sido observada	98
3.4.1.9.	Actores implicados en las faltas	99
3.4.1.10.	Género y Edad de los actores implicados	100
3.4.1.11.	Índice de Frecuentación de faltas observadas	101
3.5.	ASPECTOS ÉTICOS	101
3.6.	MÉTODO ESTADÍSTICO	102
4.	RESULTADOS	103
4.1.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA	105
4.1.1.	Características de los observadores	105
4.1.2.	Cuestionarios recogidos y faltas observadas. Distribución de las faltas en los Servicios Médicos	105
4.1.3.	Características generales de las faltas observadas	106
4.1.3.1.	Tipos de faltas cometidas	107
4.1.3.2.	Gravedad de las faltas observadas	107
4.1.3.3.	Lugares en los que se vulneró la intimidad de los pacientes	107
4.1.4.	Características de los actores implicados en las faltas	108
4.1.5.	Índice de Frecuentación del fenómeno	111
4.2.	COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FALTAS	112
4.2.1.	Género de las observaciones y relación con los cuestionarios recogidos	112
4.2.2.	Relación de actores implicados y los Servicios Médicos	113
4.2.3.	Relación entre el tipo de falta y los Servicios Médicos	114

4.2.4.	Relación entre el tipo de falta y el lugar en el que se observaron	114
4.2.5.	Relación entre el tipo de falta y los actores implicados	116
4.2.6.	Relación entre el tipo de falta y el género de los actores	118
4.2.7.	Relación entre el tipo de falta y el rango de edad estimado de los actores	119
4.2.8.	Relación entre el lugar donde se observaron las faltas y los Servicios Médicos	121
4.2.9.	Relación entre el lugar donde se observaron las faltas y los actores	122
4.2.10.	Relación entre el lugar donde se observaron las faltas y el género de los actores	124
4.2.11.	Relación entre el lugar donde se observaron las faltas y el rango de edad estimado de los actores	125
4.2.12.	Relación entre la gravedad de las faltas y los Servicios Médicos	128
4.2.13.	Relación entre la gravedad de las faltas y el lugar donde se observaron	128
4.2.14.	Relación entre la gravedad de las faltas y los actores	129
4.2.15.	Relación entre la gravedad de las faltas y el género de los actores	130
4.2.16.	Relación entre la gravedad de las faltas y el rango de edad estimado de los actores	131
4.3.	COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE FRECUENTACIÓN EN LOS SERVICIOS MÉDICOS	134
5.	DISCUSIÓN	135
5.1.	OBSERVADORES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO	137
5.2.	ÍNDICE DE FRECUENTACIÓN DEL FENÓMENO EN LOS DIFERENTES SERVICIOS MÉDICOS ESTUDIADOS	138
5.3.	CARACTERÍSTICAS DE LAS FALTAS RECOGIDAS EN EL ESTUDIO	140
5.3.1.	Descripción de los tipos de faltas recogidas	141
5.3.2.	Gravedad de las faltas observadas	148
5.3.3.	Lugares en los que los que se recogieron faltas a la confidencialidad	153
5.3.4.	Relación entre las características de las faltas	154
5.3.5.	Actores	156
5.3.5.1.	Relación entre los actores y las características de las faltas	161

5.3.5.2.	Género de los actores	162
5.3.5.3.	Rango de edad de los actores	163
5.3.6.	Servicios Médicos	164
5.4.	CONSIDERACIONES FUTURAS Y RECOMENDACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA	171
5.5.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	173
6.	CONCLUSIONES	175
7.	REFERENCIAS	179
	RESUMEN	201
	ANEXOS	205
	ANEXO A: Plantilla de recogida de datos	207
	ANEXO B: Compromiso de adhesión y confidencialidad	211
	ANEXO C: Aprobación Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del HURS	213

Adm: Personal de administración

AEPD: Agencia Española de Protección de Datos

Art: Artículo

Aux: Auxiliar de enfermería

C.GD: Cirugía General y Digestivo

C.M-P: Maxilofacial y Plástica

CC: Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil

CDM: Código de Deontología Médica

CE: Constitución Española

Celad: Celador/a

CIE: Consejo Internacional de Enfermeras

Cont. E: Control de enfermería

CP: Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal

D: Días

Dat. CP: Revelación de datos clínicos y personales

EDO: Enfermedades de Declaración Obligatoria

EETH: Encefalopatías Espongiformes de Transmisión Humana

Enferm: Enfermero/a

Estud: Estudiante

F: Género femenino

Facult: Facultativo

FEA: Facultativo Especialista de Área

G-Ob: Ginecología y Obstetricia

Grav R: Grave Reiterativa

H: Horas

Habit. E: Habitación de enfermo

HC: Historia Clínica

HME: Historial Médico Electrónico

HURS: Hospital Universitario Reina Sofía

IF: Índice de Frecuentación

Infraest: Relativas a la infraestructura

IT: Incapacidad Temporal

LAP: Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

LEC: Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil

LECr: Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal

Lev R: Leve Reiterativa

LGS: Ley 14/1986, General de Sanidad

LO: Ley Orgánica

LOPD: LO 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal

LOPJ: LO 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial

LORTAD: LO 5/1992, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal

M: Género masculino

MIR: Médico Residente en Formación

MI-U: Medicina Interna y Urgencias

PD: Pediatría

R.E: Resto de Especialidades Médicas y Quirúrgicas

RAE: Real Academia Española

RD: Real Decreto

Resid: Médico Residente

STC: Sentencia del Tribunal Constitucional

STS: Sentencia del Tribunal Supremo

STSJ: Sentencia del Tribunal Superior de Justicia

TS: Tribunal Supremo

UGC: Unidad de Gestión Clínica

Z.Com: Resto de zonas comunes

Z.Trb: Zonas de reunión y específicas de trabajo

Tabla I. Relación de Enfermedades de Declaración Obligatoria	40
Tabla II. Normativas en relación al secreto profesional y la confidencialidad de los datos	55-56
Tabla III. Relación de períodos de tiempo (días y horas) de los participantes en cada Servicios Médico a lo largo de los cursos académicos	95
Tabla IV. Características de los cuestionarios recogidos y su distribución por Servicios Médicos	106
Tabla V. Características generales de las faltas observadas (n=520)	107
Tabla VI. Actores implicados en las faltas observadas	108
Tabla VII. Género de los actores implicados en las faltas observadas	109
Tabla VIII. Rango de edad de los actores implicados en las faltas observadas	110
Tabla IX. Índice de Frecuentación de las faltas observadas en los diferentes Servicios Médicos	111
Tabla X. Relación entre el género de las observaciones recogidas y la existencia de faltas	113
Tabla XI. Relación entre los Servicios Médicos y los actores implicados	114
Tabla XII. Relación entre el tipo de faltas, los Servicios Médicos y el lugar en el que fueron observadas	115
Tabla XIII. Relación entre el tipo de faltas y los actores	117
Tabla XIV. Relación entre el tipo de faltas y el género de los actores	118
Tabla XV. Relación entre el tipo de faltas y el rango de edad de los actores	120
Tabla XVI. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y los Servicios Médicos	121
Tabla XVII. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y los actores	123
Tabla XVIII. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y el género de los actores	125
Tabla XIX. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y el rango de edad de los actores	127
Tabla XX. Relación entre la gravedad de las faltas, los Servicios Médicos y los lugares dónde se observaron	129
Tabla XXI. Relación entre la gravedad de las faltas observadas y los actores	130
Tabla XXII. Relación entre la gravedad de las faltas observadas y el género de los actores	131

Tabla XXIII. Relación entre la gravedad de las faltas observadas y el rango de edad de los actores	133
Tabla XXIV. Comparación del IF en los diferentes Servicios Médicos	134
Tabla XXV. Recomendaciones a tener en cuenta	172

Figura 1. Modelo de confidencialidad	38
Figura 2. Algoritmo de actuación para respetar el secreto profesional	78
Figura 3. Número de observadores participantes en los diferentes cursos académicos	91
Figura 4. Relación entre los tipos de faltas y la gravedad correspondiente	98
Figura 5. Porcentaje de observadores participantes según género	105
Figura 6. Índice de Frecuentación de las faltas observadas en los Servicios Médicos	112
Figura 7. Relación de actores implicados en cada Servicio Médico	113
Figura 8. Relación entre el tipo de falta y el lugar donde se observaron	116
Figura 9. Relación entre tipo de falta y los actores implicados	117
Figura 10. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y los Servicios Médicos	122
Figura 11. Relación entre los actores implicados y los lugares donde se observaron las faltas	123

I. Introducción

1.1. INTIMIDAD, CONFIDENCIALIDAD, PRIVACIDAD

1.1.1. Análisis conceptual

Los términos “intimidad”, “confidencialidad” y “privacidad” en muchos momentos se han utilizado como sinónimos, pero cada uno de ellos tiene matices diferentes. Aunque es difícil establecer unas diferencias claras entre estos tres términos, es importante señalar los distintos significados que se les ha dado. El más rico de todos ellos es el de intimidad, quizá por ser el más subjetivo, o el que, la mayoría de nosotros, relacionamos con lo profundo del ser¹.

Comenzando por el término *intimidad*, que proviene del griego “éntos”, significa “dentro”, del que deriva en latín el adverbio de igual significado “íntus”, y de ahí el comparativo “interior” (más dentro que) y el superlativo “íntimus” (lo más dentro)². Intimidad viene definido por el *Diccionario de la lengua española* de la Real Academia Española² (RAE) en segunda acepción como “zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”. El *Diccionario de uso del español*, de María Moliner³, la define como “cualidad de íntimo”. El *Gran diccionario enciclopédico* de Grijalbo⁴, la define como “la parte más secreta y personal de los asuntos de uno o de su familia”. Manuel Seco et al⁵, en el *Diccionario del español actual*, distinguen las siguientes acepciones: “ámbito íntimo y reservado de una persona o de un círculo pequeño de personas”; “parte íntima del pensamiento y del sentimiento de una persona: la intimidad se conforma con nuestros pensamientos, opiniones y actitudes, todo aquello que no es posible que nadie conozca si no lo damos a conocer”; “asunto íntimo”; “relación íntima”; “cualidad de íntimo” y “órganos sexuales”.

Sánchez-Carazo⁶ define la intimidad de forma sencilla y clara, como “un secreto personal o, mejor aún, como el secreto de la personalidad propia del yo”. El yo vive la intimidad como lo más propio, lo más típico y constitutivo de sí mismo. La intimidad es el sector del secreto personal, y se basa en la dignidad de la persona¹.

Tal y como nos describe Cruz⁷, “el acto más encumbrado del amor es la aprobación que una intimidad hace de la intimidad del otro”. En castellano, se puede advertir al menos una doble dialéctica en el término “íntimo”: 1ª, la de exterior/interior, parecida a la de superficial/profundo, y 2ª, la de público/privado (“en defensa de lo íntimo”, “no publicar cosas tan íntimas”). Sánchez-Caro y Sánchez-Caro¹ además explican que esta última, que también podría ser expresada como individuo/comunidad política, no es

sólo una distinción ideológica, sino uno de los presupuestos de la política y por tanto tiene una gran trascendencia para el derecho.

Las *Guías de Ética en la Práctica Médica: Intimidad, confidencialidad y secreto*⁸ recogen que la intimidad es el ámbito en que los seres humanos gestionan libre y privadamente su mundo de valores (religiosos, filosóficos, culturales, políticos, higiénicos, sexuales, económicos, etc.) y todo lo que tiene que ver, directa o indirectamente, con ellos.

La *confidencialidad*² se define como la “calidad de confidencial”, que a su vez significa “lo que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Confianza tiene como primera acepción: “esperanza firme que se tiene de una persona o cosa” y como segunda: “con reserva e intimidad”. Podemos también decir que la confidencialidad es “la situación en la que tiene lugar la confidencia” y que confidencia deriva del latín “confidentia”, la cual hace referencia a una “revelación secreta, noticia reservada y confianza estrecha e íntima”. María Moliner³ la define como “acción de comunicar algo a alguien reservadamente o en secreto. Particularmente algo que afecta muy íntimamente a la persona que lo comunica”.

Se ha considerado a la confidencialidad como la “la actitud o comportamiento de respeto, de silencio, de secreto que pide el hecho o dato íntimo o privado en el sujeto que lo conoce”. Es, pues, la respuesta adecuada al carácter íntimo o privado de ciertas parcelas de la vida de una persona⁶. Altisent⁹ la define como “el derecho moral que asiste a las personas para que se mantenga la reserva sobre lo que confían a otros, quienes de manera correlativa adquieren la obligación de guardar secreto”.

Respecto al término *privacidad* es traducción de la palabra “privacy”, y no se encuentra en el diccionario de la RAE, pero sí en el de María Moliner³, así como también en el de Manuel Seco y colaboradores⁵, definiéndose como: “cualidad o condición de privado”. Se refiere a privado como “participativo de privar”, como aquello “que no es público”, y también como “lo particular o personal”. La privacidad ha supuesto la separación del hombre respecto al grupo y el reconocimiento de su individualidad y su libertad personal¹. El término “privacy”, que se ha impuesto en la lengua inglesa sobre los términos “intimacy” (se emplea para expresar amistades o relaciones íntimas, sobre todo de tipo sexual) e “intimate” (poco utilizado), deriva del latín “privatus”, derivado a su vez de “privo”, separar, y éste de “privus”, que significa

separado o aislado y peculiar o personal. Béjar¹⁰ nos muestra la esfera privada como el lugar donde “el uno” toma conciencia de su existencia frente a “los muchos”, el nido donde el individuo tiende a desarrollar sus potencialidades, lejos del ruido de la colectividad. Esta noción de privacidad, alude a la zona donde el individuo se retira al abrigo de las intromisiones del mundo. Sánchez-Caro y Sánchez-Caro¹ recogen varias acepciones de *privacy* de algunos de los principales diccionarios de inglés utilizados en Norteamérica, como el *Webster’s New Explorer Dictionary* el cual indica en su primera acepción que *privacy* significa “condición o estado de estar separado de los otros” y, en su segunda acepción, secreto. Por otro lado el *Concise Oxford Dictionary*, la define como un “estado en el cual uno no es observado o molestado por otros”, y como “estar libre de la atención pública”.

Así vemos que si describir los conceptos tiene su dificultad, más difícil será delimitarlos exactamente, señalar fronteras y decidir qué hechos y datos pertenecen a la esfera íntima o a la meramente privada. Hay que tener en cuenta que la diferencia entre lo íntimo y lo privado no es substancial, sino de grado: lo más privado se convierte en íntimo pero, ¿cuándo empieza una cosa y termina la otra? Nuestra respuesta no puede ser muy rígida. Por todo ello, podemos decir que privacidad, intimidad y confidencialidad son conceptos descriptibles, difícilmente definibles y diferenciables entre sí.

1.1.1.1. Diferencias entre privacidad, intimidad y confidencialidad

Aunque en ocasiones los términos privacidad, intimidad y confidencialidad no se diferencian claramente, y a veces se utilizan como si fueran sinónimos, se pueden marcar una serie de diferencias. Es verdad que las tres realidades de las que estamos hablando son históricas –ha ido cambiando la conciencia que se tiene de ellas a lo largo del tiempo- y también son culturales –según una sociedad u otra, el ámbito de lo privado, lo íntimo y lo confidencial cambia, se modifica, es más amplio o más limitado- y además son subjetivos, por lo que para uno podría ser absolutamente íntimo, otro lo puede vivir como meramente privado.

Consideramos que la **privacidad** y la **intimidad** forman parte de un todo. La diferencia estriba en que lo privado es más amplio que lo íntimo. Todo lo íntimo está dentro de la privacidad de una persona, pero no todo lo privado es íntimo. Según Sánchez-Caro y Sánchez-Caro¹ la vida privada abarca multitud de aspectos, muchos de

ellos cotidianos, como qué y dónde se come, dónde y con quién se pasea, qué escaparates se ven, con quién y dónde se vive, qué número de teléfono se tiene, qué se compra... Todo ello y muchas cosas más, forman el entramado de la *privacidad* y configuran gran parte de nuestra vida. Por otra parte, en algunas personas muchas de estas cosas dejan de ser parte de su *vida privada* sin que se cometa abuso o injusticia. Son las *personas públicas* que por su cargo, oficio, profesión o forma de vida, han optado libremente por renunciar a una buena parte de su *vida privada*. Incluso muchos datos y parcelas de la vida privada de las personas no públicas son fácilmente accesibles o son obligatoriamente controlables por el Estado o por otros particulares que tienen derecho a saber y manejar esos datos. Así pues, la privacidad abarca todas aquellas facetas de nuestra vida que “nos son propias”, pero puede que por su misma naturaleza o por las circunstancias, legítimamente, dejen de serlo. Por lo tanto en el ámbito de la privacidad existe cierta graduación, e incluso tipicidad. De esta forma, Allen¹¹ distingue los 3 principales usos del término privacidad: privacidad física (libertad de contacto con los demás o la exposición del cuerpo a otras personas), privacidad informativa (prevención de la divulgación de información personal) y privacidad de decisión (capacidad de actuar en base a las opciones personales de uno, sin la interferencia de otros).

La **intimidad**, lo íntimo, sería la parte de la vida privada que cada ser humano –ya sea por motivos sociales, educacionales, o por la propia naturaleza humana- quiere guardar para sí de una forma muy especial y que sólo dará a conocer, si decide hacerlo, a un círculo reducido de personas en las que se tiene fe, o confianza y, por eso, se hace en ambiente de confidencialidad. Como hemos referido, el concepto de vida privada es amplio y además es genérico, ya que engloba a todo aquello que no se quiere que sea de conocimiento generalizado. Pero dentro de este conocimiento hay un núcleo que protegemos con más fuerza ya que resulta esencial para nosotros, y a esto le llamamos intimidad¹². En nuestro ámbito cultural, este centro se encuentra formado por nuestra vida interior: pensamientos, sentimientos, deseos, ideologías y creencias, y algunas parcelas de nuestra vida exterior: relaciones íntimas, actos fisiológicos... Más en la periferia, pero de una forma difícilmente definible, ciertos datos sobre nuestra persona, entre los que deberían estar los relacionados con nuestra procedencia (datos genéticos, datos referidos a la raza), las tendencias sexuales, los datos de salud y otros datos que puedan acarrear menoscabo o discriminación en nuestra forma social y en los ambientes

en los que vivimos (normalmente se tendrían que incluir los datos referentes al pasado delictivo u otras informaciones de carácter similar)¹. Habitualmente se piensa que la intimidad es algo que los individuos generalmente desean preservar, proteger y conservar, por lo que en ocasiones no es fácil distinguir claramente la intimidad del derecho a la intimidad.

La **confidencialidad** la tomaríamos como la actitud o comportamiento de respeto, de silencio, de secreto que pide el hecho o dato íntimo o privado en el sujeto que lo conoce. Es la respuesta adecuada al carácter íntimo o privado de ciertas parcelas de la vida de una persona. Por eso mismo, la confidencialidad deberá ser proporcional al grado de privacidad o de intimidad que tenga o se le dé al hecho o al dato. El acceso a la información confidencial de un individuo es equivalente a una interferencia en su vida e incluso a una potencial coacción, lo cual significa en la práctica una pérdida de libertad y del control de la propia vida⁹. Se ha considerado que el respeto a la autonomía puede ser la primera y fundamental premisa para argumentar el valor de la confidencialidad en la relación clínica. En ella, los pacientes comunican información personal a los profesionales sanitarios, para que estos puedan comprender y establecer el problema médico real y tratarlo adecuadamente. El hecho de denominar confidencial a dicha información, significa que los profesionales que la reciben tienen el deber de protegerla y evitar su divulgación a otros que no tienen derecho a su acceso¹³. Altisent⁹ indica que la confidencialidad es una garantía para la esfera de privacidad que las personas necesitan en el desarrollo de su vida afectiva.

En general respecto a los términos intimidad y confidencialidad, se considera que son dos conceptos muy próximos pero diferentes. Son iguales ya que constituyen el polo opuesto de lo “público” y protegen los deseos y derechos individuales, pero no son sinónimos. Un aspecto importante por el que son significativamente diferentes es que la renuncia a la intimidad personal (o a una parte de ella) suele ser una condición *sine qua non* para establecer la confidencialidad¹⁴.

Sola¹⁵ además resalta que la diferencia entre ellas radica en que, aunque ambas tengan como objeto la información que el titular quiere reservar, los sujetos intervinientes pueden relacionarse con esa información de diferente manera: la confidencialidad se invoca siempre frente a terceros; la intimidad puede ejercerse frente a cualquiera. La información es confidencial ya que primero, es compartida en confianza, y segundo, está reservada más allá de la relación, por ejemplo, entre paciente

y médico. Por otro lado, la intimidad se puede referir también a relaciones humanas de carácter social y a archivos, en cuyo caso se superponen los conceptos.

Cuando alguien obtiene acceso a una información protegida sin nuestro consentimiento, a veces decimos que infringe nuestro derecho a la confidencialidad y en otras ocasiones que infringe nuestro derecho a la intimidad. Veamos la diferencia a través de un ejemplo:

“Una infracción del derecho de X a la confidencialidad ocurre solamente si la persona, a quien X desvela la información confidencial falla en proteger la información o deliberadamente la revela a alguien sin el consentimiento de X. Por otra parte, una persona que entra sin autorización en el archivo de historias clínicas (HC) o en una base de datos informatizados de un hospital, viola el derecho a la intimidad más que el derecho a la confidencialidad. Solamente la persona (o la institución) a la que se le da información en una relación confidencial puede ser acusada de violar el derecho a la confidencialidad”¹⁶.

Una vez dicho esto, hay que tener en cuenta que si describir los conceptos tiene su dificultad, más difícil será delimitarlos exactamente, señalar fronteras y decidir qué hechos y datos pertenecen a la esfera íntima o a la meramente privada. A modo de conclusión podemos establecer que la diferencia entre lo íntimo y lo privado no es sustancial, sino de grado: lo más privado se convierte en íntimo¹.

1.1.2. Aproximación histórica

La privacidad y la intimidad son características del hombre que han estado presentes a lo largo de la historia de una forma u otra, pero la importancia que se les ha dado en las distintas épocas, así como el papel jugado y su ámbito de actuación, sus límites y defensas, han sido muy distintos a lo largo del tiempo, de tal forma que podemos decir que existe una historia de la vida íntima y privada en las diversas culturas y momentos.

En un principio el hombre antiguo veía transcurrir su vida en el espacio que hoy llamaríamos público, pero hay que matizar esta denominación, pues lo “público” debe estar en referencia a su contrario, lo “privado”, y en este caso, la práctica totalidad de la vida era pública para el hombre en la antigüedad: transcurría en el ágora, en el foro, en la plaza y en el mercado; incluso la religión era mediada y vivida comunitariamente.

La vida no era nada si no lo era en colectividad, en comunidad. En el mundo griego, de manera similar al romano, la intimidad y privacidad tenían muy poco valor, o mejor dicho, tenían un sentido distinto al que tienen hoy, pues existía la conciencia de lo íntimo. Por ejemplo, el hogar doméstico, desempeñaba un papel muy importante a la hora de circunscribir la vida íntima de la persona; la amistad, como ámbito de la relación y comunicación íntima, era buscada por un buen número de filósofos antiguos como forma de hallar la sabiduría. Todas las actividades de un hombre (religión, arte, ámbito laboral...) estaban ligadas a su ciudadanía. De igual forma, el matrimonio debía convertirse en algo obligatorio y su incumplimiento era castigado por la ley.

El Edicto de Milán, en el año 313, promulgado por Constantino y Licino, en el que se defiende la libertad de cultos declarando la libertad de la Iglesia Católica para ejercer su religión como las demás religiones, es una de las primeras juridificaciones de la intimidad.

San Agustín es el primer teórico de la intimidad, o mejor de la interioridad propiamente dicha. Siguiendo la tradición cristiana, los monjes de la Edad Media difundieron la importancia de la intimidad, la cultivaron en el aislamiento privado y surgió una élite de personas muy celosas de su vida interior. Desde ese momento se revaloriza la intimidad y el aislamiento, secularizándose a través de los siglos¹.

Santo Tomás de Aquino, defendía que cuando la intimidad de la persona, su núcleo más oculto, se manifiesta públicamente por la persona que la tiene, puede ser juzgada y valorada, pero si es manifestada en privado o en secreto a otra persona concreta hay que seguir respetándola⁷.

La lectura ha sido otro elemento que cultivó la intimidad. Mientras que en la Edad Media la literatura tiene un carácter predominantemente oral y público, a mediados del siglo XVI ya se empieza a concebir, que leer sin oralizar en voz alta o baja (sin mover los labios) es una práctica íntima que favorece la plena comprensión del texto, el aislamiento del grupo y la interiorización inmediata de lo que se lee¹⁰.

La idea de intimidad se fue desarrollando en nuestro país sobre la senda que marcaron los místicos. En el siglo XVI, Santa Teresa de Jesús y San Juan de la Cruz, dieron lugar a toda una escuela de intimismo¹.

La intimidad como derecho avanzó poco a poco, pero la vulneración de la intimidad era frecuente; por ejemplo, Enrique VIII de Inglaterra condenaba a todas las jóvenes que, habiendo tenido relaciones sexuales antes del matrimonio, no lo declarasen al Rey antes de casarse.

El proceso de privatización que caracterizaba las sociedades occidentales entre los siglos XVI y XVIII contiene expectativas y prácticas nuevas, produce espacios, objetos y escritos hasta entonces desconocidos, y configura una nueva consciencia del individuo respecto de sí mismo y respecto a los demás. Pero, en general, la vida privada seguía siendo mínima.

En el siglo XVIII la intimidad se configura como una aspiración de la burguesía de acceder a lo que antes había sido privilegio de unos pocos. Así aparece el derecho a la soledad, a la reserva y al aislamiento. Posteriormente en el siglo XIX, siguió adelante la conquista de la intimidad, especialmente en las clases media y alta.

Precisamente en el siglo XX, el privilegio del derecho a la intimidad, conseguido sólo por un número limitado de personas, se convierte en un derecho universal de todo ser humano. Las Constituciones que van naciendo a lo largo del siglo pasado, los Acuerdos, Declaraciones y los Convenios Internacionales y los desarrollos legislativos irán creando una estructura cada vez más sólida alrededor de lo que llamamos “intimidad” como derecho, a pesar de las nuevas técnicas que facilitan la información y la divulgación de los datos personales. Se produce la lucha legislativa contra la intromisión en la vida privada de cualquier ser humano, que cada vez es más digna de defenderse, y a la vez es más vulnerable ante los nuevos enemigos.

1.1.3. Derecho a la intimidad

Sola¹⁵ señala como acontecimiento principal para el reconocimiento de la intimidad como derecho de la personalidad, el trabajo de Samuel D. Warren y Louis D. Brandeis, *The Right to Privacy* (1890), al parecer inspirado en el acoso informativo que el primero venía sufriendo por algunos periódicos de su ciudad. En base a una formulación anterior del juez Thomas A. Cooley, identificaron el derecho a la privacidad como una manifestación directa del derecho a ser dejado solo (*to be let alone*), el cual hasta entonces prácticamente no se consideraba como una entidad propia. De esta forma se constituía una idea común basada en ciertas reglas de convivencia, como la inviolabilidad del domicilio o el secreto de la correspondencia. Con posterioridad se han

ido incluyendo en el derecho a la intimidad otros contenidos que afectan a la esfera privada del individuo.

Por otra parte, la intimidad está sometida a muchos riesgos en el mundo actual¹. Entre los riesgos que acechan a este valor se encuentran cosas tan dispares como el consumo de drogas, alcohol, psicótrópos en adolescentes o en el supuesto de un examen médico de un trabajador, así como también las terapias, el psicoanálisis o las nuevas tecnologías que hacen que el hombre pierda cada vez más reductos de su vida íntima.

Tal como indica Béjar¹⁰, ya que “la moral y la política no son precisamente hermanas de sangre”, la esfera privada deberá ser protegida mediante normas legales para evitar ser vulnerada.

Es importante tener en cuenta que la libertad, y por tanto el derecho a la intimidad y a la vida privada, suponen el derecho de autonomía del individuo para tomar por sí mismo las decisiones que mejor le convengan, siempre que no produzcan daño o menoscabo a terceros y a los valores constitucionales¹. Puede también delimitar un espacio de decisión personal, generalmente relacionado con asuntos importantes, como las relaciones personales, el aborto o la integridad del cuerpo¹⁴. Consiste en poseer la libertad de que nadie que no sea uno mismo, decida o imponga coactivamente lo que tengamos que hacer, ya sea para conservar la salud o para aceptar ciertos riesgos. Así, el derecho a la intimidad se configura como un derecho inherente a la dignidad humana, por lo que merece un respeto particular, hasta tal punto que si fuera menoscabado, implicaría que la persona está siendo violentada¹⁷. Como tal derecho, lo contempla la *Constitución Española*¹⁸ (CE) en su artículo 18:

1. “Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
2. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito.
3. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
4. La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos”.

Como refiere el artículo anterior, el derecho a la intimidad tiene diversas manifestaciones al considerar la intimidad como un estado o condición de acceso limitado a la persona, físico o corporal (intimidad física), a la información sobre la misma (intimidad sobre la información) o a determinadas decisiones (la llamada intimidad decisoria)¹⁹.

Así mismo, Arroyo y de Vicente²⁰ sostienen que el derecho a la intimidad salvaguardado en el artículo 18.1 de la CE, no garantiza una *intimidad* determinada, sino el derecho a poseerla, a tener vida privada, disponiendo de un poder de control sobre la publicidad de la información relativa a la persona y su familia, con independencia del contenido de aquello que se desea mantener al abrigo del conocimiento público. Del precepto constitucional se deduce que el derecho a la intimidad garantiza al individuo un poder jurídico sobre la información relativa a su persona o a la de su familia, pudiendo imponer a terceros su voluntad de no dar a conocer dicha información o prohibiendo su difusión no consentida, lo que ha de encontrar sus límites, como es obvio, en los restantes derechos fundamentales y bienes jurídicos constitucionalmente protegidos. Pero además el derecho a un núcleo inaccesible de intimidad se hace extensible incluso a las personas más expuestas al público²¹.

La protección del derecho se muestra imprescindible también en el ámbito laboral, donde habrá que deslindar aquel control idóneo, necesario y equilibrado de la actividad laboral, de aquéllos otros que supongan una injerencia en la intimidad de los trabajadores afectados injustificada o desproporcionada; o en otros casos en los que existe una relación especial de sujeción, como acontece en el ámbito penitenciario²¹.

Cabe destacar, tal como recoge la Sentencia 143/1994, de 9 de mayo²², que para el Tribunal Constitucional el derecho a la intimidad en cuanto a la dignidad de la persona, implica “la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y el conocimiento de los demás, necesario, según las pautas de nuestra cultura, para mantener una calidad mínima de la vida humana”. Pero además añade que “el derecho a la intimidad no es absoluto, como no lo es ninguno de los derechos fundamentales, pudiendo ceder ante intereses constitucionalmente relevantes”.

De ahí que existan determinados supuestos en los que la intimidad cederá frente a otros bienes jurídicamente protegibles como sucede, por ejemplo, en los supuestos de

investigación de la paternidad o la maternidad siempre que estén justificados y resulten proporcionales sobre la base de otros derechos u otros bienes jurídicamente protegidos de interés general²¹.

Junto con el primer punto del artículo 18 CE¹⁸, cabe destacar el 18.4 en el cual se protege la libertad del sujeto frente a un poder concreto que es la informática, ya que esta tiene posibilidades de actuación que hacen que sea posible lesionar los derechos del individuo. Nos señala Serrano²³, que la relación entre los datos, la informática y su protección parece próxima a la salvaguarda de la intimidad, por lo que este derecho supone el acomodo constitucional más idóneo para ubicar la tutela del individuo frente a la informática. Por tanto significa de impedir o prohibir cualquier intromisión ilegítima en su intimidad a través del uso de la informática, así como también de garantizar el acceso a las informaciones incorporadas a una base de datos, o corregir o suprimir los datos, así como disponer sobre su transmisión y divulgación. Este derecho del que disponen los ciudadanos se halla estrechamente vinculado con la libertad ideológica, pues evidentemente el almacenamiento y la utilización de datos informáticos puede suponer un riesgo para aquélla, no solamente por lo que se refiere a 'datos sensibles', sino también por su posible utilización ajena a las finalidades para los que fueron recabados, por la inclusión de datos sin conocimiento del afectado o bien por efectuarse accesos indebidos a ficheros ajenos²¹. Las garantías, por una parte, consisten en la creación de la Agencia de protección de datos en el año 1993, con el fin de velar por el cumplimiento de la Ley, y el Registro general de protección de datos en el que deberán inscribirse todos los ficheros de acuerdo con la Ley. Además se establece un régimen sancionatorio.

1.1.3.1. Conflicto entre derecho a la intimidad y a la información

La limitación del derecho a la intimidad vendría justificada, según el caso, por un estado de necesidad, el ejercicio legítimo de un derecho, o por una colisión de deberes¹⁵. Cuando dos principios entran en conflicto, ha de sopesarse con relación a un determinado caso cuál de ellos tiene más peso y en qué medida debe prevalecer. Que un principio se imponga a otro no significa que éste desaparezca del ordenamiento jurídico, ni que el que ha prevalecido en este caso siempre prevalezca sobre el otro. O sea, en un ordenamiento jurídico no pueden existir normas contradictorias pero sí principios potencialmente contradictorios. Las disposiciones constitucionales que son importantes en materia de bioética poseen la estructura de principios. Entre el derecho de la

intimidad y el derecho de terceros a la información, se plantean conflictos que no pueden resolverse haciendo desaparecer uno de ellos. En cada caso concreto habrá que decidir cuál es el principio que prevalece pero determinar el peso que hay que atribuir a un principio sobre otro no es tarea fácil²⁴.

Recoge la Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 40/1992, de 30 de marzo²⁵, que la libertad de información posee una posición prevalente sobre el derecho a la intimidad. Y así ha dicho que, en caso de conflicto entre ambos derechos fundamentales, hay que ponderar teniendo en cuenta la posición prevalente, que no jerárquica o absoluta, que sobre los derechos denominados de la personalidad del artículo 18 de la CE¹⁸, ostenta el derecho a la libertad de información del artículo 20.1. d) de dicho texto, en función de su doble carácter de libertad individual y de garantía institucional de una opinión pública libre dentro de un estado democrático:

“Se reconocen y protegen los derechos a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La Ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades”.

La doctrina recogida en dicha sentencia se ha confirmado reiteradamente, siempre que la información transmitida sea veraz y esté referida a asuntos de relevancia pública que sean del interés general, tanto por las materias a las que se refieren como por las personas que en ellos intervienen. Ahora bien, tratándose del derecho a la intimidad, no es primordial la cuestión de si la información es veraz o no, porque la intimidad que la CE protege no es menos digna de respeto por el hecho de que resulten veraces las informaciones relativas a la vida privada de una persona o familia que afecten a su reputación y buen nombre, ya que, en tal caso, la veracidad no es una causa que justifique, sino que presupone una lesión (STC 115/2000 de 10 de mayo)²⁶. El criterio para determinar si es legítima o no una intromisión en la intimidad de las personas es exclusivamente el de la relevancia pública de lo divulgado, es decir, que su comunicación a la opinión pública, aunque sea verdadera, resulte ser necesaria en función del interés público del asunto sobre el que se informa (STC 134/1999 de 15 de julio)²⁷.

1.1.3.1.1. Aplicación en el ámbito sanitario

Específicamente en el ámbito sanitario, el artículo 43 CE¹⁸ reconoce “el derecho a la protección de la salud”, así como otorga a los poderes públicos la competencia de

“organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios”. De ahí que la afirmación de que el derecho a la intimidad no tiene un carácter absoluto, y que por tanto su ejercicio puede quedar limitado por la colisión con otros derechos igualmente protegidos por el ordenamiento jurídico, se pone de manifiesto en el ámbito sanitario en numerosas ocasiones. Esquemáticamente podrían agruparse, primero, en las que el interés por preservar la información personal del individuo se enfrenta al interés general; y segundo, en las menos frecuentes donde el interés del individuo por acceder a la información que le concierne, se opone al interés general o de terceros.

En el primer caso, la limitación del derecho a la intimidad a favor del interés general o de otras personas, entra dentro de lo cotidiano. En este caso el derecho a la intimidad de una persona puede verse limitado, aunque tampoco de forma absoluta, cuando existen razones de salud pública, o legítimamente se requiere, con las correspondientes garantías por interés judicial. Además la limitación debería ser proporcionada al interés que se persigue. Por ejemplo, la infracción del deber de secreto en el profesional sanitario cuando debe cursar un parte de lesiones indiciarias de que el paciente ha sido víctima de agresiones violentas, entre otros, como desarrollaremos posteriormente.

Respecto al segundo supuesto, cuando se limita el derecho del interesado a conocer información registrada que le concierne, la cual está justificada en el deber de secreto del responsable de la información, en general se tratará de una información que igualmente afecta a la intimidad de otras personas. Sería el caso de la información clínica recabada de terceros relacionados con el solicitante por vínculos familiares o de convivencia. Pero donde esta limitación de la intimidad desempeña un papel esencial, es en los sistemas de donación de órganos, o de gametos para la reproducción asistida, cuya funcionalidad depende en gran medida del anonimato del donante. Aunque será desarrollado más adelante, en relación con los menores, a los que con carácter general no hay motivo para limitar por su condición de menor el derecho a la intimidad, sí hay que establecer alguna excepción respecto a sus padres o tutores en algunos casos concretos, generando la correspondiente obligación de información para el profesional sanitario. Pero como veremos, serán casos muy específicos¹⁵.

1.2. SECRETO PROFESIONAL

Etimológicamente la palabra secreto procede de la raíz latina *secr* de la que se derivan diversos vocablos, entre ellos el término *secretum*. El *Diccionario de la lengua española*² define **secreto** como aquella “cosa que cuidadosamente se tiene reservada y oculta”; también “reserva, sigilo”, o “conocimiento que exclusivamente alguien posee de la virtud o propiedades de una cosa o de un procedimiento útil en medicina o en otra ciencia, arte u oficio”. Este concepto incluye cualquier cosa que se conozca de otra persona, no solamente algo puntual, y que deba estar bajo el control de la prudencia y alejado del conocimiento general.

Atendiendo a las causas que obligan a guardar el secreto se pueden distinguir los siguientes tipos²⁸:

1. Secreto natural: surge de la propia naturaleza del hecho. Su divulgación puede conllevar importantes perjuicios para la persona o personas a las que atañe la información. Por ello no se requiere ningún contrato, expreso o tácito, para obligar a la reserva. Una sólida formación ética garantiza el cumplimiento de la reserva en este tipo de secreto.
2. Secreto prometido: obliga en virtud de la promesa formulada, un compromiso personal cuyo incumplimiento pone de manifiesto una falta de veracidad y seriedad.
3. Secreto pactado: se corresponde con un acuerdo entre las partes lo que nos sitúa ante una situación de contrato-pacto entre el que transmite la información y el que la recibe. Cuando el contrato, explícito o implícito, procede del ejercicio de una profesión, se habla de **secreto profesional**, el cual surge de una promesa tácita formulada antes de recibir una confidencia, por una persona destinada por su cargo o profesión a recibir este tipo de revelaciones.

Cuando estas cuestiones las trasladamos al campo profesional y se establece el secreto, éste se constituye simultáneamente como un deber del profesional y un derecho del ciudadano²⁹. Se considera que el **secreto profesional** es el deber de reserva que afecta a determinados profesionales (médicos, abogados, notarios, etc.) de no descubrir a terceros los datos que lleguen a conocer en el desempeño de su actividad². Con él intenta garantizar que ninguno de los datos revelados en el ejercicio de una profesión, se

divulguen a terceras personas, blindando así la circulación de los mismos con la finalidad de proteger los intereses subyacentes a su tutela³⁰.

Aunque la obligación del secreto profesional tuvo en la antigüedad un carácter sagrado, ya que las profesiones más importantes en la vida comunitaria poseían una naturaleza sacerdotal, hoy día los deberes del secreto profesional se relacionan con un deber jurídico al margen de todo tipo de consideraciones religiosas³¹. Actualmente entre los profesionales sujetos al deber de secreto, además del médico y resto de profesionales sanitarios, cabe citar como casos más típicos el abogado, el psicólogo, el periodista o el trabajador social. Sin embargo, también puede haber otros casos de asesores o servicios que tengan ese tipo de obligación, por ejemplo los asesores fiscales o las compañías de seguros. También es indudable que los profesionales de la investigación privada (detectives privados), y a nivel público, las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado o los cuerpos militares del ministerio de defensa, están sujetos a este deber de secreto profesional.

1.3. EL SECRETO MÉDICO

1.3.1. Concepto. Evolución histórica del secreto médico

Se ha dicho que la relación médico-enfermo es el encuentro de una confianza con una conciencia. Con esto se quiere expresar el hecho, asombroso aunque ordinario, de que un hombre pone su vida, su salud y también su reputación en manos de otro. El paciente hace a veces al médico confidencias que no haría a ninguna otra persona y le refiere cosas demasiado íntimas o vergonzosas que, de ser divulgadas, arruinarían su buena fama, su crédito social o su seguridad económica. Si el paciente no estuviera seguro de que sus confidencias estarán siempre protegidas por el secreto profesional, o no acudiría al médico o le ocultaría informaciones de decisiva importancia para el médico³².

El **secreto médico** es un deber inherente al ejercicio profesional de la medicina y consiste en el compromiso que adquiere el médico, ante el paciente y la sociedad, de guardar el secreto de todo aquello que le hubiera sido confiado por el enfermo u obtenido por las exploraciones en el curso de una actuación médica³³. Es un contrato tácito entre paciente y médico, que tiene por objeto no solamente preservar un derecho

del paciente, sino ante todo, defender un interés social³⁴. Dicho contrato, no permite revelar los datos confidenciales de éste para fines ajenos a la propia asistencia sanitaria, mientras el paciente no lo autorice o no existan exigencias suficientemente importantes de bien público, evitación de daño a terceros o imperativo legal⁸.

El modo de ejercer la medicina ha evolucionado y con él también el deber del secreto. Según Castellano y Gisbert²⁸, se pueden distinguir tres etapas en la evolución histórica del secreto:

En primer lugar se describe como en una época mitológica la medicina estaba en manos de los sacerdotes, y éstos tenían la obligación sagrada de guardar secreto; pero se refería más a los conocimientos médicos contenidos en los libros sagrados que a las enfermedades o confidencias de los pacientes.

Posteriormente, en la época antigua la medicina se secularizó y los médicos seculares, con mucho de filósofos en su formación y considerados sabios, intuyeron que el principio de beneficencia les obligaba a guardar secreto de las confidencias de los pacientes. Tal como señala Gracia³⁵ la idea predominante era que el médico, como otros profesionales, debía guardar el secreto como deber de discreción y sigilo, no tratándose por tanto de un derecho del enfermo, sino de un deber del médico. Ello quedó claro en el Juramento de Hipócrates, máximo exponente del pensamiento médico de esta época:

“Cualquier cosa que vea u oiga en el curso del tratamiento, o incluso fuera del tratamiento, que haga referencia a la vida de los hombres, que en ningún caso deba ser divulgada, la guardaré para mí mismo sin hablar nunca de ella”.

El médico tenía por tanto poder para determinar lo que se podía revelar y lo que no, dependiendo todo de su deber de discreción y sigilo. Por otra parte esto es lo que se entendió clásicamente por discreción o sigilo profesional, siendo el ejemplo paradigmático el sigilo sacramental.

En la época moderna existía una posición de respeto al secreto médico y con una posición de tolerancia hacia su incumplimiento, hasta el punto de que antes de 1830 en Europa fueron excepcionales los médicos juzgados por haber revelado hechos o circunstancias que conocieran de sus enfermos a través del ejercicio profesional. Recogen Sánchez-Caro y Sánchez-Caro¹ que el secreto médico tendría carácter de mero deber discrecional y el médico tendría la posibilidad de guardar los datos conocidos en

el curso de la relación profesional, entre otras razones, porque los tribunales de justicia no les solicitaban informar como perito. Sin embargo en el siglo XIX el panorama cambia y el secreto comienza a configurarse como un derecho subjetivo de un ser humano, por tanto se consideraron delito las revelaciones confidenciales, siguiendo las líneas marcadas por la doctrina del secreto médico absoluto.

Fue a principios del siglo XX, cuando en función de los cambios sociales (leyes de asistencia sanitaria, seguros sociales, etc.) se plantearon situaciones nuevas basadas en la defensa del bien común, imponiéndose, finalmente, la tesis de la relatividad del secreto.

En España la evolución seguida fue similar, ya que en los Códigos penales de 1822 y 1848 aparecía protegido el secreto médico, mientras que el Código de 1870 despenalizaba específicamente esta figura. Posteriormente la Ley de Enjuiciamiento Criminal excluyó de la obligación de revelar el secreto profesional en causas penales a sacerdotes, abogados y procuradores, pero no a los médicos. Tuvo que entrar en vigor el Código Penal (CP) de 1995 para que volviera a penalizarse la revelación de secretos a los profesionales que incumpliendo su obligación de sigilo, divulguen los secretos de otra persona³⁶.

1.3.2. Tipos de secreto médico

Podemos clasificar el secreto médico según diferentes criterios, así Criado y Seoane³⁷ reconocen tres grandes grupos:

1. En función de las características y exigencias de cada época histórica:

- **Secreto médico absoluto:** en este caso el secreto es una cuestión de orden público, que afecta a la buena marcha de la sociedad. Esta tesis parte de la idea del “confidente necesario”: se dice que el médico, al igual que el sacerdote o que el abogado, son confidentes necesarios de sus clientes (o penitentes). El enfermo tiene necesariamente que recurrir a un médico y confiarse a él, y si el médico pudiera revelar los hechos de los que tuviera conocimiento por esta vía, daría lugar a una perturbación social³⁸. Esta teoría tiene como consecuencia que el médico al estar obligado a mantener el secreto no sólo acerca de los hechos que el paciente le confíe como tales, sino también de “todo aquello que viera, oyera o adivinara con su inteligencia”, puede ocurrir que un hecho desconocido por el mismo paciente sea constitutivo para el médico

de secreto. Es el secreto que no se quebranta nunca, en él se reconoce una obligación sin excepciones; pero se considera una utopía²⁸, puesto que la vida en sociedad impone obligaciones que pueden tener como consecuencia un conflicto de intereses entre los derechos del paciente como individuo y los derechos de otros, a menudo representados en el Estado, la Justicia, la Administración sanitaria, compañías de Seguros, particulares...

- Secreto médico relativo: surge cuando del mantenimiento del secreto con carácter absoluto puede derivarse un perjuicio para los intereses sociales, y por tanto no puede prevalecer la conveniencia individual o privada. Tal como refieren Castellano y Gisbert²⁸, lo que se pretende es buscar el equilibrio entre el derecho individual que supone la protección de la intimidad del paciente y los derechos colectivos como pueden ser la salud pública, la administración de justicia, etc. Por ello en medicina el secreto es relativo y se entiende como la obligatoriedad de guardar el secreto por parte del médico respecto al estado de salud y confidencias del paciente, pero siempre que no se perjudique por ello a los demás o a los intereses sociales o a los intereses generales (enfermedades infecciosas, descubrimiento de delitos contra las personas...). Así, afirma Ataz³⁸ que el secreto médico sería un estado de hecho, garantizado por el Derecho, por el cual la información sanitaria debe ser conocida sólo por una persona o por un grupo restringido de personas. Desde esta perspectiva el secreto médico es mucho más vago, y plantea muchos más problemas en la práctica, resultando a veces difícil su aplicación³⁷.

2. En base a la evolución de la forma de ejercer la medicina y la evolución del secreto médico: hasta hace poco la relación médico-paciente se fundamentaba en su carácter estrictamente bilateral, en el que sólo se relacionaban médico y paciente, sin que otros profesionales estuvieran relacionados con este pequeño círculo salvo en ocasiones el personal de enfermería. Actualmente la asistencia se ejerce por equipos profesionales que necesitan compartir la información para poder dar al paciente una atención de calidad y donde los datos se recopilan de forma más o menos mecánica y por diferentes profesionales tanto sanitarios como no sanitarios que tienen acceso a dichos datos y todos ellos sujetos al secreto²⁹.

- Secreto médico compartido: es el deber del secreto de todos los componentes del equipo asistencial que conocen los datos del paciente³⁷. El personal sanitario (médicos,

DUES, residentes, estudiantes de medicina o de enfermería en prácticas, auxiliares, celadores, etc.) que por su actividad o profesión participan en la asistencia del paciente¹², para realizarla adecuadamente y llegar con más garantías a un diagnóstico, pronóstico y tratamiento, tienen que conocer la problemática del paciente y participar igualmente del secreto²⁹. Es por tanto consecuencia de la medicina moderna muy amplia y tecnificada.

- Secreto médico derivado: surge con la medicina institucional y la compleja organización administrativa de los hospitales actuales²⁸. Se trata del deber de guardar el secreto del personal no sanitario, que indirectamente por su trabajo administrativo y de gestión conoce la problemática del enfermo (secretarias, personal administrativo...) ³⁷.

3. El secreto tiene una doble regulación:

- Secreto moral (ético): supone la obligación deontológica de todos los profesionales sanitarios de regir sus actuaciones profesionales en función del principio de beneficencia y, del principio del derecho a la confidencialidad y derecho a la intimidad. A él obligan los Códigos deontológicos de Medicina y de Enfermería.

- Secreto legal: se puede diferenciar el “deber del secreto derivado de la relación médico-paciente”, que nace de la relación contractual o extracontractual que se establece con el paciente, de la cual se deriva el deber genérico de guardar el secreto, y el deber de no hacer daño; y el “deber del secreto legal” propiamente dicho, impuesto en determinadas normas legales que regulan el ejercicio de las actividades sanitarias³⁷.

1.3.3. Obligación y deber de secreto. El confidente necesario

La relación médico-paciente deberá estar presidida por una mutua y leal colaboración, así como por las reglas de la buena fe. Para tener un conocimiento más exacto de los derechos y deberes derivados de esta obligación de “colaboración leal”, así como de las eventuales consecuencias que en el futuro pudieran derivarse, debe insistirse también en la obligación del paciente de informar oportuna y verazmente de su estado de salud para que las conclusiones del profesional que le atienden puedan fundarse sobre datos lo más objetivos y seguros posibles. Todo ello sólo es posible sobre la base de la relación de confianza en que se apoya el secreto médico³⁹.

El médico debe someter su actuación profesional cualquiera que sea la modalidad de la misma, a la máxima discreción, así como al deber de sigilo y de reserva²⁸. Este deber

nos recuerda el papel del personal sanitario como *confidente necesario*, es decir 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 confidencial⁴⁰.

Romeo y Castellano⁴¹ establecen que este principio debe ser recordado especialmente:

- Cuando el médico actúa como *funcionario público*: tanto el Código Penal (CP) como la Jurisprudencia del Tribunal Supremo (TS) interpretan en sentido amplio el concepto de función pública, lo que ha llevado a considerar como tal la prestación sanitaria que se hace desde la medicina pública. Esta situación se presenta sobre todo en los médicos que son funcionarios públicos en sentido estricto, como médicos forenses, del registro civil o de prisiones, planteando, a veces conflictos entre su tarea de información a las autoridades y su deber de confidencialidad para las personas a las que reconoce.

- En materia de *publicaciones científicas, docencia, estadísticas*, etc.: el Código de Deontología Médica⁴² (CDM) también insiste en que el médico debe adoptar las medidas necesarias para que la forma de presentación de la publicación, conferencia, etc., impida la identificación de las personas a las que se refiera, tanto a nivel de datos como en el caso de fotografías o imágenes ilustrativas (arts. 28.2 y 28.3 CDM). Respecto a los protocolos de investigación, también se debe proteger la identidad del paciente mediante el uso de identificadores diferentes al nombre y fecha de nacimiento, de tal forma que se pueda mantener la confidencialidad cuando se registren los datos o se publiquen⁴³. De manera curiosa y de acuerdo a estas premisas, Blechner⁴⁴ recomienda en las publicaciones que si un dato o detalle identifica a un sujeto y no hemos obtenido su consentimiento para publicarlo, antes que falsearlo o modificarlo para evitar su reconocimiento, es mejor eliminarlo. En el caso de las estadísticas, la producción de estadísticas fiables depende, en gran medida, de la recogida de datos tan completos como fuere posible y el tratamiento de los mismos mediante medios informáticos cada vez más eficientes. Los datos de carácter personal recogidos con fines estadísticos, deben ser convertidos en anónimos desde el momento en que ya no sean necesarios bajo forma identificable. Se recomienda que estos datos de identificación se recojan, se separen y conserven aparte de los otros datos de carácter personal

(Recomendación nº R (97) 18)⁴⁵. Es más, la información transmitida debería reflejarse en números que impidan el conocimiento de las personas a las que se refieren dichos datos (arts. 27.5 y 27.6 CMD)⁴². Dentro de este supuesto, en la literatura se ha recogido de manera especial el tema de los casos de violencia de género a la hora de realizar un proyecto o trabajo de investigación, en los que se hace especial hincapié en la necesidad de garantizar la protección y la confidencialidad de los datos de carácter personal de las propias víctimas participantes⁴⁶.

- Castellano y Gisbert²⁸, además añaden que en el supuesto de *reclamación de honorarios médicos*, si un cliente se niega a abonar los honorarios, el médico aun teniendo que renunciar a ellos, no puede revelar información sobre la enfermedad del paciente. Si procede a una reclamación judicial, bastará con que declare el número de visitas y consultas evaluadas, así como la cuantía en que valora cada una de ellas.

1.3.4. Protección de datos. Límites del secreto médico

1.3.4.1. Datos especialmente protegidos

Cuando se hace referencia a la protección de datos, estos no quedan limitados a los íntimos, sino a cualquier tipo de dato personal, sea o no íntimo, cuyo conocimiento o empleo por terceros pueda afectar a sus derechos, sean o no fundamentales, porque su objeto es la protección de todos los datos de carácter personal. Por tanto no solo son los datos de la vida privada o íntima de la persona, sino que se amparan todos los que identifiquen o permitan la identificación de la persona, pudiendo servir para la confección de su perfil privado o para otra utilidad que en determinadas circunstancias pudiera constituir una amenaza para el individuo (STC 292/2000 de 30 de noviembre)⁴⁷.

Antes de explicar los datos especialmente protegidos es preciso comenzar por los *datos de carácter personal*. Según la *Recomendación Nº R (97) 18 del Consejo de Europa relativa a la protección de datos de carácter personal, recogidos y tratados con fines estadísticos*⁴⁵, estos se refieren a toda la información sobre una persona natural identificada o identificable. Una persona física no será considerada como "identificable" si dicha identificación necesita plazos y actividades poco razonables, en cuyo caso hablaríamos de datos anónimos.

Según la anterior Recomendación, cuando los datos de carácter personal revelen la raza de origen, ideas políticas, creencias religiosas u otras convicciones, al igual que los

relativos a la salud, a la vida sexual, a condenas penales, así como otra información definida como sensible según la legislación nacional se considerarán *datos sensibles*.

Los datos sensibles necesitan una “especial protección” por lo que hay que extremar las precauciones, ya que afectan a lo más íntimo y propio de los seres humanos. Es evidente que nunca puede haber una protección absoluta, pero a los datos sanitarios hay que aplicarles toda la protección que la sociedad y los individuos sean capaces. Esta calificación como datos sensibles necesitados de especial protección, no es sólo consecuencia de la mayor sensibilidad de la sociedad actual para todas las cuestiones relacionadas con la intimidad personal, sino también del gran avance tecnológico acaecido. En relación a los datos sobre la salud, la accesibilidad y la “indexabilidad” de la información publicada en línea ha hecho posible la vulneración del derecho a la intimidad a través de medios muy difíciles de detectar, y que por ello mismo las más de las veces quedan impunes^{8,48}.

El mayor riesgo asociado a los datos clínicos se debe a la posibilidad de identificación, especialmente en el caso de enfermedades estigmatizantes o determinados tratamientos que pongan de manifiesto las condiciones de salud del sujeto⁴⁹.

El *Grupo de Trabajo (Directiva 95/46) sobre protección de datos del artículo 29*⁵⁰ establece que lo relativo a los datos relacionados con la descripción del estado de salud de una persona - por ejemplo, los datos sobre el consumo de medicamentos, alcohol o drogas, así como los datos genéticos - son sin duda *datos personales sobre la salud*, especialmente si están incluidos en un expediente médico.

También habrá que considerar sensibles otros datos - por ejemplo, los datos administrativos (número de seguridad social, fecha de ingreso en un hospital, etc.) - contenidos en la documentación médica relativa al tratamiento de un paciente: si no fueran pertinentes en el contexto del tratamiento del paciente, no se habrían incluido, ni deberían haberse incluido, en un expediente médico. Por consiguiente, según el Grupo de Trabajo todos los datos contenidos en documentos médicos, en historiales médicos electrónicos (HME) y en sistemas de HME son *datos personales sensibles*.

En la *Recomendación N° R 5 (97), del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Protección de Datos Médicos*⁵¹ se recogen como *datos médicos* todos aquellos datos personales relativos a la salud de un individuo. Se refiere

también a los datos que tengan una clara y estrecha relación con la salud y los datos genéticos. La expresión **datos genéticos** hace referencia a todos los datos, cualquiera que sea su clase, relativos a las características hereditarias de un individuo o al patrón hereditario de las mismas dentro de un grupo de individuos emparentados; también se refiere a cualquier información genética que el individuo porte (genes) y a los datos de la línea genética relativos a cualquier aspecto de la salud o la enfermedad, ya se presente con características identificables o no.

Por otra parte, según la *Recomendación N° R (2002) 9, del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la protección de datos personales recogidos y tratados a efectos de seguros*⁵², se entiende como **Tratamiento** de datos, a cualquier operación efectuada mediante procedimientos automatizados y aplicada a datos personales, como grabación, conservación, modificación, extracción, consulta, utilización, comunicación, cotejo o interconexión, así como su borrado o destrucción. Para regular el tratamiento de categorías especiales de datos, la Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo⁵³, establece en su artículo 8.1:

“Los Estados miembros prohibirán el tratamiento de datos personales que revelen el origen racial o étnico, las opiniones políticas, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, así como el tratamiento de los datos relativos a la salud o a la sexualidad”.

Como excepción al contenido del punto 1, se establecen aquellos supuestos en los que el interesado haya prestado su consentimiento explícito, o cuando sea preciso para salvaguardar el interés vital del mismo o de otra persona⁵⁴.

De manera general el *Department of Health* en Reino Unido⁵⁵ recomienda tener en cuenta determinados principios clave a la hora de manejar y proteger los datos, así como garantizar los derechos del paciente (**Figura 1**). En general, lo fundamental es *proteger* la información e *informar* al paciente de cuál va a ser la finalidad de los datos que nos proporciona, asegurándonos que lo comprende. A partir de ahí, se le *facilitarán las diferentes opciones* existentes para que decida si desea que la información, por ejemplo, sea divulgada o se utilice de manera particular. Por último, se recomienda intentar *mejorar* la forma en la que se llevan a cabo los principios descritos.

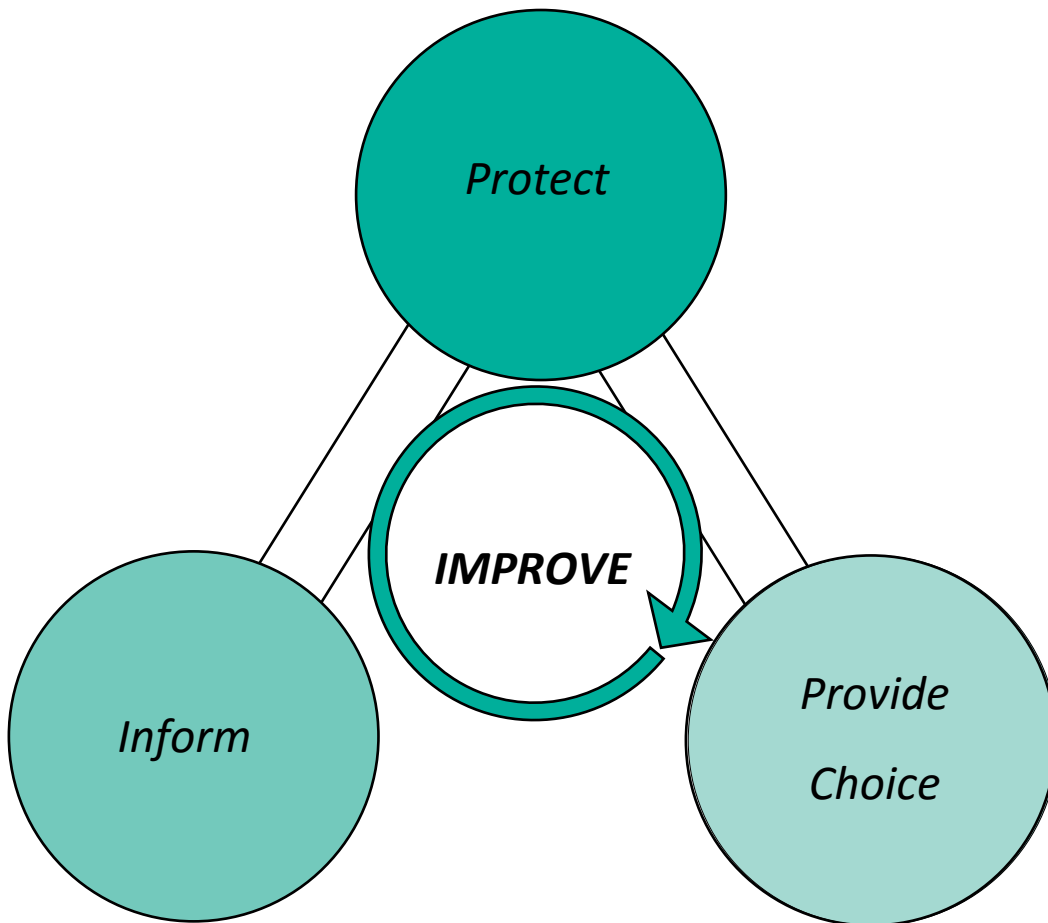


Figura 1. Modelo de confidencialidad. Describe los requisitos de confidencialidad a cumplir para proporcionar a los pacientes una asistencia sanitaria de calidad. Tomada de Department of Health⁵⁵

1.3.4.2. Límites del secreto médico

Aunque el secreto profesional debe ser la regla, existen determinados supuestos en los que el médico debe discernir si prevalece un interés superior, o lo que es lo mismo, si prevalece el derecho a la protección de la salud. El CDM⁴² (art. 30) recomienda realizarlo en su justa medida, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo y si fuera necesario con el asesoramiento del Colegio:

1. Partes de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) a Jefatura Provincial de Sanidad:

Las EDO deben ser puestas en conocimiento de la autoridad sanitaria con la mayor brevedad, al tratarse de enfermedades infecciosas que pueden ocasionar epidemias y hacen correr un riesgo a la salud de terceros o de la población en general. El *Real*

*Decreto (RD) 2210/1995, de 28 de diciembre*⁵⁶ se creó para regular la red nacional de vigilancia epidemiológica de enfermedades susceptibles de control. Con este programa nacional de estructura descentralizada, se pretende coordinar e intercambiar información entre las diferentes Comunidades Autónomas y además entre los países miembros de la Comunidad Europea⁵⁷. En la Comunidad Autónoma de Andalucía, la *Orden de 11 de diciembre de 2008*, desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica⁵⁸, estableciendo la relación de EDO (**Tabla I**):

Tabla I. Relación de Enfermedades de Declaración Obligatoria

* aspergilosis	* intoxicación aguda por plaguicidas
* anisakiasis	* legionelosis
* botulismo	* leishmaniasis
* brucelosis	* lepra
* carbunco	* listeriosis
* cólera	* meningitis bacteriana, vírica, otras
* criptosporidiosis	* paludismo
* difteria	* parálisis flácida
* disentería	* parotiditis
* encefalopatías espongiiformes (EETH)	* peste
* enfermedad de Lyme	* poliomielitis
* enfermedad meningocócica	* rabia
* enfermedad neumocócica invasora	* reacciones postvacunales graves
* enfermedad invasiva por H. Influenzae	* rubéola, rubéola congénita
* fiebre amarilla	* sarampión
* fiebre exantemática mediterránea	* sífilis, sífilis congénita
* fiebre Q	* tétanos, tétanos neonatal
* fiebre recurrente por garrapatas	* tifus exantemático
* fiebres tifoidea y paratifoidea	* tos ferina
* gripe	* toxoplasmosis congénita
* hepatitis A, B, y C, otras	* triquinosis
* herpes genital	* tuberculosis
* infección gonocócica	* tularemia
* infección por C. trachomatis	* varicela
* infección por E. coli O157	* enfermedad transmisible emergente o reemergente
* infección por VIH y SIDA	* agente infeccioso nuevo en Andalucía, que requiera intervención urgente de los servicios de salud pública

Uno de los primeros pasos para el control de una enfermedad transmisible consiste en una identificación rápida de los casos y notificación de forma adecuada a las autoridades sanitarias, basándose lógicamente en el diagnóstico clínico de sospecha. Para la notificación de dichas enfermedades, la estructura de esta red debe adecuarse a la realidad de los distintos niveles administrativos y asistenciales del sistema sanitario⁵⁷. En concreto, las EDO se declaran por medio de un parte dirigido a la autoridad sanitaria (Jefatura Provincial de Sanidad, Servicio de Medicina Preventiva del Hospital, etc.) para que se establezcan las medidas de prevención dirigidas al control de la enfermedad y a evitar su contagio a otros (art 3, *Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública*)⁵⁹. En este caso, Romeo y Castellano⁴¹ sostienen que no se trata propiamente de revelar un secreto en sentido amplio, sino de retransmitir una información médica a otros médicos y/o autoridades que actuarán también en beneficio del paciente y de la colectividad. Por otra parte, estos médicos y autoridades quedarán igualmente obligados en la salvaguarda y protección del secreto, por lo que nos encontramos con el anteriormente referido "secreto compartido", y no con un secreto divulgado. Realmente, aunque se trata de un documento médico cuya custodia debe estar siempre garantizada, suele generar la desconfianza del enfermo, y ello hace que en casos como los del VIH sea éste un motivo por el cual las personas (especialmente los grupos de riesgo) no quieran someterse a las pruebas de despistaje³⁷.

2. **Por imperativo legal:**

Los hechos que el médico debe comunicar a la Administración de Justicia son:

a. Deber de denuncia de delitos. Parte de lesiones:

El médico al igual que cualquier ciudadano, cuando tiene conocimiento de un delito público, tiene el deber de denunciarlo, y en caso de lesiones lo realizará a través del *parte de lesiones*, tal como se recoge en la *Ley de Enjuiciamiento Criminal*⁶⁰ (LECr.) (art. 259): “El que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de instrucción, de paz, comarcal o municipal, o funcionario fiscal más próximo...”. Y establece dicha obligación, expresamente como un deber especial en el ámbito profesional (art. 262) constituyendo además una circunstancia agravante el hecho de que la “omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviesen relación con el ejercicio de sus actividades profesionales...”. Así mismo, según el CP³⁶ (art. 408) incurren en delito

aquellos que durante el ejercicio de su cargo y de manera intencionada, dejen de perseguir un delito del que tengan conocimiento.

En nuestro país, la normativa referida establece la revelación del secreto por parte del médico en aquellos casos en los que deba remitir un parte de lesiones a la autoridad judicial. Pero además, esta notificación obligatoria a través del parte, se refiere a los malos tratos, en especial en niños, ancianos y discapacitados psíquicos, y también a los actos de agresión sexual⁴². Otra situación delictiva que el médico puede conocer en el ejercicio de su profesión son las muertes violentas o sospechosas de criminalidad. El médico dará parte de ellas a la justicia teniendo siempre en cuenta su deber de secreto, y se limitará a la obligación de comunicar las lesiones en los anteriores supuestos, y las muertes violentas o sospechosas de criminalidad³⁷.

Frente a ello la literatura recoge cómo a nivel internacional existen variaciones en relación a estos supuestos. Por ejemplo, respecto a las lesiones producidas en el contexto de la violencia de género, en el caso de Estados Unidos, en el año 2002 tan solo existía en 7 de los 50 estados (California, Colorado, Kentucky, Mississippi, Ohio, Rhode Island, Texas) una regulación que estableciera como requisito la realización obligatoria de un parte de lesiones por parte del facultativo^{61,62}, pero entre ellos no existía un criterio uniforme en la forma de llevarlo a cabo. Como explicación, sostenían que la notificación obligatoria de la violencia de género, pudiera afectar a la seguridad de las mujeres maltratadas o su acceso a los recursos apropiados, así como también la posibilidad de que se afectara la relación entre el médico y la víctima^{63,64}. Como alternativa “más adecuada” a la notificación obligatoria, se propuso ampliar y aumentar la financiación de recursos para las mujeres maltratadas y sus hijos, incluyendo refugios y hogares seguros⁶⁵. De manera similar, en países islámicos como Irán, esta cuestión ni siquiera está específicamente recogida en su legislación⁶⁶.

b. Colaboración con la Administración de Justicia:

El personal sanitario es requerido, cada vez con más frecuencia por la Administración de Justicia como perito o como testigo en los procesos judiciales, aunque incluso se contempla la posibilidad de actuar como inspector, médico forense, juez instructor o similar. La actitud debe ser de discreción, revelando solo los datos que sean absolutamente necesarios y precisos para el procedimiento judicial, comunicando lo estrictamente observado²⁸. La doctrina más autorizada considera que cuando el

médico se encuentre en la tesitura de tener que prestar declaración acerca de hechos relativos a la intimidad del paciente, deberá valorar aquellos datos que no tengan que ver con la finalidad del proceso y que el secreto médico le obliga a reservar.

A este respecto, el CDM⁴² recoge que “El médico tiene el deber de acudir a la llamada de los jueces y tribunales; auxiliará a las Administraciones en aquellos asuntos que, siendo de su competencia, redunden en el bien común” (art. 62.1), aunque por otra parte, también añade que dicha cooperación “... no debe significar menoscabo de los derechos del paciente” (art. 62.2).

Si actúa como **perito**, en todos los casos tanto si el sujeto acude de forma voluntaria como si la prueba ha de practicarse sin su consentimiento o con oposición o indiferencia ante la misma, el perito debe informarle acerca de la prueba y prevenirle de alguna manera de la condición de auxiliar del juez, así como de la no obligación del secreto profesional de lo que se obtenga. Lachica⁶⁷ plantea dos situaciones conflictivas:

1. El informe médico-legal: tanto si actúa a instancia del juez por imperativo legal, como a petición del interesado, está relevado de guardar el secreto médico. Éticamente el secreto profesional obliga al perito a no revelar más de lo necesario para el peritaje, así como tampoco nada de lo que haya conocido si ha tenido acceso a la HC que no sea estrictamente útil para documentar el informe pericial. Está obligado a no divulgar dicho informe, limitándose a entregarlo solamente a quienes tuvieran derecho a él, incluyendo en ocasiones al propio interesado.

2. La obtención de datos clínicos para la elaboración del informe: el mayor problema se plantea cuando el perito médico es el de la parte contraria al lesionado. En estas situaciones conflictivas el perito accederá a la información que conste en el proceso, pero cuando el lesionado no presta su consentimiento ni para la exploración o acceder a su historial, la única solución para el perito es la de reclamar por la vía judicial.

En este sentido, tanto el CDM⁴² como otros autores⁶⁸ se pronuncian respecto al médico como perito especificando que dicho cargo “... es incompatible con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada” (art. 62.5). Además si para realizar el informe, el perito necesitara realizar un reconocimiento médico a la persona peritada, “... comunicará su identificación personal y profesional, quién le nombra, la misión que le ha sido encargada, por quién, para qué y que sus manifestaciones pueden

ser plasmadas en el informe y hacerse públicas...” (art. 62.6). Si durante la actuación pericial, éste descubre algún hecho que suponga un riesgo importante para la vida o salud del paciente o de terceros, está obligado a comunicarlo en primer lugar al interesado y eventualmente a la autoridad que corresponda (art. 62.9).

Cuando el médico es requerido como **testigo**, la Ley admite la posibilidad de que el médico que es conocedor de unos datos en razón de su profesión, pueda mantenerlos en secreto si de forma razonada justifica que afectan a la intimidad de sus pacientes.

En el ámbito penal, la LECr.⁶⁰, establece la obligación de acudir al llamamiento judicial para emitir una declaración sobre algo que se pregunta (art. 410), y específicamente también obliga a declarar a todos aquellos testigos que tengan conocimiento sobre datos necesarios para investigar un delito y/o el delincuente (art. 421). Sin embargo, más adelante recoge entre aquellos que no podrán ser obligados a declarar como testigos “...los funcionarios públicos..., cuando no pudieren declarar sin violar el secreto que por razón de sus cargos estuviesen obligados a guardar...” (art. 417).

En asuntos civiles, el médico como testigo recibe más amparo bajo la *Ley de Enjuiciamiento Civil*⁶⁹ (LEC) y expone que si el testigo por su profesión tuviera deber de guardar secreto respecto a lo que se le pregunta, lo podrá razonar ante el tribunal, y éste si lo considera oportuno lo liberará de responder (art. 371.1).

A este respecto, el CDM⁴² también asume la obligación del médico de comparecer como testigo por nombramiento judicial, y destaca que solo expondrá aquellos hechos que sean relevantes para la causa. Especifica además, que en los pleitos civiles, el médico no aportará “información privilegiada confidencialmente por su condición de médico” (art. 62.3).

Por otro lado, se recomienda al médico no prestarse a actuar como testigo-perito (art. 62.8 CDM)⁴², a lo que Weinstein⁶⁸ presta especial atención en el caso de los psiquiatras forenses. Sugiere evitar cualquier tipo de solapamiento entre la asistencia clínica prestada y la evaluación psiquiátrica forense, por ejemplo en aquellos sujetos que se encuentran internados en hospitales psiquiátricos penitenciarios.

En relación a este apartado, el médico que siendo requerido **no colabora** con la Administración de Justicia e incumple sus obligaciones, puede incurrir en un delito de

denegación de auxilio a la justicia (art. 412.1, CP)³⁶ e incluso de *desobediencia grave a la autoridad* (art. 716, LECr)⁶⁰.

c. Aportación de la HC del paciente:

En un proceso judicial por presunto delito, por ejemplo en la averiguación de las circunstancias de delitos contra la seguridad vial o de actos violentos, la solicitud de información obtenida por los centros sanitarios debe venir siempre respaldada por una resolución judicial, y además ser atendida exclusivamente en cuanto a los fines concretos del caso¹⁵. Si se precisa la aportación del historial del paciente, el médico aportará los datos exclusivamente necesarios para la resolución del caso concreto, y además dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional (art. 30.1.h.3 CDM)⁴².

3. **En las certificaciones de nacimiento y defunción:**

En el último caso, debe consignar las causas de muerte las cuales están directamente relacionadas con los datos de salud, aunque en el caso del fallecido se recomienda únicamente entregarlo a la persona por él autorizada, o su representante legal (art. 20.1 CDM)⁴².

4. **Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo:**

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.

El médico puede llegar a conocer un delito, como por ejemplo ocurre en una consulta psiquiátrica, donde es más fácil que el paciente cuente que es víctima de malos tratos, o que cometió un delito o que lo va a cometer. En la resolución de estos casos se han dado posturas contradictorias que veremos más adelante, en el apartado correspondiente a las *Situaciones conflictivas: el secreto médico en psiquiatría*.

En otros casos, si el médico percibe una amenaza real para la comunidad por determinadas conductas del paciente, en interés del bien público se recomienda divulgar solo la información necesaria para impedir daño a terceros y además, dicha información debería estar dirigida únicamente a aquellas personas que la necesiten. En la literatura se han descrito situaciones conflictivas, especialmente en los casos de

posible contagio de enfermedades infecciosas (VIH), que desarrollaremos en apartados posteriores, o la conducción de vehículos en pacientes con epilepsia⁷⁰⁻⁷².

Aun así, 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. Se supone que ningún médico debería sentirse obligado a mantener en secreto una información que con alta probabilidad puede perjudicar gravemente a terceras personas. Aun así se deben haber 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. El deber-derecho de confidencialidad se sustenta principalmente en el principio de autonomía del paciente, que debe 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)⁴⁰.

Por otro lado, según la *Ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*⁷³ (LAP) (art. 9.1), ha de tenerse presente que de la misma forma que el paciente tiene derecho a recibir información sobre su proceso clínico, cuando manifieste expresamente su deseo de no ser informado, también tiene derecho a que se respete su voluntad de *no querer saber*⁷⁴. No obstante esta renuncia se ve limitada en los casos en que esté en juego el interés de la salud del propio paciente, de terceros o de la colectividad o cuando las exigencias terapéuticas del caso requieran información previa (art. 9.2 LAP), por lo que el médico estaría obligado a transmitirle la información. Podría ser el caso de aquella persona que va a someterse a una intervención de trasplante de órganos, y no puede acogerse al derecho a no saber por impedirlo así la norma especial por la que se rige esta materia, según la cual la información se configura un requisito imprescindible para llevar a cabo la intervención. De igual manera podríamos hablar en los supuestos de reproducción asistida o interrupción voluntaria del embarazo. En estas situaciones desde el punto de vista ético, habría que confrontar el principio de autonomía con el de no-maleficencia, si el daño a evitar es grave^{40,75}.

5. **Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto** del paciente y éste permita tal situación. Tal fue el caso de la auxiliar de enfermería *Teresa Romero*, contagiada por el virus de Ébola en un hospital de Madrid, la cual a pesar de no haber informado a su médica de atención primaria de haber cuidado y tratado con enfermos de dicha patología, anunció que sí había alertado del contacto con los misioneros repatriados y fallecidos por el Ébola. La médica amenazó con querellarse contra ella, ante lo cual la paciente, tras un acto de conciliación en los juzgados, emitió un comunicado para retractarse de sus palabras y no afectar a la “profesionalidad de su médica” ante la opinión pública⁷⁶.

6. **Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria:**

Se revelará información relacionada con un paciente en aquellos procedimientos disciplinarios incoados ante la Comisión de Ética y Deontología del Colegio de Médicos, la cual se encuentra formada exclusivamente por médicos que también están sujetos al secreto profesional. Una de las funciones principales de dicho órgano es, en aquellos casos en los que un paciente presente una denuncia o queja acerca de un médico ante el Colegio de Médicos, pedir opinión no solo al demandante (paciente), sino también al médico para que exponga las alegaciones necesarias ante la queja formulada por el paciente, teniendo que llegar en ocasiones a describir aspectos de la relación médico-paciente e incluso de la asistencia sanitaria.

7. **Cuando el paciente autorice al médico a revelar la información:**

La confianza es el puente en la relación médico-paciente, por lo que resulta fundamental no solo esperar que el paciente confíe, sino también construir una base sólida sobre la cual éste pueda depositarla. Los pacientes pueden autorizar libremente a los médicos a divulgar información a individuos específicos, y en ese caso no habrá vulneración de la confidencialidad⁷⁷. Es importante, ante determinadas situaciones en las que se vulnera la confidencialidad, por ejemplo Butler⁷⁸ recoge la práctica de grabaciones en vídeo a los pacientes para uso docente, asegurarnos de que el consentimiento es realmente válido, es decir, que el paciente comprende realmente el carácter voluntario de su participación y lo que conlleva. De cualquier manera aunque el paciente lo autorice, se recomienda que el médico procure siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional (art. 30.1.g CDM)⁴².

En otras ocasiones, el paciente precisa certificados o informes relativos a su estado de salud para obtener un determinado beneficio económico, para justificar su ausencia en el trabajo, u obtener otros derechos...o porque tiene la imposición legal de presentar un certificado de salud. El certificado es solicitado a petición del paciente y por ello mismo, al realizar el certificado, el médico queda relevado del secreto médico profesional. No obstante el paciente no es siempre consciente de las consecuencias que el certificado puede tener y en consecuencia el médico debe extremar su prudencia, haciendo constar en él sólo aquellos hechos que justifiquen la finalidad que vaya a tener la certificación³⁷.

1.3.5. Marco Ético de referencia

Aunque la evidencia científica y las normas legales lideran el progreso, no se bastan por sí solas para conseguir la calidad asistencial que el paciente necesita. Resulta necesario apoyarse en la dimensión ética cuyo motor será el compromiso personal de los profesionales. En nuestro caso concreto, la discreción en el manejo de la información confidencial es un rasgo característico del buen comportamiento profesional, y sin embargo, sería difícilmente exigible solo por la vía legal en el día a día, aunque se pudiera sancionar a quien cometa errores muy graves⁷⁹. Este es uno de los motivos por los que se crean los códigos de deontología que rigen las profesiones sanitarias. En nuestro país están vigentes el ya nombrado anteriormente *Código de Deontología Médica y Guía de Ética Médica*⁴² de la Organización Médica Colegial (2011) y el *Codi de Deontologia* del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya (2005). Para el personal de enfermería, encontramos el *Código Deontológico del CIE* (Consejo Internacional de Enfermeras) *para la profesión de enfermería*⁸⁰ (2012).

La ética desempeña un papel vital en el proceso de toma de decisiones dentro de la práctica profesional. La aplicación de los puntos de vista morales resulta cada vez más compleja, debido al mundo moderno multicultural en el que vivimos hoy en día. Los médicos se encuentran con pacientes de culturas diferentes, lo que pone en relieve la necesidad de un profesional bien informado en los diferentes valores y creencias⁸¹.

En cuanto a los dilemas éticos relacionados con la confidencialidad, privacidad y protección de datos de carácter personal relativos a la salud, son decisiones que van a estar orientadas según los principios de la bioética: el de autonomía, el de beneficencia y el de justicia. En torno a estos principios se ha creado un amplio consenso, siendo

reconocidos universalmente hasta constituir el punto de partida para cualquier estudio y planteamiento en torno a la bioética. Así nos encontramos:

1. Principio de autonomía:

Se considera a la autonomía como una facultad de la realidad humana pero también puede ser vista de modo más simple, como un acto, el acto de elección autónoma. Las personas autónomas pueden hacer y de hecho hacen elecciones no autónomas; y, al contrario, las personas no autónomas son capaces de realizar acciones autónomas en ciertos momentos y hasta cierto grado. Según Gracia³⁵ las acciones son autónomas cuando cumplen cuatro condiciones: intencionalidad, conocimiento, ausencia de control externo y autenticidad. Este principio incorpora dos vertientes: los individuos que deben ser tratados como agentes autónomos, y aquellos que al tener una autonomía disminuida tienen derecho a una protección especial⁸².

Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás⁸³.

Desde el punto de vista ético, el respeto al principio de autonomía se reconoce como una justificación muy importante para mantener la confidencialidad del paciente, debido a la corriente actual de la relación médico-paciente y la toma de decisiones clínicas. Hoy día, los pacientes tienen un papel fundamentalmente activo en su propia asistencia⁸⁴, pero también deben ser conscientes de la gran cantidad de personas en los centros sanitarios que necesitan acceder a su HC para llevar a cabo su labor asistencial, la cual consiste en alcanzar un diagnóstico de certeza y proporcionar una asistencia y tratamiento adecuados, por lo que necesitan conocer datos de los pacientes⁸⁵. Así también lo contempla el Código Deontológico en enfermería⁸⁰ al asumir que toda información personal será confidencial y compartida con total discreción (art. 1.4). En el caso de los estudiantes, aunque no tienen la “necesidad de conocer” de los profesionales, su acceso a los datos está justificado como un beneficio para la sociedad en general, siempre que éste se encuentre supervisado⁸⁶. Respecto a este hecho, se supone que solo el médico que tenga relación profesional con el paciente, está autorizado a conocer su información confidencial (art. 27.3 CDM) y debería tener una justificación muy razonable para comunicársela a otro compañero (art. 29.3 CDM)⁴², y si la información va a tener una finalidad diferente a la atención del paciente, debe

contar con el consentimiento del mismo⁸⁷. De igual manera ocurre en aquellos casos en los que se trate de un persona de notoriedad pública, en los que incluso con el consentimiento del sujeto se debe extremar la prudencia (art. 28.4 CDM)⁴². Tal y como veremos más adelante, el incumplimiento de este precepto ha dado ya lugar en nuestro país, desde el punto de vista legal, a sentencias condenatorias para aquellos facultativos que infringieron la norma.

2. Principio de beneficencia:

Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. El término *beneficencia* se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia entendidos en este sentido: (1) No causar ningún daño, y (2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños, lo cual se encuentra muy en relación también con el principio de no-maleficencia. El problema planteado por estos imperativos es decidir cuándo buscar ciertos beneficios puede estar justificado, a pesar de los riesgos que pueda conllevar, y cuándo los beneficios deben ser abandonados debido a los riesgos que conllevan⁸³.

En relación a la protección de datos podemos defender que, como norma general, no se puede lesionar la confidencialidad y la libertad de una persona a costa del beneficio que se podría obtener para otros (terceros, compañías, instituciones...). Incluso ni aunque el paciente haya fallecido (art. 28.5 CDM)^{42,87}. Pero aquí nos encontramos de nuevo con el bien común, que, en definitiva, marcará la frontera de la norma general²⁴. De esta forma, el Código de Deontología obliga al médico, a no solo cuidar la información en el ámbito laboral, sino también en el social y familiar (art. 27.7 CDM), y aunque cada uno de los profesionales sanitarios debe velar por la salvaguarda del secreto, es el médico el responsable de exigir una actitud de cuidado y observancia al resto del equipo (art. 29.1 y 29.2 CDM)⁴².

3. Principio de justicia:

¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se

impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación ¿Quién es igual y quién es desigual? ¿Qué motivos pueden justificar el desvío en la distribución por igual? Casi todos los comentaristas están de acuerdo en que la distribución basada en experiencia, edad, necesidad, competencia, mérito y posición constituye a veces criterios que justifican las diferencias en el trato por ciertos fines⁸³. Por tanto se puede concluir que el principio de justicia implica la obligación de tratar a las personas con la misma consideración y respeto en el orden social y la obligación de garantizar la igualdad de oportunidades. Por otra parte, este principio lleva consigo la no discriminación en temas como el que estamos estudiando: la privacidad y confidencialidad, por motivos de raza, sexo, posición económica o sociocultural, etc.²⁴. De ahí que resulte necesario que los cargos directivos de las instituciones establezcan los controles necesarios para custodiar y mantener la confidencialidad de todos los pacientes sin distinción, así como su documentación clínica (art. 28.1 CDM). Uno de los métodos para ayudar a conseguir este objetivo consiste en la separación de los datos administrativos y clínicos en las historias informatizadas (art. 27.4 CDM)⁴².

A veces se dan gran variedad de situaciones y circunstancias que son un verdadero desafío, por lo que existe el deber deontológico de buscar el mejor resultado respetando y jerarquizando adecuadamente los principios éticos enunciados. Beauchamp y Childress¹⁶ consideran estos principios como *prima facie*, es decir, no son absolutos, ya que son de obligado cumplimiento siempre y cuando no entren en conflicto con otros principios y normas de obligado cumplimiento. *David Ross* denomina *deber prima facie* o *deber condicional* a la característica que tiene un acto por el hecho de ser de un cierto tipo (por ejemplo, guardar una promesa), en virtud de la cual debe realizarse si no entra en conflicto con otro deber condicional distinto de él mismo. Cuando estos deberes no contienden entre sí en un acto concreto, el deber condicional se torna sin más un *deber real y efectivo*³⁵. Aunque nos sintamos en determinadas circunstancias no sólo justificados a transgredir un *deber prima facie*, sino hasta obligados a hacerlo cuando dos o más de ellos entran en conflicto, no por tal motivo dejamos de reconocer que el cumplir las promesas o el decir la verdad siguen siendo deberes *prima facie*, hasta el punto de que sentimos un cierto malestar por haberlos transgredido y nos consideramos en el deber de reparar su incumplimiento, aunque solo sea pidiendo disculpas a aquél a

quien le habíamos hecho la promesa, etc. Así en la práctica clínica, Gracia⁸⁸ propone que haciendo uso de estos principios, y teniendo como marco de referencia la dignidad del hombre y el respeto a los derechos humanos, no se encuentran situados todos al mismo nivel. De esta forma, pueden jerarquizarse en un nivel universal "siempre exigible por implicar requisitos previos a los derivados de la propia relación clínica", lo que se conoce como ética de mínimos, en la que se localiza el principio de justicia, y un nivel particular, propio de la relación médico-paciente, o ética de máximos, con los principios de autonomía y beneficencia.

Todos los profesionales sanitarios tienen el deber de respetar y mantener la confidencialidad del paciente como parte de su responsabilidad profesional, siendo un elemento fundamental en la práctica ética y en la conducta profesional⁸⁹. Aunque resulta común en la práctica discutir sobre la confidencialidad sin tener en cuenta otras consideraciones de la privacidad, el bien del paciente abarca mucho más que el mantenimiento del secreto. Para que la cuestión no quede incompleta, tenemos que añadir que la principal preocupación deberían ser los derechos y la dignidad humana del enfermo⁸⁷.

1.3.6. Aspectos legales del secreto médico

1.3.6.1. Regulación Legal en España

Aun cuando está fuera de dudas la importancia de la garantía del secreto profesional, no existe en la actualidad una ley que de forma unitaria y completa regule el régimen de la tutela del secreto profesional para los distintos colectivos, por lo que habrá de acudir a las normas que sectorialmente lo contemplan³⁰. En la **Tabla II** se muestra la amplia normativa que contempla el secreto profesional, tanto a nivel internacional como nacional. Si bien a continuación, nos vamos a detener en aquellas que resultan especialmente significativas por ser la base sobre la cual asientan el resto de normas.

1. A nivel internacional, se recoge la importancia de la confidencialidad de los datos relativos a la salud en 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 relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina*⁹⁰, aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996, también llamado *Convenio de Oviedo* (art 10.1). En él se reconoce la necesidad de respetar al ser humano como persona y como especie humana, así como la importancia de garantizar su dignidad.

2. Entre la normativa nacional que lo contempla, destacan como más significativas las siguientes leyes:

- En el año 1982 la Ley Orgánica (LO) 1/1982, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen⁹¹ en la que se hace referencia a “intromisiones ilegítimas” a aquellas en las que se revelen datos privados de una persona como consecuencia de la actividad profesional (art. 7.4).

- Posteriormente en la Ley 14/1986, General de Sanidad⁹² (LGS) se recogía el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la información del paciente, por parte de la administraciones públicas sanitarias (art. 10.1 y 10.3).

- Ya en 1999 la LO 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal⁹³ (LOPD), sustituyó a la LORTAD (LO 5/1992, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal). En ella se hace referencia a que cuando una persona proporciona sus datos personales, debe estar informada de la finalidad y forma de utilización, de los destinatarios, del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas, de las consecuencias de la obtención de los datos o de la negativa a suministrarlos, así como de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. En definitiva, se ha de respetar la autonomía del interesado, y por tanto, el responsable de los datos debe guardar secreto y solamente dar a conocer los datos del interesado con la autorización de éste, exceptuando los casos que la Ley enumere taxativamente (arts. 5 y 10 LOPD).

Por otra parte se delimita el tratamiento de datos relativos a la salud, especialmente protegidos, a aquellos casos en que lo autorice una ley o se obtenga el previo consentimiento del afectado (art. 7.3 LOPD). Sin embargo, el apartado 6 del artículo 7 y el art. 8 contienen una regulación específica para salvar la colisión entre el interés particular del afectado a la confidencialidad de los datos relativos a su salud, y el interés general concretado en el derecho a la protección de la salud que del art. 43 de la CE¹⁸. Este interés general representado por la salud de todos los ciudadanos permite que en las instituciones y centros sanitarios públicos y privados, así como por los profesionales sanitarios, se pueda proceder al tratamiento automatizado de datos de carácter personal cuando dicho tratamiento “resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de

servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto” (art. 7.6 LOPD), o se refiera a datos de salud “de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad” (art. 8 LOPD). En estos casos la ley excepciona el previo consentimiento del afectado para tratar sus datos de salud⁹⁴.

- Ante el resurgimiento de la importancia de los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales, y la necesidad de nuevas formas de protección de los mismos frente al desarrollo de la informática y los avances en investigación clínica y genética^{95,96}, se aprueba de manera destacable la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁷³. En las instituciones sanitarias son muchas las personas que tienen acceso a la información clínica del paciente, y estos profesionales están limitados por la confidencialidad a la que tienen derecho todos los ciudadanos (arts. 2 y 7 LAP), y que solo puede ser quebrantada por el consentimiento del interesado, por imperativo legal o en aquellos casos en los que se plantean dilemas éticos en los que resulte imprescindible la protección de terceros (art. 18 LAP)^{73,97}. Por otra parte, esta ley se centra especialmente en regular la correcta custodia de la HC (art. 14), el uso de la misma (art. 16), y la obligación de los centros sanitarios de garantizar la guarda de dicha documentación (arts. 17 y 19), tal y como desarrollaremos más adelante.

Tabla II. Normativas en relación al secreto profesional y la confidencialidad de los datos	
<i>Ámbito de aplicación de las leyes</i>	<i>Artículos</i>
<u><i>Internacional</i></u>	
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 relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (1996)	10.1
<u><i>Comunitario</i></u>	
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	
Recomendación Nº 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	
Recomendación Nº R (97) 18 y Exposición de los motivos, de 30 de septiembre de 1997, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la protección de datos de carácter personal, recogidos y tratados con fines estadísticos	
Recomendación Nº R (2002) 9, de 18 de septiembre de 2002, del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la protección de datos personales recogidos y tratados a efectos de seguros	
<u><i>Nacional</i></u>	
RD de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la LECr	259; 262; 410; 417; 421; 716
Constitución Española de 1978	18; 20.1d
Ley 30/1979 sobre extracción y trasplante de órganos	4.d
LO 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen	7.4
LO 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública	3
Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad	10.1; 10.3
RD Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los trabajadores	4.2e

Tabla II. Normativas en relación al secreto profesional y la confidencialidad de los datos (continuación)	
<i>Ámbito de aplicación de las leyes</i>	<i>Artículos</i>
<u>Nacional</u>	
Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales	22
LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal	197-199; 408; 412; 458-462
LO 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor	4
LO 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal	5; 7.3; 7.6; 8; 10
Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil	371
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	2; 7; 14; 16-19
Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida	3.6; 5.5
Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.	77.7
Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica	5; 50, 51
RD 1825/2009, de 27 de noviembre, por el que se aprueba el Estatuto de la Organización Nacional de Trasplantes	17
LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo	12, 20-23
RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación	8.5; 11; 18; 19
RD 1275/2011, de 16 de septiembre, por el que se crea la Agencia estatal "Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios" y se aprueba su Estatuto	36
Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública	7
RD 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad	4.2; 5

1.3.6.2. Responsabilidad por incumplimiento del deber de secreto

1.3.6.2.1. Responsabilidad Penal

Cuando hablamos de responsabilidad penal nos estamos refiriendo a la obligación de responder por las conductas u omisiones que el CP tipifica, es decir, define como delitos o faltas. Esto quiere decir que nuestro Código tipifica como delitos o faltas a determinadas formas de actuar y, también, a determinadas formas de abstenerse de actuar. Las consecuencias de la comisión de conductas tipificadas en el CP como faltas o delitos será la imposición de las correspondientes penas previstas para ellas. Estas penas pueden ser la privación de libertad, las multas y la inhabilitación.

El actual CP³⁶ en relación al secreto profesional distingue entre delitos de revelación y divulgación de secretos y de descubrimiento de secretos.

1. Delitos de revelación y divulgación de secretos ajenos:

El CP³⁶, en su artículo 199, contempla estas figuras delictivas estableciendo una mayor o menor sanción en función del sujeto que las realice. En aquellos casos en los que quien comete la infracción no es un profesional (199.1), la pena es sensiblemente inferior a aquéllos supuestos en los que el autor sí lo es (199.2). Dentro de esta denominación entrarán, sin duda, como ejemplo los médicos y los enfermeros cuando sean objeto de enjuiciamiento por este delito, correspondiéndoles la pena de la figura agravada. El artículo 199 queda así redactado:

1. “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.
2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años”.

Divulgar los secretos de otra persona supone comunicarlos a terceros que no los conocen, ni tienen por qué conocerlos. La divulgación ha de efectuarse con incumplimiento del deber de sigilo o reserva, es decir, sin que exista una causa que justifique la revelación. En aquellos casos en los que el paciente autorice al médico a revelar las circunstancias relativas a su enfermedad, no existirá incumplimiento del

deber, quedando éste liberado de su obligación de sigilo. Junto a esta justificación, se añaden las ya descritas anteriormente que fueron recogidas por el CDM⁴².

Las penas con las que hemos visto que se castigan los distintos delitos de revelación de secretos ajenos son acumulativas, imponiéndose, en la cuantía en que se determine, la prisión, la multa y la inhabilitación.

La primera sentencia del TS (STS 574/2001)⁹⁸ sobre esta cuestión se abordó en el año 2001, en la que una médico fue condenada a un año de prisión, inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión durante dos años, multa de doce meses con cuota diaria de mil pesetas y una indemnización de dos millones de pesetas por un delito de revelación del secreto profesional. Se trataba de una médico residente de Neurología de un hospital público que, requerida para atender a una paciente ingresada en el servicio de Ginecología por estar embarazada, la reconoció porque las familias de ambas residían en la misma localidad. Al examinar la HC constató que se había sometido a dos interrupciones de embarazo previamente, hecho que comentó con posterioridad a su madre, la cual informó en el pueblo a la hermana de la gestante de esta circunstancia. El TS alude al derecho de los ciudadanos a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias debiendo quedar plenamente garantizado el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la HC (art. 10.3 LGS)⁹².

2. Delitos de descubrimiento de secretos ajenos:

La figura del delito de descubrimiento de secretos fue introducida en el CP³⁶ del año 1995 y tiene especial trascendencia en el ámbito sanitario. Se encuentra regulado en el artículo 197 y se configura bajo varias formas de comisión. Así, se encuentra tipificada como delito la conducta de quien para descubrir los secretos o vulnerar la intimidad de otro, sin su consentimiento, se apodere de sus papeles, cartas, mensajes de correo electrónico o cualesquiera otros documentos o efectos personales o intercepte sus telecomunicaciones o utilice artificios técnicos de escucha, transmisión, grabación o reproducción del sonido o de la imagen, o de cualquier otra señal de comunicación.

Igualmente, es delito el hecho de apoderarse, utilizar o modificar en perjuicio de otros, sin estar autorizado, datos reservados de carácter personal o familiar de otro que

se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado.

Especial trascendencia tiene, dentro del mundo sanitario, la consideración de delito el acceso, por quien no esté autorizado, a los datos de carácter personal o familiar a los que se hace referencia en el apartado anterior. En este artículo se ha visto por muchos autores la penalización del acceso indebido a la HC. Para completar esta figura es preciso acudir a las normas que regulan quiénes pueden acceder a la documentación del paciente. Como veremos más adelante, ya se ha dictado una Sentencia sobre este asunto. También se sanciona la difusión, revelación y cesión de los datos o hechos descubiertos o las imágenes captadas, tanto si se accedió ilícitamente a ellos, como si sin haber tomado parte en su descubrimiento, se conoce su origen ilícito.

Finalmente, el CP³⁶ establece como una forma agravada la comisión de estos delitos cuando los hechos descritos en los apartados anteriores afecten a datos de carácter personal que revelen la ideología, religión, creencias, salud, origen racial o vida sexual, o la víctima fuere un menor de edad o un incapaz, se impondrán las penas previstas en su mitad superior.

En base a este artículo el TS ha dictado recientemente una sentencia condenatoria a un médico (STS 3874/2015)⁹⁹, de condición equiparable a la de funcionario, el cual aprovechándose de la misma utilizó su número de usuario y contraseña personal para entrar repetidamente, sin autorización y sin que mediara relación asistencial entre ellos, hasta veinticinco ocasiones en la base de datos del centro de salud para consultar las HC de sus compañeros descubriendo datos reservados de estas personas de especial relevancia (salud). En la sentencia se considera que el acceso a datos de salud determina un perjuicio del titular de la historia, ya que sus datos más íntimos, sobre los que el ordenamiento le otorga un mayor derecho a controlar y mantener reservados, se desvelan ante quien no tiene autorizado el acceso a los mismos. En dicha sentencia el TS se ampara en la vulneración del derecho constitucional a la intimidad personal y el derecho que tiene toda persona a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley (art. 7.1 LAP). Se le castiga por delito de descubrimiento y revelación de secretos de especial relieve cometido por funcionario, a las penas de dos años, seis meses y un día de privación de libertad, multa de diecisiete meses (diez euros diarios) e inhabilitación absoluta por tiempo de seis años.

Por otra parte, la *LO 1/2015, de 30 de marzo*, modifica el CP³⁶ y añade al artículo 197 un séptimo punto agravando la pena en aquellos casos en los que se difunda o revele sin autorización imágenes o grabaciones audiovisuales cuando la divulgación “menoscabe gravemente la intimidad personal” del sujeto. Además, con dicha modificación, se añaden los artículos 197 bis, ter, quater y quinquies. En concreto, en relación al ámbito sanitario afectarían los dos primeros. Así nos encontramos que se castiga a:

Artículo 197 bis

1. “El que por cualquier medio o procedimiento, vulnerando las medidas de seguridad establecidas para impedirlo, y sin estar debidamente autorizado, acceda o facilite a otro el acceso al conjunto o una parte de un sistema de información o se mantenga en él en contra de la voluntad de quien tenga el legítimo derecho a excluirlo, será castigado con pena de prisión de seis meses a dos años.
2. El que mediante la utilización de artificios o instrumentos técnicos, y sin estar debidamente autorizado, intercepte transmisiones no públicas de datos informáticos que se produzcan desde, hacia o dentro de un sistema de información, incluidas las emisiones electromagnéticas de los mismos, será castigado con una pena de prisión de tres meses a dos años o multa de tres a doce meses”.

Artículo 197 ter

“Será castigado con una pena de prisión de seis meses a dos años o multa de tres a dieciocho meses el que, sin estar debidamente autorizado, produzca, adquiera para su uso, importe o, de cualquier modo, facilite a terceros, con la intención de facilitar la comisión de alguno de los delitos a que se refieren los apartados 1 y 2 del artículo 197 o el artículo 197 bis:

- a) un programa informático, concebido o adaptado principalmente para cometer dichos delitos; o
- b) una contraseña de ordenador, un código de acceso o datos similares que permitan acceder a la totalidad o a una parte de un sistema de información”.

1.3.6.2.2. Responsabilidad Civil

La responsabilidad civil es una responsabilidad derivada, también, de una conducta incorrecta, no adaptada a la *lex artis*, que pretende la reparación indemnizatoria del daño ocasionado. Dicha responsabilidad en general, no viene a ser otra cosa que la asunción de las consecuencias de un daño, normalmente traducida en una estimación económica¹⁰⁰.

Recoge el *Código Civil*¹⁰¹ (CC) que la responsabilidad civil es la obligación que nace de la Ley, de los contratos o cuasi contratos, y de los actos y omisiones ilícitas o en que intervenga cualquier género de culpa o negligencia (art. 1089 CC). De aquí deriva la obligación de medios y no de resultados, que tiene el profesional sanitario, ya que no solo pretende obtener en todo caso la recuperación del enfermo, sino también su obligación a proporcionar al paciente todos los cuidados que éste requiera (*Lex artis ad hoc*). Entre estos se incluyen una serie de deberes singulares correlativos a los derechos de los pacientes, como queda recogido el derecho a la intimidad en la LGS (art. 10.3), cuya inobservancia puede ser constitutiva de la contravención del contenido esencial de la prestación de servicios médicos¹⁰².

Para establecer la posible existencia de responsabilidad, es necesario que se den tres elementos: acción u omisión, el daño y la relación de causalidad entre ambos.

En relación a los delitos de revelación o de descubrimiento de secretos, es conocido que en el proceso penal se establece como consecuencia de la imputación del delito, además de la acción propiamente penal, también una acción civil encaminada a reparar los daños a través de la indemnización económica anteriormente referida (art. 116.1 CP)³⁶.

1.3.6.2.3. Responsabilidad Contencioso-Administrativa

En la jurisdicción contencioso-administrativa, la demanda a la Administración no se basa en la culpa o negligencia del médico, sin en la producción de un daño como consecuencia del funcionamiento normal o anormal del servicio público sanitario¹⁰².

De igual forma, en aquellos casos en los que la vulneración del secreto se produjera por negligencia cometida por el personal, la reclamación podría verse adjudicada a la Administración (al menos en los primeros momentos). El médico no es demandado, aunque en esta jurisdicción puede ser parte, es decir, que él no sería condenado pero

tiene interés en el proceso, habida cuenta de que existe, antes la posibilidad, ahora ya la obligación, de repetir contra el facultativo. Esto significa que la Administración condenada tendrá la obligación de trasladar la indemnización sobre el médico si el daño se debe a dolo, culpa o negligencia del profesional. Según la *Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común*¹⁰³, para la exigencia de dicha responsabilidad se ponderarán, entre otros, los siguientes criterios: el resultado dañoso producido, la existencia o no de intencionalidad, la responsabilidad profesional del personal al servicio de las Administraciones públicas y su relación con la producción del resultado dañoso (art. 145).

Tal y como establece la *LO 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial*¹⁰⁴ (LOPJ), este tipo de responsabilidad no afecta a todos los facultativos sino exclusivamente a los de la Sanidad Pública y a los de los centros concertados cuando atiendan a pacientes cuya asistencia corre por cuenta de la Seguridad Social. El profesional estrictamente privado seguirá sometido en su caso a las demandas civiles de los pacientes.

Tal fue el caso en el que el Tribunal Superior de Justicia (TSJ) de Navarra condenó al Sistema Navarro de Salud a una indemnización cuantiosa, ante la denuncia de la familia de una paciente, a cuya HC *se accedió en 2825 ocasiones, por parte de 417 usuarios de 55 servicios médicos*. El TSJ desestimó el argumento de la Administración de que las consultas estaban justificadas por un interés científico y sanitario, y confirmó la indemnización por permitir el acceso a la HC a médicos que no estaban implicados “ni en su asistencia ni en su atención”. Además entre la documentación clínica había numerosas fotos de la paciente tomadas sin su consentimiento (STSJ de Navarra 111/2012, de 8 de febrero de 2012)¹⁰⁵.

1.3.6.2.4. Responsabilidad Disciplinaria

En aquellas situaciones en las que el médico vulnere el secreto profesional, además de responder ante los tribunales, deberá hacerlo ante el Colegio de Médicos al que pertenezca. Una de las competencias específicas de estos organismos es sancionar los actos de los colegiados que cometan infracción deontológica o abusen de su posición como profesional médico. El régimen disciplinario queda establecido en los *Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial*¹⁰⁶, de tal forma que “la infracción grave del secreto profesional, por culpa o negligencia, con perjuicio para terceros”, constituye

una falta disciplinaria *grave* (art. 64.3.c). Esta falta será sancionada con la suspensión del ejercicio profesional por tiempo inferior a un año (art. 65.4) y además se dará cuenta de la misma al Consejo General. En aquellos supuestos en los que la vulneración se produzca de manera dolosa, la falta será considerada *muy grave* (art. 64.4.b) y la suspensión se llevará a cabo por un tiempo superior a un año, pero inferior a 2 (art. 65.5). Si se comete de forma reiterada incluso puede dar lugar a la expulsión del médico del Colegio.

1.4. SITUACIONES CONFLICTIVAS RESPECTO AL SECRETO MÉDICO

Una vez desarrollados los aspectos más generales entorno al secreto profesional, en el siguiente apartado vamos a reseñar algunas situaciones concretas en las que se pone en peligro la confidencialidad de la información clínica, así como algunas pautas a seguir recomendadas especialmente en la literatura.

1.4.1. Historia Clínica

1.4.1.1. Propiedad y derecho de acceso a la Historia Clínica

Según la LAP⁷³ la HC es el conjunto de documentos relacionados con los procesos asistenciales de cada paciente y la identificación de los médicos y resto de profesionales que han intervenido en ellos, con la finalidad de integrar al máximo su documentación clínica (art. 14.1). La necesidad de crear y utilizar una historia clínica es obvia, especialmente en nuestros días, en los que múltiples profesionales de diferentes estamentos y especialidades deben implicarse en la atención al paciente, amén de realizarse gran cantidad de pruebas complementarias¹⁰⁷. Ante el vacío conceptual existente con la LGS, la LAP se convirtió en la norma fundamental que reglamenta los principales aspectos de la HC, documentación sanitaria y demás información clínica⁹⁷.

Respecto a la propiedad de la misma, existen puntos de vista diferentes, desde autores que rechazan cualquier derecho intelectual del médico sobre la HC, hasta quienes afirman la existencia de una creación intelectual (científica) en la HC que él o ella ha elaborado (al menos parcialmente). Esto último en relación a aquellos componentes como la emisión de un juicio diagnóstico, pronóstico o la prescripción de un tratamiento, y que por tanto no se limitan a una mera recopilación de datos o información. Además, otro aspecto especialmente controvertido son las llamadas

anotaciones subjetivas, relacionadas con valoraciones y apreciaciones que el médico va emitiendo a lo largo de proceso del tratamiento del paciente. Esta segunda postura suele utilizarse como presupuesto para negar a continuación al paciente el derecho de acceso a su propia HC⁴¹. No obstante, lo trascendente en relación a la Historia Clínica no es tanto quién detenta la propiedad de la misma, sino quién puede acceder a ella.

El alcance y extensión del derecho a acceder a la información clínica no puede contemplarse en su integridad si no se aborda con el necesario rigor el secreto profesional de médico. El reconocimiento del derecho al secreto médico, puede ayudar a que la documentación de las HC se realice con el rigor y competencia debida, puesto que se trata de una exigencia imprescindible para la correcta práctica médica. De lo contrario, el temor del médico ante el desconocimiento de sus derechos puede repercutir negativamente en la preparación, elaboración y eficacia de estos expedientes, generalizándose la práctica, también en este terreno de la documentación clínica, de la denominada *medicina defensiva*³⁹.

En este sentido se considera que para garantizar una asistencia adecuada al paciente, los profesionales sanitarios encargados de realizar su diagnóstico o tratamiento, tienen derecho a acceder a la HC como herramienta fundamental (art. 16.1 LAP), quedando todos ellos sujetos al deber de secreto (art. 16.6 LAP). El resto del personal de administración o gestión, solo podrá acceder a datos concretos de la HC que estén relacionados con el ejercicio de sus funciones administrativas (art. 16.4 LAP), quedando además regulado el control de este acceso y el uso de las HC, por cada una de las Comunidades Autónomas (art. 16.7 LAP)⁷³.

Para garantizar el anonimato del paciente, en aquellos supuestos en los que el acceso a la HC es con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, investigación o docencia, será necesario separar los datos que identifiquen al paciente de aquellos de carácter clínico (art. 16.3 LAP)⁷³.

Por otra parte, como señala la normativa, el paciente puede acceder a los datos contenidos en su HC (art. 18.1 LAP) y en caso de fallecimiento, los familiares o personas vinculadas al paciente pueden acceder a la misma salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente (18.4 LAP). Para el paciente existe un límite relacionado con las anotaciones subjetivas (art. 18.3 LAP)⁷³. Como señalábamos anteriormente, la LAP contempla el derecho de los profesionales a reservar el acceso a

las mismas en la HC, las cuales deben quedar claramente identificadas del resto de la información contenida en la historia, para facilitar su disociación cuando ésta sea precisa. Para ello, es necesario determinar qué anotaciones se refieren a aspectos subjetivos, y aquellas otras relacionadas con datos objetivos de la patología o evolución de los pacientes y que por tanto no pueden incluirse en tal categoría¹⁰⁸. Aunque la LAP no especifica lo que se entiende por anotaciones subjetivas, la *Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra*¹⁰⁹, las recoge como aquellas que se puedan encuadrar dentro de las siguientes (art. 64.4):

- Valoraciones sobre hipótesis diagnósticas no demostradas.
- Sospechas acerca de incumplimientos terapéuticos.
- Sospechas de tratamientos no declarados.
- Sospechas de hábitos no reconocidos.
- Sospechas de haber sido víctima de malos tratos.
- Comportamientos insólitos.

Pero también por otra parte, recomienda abstenerse de añadir expresiones, información o comentarios que “no tengan relación con la asistencia sanitaria del paciente o que carezcan de valor sanitario”.

También existen restricciones respecto al derecho de acceso del paciente frente al derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos aportados en interés terapéutico del paciente (art. 18.3 LAP)⁷³. Por ejemplo, un familiar que refiere que el paciente es alcohólico, cuando él no lo ha reconocido, tiene derecho a que no se revelen sus manifestaciones acerca del paciente, sin su consentimiento¹¹⁰.

1.4.1.2. Conservación y custodia de la Historia Clínica

En general las HC se deben archivar durante un mínimo de 5 años desde la fecha de alta (art. 17.1 LAP) y su custodia dependerá de la forma en la que se lleve a cabo la asistencia sanitaria:

- En los centros sanitarios estos serán los responsables de llevar a cabo una custodia activa y diligente, de la conservación y posterior recuperación de la HC,

independientemente de cual sea su soporte (arts. 14.2 y 19 LAP). La gestión de las HC en los centros sanitarios se realizará por parte de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas (art. 17.4 LAP).

- En aquellos casos en los que el profesional sanitario desarrolle individualmente su actividad profesional, este será responsable de la custodia de dicha documentación clínica (art. 17.5 LAP)⁷³.

De cualquier forma, los médicos y los centros sanitarios están obligados a tomar medidas para proteger las historias y documentación clínica de sus pacientes. En el caso de EEUU en 2010, se implantó un sistema mediante el cual directamente los médicos debían notificar aquellos casos en los que se revelaran datos confidenciales de los pacientes¹¹¹.

Aun así, se trata de un asunto en constante evolución y mejora, tal y como podemos confirmar mediante los datos aportados por la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). En el año 1997, la AEPD¹¹² confirmó que los órganos gestores de los centros no conocían los problemas de seguridad existentes, ni tampoco poseían los conocimientos o la implicación necesarios en cuanto a protección de datos. De ahí que ni siquiera existiese un plan de seguridad en relación a los riesgos asociados a una seguridad deficiente. Por el contrario, en el 2010 dicha agencia señaló entre otras, las principales medidas implementadas, poniendo de manifiesto que la mayoría de centros sanitarios (94,8%) tenían implantadas técnicas para impedir el acceso de terceros no autorizados, o la difusión de datos de carácter personal de los ficheros del centro sanitario¹¹³.

1.4.1.3. La Historia Clínica como causa de vulneración del secreto

De nuestra normativa legal y deontológica podemos extraer otros fines de la HC, y las personas y entidades a las cuales podemos e incluso debemos prestar información del paciente, limitando al máximo la vulneración del derecho a la intimidad y confidencialidad.

- HC como ***prueba en los procesos judiciales***: descrito anteriormente y constituye una excepción en los casos de investigación judicial en los que resulte imprescindible que los datos identificativos y los de salud estén unificados (art. 16.3 LAP)⁷³. Supone uno de los límites del secreto cuando los Tribunales la solicitan como prueba,

destacando su importancia el hecho de que en muchas ocasiones determine las decisiones que se toman. De esta forma se estima su valor probatorio para demostrar la verdad en el proceso, pero no solo respecto a la relación o actos sobre el paciente, sino también al cumplimiento de preceptos como la solicitud del consentimiento informado, deber de asistencia, etc. Una de las causas por las que se le presupone veracidad es que se redacta en el momento de la atención y no *a posteriori* cuando surge la demanda¹⁰⁷.

- A la *inspección médica*, a *instancias de la Administración Pública*, del *INSALUD* (Ministerio de Sanidad), o del *INSS* (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social): según la LAP⁷³ (art. 16.5) el personal sanitario debidamente acreditado, que ejerza funciones de inspección, evaluación, planificación y acreditación, tiene acceso a las historias clínicas, pero siempre que se trate de un médico, y no empresas expertas en control de calidad o similares. El médico para solventar el problema de su deber al secreto y su compromiso con la empresa que le contrata, tratará de defender al máximo el secreto, pero sometiéndose a sus obligaciones reglamentarias: funciones de comprobación de la calidad asistencial, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro relacionada con los pacientes o la propia Administración sanitaria³⁷.

1.4.1.4. Historiales Médicos Electrónicos

1.4.1.4.1. Protección de datos informatizados. Problemática

En España, en el año 2010 la implantación del sistema de HME se computó en un 55% de los hospitales requeridos, siendo mayor a nivel de centros públicos frente a los privados. Así mismo, en una amplia mayoría de los centros (96,9%) se encontraba implantado el sistema de acceso mediante clave y contraseña, y procedimientos específicos de notificación y gestión en casos de incidencias que afectaran a datos personales (88%)¹¹³. Aun así, a pesar de las mejoras implantadas en la protección de la información, la informatización de la práctica médica genera temores. Esta sensación de respeto, descrita por algunos autores incluso como beneficiosa¹¹⁴, recuerda en cierto modo a los profesionales sanitarios la existencia de unas reglas fundamentales de la confidencialidad que deben ser tenidas en cuenta, para evitar acciones que a menudo se producen involuntariamente, por ignorancia o por descuido.

Los sistemas informatizados de HC representan un medio de transmisión de la información que debe mejorar la eficiencia del sistema sanitario. Sin embargo, se ha

demostrado que la protección de los datos no solo depende del cuidado y de la ética del profesional sanitario que establece relación con el paciente, sino que los riesgos en cuanto a seguridad, también pueden estar ligados a deficiencias intrínsecas en la estructura de los sistemas de información^{114,115}.

Como en el tratamiento de los datos resulta necesario el consentimiento del enfermo, Baird¹¹⁶ realizó un estudio en el que puso de manifiesto que casi un tercio de los pacientes consultados (350/1800) acerca de la inclusión de sus datos en bases informatizadas, recibiendo previamente la información oportuna, se negaron a aceptar dicha opción. Es preciso tener en cuenta que cualquier HME contiene una cantidad considerable de información de los pacientes: datos demográficos, datos de salud relacionados con patologías, medicación, hábitos tóxicos, alergias... todo ello en el contexto de un complejo sistema informático a nivel de los diferentes centros sanitarios, y con un importante número de personas que acceden a él con sus respectivas claves.

1.4.1.4.2. Medidas de protección

Rey y Douglass¹¹⁷ propusieron cuatro claves para asegurar la protección de los datos:

- La seguridad física, mediante la cual solo se permite el acceso a individuos autorizados para una finalidad específica, y además este debe ser revocado una vez finalizada la tarea.
- La seguridad electrónica, ya que además del acceso restringido, resulta importante el cifrado de los datos, tanto para los que están almacenados como para aquellos que van a ser transferidos (email, transferencia electrónica de datos, almacenamiento, copias de seguridad...) ¹¹⁸.
- El seguimiento continuo de acceso, personas autorizadas, registros y funciones por ejemplo, puesto que también puede ayudar a conocer cuáles son los puntos débiles a tratar para mejorar la seguridad de la red.
- La formación de los profesionales, en último lugar, en la cual se hace especial hincapié ya que debería ser un requisito para permitir el acceso a los datos de salud de los pacientes. Para ello se propone una formación continuada en la materia con las últimas actualizaciones, así como la implementación de programas de entrenamiento.

1.4.2. El secreto profesional y los medios sociales

La calificación de datos sensibles necesitados de especial protección, es consecuencia de una mayor sensibilidad de la sociedad actual para todas las cuestiones relacionadas con la intimidad personal, y también del gran avance tecnológico que ha hecho posible la vulneración de ese derecho a través de medios muy difíciles de detectar y que por ello mismo las mayoría de las veces quedan impunes⁸.

El uso de los medios sociales se ha generalizado y ofrece a los profesionales sanitarios y las organizaciones de la salud, nuevas oportunidades de interactuar con los pacientes, el público, y los responsables políticos entre otros¹¹⁹. A nivel sanitario los profesionales han comenzado a utilizar las tecnologías digitales para beneficiar a los pacientes y mejorar la comunicación con ellos; mejorar el desarrollo y las redes profesionales, y avanzar en la comprensión de los factores individuales y contextuales que influyen en la salud pública. Sin embargo, el debate de los peligros de estas tecnologías en la medicina, ha sobrepasado a las aplicaciones positivas que se podrían considerar¹²⁰.

Específicamente en el caso de las redes sociales, éstas albergan personas que también son pacientes, lo que puede conllevar conflictos en relación a aquellas páginas o grupos de redes sociales, como Facebook, en los que se consulta o facilita información médica, planteándose como uno de los principales problemas éticos la confidencialidad de los datos de los pacientes. Bien puede ser porque éstos no se almacenen de forma segura y confidencial por parte del médico, o porque sean compartidos de forma poco apropiada entre los propios facultativos¹²¹.

Diferentes trabajos han puesto de manifiesto la generalización del uso de las redes sociales, determinando que un número elevado de estudiantes de medicina (64-96%) tenían perfil en Facebook y utilizaban herramientas como Wikipedia, incluso con más frecuencia que los residentes y el resto de médicos (13-47%)¹²², aunque prácticamente de la misma forma, tanto los estudiantes (62,1%) como los residentes (67,5%) tenían perfiles públicos en sus cuentas de las redes sociales¹²³. Frente a este hecho, en un estudio realizado por Panahi *et al*¹²⁴, los profesionales sanitarios manifestaban que aunque reconocían que la comunicación y el aprendizaje cara a cara en tiempo real eran insustituibles, estaban de acuerdo en que resultaba positivo participar en las redes sociales para mantenerse al día en cuanto a formación, así como intercambiar

conocimientos o establecer contacto con otros compañeros en la distancia. Incluso se han descrito casos, en los que se han utilizado estos medios en beneficio de la salud pública¹²⁵. Sin embargo, los principales retos planteados por el uso de tales tecnologías estaban fundamentalmente relacionados con la confidencialidad de los pacientes, entre otros, como la falta de participación activa o incluso de tiempo para dicha actividad.

Entre las soluciones para la publicación y protección de datos en internet se propone cualquier tipo de proceso que dificulte la identificación de determinadas características. En términos generales se plantean técnicas que codifiquen o encripten los datos, también la omisión o generalización, la realización de una seudonimización de los mismos, la mezcla o reorganización de los diferentes campos, así como la aplicación de controladores de consultas en las bases de datos^{118,126}.

Otro aspecto importante relacionado con las nuevas tecnologías y que también ha sido descrito especialmente en los estudiantes de medicina, es el uso de los teléfonos móviles, los cuales se están convirtiendo en un elemento omnipresente en el ámbito de la atención sanitaria¹²⁷. Se trata de un recurso que permite “aprender en cualquier lugar”¹²⁸ y tanto los estudiantes de medicina como los médicos están utilizando aplicaciones médicas con finalidad educativa y clínica, siendo las más populares sean aquellas relacionadas con fármacos de referencia, diagnóstico y manejo de diferentes patologías, así como escalas de puntuación clínica¹²⁹. Pero además de las ventajas que proporcionan, el hecho de que dispongan de cámaras de fotos resulta especialmente peligroso, al poder poseer datos e imágenes de los pacientes con cualquier finalidad. Por un lado pueden ser utilizadas para consultar aspectos meramente clínicos con otros compañeros, o recopilarlas como material docente, pero también se pueden compartir a través de aplicaciones de mensajería instantánea, como Whatsapp, o bien quedar almacenadas en el teléfono, sin poder controlar el acceso al mismo por parte de otros usuarios no sanitarios y no autorizados para visionar las fotos¹³⁰.

Por ello, no debemos olvidar nuestra profesión como médicos así como los deberes inherentes a la misma, cuando interactuamos en las redes sociales, puesto que lo que no puede revelarse en una consulta, no puede tampoco exponerse en las redes.

1.4.3. Enfermedades infecciosas

El médico en ocasiones se encuentra ante el problema de que por un lado se debe al secreto, y por otro debe declarar determinadas enfermedades por razones legales,

sanitarias, o epidemiológicas. Esto sucede cuando se enfrenta a un paciente que padece una enfermedad de alta contagiosidad y se niega a aceptar el tratamiento, en cuyo caso deberá siempre denunciarlo a las autoridades sanitarias.

1.4.3.1. VIH/SIDA

Las connotaciones sexuales específicas asociadas a la infección por VIH así como su asociación con adicción a las drogas, han provocado que sea considerada una enfermedad muy estigmatizante. Este estigma se refiere a los prejuicios y la discriminación que sufren las personas que lo padecen, pudiendo dar lugar a la marginación o deterioro de las relaciones a nivel personal, familiar, social e incluso laboral. Tal es así que para los profesionales sanitarios resulta especialmente importante proteger a los pacientes con VIH o SIDA de las vulneraciones producidas de manera casual o intencional. En base a los mismos motivos, dichos pacientes de manera justificada, tienen un nivel de exigencia y de expectativas muy elevado respecto a que su información clínica sea confidencial¹³¹. Una práctica habitual hace años, y afortunadamente cada vez menos extendida era la de señalar con marcas especiales (tipo pegatinas fosforescentes) las HC o muestras de pacientes VIH. En la actualidad el problema que supone la seguridad de la información clínica, se ve agravado, como detallábamos en el anterior apartado, por la proliferación de comunicaciones electrónicas, el almacenamiento de datos en los HME, o incluso el acceso a información personal a través de internet y los medios sociales. La razón de este hecho se debe a que el avance de las nuevas tecnologías, no siempre se ve acompañado de un mayor desarrollo de las normas legales que protegen la confidencialidad¹³².

Por otra parte, no podemos olvidar que es necesario cierto control por parte de las autoridades sanitarias ya que se trata de una enfermedad infecciosa con un importante potencial de contagio en ciertos ámbitos, capaz de originar un problema médico relevante. En España los enfermos de SIDA son incluidos en un Registro Autonómico y otro Nacional de SIDA, mediante la notificación de los médicos encargados de su asistencia (EDO). De manera oficial, el acceso a la información de estos Registros se permite con fines de investigación, y es necesario que el profesional sanitario presente una justificación de su solicitud, un compromiso de confidencialidad, así como la preceptiva respuesta positiva por parte del organismo responsable⁹⁴.

Una de las razones más importantes para el mantenimiento de la confidencialidad es capacitar a los pacientes para tomar decisiones informadas sobre cuestiones vitales de su vida y su salud y, salvo causas justificadas como las referidas, en raras ocasiones el médico llega a tener que considerar seriamente, vulnerar la confidencialidad de un paciente. Como se explicó en anteriores apartados, uno de los principales problemas que podría motivar la ruptura del secreto en el ámbito del SIDA, son aquellos casos en los que es necesario proteger la salud de una tercera persona¹³³. Boyd¹³⁴ lo describe como la necesidad de “proteger la capacidad del otro de poder elegir, pero de manera informada”.

El médico tiene que decidir de manera justificada qué debe hacer respecto a aquellos que no son sus pacientes y se encuentran en situación de riesgo. El ejemplo típico es el caso de una pareja sexual del paciente que no ha sido previamente informada. En estos supuestos, es preciso hacer un balance y considerar los beneficios de revelar la información frente a los daños asociados a vulnerar la confidencialidad, tanto a nivel de la relación clínica individual con un paciente, como por la confianza depositada por la sociedad en el sistema sanitario¹³¹.

Como soluciones se podrían plantear cursos extremos totalmente desaconsejados, en los que se revela la información directamente, o por el contrario, guardando el secreto y poniendo en peligro la salud de esa tercera persona. No son recomendables puesto que ambas actitudes lesionan los valores que entran en conflicto: la confidencialidad, en el primer caso, o la protección de la salud de terceros, en el segundo.

La opción más acertada parece ser en este caso favorecer el bienestar de la tercera persona cuya salud se encuentra en riesgo real inmediato, frente a la confidencialidad del paciente. Para ello se plantean como cursos de acción más adecuados, siempre que contemos con la colaboración del paciente, o bien pedir consentimiento al mismo para revelar la información a su pareja, o incluso mejor, mantener la confidencialidad y animar al propio paciente a que sea él mismo quien lo revele y respete los intereses de los demás^{134,135}. En la práctica diaria la opinión de médicos y personal de enfermería respecto a la revelación de la condición de VIH positivo de un paciente, fue recogida por Girela y Girela³⁴ en una encuesta, en la que salvo un 20% que sólo revelaría la naturaleza de la enfermedad con la autorización expresa del paciente, el resto de los encuestados coinciden en que al menos la pareja sexual del paciente debe ser partícipe del diagnóstico de esta enfermedad, aun en contra de la voluntad del mismo. El hecho

de que sea el propio paciente quien tome la decisión de contarle a su pareja acerca de su enfermedad no es siempre un reto fácil, aunque tampoco imposible, y para ello es fundamental que el paciente esté bien informado. Así a través de una comunicación efectiva, el médico puede advertir al paciente acerca de las consecuencias que tendría el no hacerlo, y realizar una serie de recomendaciones y pautas a seguir que tal vez le ayuden a tomar la decisión adecuada^{134,136}.

En el caso de que no aceptara, sí que habría que acogerse a los preceptos legales tal como recoge la normativa, y el médico podrá revelar el riesgo a las partes identificables, únicamente a aquellas personas que les resulte necesaria, o bien directamente o a través de las autoridades sanitarias⁷¹.

1.4.3.1.1. Trabajadores y SIDA

“Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo”. Así lo establece la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*¹³⁷ (art. 23.1) y se refiere a que el único requisito exigible para ejercer este derecho, es que el trabajador posea la competencia profesional requerida.

El mundo del trabajo representa un frente esencial de la lucha mundial contra el VIH/SIDA, ya que en él se registran muchos de los impactos más profundos de la epidemia¹³⁸. En el caso concreto del trabajador infectado por VIH o que padece SIDA, este derecho se infringe cuando solicita un trabajo o a un empleado se le exige que se someta a la prueba obligatoria del VIH, o se le niega el empleo, se le despide o se le niegan las prestaciones si el resultado de la prueba es positivo¹³⁹.

En la gran mayoría de ocupaciones y de lugares de trabajo, el trabajo no entraña ningún riesgo de adquirir o transmitir el VIH entre los trabajadores, de un trabajador a un cliente, o de un cliente al trabajador. Sin embargo, existe una posibilidad de transmisión en el lugar de trabajo, como ocurre en los centros sanitarios¹⁴⁰. Las circunstancias en las que el profesional sanitario puede transmitir el VIH a un paciente se limitan a aquellos procedimientos de carácter invasivo en los que exista riesgo de exposición accidental, lo cual ha demostrado ser de carácter excepcional¹⁴¹. Por ello, la Comisión Asesora en las *Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana y otros virus*¹⁴² recuerda a los profesionales y dirección del centro, la obligación de mantener la confidencialidad de

todo el proceso, durante el seguimiento y control de la enfermedad, respetando el derecho a la intimidad y velando por el secreto de toda la información relacionada con el estado de salud. Además concluye que no está justificada informar de manera generalizada e indiscriminada a los pacientes a quienes se ha practicado procedimientos invasores por profesionales infectados. Finalmente, no se contempla de manera sistemática la exclusión de dichos profesionales en los procedimientos descritos, salvo determinadas circunstancias.

1.4.4. El secreto médico en Psiquiatría

En la sociedad actual continúan existiendo prejuicios y connotaciones negativas sobre los enfermos mentales, basados en “estereotipos y falsas creencias asumidas de forma acrítica”. Es lo que se conoce como estigmatización, la cual en ocasiones origina una discriminación que dificulta o incluso imposibilita una adecuada integración del paciente a nivel social y laboral. Se ha demostrado que la mejor solución para evitar el estigma a nivel sanitario, es la igualdad de trato respecto al resto de pacientes, incluyendo por tanto la autonomía y confidencialidad¹⁴³. Por otra parte, la relación clínica entre el psiquiatra y los enfermos mentales resulta especialmente delicada porque suele ahondar en los aspectos más profundos del ser humano, deseos, esperanzas, perversiones, obsesiones, etc. Por lo que si no se respeta el ámbito de la confidencialidad, la estructura especial de este tipo de entrevista clínica podría llegar a desvirtuarse como herramienta terapéutica¹⁴⁴.

De forma general, en la directriz nº 6 de la *Declaración de Madrid sobre los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría*¹⁴⁵, se recoge que la información obtenida en la relación terapéutica es confidencial, y la única finalidad es mejorar la salud mental del paciente.

El *Grupo de Trabajo sobre protección de datos del artículo 29*⁵⁰ en su *Documento de Trabajo sobre el tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos* consideró que los datos especialmente sensibles como los genéticos o psiquiátricos deberían estar excluidos de los HME o en su defecto establecer controles de acceso más estrictos. Sin embargo, también se ha considerado que al tratar la información de forma diferente a la del resto de pacientes y de la normativa que regula la documentación clínica (LAP) no se ayuda a evitar el estigma de los enfermos psiquiátricos¹⁴³.

De manera especial, la problemática que se ha planteado en la consulta de psiquiatría ha sido en relación a la posibilidad de un daño físico o psíquico graves para el paciente o una tercera persona, siendo éste el único supuesto en el que se contempla la vulneración de la confidencialidad. Aun así, en estos casos es recomendable en primer lugar y en la medida de lo posible, que el psiquiatra informe al paciente sobre las medidas a tomar¹⁴⁵. A pesar de esta recomendación generalizada, siempre han existido posturas contradictorias, lo cual se debe al vacío legal existente en esta materia, que hace que el médico se encuentre solo para solucionar este problema de su actividad asistencial y ante la duda de cuál debe ser su actuación. El médico que durante la asistencia de un paciente conoce que éste pudiera llegar a cometer un delito, si opta por la revelación de este hecho y el delito no se comete, puede ser acusado de delito de revelación de secreto (art. 199 CP), o si opta directamente por la no revelación y el paciente lo lleva a cabo, incurriría en responsabilidad respecto a los daños causados a un tercero³⁷.

En este último supuesto nos encontramos el *caso Tarasoff*, uno de los más paradigmáticos del secreto profesional en psiquiatría. *Tatiana Tarasoff* y *Prosejit Poddar* eran estudiantes de la Universidad de California, y residentes del mismo campus, y tras entablar una breve y casual relación afectiva en la que se vieron en algunas ocasiones, Tatiana decidió no volver a salir más con él. Para Poddar la relación era mucho más seria que para Tatiana, por lo que tras sufrir una importante crisis emocional consultó a un psiquiatra en el hospital del campus. El Dr. *Stuart Gold*, psiquiatra, consideró que tenía un cuadro psicótico, le prescribió medicación y posteriormente lo derivó al psicólogo *Lawrence Moore*. A pesar del tratamiento, en una de las sesiones Poddar informó a Moore de su intención de matar a una mujer que claramente era identificable como Tatiana. El Dr. Moore le dijo que probablemente tendría que tomar medidas forzosas para detenerlo si no cesaba en su intención, con lo cual Poddar salió indignado de su consulta. El Dr. Moore analizó esta situación con sus colegas e informó a la policía del campus universitario de que Poddar padecía una reacción esquizofrénica paranoide y estaba amenazando con asesinar a una estudiante. Los oficiales lo encontraron y lo retuvieron, pero lo liberaron al considerarlo racional y también por la mediación del Director de Psiquiatría del hospital, quien pidió incluso a la policía que rompiera la carta del Dr. Moore, y a éste último que destruyera los registros de la terapia con el chico. Tatiana se encontraba de viaje en Brasil y a su

vuelta, Poddar se dirigió a su casa, armado de su pistola y un cuchillo. Le disparó y luego la acuchilló 14 veces hasta matarla. Posteriormente se entregó a las fuerzas de seguridad, fue condenado por asesinato en segundo grado y liberado tras cumplir cinco años de cárcel.

El contenido de la querrela de los padres de Tatiana Tarasoff contra la Universidad de California y los psicoterapeutas, era precisamente que éstos últimos no habían avisado a la chica o a sus familiares de las intenciones que tenía Poddar de matarla. En primer lugar, la *Corte del Condado* sentenció que no había razones para condenar a los psicoterapeutas ya que estos no mantenían relación alguna con Tatiana o los padres. Posteriormente la *Corte Suprema de California* sostuvo que cuando un paciente representa un peligro para terceros, hay que tomar las medidas necesarias para proteger a la posible víctima, las cuales pueden ir desde informar a la persona en riesgo, notificarlo a la policía, o lo tal vez más acertado, plantear un ingreso involuntario de carácter urgente¹⁴⁴.

Se han recogido a lo largo de los años casos similares al descrito (*Hedlund vs. Tribunal Superior del Condado de Orange*, 1983; *Peck vs. Counseling Service*, 1985; *Ewing vs. Goldstein*, 2004), y el principal problema que plantean es que el impulso de proteger a la víctima supone comunicar que existe una *amenaza seria de riesgo* a una tercera persona. A partir de ahí para determinar exactamente lo que supone una amenaza seria de riesgo, habrá que valorar la gravedad y realidad de la misma por un lado, y por otro establecer hasta qué punto debe advertir el médico a la víctima de un riesgo potencial¹⁴⁶.

Cuando en la práctica clínica psiquiátrica se dan situaciones en las que se visualiza un riesgo real para una tercera persona, antes de revelar la información confidencial es recomendable realizar una evaluación clínica para alcanzar un diagnóstico acertado y valorar el riesgo real, discutiendo el caso con otros compañeros y dejando siempre constancia en la HC. De igual forma es necesario explicarle los riesgos y la obligatoriedad que puede llegar a tener el médico de denunciar^{147,148}. En aquellos casos en los que el manejo ambulatorio en consulta no consiga controlar la sintomatología, el ingreso involuntario en una unidad de agudos psiquiátrica, puede ser la solución más factible (art. 763 LEC)⁶⁹.

1.4.5. Asistencia en Atención Primaria

En el ámbito de la medicina de familia se han identificado especialmente conflictos relacionados con la información clínica. Aunque la finalidad principal de los datos de salud sea la asistencia sanitaria personal, en ocasiones se pretende utilizarla para otros muchos propósitos. Nos encontramos el caso de aquellos profesionales que no están directamente implicados en la asistencia del paciente. Y también, más específico de este tipo de relación tan cercana, son aquellas situaciones en las que un secreto confiado por un miembro de la familia tiene que ser mantenido de cara a otro miembro de la familia, el cual también es un paciente del mismo médico¹⁴⁹.

En el primer caso, la comunicación entre profesionales (intra o interprofesional) va a permitir el intercambio de información clínica del paciente para facilitar su asistencia. En el caso de la medicina de familia debido a la cercanía entre el profesional y el paciente, especialmente en el caso de enfermedades crónicas y casos de comorbilidad, es necesaria la colaboración entre diferentes sectores: servicios sanitarios, sociales, educativos... Lo recomendable en estos casos, es la transmisión de la mínima cantidad de datos clínicos posibles, de tal forma que solo sea necesario “compartir el mínimo de información que dé el máximo beneficio, y que pueda provocar el menor daño posible”⁸.

En cuanto a los límites con los familiares de un paciente, una vez más por tratarse de un *médico de referencia* para la familia con el cual se tiene trato habitualmente, es una realidad muy común que se les pida consejo sobre asuntos médicos de familiares y amigos. Las cuestiones pueden ir desde simple información, hasta un dictamen médico y juicio diagnóstico o incluso solicitar al médico una participación más activa. Reis et al¹⁴⁹ subrayó la importancia que tienen en atención primaria, los cambios dinámicos que se producen en una persona y pueden cruzarse con la enfermedad, como acontecimientos de la vida, relaciones familiares... El objetivo en este caso será que el médico desarrolle estrategias de adaptación para hacer frente a los secretos que le son confiados, e intente mantener ciertos límites entre la información de su paciente y los miembros de la familia, los cuales a su vez pueden ser hasta pacientes del mismo médico¹⁵⁰.

La información confidencial depositada en el médico de familia llega a ser tan significativa que hay pacientes que prefieren no revelar al médico determinadas

aspectos referentes a su salud, ante lo cual si el profesional tiene conocimiento de éstos a través de una tercera persona (por ejemplo un familiar preocupado), existen diferentes posicionamientos en función de la magnitud del hecho¹¹⁰. Desde una actitud de espera a que el propio paciente decida poner en conocimiento del médico su problema, hasta una actitud más intervencionista o de acercamiento al sujeto, si la situación reviste cierto carácter de gravedad que requiera actuar con cierta prontitud. Burnum¹⁵¹ describió 162 secretos revelados a él por parte de una tercera persona diferente al paciente, durante un período de 14 años de práctica médica. Clasificó los secretos recogidos en hábitos personales perjudiciales, incapacidad mental o física, problemas familiares, o síntomas físicos latentes. Concluyó que, aunque creía que había que informar al paciente acerca de lo que se le revelaba sobre él, en la práctica diaria no siempre lo llevaba a cabo. A veces suponemos, de manera errónea en muchos casos, que debido a la familiaridad de una relación podemos compartir la información clínica con el círculo cercano de amigos o familiares. Se trata de situaciones ambiguas aunque, siguiendo el algoritmo planteado en la **Figura 2**, se recomienda respetar la autonomía y asegurarse de que el paciente está conforme con el intercambio de la información, de manera tácita (por ejemplo cuando lo acompaña a consulta) o explícita¹⁵⁰.

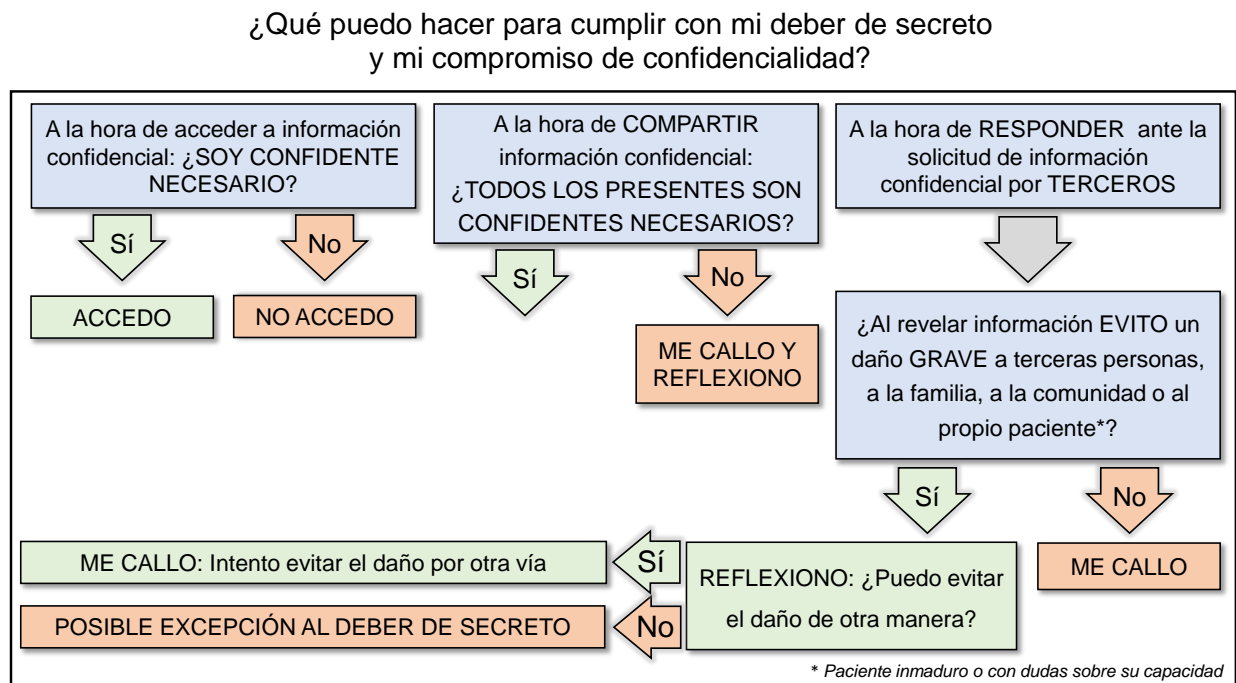


Figura 2. Algoritmo de actuación para respetar el secreto profesional. Muestra las pautas a seguir para cumplir el deber de secreto y el compromiso de confidencialidad. Modificada de Delgado⁴⁰

1.4.6. Datos genéticos y el derecho de terceros

La confidencialidad de los datos en relación a la información genética, supone en la actualidad un conflicto ético importante respecto a la custodia de la misma y a la divulgación a terceros¹⁵². Desde los inicios del Proyecto Genoma Humano el asunto despertó gran interés ya que la información además de ser privada, puede llegar a ser predictiva de enfermedades potenciales y permitir la identificación de personas con fines legales y forenses. Por otra parte, debido a su carácter hereditario nos recuerda los lazos que tenemos con los demás, puesto que permite determinar los riesgos entre la propia familia y entre ellos los que pudieran estar expuestos, así como la relación con la comunidad y el origen étnico. A pesar de que el *Convenio de Oviedo*⁹⁰ prohíbe la discriminación de una persona a causa de su patrimonio genético (art. 11), es cierto que estos datos constituyen en cierta medida, un factor predisponente al estigma social, la discriminación y la marginación^{153,154}. Por este motivo solo se pueden realizar pruebas predictivas de enfermedades genéticas para identificar al sujeto como portador de un gen responsable de una enfermedad o detectar una predisposición o susceptibilidad genética a una enfermedad con fines médicos o de investigación médica y con un asesoramiento genético apropiado (art. 12)⁹⁰.

En aquellos casos en los que el paciente padece una enfermedad con predisposición genética, por ejemplo oncológica, el papel del médico es determinante a la hora de informarle de los riesgos, beneficios y de las posibilidades que tendría el resto de su familia al conocer a través suya, la existencia de una susceptibilidad hereditaria a padecer ciertas enfermedades potencialmente mortales¹⁵⁵. Es lo que se conoce como el *derecho de terceros*. La información a terceros en beneficio de los familiares consanguíneos, en estos casos, supone uno de los principales conflictos que se plantea. La LAP recoge el derecho a recibir información (art. 4 LAP)⁷³ y de igual forma el derecho “a no saber” (art. 4.1 LAP). Sin embargo, algunos autores defienden que el rechazo a la información genética, o incluso a no compartirla, es equivalente a un “derecho a la ignorancia” pero irresponsable, puesto que puede dar lugar a decisiones imprudentes por falta de información, o provocar perjuicios a uno mismo y a terceros^{156,157}.

Aun así en base a la autonomía y confidencialidad, el médico debe respetar la decisión del paciente y evitar compartir los resultados de un estudio o prueba diagnóstica si el paciente no lo desea, con sus allegados o terceras personas¹⁵⁸. El

planteamiento que defendería este supuesto de “invasión ajena en nuestro genoma” se basa en pensar cual es realmente la razón determinante para investigar o conocer la susceptibilidad genética. Si realmente se trata de una enfermedad potencialmente mortal cuyo tratamiento es preventivo, y estamos privando al resto de una posible oportunidad de curación, o simplemente el beneficio que se obtendría sería poseer la información¹⁵⁹. Desde el punto de vista legal la solución es más tajante, y la LOPD⁹³ (art. 11) recoge que la comunicación de datos genéticos a terceros exige el conocimiento y autorización previa, excepto cuando exista una ley específica que autorice dicha cesión sin el consentimiento del interesado.

De cualquier forma consideramos necesario plantearse en el supuesto de una enfermedad grave, cuyo conocimiento permita un tratamiento preventivo o curativo, si hasta cierto punto la revelación de la información a terceras personas (por ejemplo la descendencia) podría estar justificada en estos casos, aunque no podemos olvidar que la labor del médico debería ser siempre intentar en primer lugar que el propio paciente sea quien desvele la información. Asimismo, podemos realizar un planteamiento similar en patologías incurables como la enfermedad de Huntington, un trastorno neurodegenerativo de carácter progresivo y herencia autosómica dominante. Se les recomienda consejo genético al paciente, cónyuge y familiares en riesgo de padecerla, puesto que aunque no existe tratamiento para la misma, permitiría plantear problemas familiares, financieros o de transmisión a la descendencia en un futuro¹⁶⁰.

Otro de los aspectos más problemáticos es el hecho de que la información generada en las técnicas genéticas se almacena en soporte informático para facilitar su manejo, aunque en la mayoría de los casos no se realiza una disociación de los datos identificativos personales y los genéticos¹⁵². Esto supone una preocupación a la hora de una posible vinculación entre los datos personales y los genéticos, que permitan la identificación a través de medios de divulgación en redes sociales, censos, a nivel de los seguros de salud, así como en investigaciones judiciales en casos por ejemplo en los que al obtener información genética de un delincuente, ésta también afecta a sus familiares^{161,162}. A este respecto, la *Recomendación N° R 5 (97), sobre Protección de Datos Médicos*⁵¹, considera que los datos solo deben utilizarse para establecer un nexo de unión genético en el conjunto de pruebas aportadas, para “prevenir un peligro real o reprimir un delito específico”.

Además la doctrina y la jurisprudencia empiezan a plantear la necesidad de que la recogida y el tratamiento de datos genéticos no se base únicamente en el consentimiento informado de los titulares sino que respeten además, los principios generales de la protección de los datos personales, especialmente lo que se refiere al principio de calidad de los datos. Esto quiere decir que quede bien determinada cual va a ser la finalidad de la recogida de datos, evitando el registro indiscriminado de información no relevante¹⁶³. En el caso de EEUU la existencia de una cantidad preocupante de bases de datos sobre información sanitaria llega a poner en duda su utilidad real respecto a la finalidad para la cual fueron recabados los mismos¹⁶⁴.

1.4.7. Menores de edad

Es preciso considerar a los menores como receptores de la información y, por lo tanto, ser tratados con todos los derechos, si tienen capacidad de comprender. 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. En el caso concreto de los adolescentes, le dan gran importancia al ámbito de la privacidad¹⁶⁵ y además tienen preocupaciones acerca de que la confidencialidad de sus datos se encuentre en peligro, por ejemplo, que el médico pueda revelarles la información a sus padres¹⁶⁶. Es así hasta tal punto, que un porcentaje importante (43,1%) de ellos no acudiría a su médico o al hospital por este motivo¹⁶⁷.

Es una preocupación real, puesto que en ocasiones los padres solicitan información relacionada con la salud de sus hijos o con sus datos íntimos como, por ejemplo, respecto a la utilización de métodos anticonceptivos o hábitos tóxicos como el consumo de alcohol o drogas. Se plantea entonces en nuestro país, una situación en la que si el menor tiene entre 12 y 16 años, podría vulnerarse el derecho a la confidencialidad de sus datos.

En principio, si el menor da su consentimiento para ello no habría ningún conflicto pero si no es así, ¿cuál sería la forma correcta para actuar?¹⁰⁸. Siguiendo la doctrina del *menor maduro* (12-16 años), cuando éste sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender la información y las consecuencias de su situación clínica, puede legítimamente exigir que se respete su decisión y se mantenga la confidencialidad respecto a sus padres o tutores. Por el contrario, en aquellos casos en los que el menor no tenga discernimiento, su situación se equipara a la del menor incapaz, y por tanto en

su propio beneficio la información debe ponerse en conocimiento de sus representantes legales^{15,73}.

En aquellos casos en los que exista conflicto con los padres o con el menor, habría que hacer un balance entre el principio de no maleficencia y el de autonomía reconociendo el derecho del menor en la toma de decisiones. La evitación de un daño al menor, no puede servir como justificación para revelar a los padres la información, de ahí que el riesgo deba ser considerado como suficiente, para romper la confidencialidad¹⁶⁸. Se recomienda evaluar su capacidad, para concluir si tiene o no madurez intelectual o emocional. Además sería necesario instarle a que sea él mismo quien comunique la información a sus padres, o bien que permita al médico hacerlo¹⁰⁸.

Habría que valorar la existencia o no de contraindicaciones clínicas para el tratamiento o situación de riesgo. En este último supuesto, la LAP⁷³ (arts. 9.4, 9.5) establece que será necesario informar al representante legal para que preste consentimiento, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del menor. Así mismo, en el caso concreto de la interrupción voluntaria del embarazo tras la modificación introducida por la *LO 11/2015, de 21 de septiembre, para reforzar la protección de las menores y mujeres con capacidad modificada judicialmente en la interrupción voluntaria del embarazo*, la *LO 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*¹⁶⁹ estima necesario informar a los representantes del menor para obtener su consentimiento expreso (art. 13.3).

Ante la sospecha de maltratos o abusos, o en caso de perjuicio del menor, tendremos que actuar de forma diferente. En estos supuestos deberíamos romper la confidencialidad con el fin de protegerlo ya que el interés del menor debe ser siempre lo primero. De cualquier forma, es necesario que haya datos objetivos antes de hacerlo¹⁷⁰.

1.4.8. Medicina del Trabajo

Los trabajadores tienen derecho al respeto de su intimidad y a la consideración debida a su dignidad, según el Estatuto de los Trabajadores¹⁷¹ (art. 4.2.e).

Refieren Romeo y Castellano⁴¹ que los médicos de medicina del trabajo por un lado están al servicio de la salud de los trabajadores para prevenir riesgos derivados del trabajo; pero al mismo tiempo, mantienen una relación laboral con el empresario, con el que puede verse en algún momento comprometido. Aun así, entre el trabajador y el

médico debe existir la misma confianza que exige la relación médico-paciente, lo cual conlleva la garantía de confidencialidad del médico sobre todo aquello que conozca del trabajador.

La *Recomendación R (89) 2 sobre la protección de los datos de carácter personal utilizados con fines de empleo*¹⁷² considera que los datos sanitarios no podrán recogerse de otra fuente que no sea el trabajador sin su consentimiento expreso, debiendo estar separados de las demás categorías de datos en manos de la empresa. Además deben ser registrados por personal sujeto al deber de secreto médico, evitando que personas ajenas al servicio médico tengan acceso a los mismos. De hecho, el CDM⁴² también sostiene que los resultados de los exámenes médicos solo deben comunicarse a la persona reconocida, y a la empresa tan solo se le informará de la condición de aptitud laboral o limitaciones del trabajador para el puesto de trabajo específico. A pesar de ello, en los casos que resulte útil y previo consentimiento del paciente, el médico del centro de medicina preventiva o del trabajo puede transmitir información a su médico responsable (art. 31).

Por otra parte, en el caso de que el trabajador se encuentre en situación de incapacidad temporal laboral (IT), la *Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el RD 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración*¹⁷³ establece que en los ejemplares de los partes de IT destinados a la empresa, no debe constar el apartado de diagnóstico y déficits funcionales que ocasionan dicha situación.

II. Hipótesis y Objetivos

2.1. HIPÓTESIS

La normativa legal y deontológica vigente establece que el secreto profesional es un deber inherente al ejercicio de la medicina. Actualmente, la práctica clínica se lleva a cabo a través de equipos asistenciales, formados por profesionales sanitarios de diferentes especialidades, que deben conocer la problemática del paciente para poder prestar una atención de calidad. La consecuencia en relación al secreto profesional, es un secreto compartido que obliga a todos los componentes de dicho equipo a mantener la confidencialidad de los datos de los pacientes, los cuales son conocidos con motivo de la asistencia sanitaria.

En base a lo expuesto, proponemos la siguiente hipótesis:

El carácter difuso y vago del secreto compartido, origina determinadas situaciones en las que se pone en peligro el mantenimiento de la confidencialidad de los pacientes. Por ello, con la finalidad de plantear medidas de mejora, pretendemos evidenciar mediante la observación directa, aquellas situaciones reales en las que se haya vulnerado la confidencialidad, como consecuencia de la inobservancia de las normas que rigen el deber de secreto profesional.

2.2. OBJETIVOS

Objetivo principal

El objetivo principal del trabajo realizado es investigar la guarda del secreto profesional en un hospital de tercer nivel, como el Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), a través de los diferentes profesionales sanitarios que intervienen en la práctica clínica diaria.

Objetivos específicos

1. Estimar la frecuentación del fenómeno, mediante la cuantificación de aquellas situaciones en las que se vulnera la confidencialidad de los pacientes en los diferentes Servicios Médicos del hospital, tanto de forma general como en cada uno de los mismos.
2. Clasificar las incidencias descritas por los observadores, definiendo sus características: tipología y gravedad.

3. Establecer cierta relación entre los datos anotados durante las observaciones: el Servicio Médico y el lugar donde fueron anotadas, así como el tipo de profesional implicado y algunas de sus características sociodemográficas.
4. Recomendar a los profesionales sanitarios y a la dirección de los centros, la adopción de medidas necesarias para que tales incidencias pudieran evitarse.

III. Material y Métodos

3.1. DISEÑO EXPERIMENTAL

Se trata de un estudio epidemiológico observacional, transversal, sobre un conjunto de situaciones definidas como la falta de guarda del secreto profesional en la práctica clínica en el Hospital Reina Sofía de Córdoba (en adelante HURS), el cual dispone de 1197 camas, y en el que se llevan a cabo una media de 39912 ingresos y 748245 consultas en total¹⁷⁴.

3.2. SELECCIÓN DE LOS PARTICIPANTES Y RECOGIDA DE MUESTRAS

Para la observación y recogida de aquellas situaciones en las que se vulneraba el secreto profesional, se reclutaron como observadores, al inicio de cada curso académico desde el 2010/2011 hasta el 2013/2014, ambos incluidos, estudiantes interesados en dicho proyecto y matriculados en la asignatura de “Medicina Legal y Forense”, pertenecientes al quinto y sexto curso de la Licenciatura en Medicina de la Facultad de Medicina de Córdoba.

El número de total de participantes a lo largo de los cuatro cursos académicos ascendió a 99 (75 mujeres y 24 hombres), realizándose el seguimiento de cada uno de los mismos de forma anual. De todos ellos, dos abandonaron el proyecto. La distribución de los participantes fue de la siguiente manera: en el primer curso, 2010/2011, intervinieron 7 observadores; durante el segundo, 2011/2012, participaron 29; el tercer curso académico 2012/2013 contó con 42 observadores, y durante el último, 2013/2014, participaron 21 (**Figura 3**).

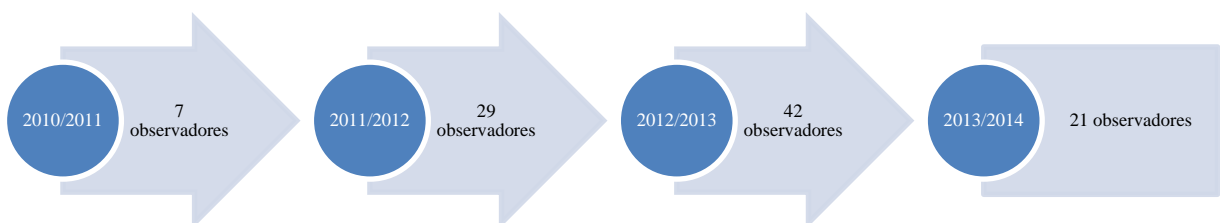


Figura 3. *Número de observadores participantes en los diferentes cursos académicos*

Para permitir la participación de forma anónima en el estudio, la identificación de cada uno de los sujetos observadores se llevó a cabo mediante la asignación de un código numérico correlativo en orden, seguido de otro correspondiente al curso académico durante el cual se realizó la investigación (001-10, 002-10,...001-11, 002-11,... 001-12, 002-12,...001-13...). Con el fin de homogeneizar la recogida de los datos, se realizó por parte de los investigadores un entrenamiento de los observadores mediante entrevistas y sesiones de formación, con grupos de hasta un máximo de tres alumnos, durante las cuales se explicaba, a través de un cuestionario de referencia, las posibles deficiencias en la guarda del secreto profesional, de acuerdo a una plantilla (se adjunta como **Anexo A**). En dicho documento se describieron situaciones, que sirviendo a modo de ejemplo, pudieran mostrar las faltas más comunes en relación a la vulneración de la confidencialidad de los pacientes. No obstante, se pidió a los observadores que recogieran cualquier tipo de incidencia en la que se violara el secreto profesional, aunque no estuviera reflejada en el cuestionario como ejemplo, de tal forma que si posteriormente a criterio de los investigadores no constituía una falta ética relacionada con la confidencialidad de los pacientes, sería excluida como observación.

Los observadores rellenaban dichas plantillas protocolizadas durante la realización de sus prácticas clínicas en el HURS. Tan solo se tuvieron en cuenta aquellas rotaciones por Unidades de Gestión exclusivamente de carácter clínico: Medicina Interna; Ginecología y Obstetricia; Pediatría y especialidades (Neurología, Neonatología, Alergología, Nefrología, Cuidados Intensivos, Oncología, Cirugía, Urgencias, Alergia y Neumología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, plantas de Hospitalización y Centro de Salud); Urgencias del Adulto; Cirugía General y Digestivo: Cirugía Hepatobiliar, Coloproctología, Cirugía Mamaria, Cirugía Endocrina y Tracto Digestivo Superior y Cirugía Oncológica; Cirugía Maxilofacial; Cirugía Plástica; Traumatología y Ortopedia (Áreas de Urgencias y de Hospitalización); Aparato Digestivo; Dermatología; Reumatología; Salud Mental; Nefrología; Neumología; Neurología y Oftalmología.

En cada una de las plantillas protocolizadas los observadores recogieron el número de días y horas totales correspondientes a cada rotación, tiempo durante el cual pudieron observar situaciones en las que se vulneraba la confidencialidad de los pacientes, y además se anotaron una serie de datos de carácter sociodemográfico que fueron divididos en cuatro apartados:

1. Descripción de la falta de confidencialidad observada.
2. Lugar/es donde fue cometida la falta.
3. Día y hora de la incidencia observada.
4. Tipo de profesional sanitario actor de la falta de confidencialidad, sexo y rango de edad del mismo.

3.3. TAMAÑO MUESTRAL

Respecto al tamaño muestral no se realizó el cálculo del mismo de forma previa a la realización del estudio.

3.4. TRATAMIENTO DE LOS DATOS

3.4.1. Variables

Una vez recogidas todas las plantillas, para la realización del estudio estadístico se establecieron las siguientes variables, la mayoría de carácter cualitativo, a excepción de los días, horas de observación y la frecuencia de faltas por hora, variables cuantitativas.

3.4.1.1. Servicios Médicos

Se contabilizaron los Servicios Médicos en los cuales se han llevado a cabo las observaciones, hasta 37 Unidades de Gestión Clínica (UGC), teniendo en cuenta las especialidades que comprendían algunas de ellas, ante lo que se decidió la reagrupación de dichas UGC debido a la escasez de datos en algunas y la amplia diversidad de las mismas. De tal forma que aquellas UGC en las que el período de rotación era inferior a 200 días de observación y por afinidad de áreas, fueron unificadas en una misma categoría.

Teniendo en cuenta lo anterior, en la variable Servicios Médicos se establecieron como categorías:

1. Medicina Interna y Urgencias, incluyendo ésta última las consultas y áreas de cuidados intermedios y observación-camas de la UGC de Urgencias del Adulto.
2. Ginecología y Obstetricia.
3. Pediatría, la cual comprendía las siguientes unidades asistenciales: Neurología, Neonatología, Alergología, Nefrología, Cuidados Intensivos, Oncología,

Cirugía, Urgencias, Alergia y Neumología, Gastroenterología, Endocrinología, Cardiología, plantas de Hospitalización y Centro de Salud.

4. Cirugía General y Digestivo, se estableció como única categoría teniendo en cuenta que en el HURS es una UGC que engloba a las Unidades de Cirugía Hepatobiliar, Coloproctología, Cirugía Mamaria, Cirugía Endocrina y Tracto Digestivo Superior, y Cirugía Oncológica.
5. Cirugía Maxilofacial y Cirugía Plástica.
6. El resto de UGC correspondientes a otras Especialidades de carácter médico o quirúrgico en las que los observadores realizaron rotaciones y anotaron observaciones, se reunieron en una única categoría que incluía: Traumatología y Ortopedia, tanto las áreas de urgencias como las de hospitalización; Aparato Digestivo; Dermatología; Reumatología; Salud Mental; Nefrología; Neumología; Neurología y Oftalmología.
7. Por último, se añadió una categoría a la que se designó como “Desconocido”, que recogía aquellas faltas a la confidencialidad observadas en lugares del Hospital o realizadas por actores, que no pertenecían en concreto a ninguna UGC o Servicio Médico.

3.4.1.2. Género de los observadores

Como variable cualitativa dicotómica, se recogió el género (femenino/masculino) de los observadores que participaron en el proyecto.

3.4.1.3. Días y Horas

En la siguiente tabla (**Tabla III**) se recogieron como variables cuantitativas, el número total de días y horas de observación correspondientes a la rotación de todos los participantes en los diferentes Servicios, a lo largo de cada curso académico.

Tabla III. Relación de períodos de tiempo (días y horas) de los participantes en cada Servicio Médico a lo largo de los cursos académicos						
<i>Servicios Médicos</i>		2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	TOTAL
MI- U^a	D	125	569	838	419	1951
	H	470	2866	4345	2048	9729
G-O^b	D	39	415	676	349	1479
	H	147	1672	3078	1573	6470
PD^c	D	35	454	716	388	1593
	H	160	1892	3479	1805	7336
C.GD^d	D	30	414	567	265	1276
	H	150	2031	2828	1195	6204
C.M-P^e	D	19	96	256	192	563
	H	90	458	1164	839	2551
R.E^f	D	10	106	155	0	271
	H	40	333	485	0	858
Desconocido	D	0	1	4	0	5
	H	0	1	8	0	9
TOTAL	D	258	2055	3212	1613	7138
	H	1057	9253	15387	7460	33157

D: días; H: horas. ^aMedicina Interna y Urgencias. ^bGinecología y Obstetricia. ^cPediatría. ^dCirugía General y Digestivo. ^eCirugía Maxilofacial y Plástica. ^fResto Especialidades Médicas y Quirúrgicas

3.4.1.4. Existencia de falta a la confidencialidad (si/no)

Se recogió como una variable cualitativa dicotómica, referida a la observación o no de faltas (falta sí/no) a la confidencialidad por parte del participante, en un determinado período de rotación en un Servicio Médico.

3.4.1.5. Número de observaciones

Variable cuantitativa que hacía referencia al número de veces que fue observada un mismo tipo de falta, cometida en un Servicio Médico concreto, por parte del mismo actor durante la rotación correspondiente. Nos permitió conocer si se trataba de una vulneración a la confidencialidad que ocurrió de forma aislada o que se produjo de forma reiterada, influyendo este hecho en la graduación de la gravedad, como posteriormente se explicará.

3.4.1.6. Tipo de falta observada

Una vez recogidas todas las plantillas aportadas por los observadores, se realizó una clasificación de todas las faltas cometidas que fueron anotadas. Se trata de una variable cualitativa de tipo nominal.

Se estableció una clasificación formada por 3 categorías:

1. Faltas relacionadas con la guarda y custodia de la historia y documentación clínica (hojas de ingreso, evolución clínica, de enfermería, analíticas y resto de exploraciones complementarias, así como cualquier otro tipo de documento con datos de los pacientes) y el acceso informático a la misma.
2. Faltas referidas a la consulta y/o revelación de datos clínicos y/o personales tanto a personal sanitario del centro, pero que no estaba implicado en la asistencia clínica del paciente, como a cualquier persona ajena al centro sanitario (terceras personas). En relación a los datos clínicos nos referíamos a los antecedentes médicos personales o familiares, tratamientos médicos, aspectos relacionados con la enfermedad actual, pruebas diagnósticas realizadas, diagnóstico actual, tratamiento establecido o pronóstico de la patología que motivó la consulta. Respecto a los aspectos personales no relacionados con la asistencia médica, se hacía referencia a todos aquellos que no se recogían como datos clínicos, pero que al ser datos sensibles, su revelación afectaba a la intimidad del sujeto.
3. Situaciones en las que la revelación indebida de aspectos clínicos del paciente, se producía por deficiencias en la infraestructura, equipamiento u organización del centro sanitario.

3.4.1.7. Gravedad de las faltas cometidas

Se recogió como una variable cualitativa ordinal, que establecía la gravedad de los tipos de faltas observadas, anteriormente descritas.

Como clasificación se estableció la siguiente, cuya graduación de menor a mayor gravedad es:

1. Faltas Leves, aquellas en las que existía falta de cuidado en el tratamiento o manejo de los datos sensibles de los pacientes, no incluidos en las siguientes categorías, pero sin que existieran consecuencias observables. Se incluyeron

aquellas relacionadas con la guarda y custodia de la historia y documentación clínica, o las que vinieron provocadas por algún déficit en la infraestructura del centro sanitario.

2. Faltas Leves cometidas de forma reiterativa, es decir, faltas leves que fueron observadas en más de una ocasión.
3. Faltas Graves, se consideraron aquellas que dieron lugar a la revelación de datos sensibles, y por otro lado también aquellas incidencias que originaron algún tipo de consecuencia observable. Se correspondieron con situaciones en las que se revelaron datos clínicos de los pacientes a terceras personas o personal sanitario no implicado en la asistencia del mismo, incluyendo además las faltas cometidas de forma intencional, o relacionadas con la vida sexual, enfermedades psiquiátricas, estigmatizantes o aspectos raciales o étnicos del paciente. Merecieron la consideración de especial gravedad debido a que estos datos se consideran como pertenecientes al núcleo duro de la intimidad.
4. Faltas Graves que ocurrían de forma reiterada, que al igual que en el tipo 2, se consideraban cuando una determinada falta grave fue observada más de una vez.

Al ser una variable cualitativa de carácter ordinal, se consideró que las faltas tipo 4, “graves reiterativas”, eran más graves que el resto; las tipo 3, “graves”, más que las consideradas como 2 y 1, y así sucesivamente.

A continuación (**Figura 4**), se detalla la interrelación que establecemos entre los tipos de faltas cometidas y anteriormente explicadas, y la gravedad que correspondía a cada una de ellas^a.

^a En el siguiente esquema se explica la relación entre los tipos de faltas y la gravedad de las mismas: “leves” y “graves”; en el caso de las faltas “leves reiterativas” y “graves reiterativas”, la consideración es la misma aunque la incidencia se ha observado en más de una ocasión por parte del mismo actor y en las mismas condiciones.

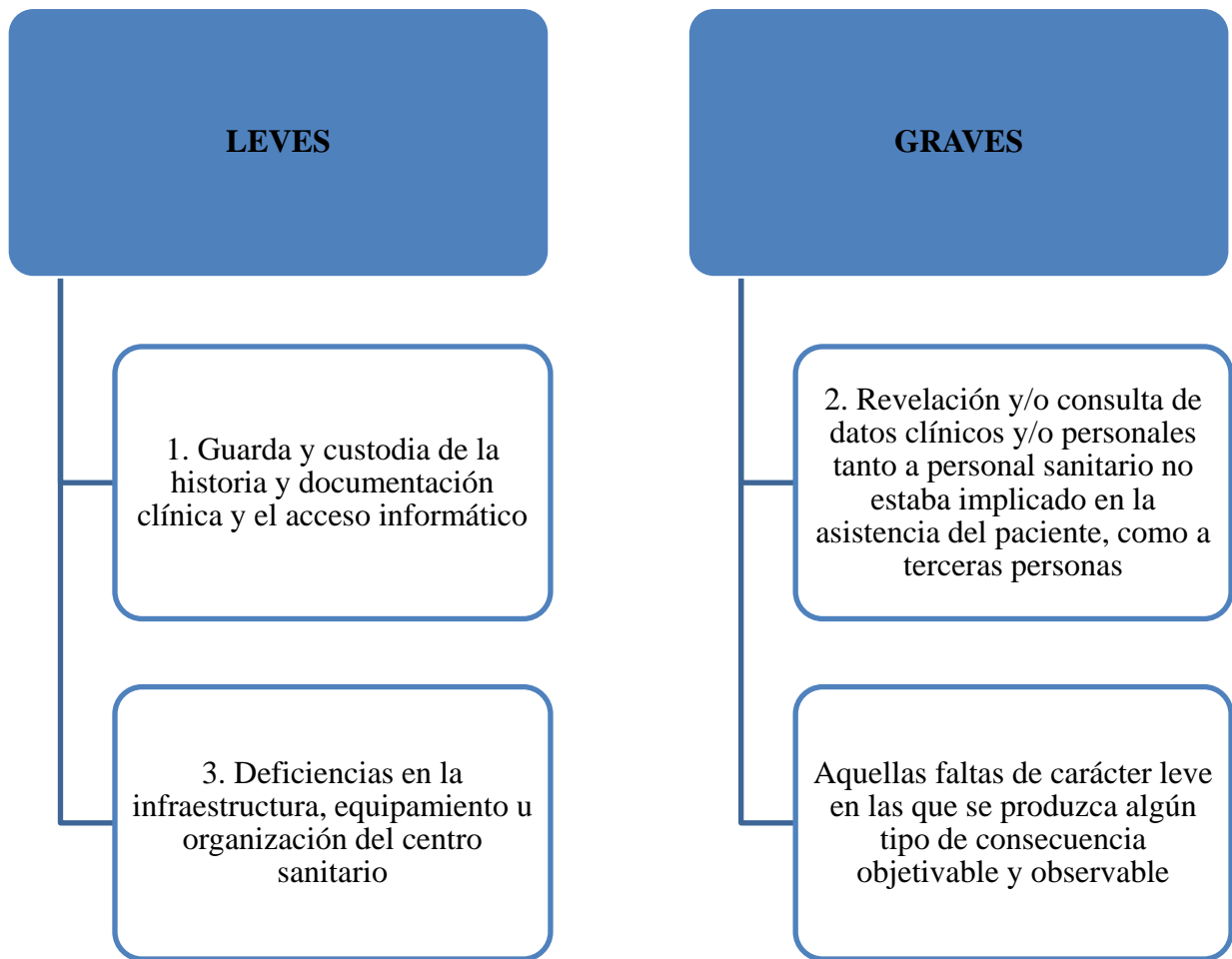


Figura 4. Relación entre los tipos de faltas y la gravedad correspondiente

3.4.1.8. Lugar donde la falta ha sido observada

Una vez recogidas las plantillas aportadas se establecieron diferentes categorías en base a los lugares donde se observaron incidencias relacionadas con la vulneración de la confidencialidad del paciente. Es una variable cualitativa, en la que se pudieron identificar las siguientes categorías:

1. Zonas de reunión, incluyendo aquellos lugares donde se llevan a cabo las sesiones clínicas, y despachos no asistenciales.
2. Consultas médicas y salas de curas de enfermería.
3. Pasillos comunes a todo el centro sanitario
4. Escaleras.

5. Vestuarios.
6. Ascensores.
7. Quirófano.
8. Aulas de formación ubicadas en la planta sótano del hospital.
9. Salas de espera de familiares en el área quirúrgica.
10. Pasillos de las plantas de hospitalización, consultas externas o área de observación.
11. Control de enfermería.
12. Habitaciones de los enfermos en las plantas de hospitalización.
13. Cafetería del centro.
14. Pasillos del área quirúrgica.
15. Espacios abiertos en la Facultad de Medicina.

Finalmente se optó por agrupar los lugares recogidos en las observaciones, con el objetivo de evitar la dispersión en demasiados grupos, creando así diversas categorías por afinidad:

1. Zonas de reunión (despachos, aulas de formación,...) y áreas específicas de trabajo asistencial (consultas médicas, salas de curas de enfermería, quirófanos,...)
2. Control de enfermería en las áreas de hospitalización.
3. Habitación de enfermos.
4. Resto de zonas comunes que comprenden pasillos, ascensores, cafetería, zonas de acceso al hospital, escaleras, vestuarios...

3.4.1.9. Actores implicados en las faltas

En las plantillas de los cuestionarios, los observadores debían anotar entre las opciones planteadas el actor que cometió la falta de confidencialidad, es decir la persona o personas que formando parte del personal asistencial del HURS, estaban implicadas en la incidencia presenciada. En este caso nos referíamos a una variable cualitativa nominal. Una vez recogidos todos los datos se observó que en no pocas de las situaciones anotadas, eran dos o más personas o actores los responsables de la vulneración de la confidencialidad, por ello se establecieron cada uno de dichos actores como variables independientes los unos de los otros.

Se estudiaron las faltas en relación a la vulneración de la confidencialidad entre:

1. Facultativos, refiriéndonos a los médicos adjuntos o facultativos especialistas de área (FEAs) que forman parte de la plantilla del centro.
2. Médicos residentes en formación (MIR), independientemente del año de residencia.
3. Personal de enfermería.
4. Auxiliares de enfermería.
5. Celadores/as.
6. Personal de administración.
7. Estudiantes, variable que se añadió posteriormente ya que algunos observadores aportaron anotaciones sobre faltas cometidas en el HURS por los propios estudiantes de la Facultad de Medicina.

3.4.1.10. Género y Edad de los actores implicados

Como características sociodemográficas de interés que definían a cada uno de los actores que cometieron alguna falta vulnerando la intimidad de los pacientes, y que han sido anteriormente descritos, se establecieron como variables cualitativas el género y la edad.

El género se trató como una variable cualitativa nominal dicotómica (masculino/femenino). Con la finalidad de evitar que los actores se sintieran observados y modificaran su conducta, se decidió prescindir de que los observadores les preguntaran directamente la edad, por tanto se estableció la variable “edad” como cualitativa, recogida en 5 categorías que permitía a los observadores tan solo estimar una edad orientativa en base a los siguientes rangos:

1. 20 a 30 años.
2. 31 a 40 años.
3. 41 a 50 años.
4. 51 a 60 años.
5. 61 a 70 años.

3.4.1.11. Índice de Frecuentación de faltas observadas

Uno de los aspectos más importantes de la investigación se desarrolla en este apartado, ya que una vez recogidas todas las faltas anotadas, así como las horas de observación totales y en cada uno de los Servicios, se intentó calcular la frecuentación con la que ocurrían tales incidencias. Se trata de una estimación destacable porque tal como se puede apreciar en los apartados anteriores, las horas de observación en cada Servicio Médico no son las mismas para cada uno de ellos, y esto se debe a que cada observador realizó períodos de observación diferentes en función de las prácticas asignadas durante el curso académico. Así, de forma desglosada para cada uno de los Servicios Médicos, se creó una nueva variable de carácter cuantitativo: el Índice de Frecuentación (IF), que ponía de manifiesto el número de faltas anotadas por cada hora de observación realizada. Para realizar dicho cómputo en cada Servicio se promedió el número de faltas cometidas en dicho Servicio, frente a las horas totales de observación realizadas en el mismo. Así, resultó posible establecer de forma fiable cuáles eran aquellos Servicios en los que realmente el número de faltas cometidas era superior al resto.

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación llevada a cabo no se trata de una investigación sobre pacientes; no recabamos ningún dato u opinión de los pacientes ni tampoco muestras biológicas. Se trata de un estudio observacional sobre aspectos de la práctica clínica que se desarrollan en el Centro Hospitalario. Es más, en la plantilla de recogida de datos (**Anexo A**) se reflejó que la toma de las observaciones sería de forma anonimizada (nos interesaba saber únicamente el Servicio Médico implicado y el tipo de profesional sanitario implicado, pero sin más datos que permitan la identificación del mismo). Aun así, los participantes en la investigación firmaron una hoja de adhesión y compromiso de confidencialidad como observadores (**Anexo B**) y los datos recogidos fueron almacenados en un soporte informático al cual tendrán acceso únicamente los investigadores responsables del estudio.

Se procedió finalmente a iniciar este trabajo de investigación una vez obtenida la aprobación previa de la Comisión de Ética del HURS el 10 de febrero de 2011 (**Anexo C**).

3.6. MÉTODO ESTADÍSTICO

El procesamiento y análisis estadístico de los datos fue realizado con el software PASW Statistics 18 (IBM SPSS®) para Windows. Y consistió en la realización de:

- a) Análisis descriptivo para las variables cualitativas mediante el cálculo de recuentos (n) y proporciones (%). Y para las cuantitativas mediante el cálculo de media (m), desviación standard (DS), mediana (me) y rango intercuartil (RIC), valores mínimo y máximo (Min-Max).
- b) En el caso de la variable IF (única variable cuantitativa de nuestro estudio) se determinó la bondad de ajuste a una distribución normal mediante la prueba de Shapiro-Wilk; y se comprobó la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene.
- c) Comparación de proporciones entre los distintos grupos mediante pruebas ji-cuadrado (χ^2) para tablas de contingencia; en el caso de tablas 2x2 se utilizó el estadístico χ^2 con corrección de Yates, y cuando alguna frecuencia esperada fue ≤ 5 se aplicó la prueba exacta de Fisher.
- d) Comparación de los valores promedios del IF en los diferentes Servicios Médicos mediante la prueba de Kruskal-Wallis y pruebas U de Mann-Whitney como pruebas post-hoc para las comparaciones múltiples.

El contraste de hipótesis fue bilateral y en todas las pruebas se consideraron valores estadísticamente "significativos" aquéllos cuyo nivel de confianza fue superior al 95%, es decir, un error $\alpha < 0,05$ ($p < 0,05$).

IV. Resultados

4.1. DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

En el período correspondiente a la investigación, los observadores realizaron un total de 7138 días y 33157 horas de observación en los diferentes Servicios Médicos del HURS.

4.1.1. Características de los observadores

De los 99 observadores que participaron inicialmente en el proyecto, el 75,8% pertenecía al género femenino (**Figura 5**).

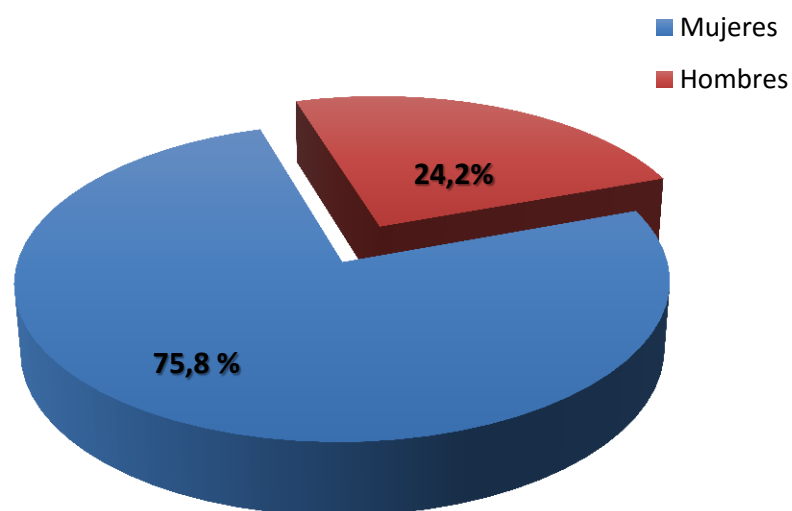


Figura 5. Porcentaje de observadores participantes según género

4.1.2. Cuestionarios recogidos y faltas observadas. Distribución de las faltas en los Servicios Médicos

Durante dicho intervalo de tiempo se recogieron en total 635 cuestionarios correspondientes a las observaciones en los diferentes períodos de rotación. De las faltas a la confidencialidad descritas por los observadores, hubo 5 que fueron excluidas, ya que algunas de las situaciones eran relativas a incidencias que podrían constituir faltas éticas, pero no estaban directamente relacionadas con el secreto profesional. De esa forma ocurrió en 3 casos en los que no se siguieron adecuadamente los protocolos

establecidos de consentimiento informado, bien en relación al acto de informar al paciente en sí o al momento de la firma, y las 2 restantes hacían referencia a situaciones que realmente no constituían una vulneración de la intimidad de los pacientes, como el ejemplo de sesiones clínicas en las que se debatía la actuación profesional a seguir en algunos casos concretos o una consulta entre dos facultativos sin más intención que la de decidir una actitud terapéutica. Finalmente, se contabilizó que el número de cuestionarios válidos correspondientes a observaciones recabadas en total fueron 630, de las cuales 520 (82,5%) se correspondían con situaciones en las que se vulneró la confidencialidad de los pacientes. En la siguiente tabla (**Tabla IV**) se reflejan los cuestionarios recogidos y las faltas observadas en cada uno de los Servicios Médicos.

Tabla IV. Características de los cuestionarios recogidos y su distribución por Servicios Médicos				
	n		%	
Cuestionarios recogidos (N=630)				
Faltas observadas	520		82,5	
Servicios Médicos				
	Cuestionarios por Servicio (N=630)		Faltas por Servicio (n=520)	
	n	%	n	%
Medicina Interna y Urgencias	159	25,2	141	27,1
Ginecología y Obstetricia	125	19,8	99	19,0
Pediatría	153	24,3	110	21,2
Cirugía General y Digestivo	100	16,0	89	17,1
Cirugía Maxilofacial y Plástica	45	7,1	39	7,5
Resto E. Médicas y Quirúrgicas	43	6,8	37	7,1
Desconocido	5	0,8	5	1,0

4.1.3. Características generales de las faltas observadas

A continuación en la **Tabla V** se recogen las características de las faltas que fueron registradas, tales como la tipología y gravedad que les corresponde y el lugar donde fueron observadas.

Tabla V. Características generales de las faltas observadas		
	n	%
<i>Tipos de faltas</i> (n=520)		
Guarda y custodia Historia Clínica	179	34,4
Revelación/consulta datos clínicos y personales	284	54,6
Relativas a la infraestructura	57	11,0
<i>Gravedad de las faltas cometidas</i> (n=520)		
Leves	153	29,4
Leves reiterativas	75	14,4
Graves	243	46,7
Graves reiterativas	49	9,5
<i>Lugar en el que ha sido observada la falta</i> (n=520)		
Zonas de reunión y específicas de trabajo	158	30,4
Control de enfermería	125	24,0
Habitación de enfermos	40	7,7
Resto de zonas comunes	197	37,9

4.1.3.1. Tipos de faltas cometidas

En relación a la tipología establecida de faltas observadas (**Tabla V**), aquellas que se observaron con mayor predominio fueron las relacionadas con la revelación y/o consulta de datos clínicos y/o aspectos personales de los pacientes a personal no implicado en su asistencia clínico o terceras personas ajenas al centro, que en concreto constituyeron un 54,6% de todas las incidencias anotadas.

4.1.3.2. Gravedad de las faltas observadas

De todas las faltas observadas, las graves, en un 46,7%, eran las más frecuentes (**Tabla V**).

4.1.3.3. Lugares en los que se vulneró la intimidad de los pacientes

Los lugares en los que se observaron las faltas de confidencialidad se muestran en la **Tabla V**, siendo las más frecuentes en las zonas comunes en un 37,9% (pasillos, ascensores, cafetería del centro, escaleras, vestuarios...).

4.1.4. Características de los actores implicados en las faltas

En relación al personal implicado en la comisión de las faltas, se contabilizaron 650 actores como responsables de 520 faltas a la confidencialidad observadas, hecho que se debe a que en gran parte de las incidencias ocurridas, participaba más de una persona.

A continuación se detallan los actores implicados en los grupos establecidos (**Tabla VI**), así como aquellos datos sociodemográficos que los caracterizaban: género (**Tabla VII**) y rango de edad (**Tabla VIII**).

La mayoría de los actores responsables de las faltas observadas fueron facultativos, en un 51,4%.

En las características correspondientes tanto al género como los rangos de edad, el número total de datos conocidos era inferior a 650 (número total de actores), ya que existieron casos en los que las anotaciones realizadas por el observador no aclaraban el género o edad correspondiente a cada uno de los mismos.

Tabla VI. Actores implicados en las faltas observadas		
Actores (n=650)	n	%
Facultativos	334	51,4
Médicos Residentes	122	18,8
Enfermeros/as	130	20,0
Auxiliares de enfermería	31	4,8
Celadores/as	19	2,8
Personal Administrativo	7	1,1
Estudiantes	7	1,1

Tabla VII. Género de los actores implicados en las faltas observadas		
<i>Género actores</i> (n=559)	n	%
Facultativos (n=308)		
M	209	67,9
F	99	32,1
Médicos Residentes (n=95)		
M	36	37,9
F	59	62,1
Enfermeros/as (n=106)		
M	7	6,6
F	99	93,4
Auxiliar (n=23)		
M	0	0
F	23	100
Celadores/as (n= 19)		
M	18	94,7
F	1	5,3
Personal Administrativo (n=6)		
M	1	16,7
F	5	83,3
Estudiantes (n=6)		
M	1	16,7
F	5	83,3
<i>Masculino (M). Femenino (F)</i>		

Tabla VIII. Rango de edad de los actores implicados en las faltas observadas		
<i>Edad actores</i> (n=561)	n	%
Facultativos (n=307)		
20 a 30 años	1	0,3
31 a 40 años	32	10,4
41 a 50 años	150	48,9
> 50 años	124	40,4
Residentes (n=97)		
20 a 30 años	83	85,6
31 a 40 años	12	12,4
41 a 50 años	1	1,0
> 50 años	1	1,0
Enfermeros/as (n= 105)		
20 a 30 años	2	1,9
31 a 40 años	13	12,4
41 a 50 años	40	38,1
> 50 años	50	47,7
Auxiliares (n=21)		
20 a 30 años	1	4,8
31 a 40 años	0	0
41 a 50 años	7	33,3
> 50 años	13	61,9
Celadores/as (n=19)		
20 a 30 años	1	5,3
31 a 40 años	2	10,5
41 a 50 años	11	57,9
> 50 años	5	26,3
Personal administrativo (n=6)		
20 a 30 años	0	0
31 a 40 años	0	0
41 a 50 años	2	33,3
> 50 años	4	66,7
Estudiantes (n=6)		
20 a 30 años	6	100
31 a 40 años	0	0
41 a 50 años	0	0
> 50 años	0	0

4.1.5. Índice de Frecuentación del fenómeno

A la hora de realizar los cálculos del IF en cada uno de los Servicios Médicos, el referido como “Desconocido” no fue tenido en cuenta ya que el carácter puntual de las observaciones recogidas en el mismo hacía que no se le pudiera asignar un número real de horas de observación, lo cual imposibilitaba el cálculo de dicho Índice.

Tal como refleja la **Tabla IX**, de los cálculos realizados se obtuvo que el Servicio Médico en el que la mediana (me) de la frecuentación de faltas era superior al resto, fue aquel designado como Resto de especialidades médicas y quirúrgicas, con 0,083 faltas por hora de observación. El menor IF correspondió al servicio de Medicina Interna y Urgencias, con una mediana de 0,023 faltas por hora (**Figura 6**).

Tabla IX. Índice de Frecuentación de las faltas observadas en los diferentes Servicios Médicos			
	m (\pmDS)	me (RIC)	mín-máx
Medicina Interna y Urgencias	0,026(\pm 0,014)	0,023(0,019)	0,005-0,063
Ginecología y Obstetricia	0,038(\pm 0,050)	0,025(0,015)	0,007-0,333
Pediatría	0,044(\pm 0,073)	0,025(0,021)	0,006-0,500
Cirugía General y Digestivo	0,025(\pm 0,013)	0,024(0,021)	0,006-0,050
Cirugía Maxilofacial y Plástica	0,029(\pm 0,015)	0,028(0,023)	0,008-0,067
Resto E. Médicas y Quirúrgicas	0,106(\pm 0,107)	0,083(0,085)	0,011-0,500

Media (m), desviación estándar (DS), mediana (me), rango intercuartílico (RIC) y mínimo y máximo (mín-máx) en relación al IF (faltas anotadas por hora de observación) en cada uno de los Servicios Médicos

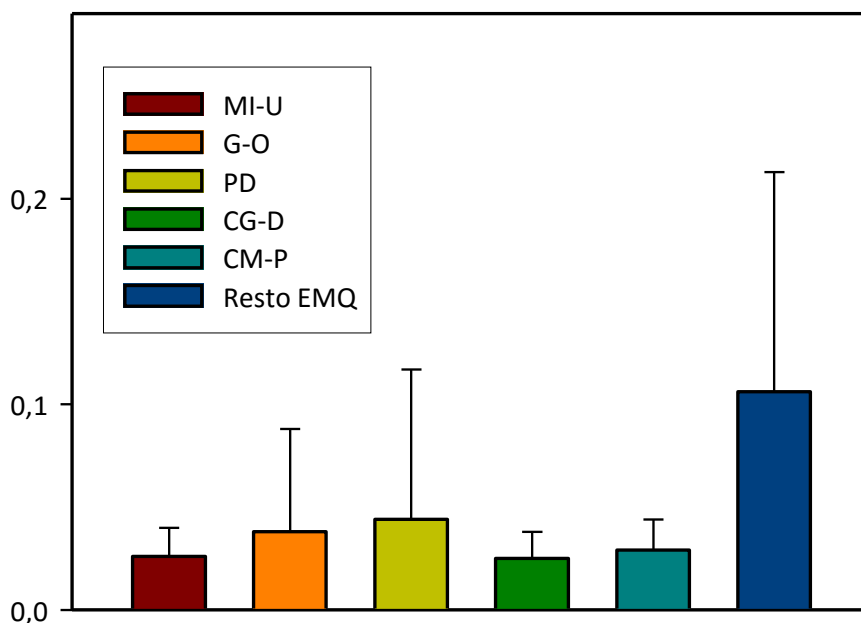


Figura 6. Índice de Frecuentación de las faltas observadas en los Servicios Médicos. (MI-U: Medicina Interna y Urgencias. G-O: Ginecología y Obstetricia. PD: Pediatría. CG-D: Cirugía General y Digestivo. CM-P: Cirugía Maxilofacial y Plástica. Resto EMQ: Resto Especialidades Médicas y Quirúrgicas).

4.2. COMPARACIÓN EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LAS FALTAS

A continuación se realizó el estudio estadístico durante el cual se relacionaron entre sí las diferentes características que definían las faltas observadas. Para dicho análisis no se tuvo en cuenta el servicio “Desconocido” debido en parte a los motivos referidos anteriormente (al ser observaciones puntuales no se le pueden asignar un número total de horas reales de observación) y también por la baja incidencia de faltas anotadas en el mismo. Por ello, no se contabilizaron las 5 faltas cometidas en el servicio referido y los cálculos se hicieron en base a 625 observaciones, en lugar de las 630 que se establecieron inicialmente; así como las faltas observadas se consideraron 515, en vez de 520.

4.2.1. Género de las observaciones y relación con los cuestionarios recogidos

Tras asignar el género correspondiente al observador que recogió cada cuestionario, se constató que no existían diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (**Tabla X**).

Tabla X. Relación entre el género de las observaciones recogidas y la existencia de faltas

	<i>Faltas observadas (%)</i>		Total	p*
	No	Sí		
<i>Observaciones (n=625)</i>				
Masculino	24 (21,8)	145 (28,2)		0,194
Femenino	86 (78,2)	370 (71,8)		
Total	110	515	625	

* Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico exacto de Fisher para tablas de contingencia

4.2.2. Relación de actores implicados y los Servicios Médicos

Los resultados recogidos en la siguiente **Figura 7 (Tabla XI)** mostraron la existencia de una asociación estadísticamente significativa ($p=0,001$) entre los Servicios Médicos y los actores en cada uno de ellos, implicados en las faltas observadas.

En todos los servicios, el grupo de actores que con más frecuencia cometía faltas a la confidencialidad, fue el de los facultativos.

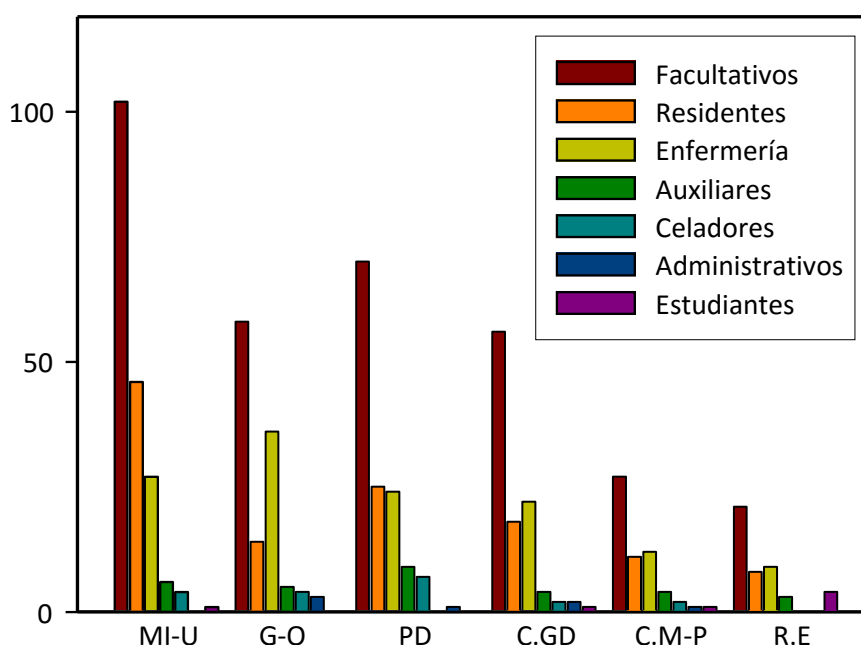


Figura 7. Relación de actores implicados en cada Servicio Médico. (MI-U: Medicina Interna y Urgencias. G-O: Ginecología y Obstetricia. PD: Pediatría. CG-D: Cirugía General y Digestivo. CM-P: Cirugía Maxilofacial y Plástica. Resto EMQ: Resto Especialidades Médicas y Quirúrgicas).

Tabla XI. Relación entre los Servicios Médicos y los actores implicados

	<i>Actores n(%) (n=650)</i>							p*
	Facult¹ (n=334)	Resid² (n=122)	Enferm³ (n=130)	Aux⁴ (n=31)	Celad⁵ (n=19)	Adm⁶ (n=7)	Estud⁷ (n=7)	
<i>Servicios Médicos n(%)</i>								
MI-U^a (n=186)	102 (54,8)	46 (24,8)	27 (14,5)	6 (3,2)	4 (2,2)	0 (0)	1 (0,5)	0,001
G-O^b (n=120)	58 (48,3)	14 (11,7)	36 (30,0)	5 (4,2)	4 (3,3)	3 (2,5)	0 (0)	
PD^c (n=136)	70 (51,5)	25 (18,4)	24 (17,7)	9 (6,6)	7 (5,2)	1 (0,7)	0 (0)	
C.GD^d (n=105)	56 (53,3)	18 (17,1)	22 (21,0)	4 (3,8)	2 (1,9)	2 (1,9)	1 (1,0)	
C.M-P^e (n=58)	27 (46,6)	11 (19,0)	12 (20,7)	4 (6,9)	2 (3,5)	1 (1,7)	1 (1,7)	
R.E^f (n=45)	21 (46,7)	8 (17,8)	9 (20,0)	3 (6,7)	0 (0)	0 (0)	4 (8,9)	

¹Facultativo. ²Médico Residente. ³Enfermero/a. ⁴Auxiliar de Enfermería. ⁵Celador/a. ⁶Personal administrativo. ⁷Estudiante. ^aMedicina Interna y Urgencias. ^bGinecología y Obstetricia. ^cPediatría. ^dCirugía General y Digestivo. ^eCirugía Maxilofacial y Plástica. ^fResto Especialidades Médicas y Quirúrgicas
* Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.2.3. Relación entre el tipo de falta y los Servicios Médicos

En base a la **Tabla XII** se ha demostrado que existía tendencia estadística ($p=0,059$) por lo que los tipos de faltas observadas se relacionan de forma significativa con algunos de los diferentes Servicios Médicos en los que han sido registradas.

En todos los servicios descritos, las faltas observadas con mayor frecuencia eran las relacionadas con la revelación y/o consulta de datos clínicos y/o personales a personal no asistencial o terceras personas.

4.2.4. Relación entre el tipo de falta y el lugar en el que se observaron

Respecto a los tipos de faltas y los lugares donde éstas fueron observadas, existía una asociación estadísticamente significativa ($p<0,001$). De tal forma que según nos muestra la **Tabla XII**, se observó que de forma predominante en las zonas de reunión y áreas

específicas de trabajo (75,8%), en las habitaciones de los enfermos (90%) y en las zonas comunes (53,9%), se observaron más frecuentemente faltas relativas a la revelación y/o consulta de datos clínicos y/o personales a personal no asistencial así como a terceras personas. Por otro lado, en los controles de enfermería, se registraron de forma mayoritaria faltas en relación a la guarda y custodia de la historia y documentación clínica (80%) (**Figura 8**).

Tabla XII. Relación entre el tipo de falta, los Servicios Médicos y el lugar en el que se observaron				
<i>Tipos de Faltas observadas (n=515) n(%)</i>				
	H^aC¹ (n=175)	Dat. CP² (n=283)	Infraest³ (n=57)	p*
Servicios Médicos n(%)				
MI-U^a (n=141)	56 (39,7)	61 (43,3)	24 (17,0)	0,059
G-O^b (n=99)	31 (31,3)	60 (60,6)	8 (8,1)	
PD^c (n=110)	37 (33,6)	64 (58,2)	9 (8,2)	
C.GD^d (n=89)	29 (32,6)	48 (53,9)	12 (13,5)	
C. M-P^e (n=39)	13 (33,3)	24 (61,5)	2 (5,2)	
R.E^f (n=37)	9 (24,3)	26 (70,3)	2 (5,4)	
Lugar Faltas n(%)				
Z.Trb^g (n=157)	31 (19,7)	119 (75,8)	7 (4,5)	<0,001
Cont.E^h (n=125)	100 (80,0)	24 (19,2)	1 (0,8)	
Habit.Eⁱ (n=40)	4 (10,0)	36 (90,0)	0 (0)	
Z.Com^j (n=193)	40 (20,7)	104 (53,9)	49 (25,4)	
¹ Guarda y custodia de la Historia Clínica. ² Revelación de datos clínicos y personales. ³ Relativas a la infraestructura				
^a Medicina Interna y Urgencias. ^b Ginecología y Obstetricia. ^c Pediatría. ^d Cirugía General y Digestivo. ^e Cirugía Maxilofacial y Plástica. ^f Resto Especialidades Médicas y Quirúrgicas. ^g Zonas de reunión y específicas de trabajo ^h Control de enfermería. ⁱ Habitación de enfermos. ^j Resto de zonas comunes				
*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia				

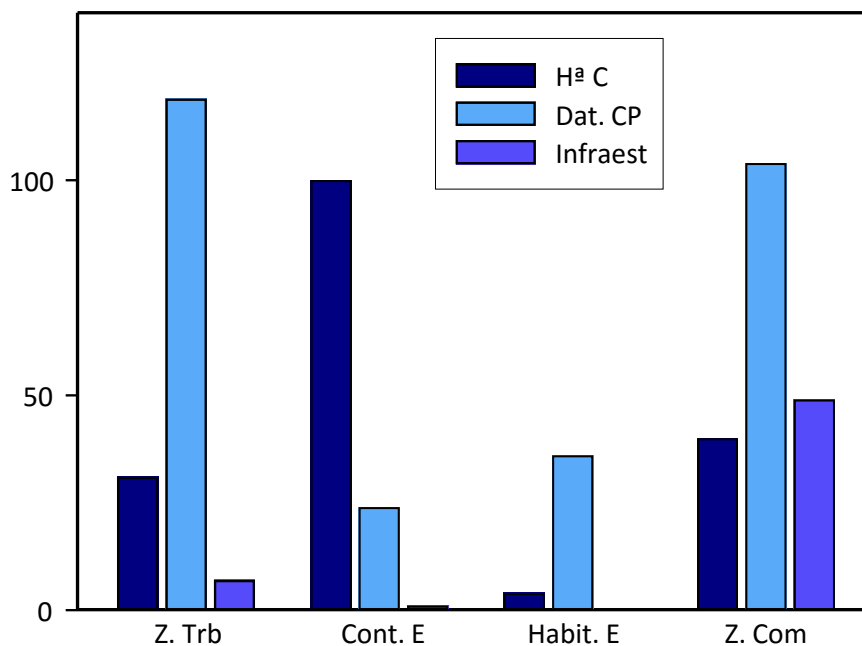


Figura 8. Relación entre el tipo de falta y el lugar donde se observaron. (HªC: Guarda y custodia de la Historia Clínica. Dat. CP: Revelación de datos clínicos y personales. Infraest: Relativas a la infraestructura. Z. Trb: Zonas de reunión y específicas de trabajo. Cont. E: Control de enfermería. Habit. E: Habitación de enfermos. Z. Com: Resto de zonas comunes)

4.2.5. Relación entre el tipo de falta y los actores implicados

Tal como se recoge en la **Tabla XIII**, al relacionar cada uno de los grupos de actores implicados en las faltas observadas y la tipología correspondiente, existía una asociación estadísticamente significativa en algunos de ellos. Tal asociación era significativa, en el caso de los facultativos ($p=0,005$) y personal de enfermería ($p=0,002$) estando ambos grupos implicados de forma más frecuente en las faltas relativas a la revelación y/o consulta de datos clínicos y personales, en un 54,2% y 56,2%, respectivamente, de todas las faltas cometidas por ellos. De igual forma, se relacionaron de forma significativa el grupo de los celadores ($p=0,004$), en los que se dieron de forma más frecuente las relacionadas con la guarda y custodia de la documentación e historia clínica (68,4%). Se observó tendencia estadística en los estudiantes ($p=0,056$), que cometieron en un 100% de los casos, faltas relacionadas con la consulta o revelación de datos clínicos y personales (**Figura 9**).

Para el resto de grupos de actores, no se observó asociación estadísticamente significativa.

Tabla XIII. Relación entre el tipo de faltas y los actores				
<i>Tipos de Faltas observadas (n=515) n(%)</i>				
	H^aC¹	Dat.CP²	Infraest³	p*
<i>Actores (n=650) n(%)</i>	(n=175)	(n=342)	(n=70)	
Facultativo (n=334)	105 (31,4)	181 (54,2)	48 (14,4)	0,005
Residente (n=122)	47 (38,5)	59 (48,4)	16 (13,1)	0,221
Enfermero/a (n=130)	53 (40,8)	73 (56,2)	4 (3,0)	0,002
Auxiliar E (n=31)	11 (35,5)	18 (58,0)	2 (6,5)	0,696
Celador/a (n=19)	13 (68,4)	6 (31,6)	0 (0)	0,004
Administrativo/a (n=7)	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0)	0,553
Estudiante (n=7)	0 (0)	7 (100)	0 (0)	0,056

¹Guarda y custodia de la Historia Clínica. ²Revelación de datos clínicos y personales. ³Relativas a la infraestructura

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

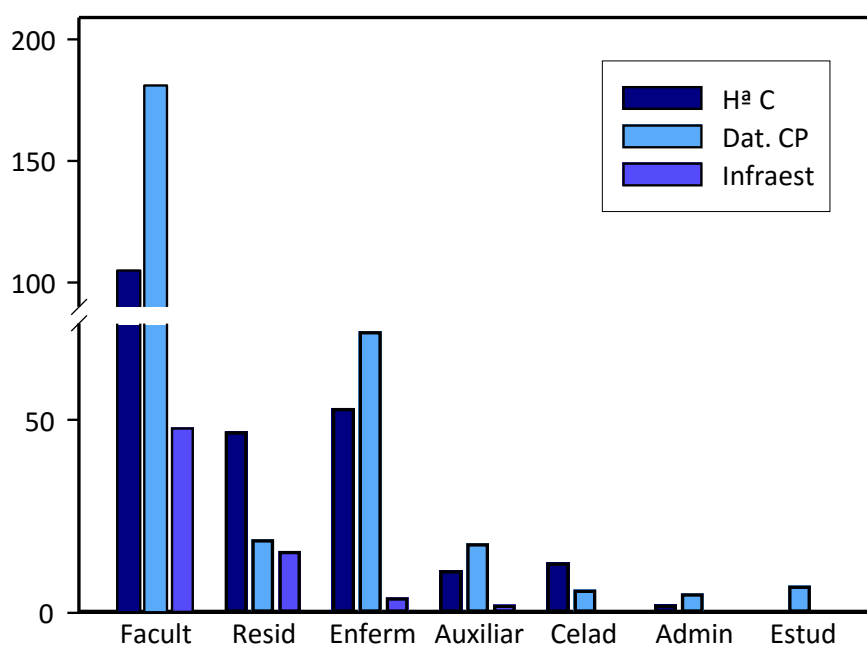


Figura 9. Relación entre tipo de falta y los actores implicados. (HªC: Guarda y custodia de la Historia Clínica. Dat. CP: Revelación de datos clínicos y personales. Infraest: Relativas a la infraestructura. Facult: Facultativo. Resid: Médico Residente. Enferm: Personal de enfermería. Auxiliar: Personal auxiliar de enfermería. Celad: Celador/a. Admin: Personal administrativo. Estud: Estudiantes)

4.2.6. Relación entre el tipo de falta y el género de los actores

Respecto al género (**Tabla XIV**) no se encontró asociación estadísticamente significativa en ninguno de los grupos de actores en relación a los tipos de faltas que fueron cometidas.

Tabla XIV. Relación entre el tipo de faltas y el género de los actores				
<i>Tipos de Faltas observadas (n=515) n(%)</i>				
<i>Género actores (n=559) n(%)</i>	H^aC¹ (n=175)	Dat.CP² (n=342)	Infraest³ (n=70)	p*
Facultativo (n=308)				
M (n=209)	62 (29,7)	112 (53,6)	35 (16,7)	0,434
F (n=99)	27 (27,3)	60 (60,6)	12 (12,1)	
Residente (n=95)				
M (n=36)	7 (19,4)	23 (63,9)	6 (16,7)	0,099
F (n=59)	24 (40,7)	27 (45,8)	8 (13,5)	
Enfermero/a (n=106)				
M (n=7)	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0)	0,817
F (n=99)	37 (37,4)	60 (60,6)	2 (2,0)	
Auxiliar E (n=23)				
M (n=0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	No procede
F (n=23)	8 (34,8)	15 (65,2)	0 (0)	
Celador/a (n=16)				
M (n=15)	11 (73,3)	4 (26,7)	0 (0)	1,000
F (n=1)	1(100)	0 (0)	0 (0)	
Administrativo/a (n=5)				
M (n=1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0,400
F (n=4)	1 (25,0)	3 (75,0)	0 (0)	
Estudiante (n=6)				
M (n=1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	No procede
F (n=5)	0 (0)	5 (100)	0 (0)	

¹Guarda y custodia de la Historia Clínica. ²Revelación de datos clínicos y personales. ³Relativas a la infraestructura. Masculino (M). Femenino (F)

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.2.7. Relación entre el tipo de falta y el rangos de edad estimado de los actores

Al relacionar los diferentes tipos de faltas cometidas con los rangos de edad estimados en cada uno de los grupos de actores (**Tabla XV**), no se observó asociación estadísticamente significativa en ninguno de ellos.

Tabla XV. Relación entre el tipo de faltas y el rango de edad de los actores				
<i>Tipos de Faltas observadas (n=515) n(%)</i>				
	H^aC¹	Dat.CP²	Infraest³	p*
Edad actores (n=557) n(%)	(n=175)	(n=342)	(n=70)	
Facultativo (n=307)				
20-30 años (n=1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0,707
31-40 años (n=32)	7 (21,9)	20 (62,5)	5 (15,6)	
41-50 años (n=150)	45 (30,0)	84 (56,0)	21 (14,0)	
>50 años (n=124)	36 (29,0)	67 (54,0)	21 (17,0)	
Residente (n=97)				
20-30 años (n=83)	28 (33,7)	43 (51,8)	12 (14,5)	0,299
31-40 años (n=12)	4 (33,3)	7 (58,4)	1 (8,3)	
41-50 años (n=1)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
>50 años (n=1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	
Enfermero/a (n=105)				
20-30 años (n=2)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0,125
31-40 años (n=13)	4 (30,8)	8 (61,5)	1 (7,7)	
41-50 años (n=40)	19 (47,5)	21 (52,5)	0 (0)	
>50 años (n=50)	14 (28,0)	35 (70,0)	1 (2,0)	
Auxiliar E_(n=21)				
20-30 años (n=1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0,696
41-50 años (n=7)	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0)	
>50 años (n=13)	5 (38,5)	8 (61,5)	0 (0)	
Celador/a_(n=16)				
20-30 años (n=1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0,638
31-40 años (n=2)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	
41-50 años (n=11)	8 (72,7)	3 (27,3)	0 (0)	
>50 años (n=2)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0)	
Administrativo/a (n=5)				
41-50 años (n=2)	1 (50,0)	1 (50,0)	0 (0)	1,000
>50 años (n=3)	1 (33,3)	2 (66,7)	0 (0)	
Estudiante (n=6)				
20-30 años (n=6)	0 (0)	6 (100)	0 (0)	No procede

¹Guarda y custodia de la Historia Clínica. ²Revelación de datos clínicos y personales. ³Relativas a la infraestructura.

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.2.8. Relación entre el lugar donde se observaron las faltas y los Servicios Médicos

Al relacionar aquellos lugares donde se observaron faltas a la confidencialidad, con el Servicio Médico al que pertenecía el actor implicado, se demostró que existía una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Según la **Tabla XVI**, en el servicio de Medicina Interna y Urgencias se observaron con mayor frecuencia, faltas en los controles de enfermería (40,4%) y en las zonas comunes (39%). En Ginecología y Obstetricia (48,5%) y en Pediatría (46,4%), eran más frecuentes en las zonas de reunión y áreas específicas de trabajo. En Cirugía General y Digestivo (39,3%) y en Maxilofacial y Plástica (51,3%), se recogieron de forma más frecuente en las zonas comunes del centro. En el servicio recogido como Resto de especialidades médicas y quirúrgicas eran más frecuentes en zonas de reunión y áreas específicas de trabajo (37,8%) y en las zonas comunes (35,2%) (**Figura 10**).

Tabla XVI. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y los Servicios Médicos

<i>Lugar en el que las faltas han sido observadas (n=515) n(%)</i>					
	Z.Trb¹	Cont.E²	Habit.E³	Z.Com⁴	p*
<i>Servicios Médicos n(%)</i>	(n=157)	(n=125)	(n=40)	(n=193)	
MI-U^a (n=141)	14 (10,0)	57 (40,4)	15 (10,6)	55 (39,0)	<0,001
G-O^b (n=99)	48 (48,5)	11 (11,1)	5 (5,0)	35 (35,4)	
PD^c (n=110)	51 (46,4)	21 (19,1)	3 (2,7)	35 (31,8)	
C.GD^d (n=89)	23 (25,8)	22 (24,7)	9 (10,2)	35 (39,3)	
C.M-P^e (n=39)	7 (17,9)	6 (15,4)	6 (15,4)	20 (51,3)	
R.E^f (n=37)	14 (37,8)	8 (21,6)	2 (5,4)	13 (35,2)	

¹Zonas de reunión y específicas de trabajo. ²Control de enfermería. ³Habitación de enfermos. ⁴Resto de zonas comunes

^aMedicina Interna y Urgencias. ^bGinecología y Obstetricia. ^cPediatría. ^dCirugía General y Digestivo. ^eCirugía Maxilofacial y Plástica. ^fResto Especialidades Médicas y Quirúrgicas.

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

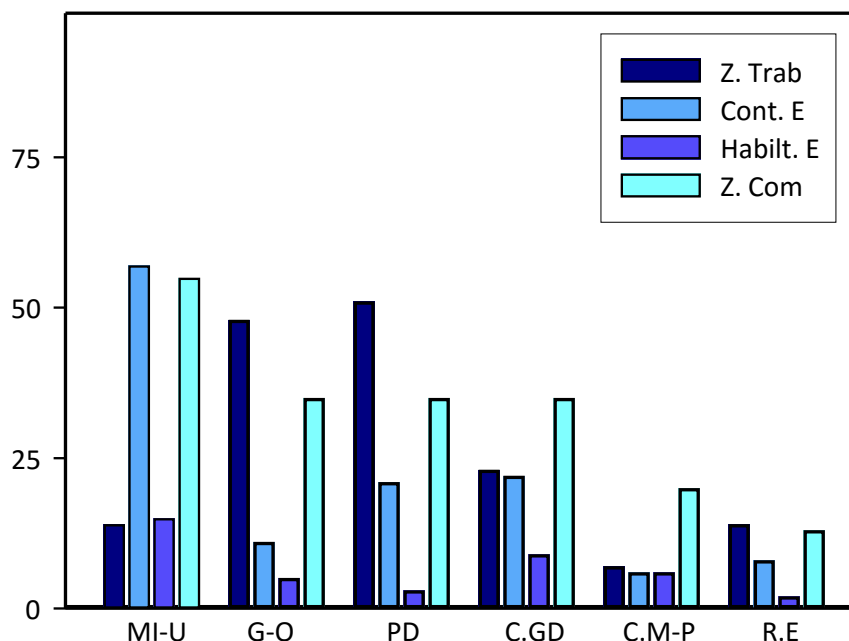


Figura 10. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y los Servicios Médicos. (Z. Trb: Zonas de reunión y específicas de trabajo; Cont. E: Control de enfermería. Habit. E: Habitación de enfermos. Z. Com: Resto de zonas comunes. MI-U: Medicina Interna y Urgencias. G-O: Ginecología y Obstetricia. PD: Pediatría. CG-D: Cirugía General y Digestivo. CM-P: Cirugía Maxilofacial y Plástica. Resto EMQ: Resto Especialidades Médicas y Quirúrgicas)

4.2.9. Relación entre el lugar donde se observaron las faltas y los actores

Según los datos recogidos en la **Tabla XVII**, existía asociación estadísticamente significativa entre el grupo de facultativos ($p=0,022$) y celadores ($p=0,026$) y el lugar en el que se observó que cometían la mayor parte de las faltas: zonas comunes del centro (escaleras, ascensores, cafetería...) en un 36,5% y 68,4%, respectivamente. En el caso del personal de enfermería también se apreció relación significativa ($p<0,001$) siendo el lugar más frecuente donde se observaron las faltas en los controles de enfermería (36,2%) (**Figura 11**).

En los grupos restantes no se observó significación estadística.

Tabla XVII. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y los actores					
<i>Lugar en el que las faltas han sido observadas (n=515) n(%)</i>					
	Z.Trb¹	Cont.E²	Habit.E³	Z.Com⁴	p*
<i>Actores (n=650) n(%)</i>	(n=192)	(n=175)	(n=46)	(n=237)	
Facultativo (n=334)	99 (29,6)	78 (23,4)	35 (10,5)	122 (36,5)	0,022
Residente (n=122)	28 (23,0)	37 (30,3)	9 (7,4)	48 (39,3)	0,141
Enfermero/a (n=130)	45 (34,6)	47 (36,2)	2 (1,5)	36 (27,7)	<0,001
Auxiliar E (n=31)	12 (38,7)	9 (29,0)	0 (0)	10 (32,3)	0,278
Celador/a (n=19)	2 (10,5)	4 (21,1)	0 (0)	13 (68,4)	0,026
Administrativo/a (n=7)	4 (57,1)	0 (0)	0 (0)	3 (42,9)	0,261
Estudiante (n=7)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)	5 (71,4)	0,214

¹Zonas de reunión y específicas de trabajo. ²Control de enfermería. ³Habitación de enfermos. ⁴Resto de zonas comunes

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

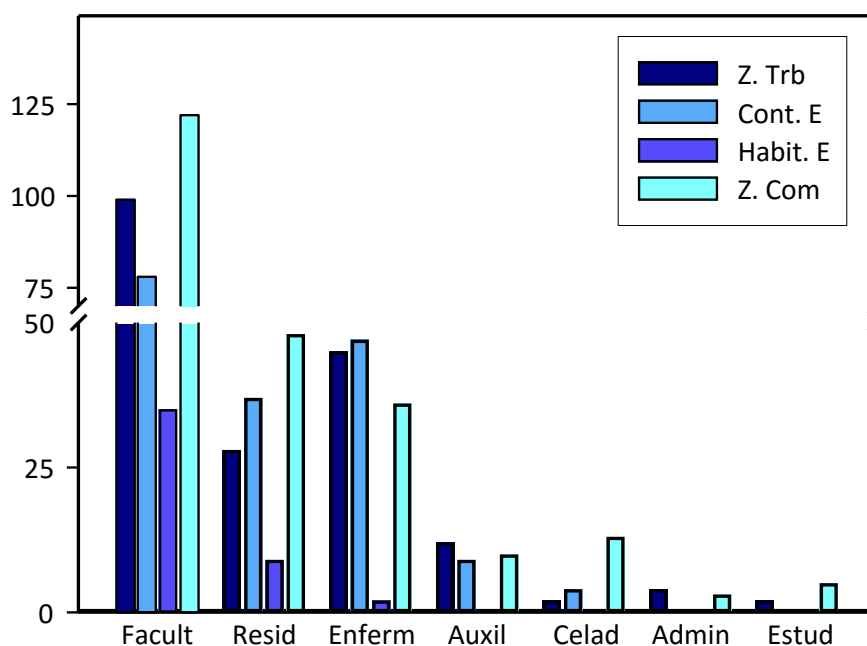


Figura 11. Relación entre los actores implicados y los lugares de las faltas. (Z. Trb: Zonas de reunión y específicas de trabajo. Cont. E: Control de enfermería. Habit. E: Habitación de enfermos. Z. Com: Resto de zonas comunes. Facult: Facultativo. Resid: Médico Residente. Enferm: Personal de enfermería. Auxil: Personal auxiliar de enfermería. Celad: Celador/a. Admin: Personal administrativo. Estud: Estudiantes)

4.2.10. Relación entre el lugar donde se observaron las faltas y el género de los actores

Al relacionar el género de los grupos de actores con aquellos lugares donde fueron observadas las faltas (**Tabla XVIII**), se observó tendencia estadística ($p=0,080$) en el caso del personal de enfermería, ya que en el género femenino -más predominante que el masculino-, se observaron con mayor frecuencia faltas en las zonas de reunión y específicas de trabajo (37,4%), y con menor en las habitaciones de los enfermos (1%).

No se observó relación estadísticamente significativa en el resto de grupos.

Tabla XVIII. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y el género de los actores

<i>Lugar en el que las faltas han sido observadas (n=515) n(%)</i>					
	Z.Trb¹	Cont.E²	Habit.E³	Z.Com⁴	p*
Género actores (n=559) n(%)	(n=192)	(n=175)	(n=46)	(n=237)	
Facultativo (n=308)					
M (n=209)	56 (26,8)	42 (20,1)	26 (12,4)	85 (40,7)	0,183
F (n=99)	38 (38,4)	20 (20,2)	9 (9,1)	32 (32,3)	
Residente (n=95)					
M (n=36)	7 (19,4)	6 (16,7)	4 (11,1)	19 (52,8)	0,571
F (n=59)	15 (25,4)	15 (25,4)	5 (8,5)	24 (40,7)	
Enfermero/a (n=106)					
M (n=7)	3 (42,9)	2 (28,6)	1 (14,3)	1 (14,3)	0,080
F (n=99)	37 (37,4)	31 (31,3)	1 (1,0)	30 (30,3)	
Auxiliar E (n=23)					
M (n=0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	No procede
F (n=23)	9 (39,1)	6 (26,1)	0 (0)	8 (34,8)	
Celador/a (n=17)					
M (n=16)	1 (6,7)	3 (20)	0 (0)	11 (73,3)	0,837
F (n=1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
Administrativo/a (n=5)					
M (n=1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1,000
F (n=4)	2 (50,0)	0 (0)	0 (0)	2 (50,0)	
Estudiante (n=6)					
M (n=1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	1,000
F (n=5)	2 (40,0)	0 (0)	0 (0)	3 (60,0)	

¹Zonas de reunión y específicas de trabajo ²Control de enfermería. ³Habitación de enfermos. ⁴Resto de zonas comunes. Masculino (M). Femenino (F)

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.2.11. Relación entre el lugar donde se han observado las faltas y el rango de edad estimado de los actores

Respecto a los grupos de edad estimados (**Tabla XIX**), la relación entre los rangos de edad en el personal de enfermería y los lugares donde se observaron las faltas, era estadísticamente significativa ($p=0,003$), observándose con mayor frecuencia en los grupos entre 20-30, 31-40 y 41-50 años, faltas en los controles de enfermería (100%,

38,4% y 50%, respectivamente). Sin embargo por encima de los 50 años, el grupo más predominante, se registraron especialmente en las zonas de reunión y áreas específicas de trabajo (consultas, salas de curas, quirófanos...) en un 52%.

Para el resto de grupos de actores no se observaron asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla XIX. Relación entre los lugares donde se observaron las faltas y el rango de edad de los actores

<i>Lugar en el que las faltas han sido observadas (n=515) n(%)</i>					
<i>Edad actores (n=557) n(%)</i>	Z.Trb¹ (n=192)	Cont.E² (n=175)	Habit.E³ (n=46)	Z.Com⁴ (n=237)	p*
Facultativo (n=307)					
20-30 años (n=1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,134
31-40 años (n=32)	15 (46,9)	2 (6,3)	1 (3,0)	14 (43,8)	
41-50 años (n=150)	43 (28,6)	37 (24,7)	16 (10,7)	54 (36,0)	
>50 años (n=124)	35 (28,3)	23 (18,5)	18 (14,5)	48 (38,7)	
Residente (n=97)					
20-30 años (n=83)	20 (24,1)	17 (20,5)	9 (10,8)	37 (44,6)	0,713
31-40 años (n=12)	3 (25,0)	5 (41,7)	0 (0)	4 (33,3)	
41-50 años (n=1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
>50 años (n=1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	
Enfermero/a (n=105)					
20-30 años (n=2)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0,003
31-40 años (n=13)	4 (30,8)	5 (38,4)	0 (0)	4 (30,8)	
41-50 años (n=40)	9 (22,5)	20 (50,0)	2 (5,0)	9 (22,5)	
>50 años (n=50)	26 (52,0)	6 (12,0)	0 (0)	18 (36,0)	
Auxiliar E₁ (n=21)					
20-30 años (n=1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0,679
41-50 años (n=7)	2 (28,6)	2 (28,6)	0 (0)	3 (42,8)	
>50 años (n=13)	6 (46,1)	3 (23,1)	0 (0)	4 (30,8)	
Celador/a (n=16)					
20-30 años (n=1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0,444
31-40 años (n=2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	
41-50 años (n=11)	1 (9,1)	2 (18,2)	0 (0)	8 (72,7)	
>50 años (n=2)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	
Administrativo/a (n=5)					
41-50 años (n=2)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,400
>50 años (n=3)	1 (33,3)	0 (0)	0 (0)	2 (66,7)	
Estudiante (n=6)					
20-30 años (n=6)	2 (33,3)	0 (0)	0 (0)	4 (66,7)	No procede

¹Zonas de reunión y específicas de trabajo ²Control de enfermería. ³Habitación de enfermos. ⁴Resto de zonas comunes

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.2.12. Relación entre la gravedad de las faltas y los Servicios Médicos

La tabla que se muestra a continuación (**Tabla XX**) indica que existía una relación estadísticamente significativa entre la gravedad de las faltas observadas y el Servicio Médico al que pertenecía el actor que la cometió ($p < 0,001$).

En todos los Servicios Médicos, las faltas observadas con mayor frecuencia fueron las graves, especialmente en aquel que recoge el Resto de especialidades médicas y quirúrgicas (64,9%) y Ginecología y Obstetricia (59,6%). A continuación se registró un mayor predominio de las faltas leves, excepto en el caso de Medicina Interna y Urgencias, donde en segundo lugar tras las faltas graves (32,6%), encontramos de forma más frecuente las leves reiterativas (29,1%).

4.2.13. Relación entre la gravedad de las faltas y el lugar donde se observaron

Se indica en la **Tabla XX**, una asociación estadísticamente significativa entre la gravedad de las faltas y los lugares dónde fueron observadas ($p < 0,001$). En todos los lugares recogidos, sobre todo en las zonas de reunión y áreas específicas de trabajo (68,2%), se anotaron faltas de carácter grave, excepto en los controles de enfermería en los que se observó un predominio de faltas leves (46,4%).

Tabla XX. Relación entre la gravedad de las faltas, los Servicios Médicos y los lugares dónde fueron observadas

	<i>Gravedad faltas observadas</i> (n=515) n(%)				p*
	Leves (n=149)	Lev R¹ (n=75)	Graves (n=242)	Grav R² (n=49)	
<i>Servicios Médicos</i> n(%)					
MI-U^a (n=141)	36 (25,5)	41 (29,1)	46 (32,6)	18 (12,8)	<0,001
G-O^b (n=99)	36 (36,4)	3 (3,0)	59 (59,6)	1 (1,0)	
PD^c (n=110)	33 (30,0)	11 (10,0)	53 (48,2)	13 (11,8)	
C. GD^d (n=89)	27 (30,3)	13 (14,6)	42 (47,2)	7 (7,9)	
C. M-P^e (n=39)	9 (23,1)	5 (12,8)	18 (46,2)	7 (17,9)	
R. E^f (n=37)	8 (21,6)	2 (5,4)	24 (64,9)	3 (8,1)	
<i>Lugar Faltas</i> n(%)					
Z.Trb^g (n=157)	26 (16,6)	8 (5,0)	107 (68,2)	16 (10,2)	<0,001
Cont.E^h (n=125)	58 (46,4)	42 (33,6)	20 (16,0)	5 (4,0)	
Habit.Eⁱ (n=40)	3 (7,5)	0 (0)	21 (52,5)	16 (40,0)	
Z.Com^j (n=193)	62 (32,1)	25 (13,0)	94 (48,7)	12 (6,2)	

¹Leves Reiterativas. ²Graves Reiterativas

^aMedicina Interna y Urgencias. ^bGinecología y Obstetricia. ^cPediatría. ^dCirugía General y Digestivo.

^eCirugía Maxilofacial y Plástica. ^fResto Especialidades Médicas y Quirúrgicas. ^gZonas de reunión y específicas de trabajo. ^hControl de enfermería. ⁱHabitación de enfermos. ^jResto de zonas comunes

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.2.14. Relación entre la gravedad de las faltas observadas y los actores

Al relacionar la gravedad correspondiente a las faltas con los actores implicados en ellas (**Tabla XXI**) se observó asociación estadísticamente significativa para los grupos de médicos facultativos ($p < 0,001$) y residentes ($p = 0,006$), cometiendo ambos de forma más frecuente faltas graves, en un 43,4% y 38,5% de las mismas, respectivamente.

En los demás grupos no se observó significación estadística, aunque eran más habituales las faltas graves para todos ellos, excepto para los celadores, que resultaron más frecuentemente implicados en faltas de carácter leve (52,6%).

Tabla XXI. Relación entre la gravedad de las faltas observadas y los actores

	<i>Gravedad faltas observadas</i> (n=515) n(%)				p*
	Leves (n=172)	Lev R¹ (n=120)	Graves (n=283)	Grav R² (n=75)	
Actores (n=650) n(%)					
Facultativo (n=334)	87 (26,0)	63 (18,9)	145 (43,4)	39 (11,7)	<0,001
Residente (n=122)	32 (26,2)	29 (23,8)	47 (38,5)	14 (11,5)	0,006
Enfermero/a (n=130)	33 (25,4)	23 (17,7)	60 (46,2)	14 (10,7)	0,543
Auxiliar E (n=31)	9 (29,0)	2 (6,5)	15 (48,4)	5 (16,1)	0,389
Celador/a (n=19)	10 (52,6)	3 (15,8)	5 (26,3)	1 (5,3)	0,109
Administrativo/a (n=7)	1 (14,3)	0 (0)	5 (71,4)	1 (14,3)	0,452
Estudiante (n=7)	0 (0)	0 (0)	6 (85,7)	1 (14,3)	0,138

¹Leves Reiterativas. ²Graves Reiterativas

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.2.15. Relación entre la gravedad de las faltas y el género de los actores

Al relacionar el género de los actores con la gravedad que corresponde a las faltas cometidas, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas en ninguno de los grupos (**Tabla XXII**).

Tabla XXII. Relación entre la gravedad de las faltas observadas y el género de los actores					
<i>Gravedad faltas observadas</i> (n=515) n(%)					
	Leves	Lev R¹	Graves	Grav R²	p*
<i>Género actores</i> (n=559) n(%)	(n=172)	(n=120)	(n=283)	(n=75)	
Facultativo (n=308)					
M (n=209)	62 (29,7)	34 (16,3)	88 (42,1)	25 (12)	0,358
F (n=99)	22 (22,2)	15 (15,2)	52 (52,5)	10 (10,1)	
Residente (n=95)					
M (n=36)	10 (27,8)	3 (8,3)	18 (50)	5 (13,9)	0,420
F (n=59)	19 (32,2)	11 (18,6)	24 (40,7)	5 (8,5)	
Enfermero/a (n=106)					
M (n=7)	2 (28,6)	0 (0)	4 (57,1)	1 (14,3)	0,802
F (n=99)	27 (27,3)	11 (11,1)	52 (52,5)	9 (9,1)	
Auxiliar E (n=23)					
M (n=0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	No procede
F (n=23)	6 (26,1)	0 (0)	14 (60,9)	3 (13,0)	
Celador/a (n=16)					
M (n=15)	9 (60)	2 (13,3)	4 (26,7)	0 (0)	0,726
F (n=1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Administrativo/a (n=5)					
M (n=1)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	1,000
F (n=4)	1 (25,0)	0 (0)	3 (75,0)	0 (0)	
Estudiante (n=6)					
M (n=1)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	No procede
F (n=5)	0 (0)	0 (0)	5 (100)	0 (0)	

¹Leves Reiterativas. ²Graves Reiterativas. Masculino (M). Femenino (F)
 *Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.2.16. Relación entre la gravedad de las faltas y el rango de edad estimado de los actores

Respecto a la gravedad de las faltas en los diferentes grupos de edad estimados (Tabla XXIII), se encontró tendencia estadística ($p=0,061$) en los facultativos. En todos los rangos de edad de este grupo, se observaron con mayor frecuencia las faltas de carácter grave, sobre todo entre los 31 y 40 años (62,5%).

De igual forma, existía tendencia significativa ($p=0,087$) en el grupo del personal de enfermería. Eran más frecuentes las faltas graves, especialmente en el grupo de más de 50 años (58%).

Para el resto de grupos de actores no se observaron asociaciones estadísticamente significativas.

Tabla XXIII. Relación entre la gravedad de las faltas observadas y el rango de edad de los actores

<i>Edad actores</i> (n=557) n(%)	<i>Gravedad faltas observadas</i> (n=515) n(%)				<i>p</i> *
	Leves (n=172)	Lev R¹ (n=120)	Graves (n=283)	Grav R² (n=75)	
Facultativo (n=307)					
20-30 años (n=1)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0,061
31-40 años (n=32)	11 (34,4)	0 (0)	20 (62,5)	1 (3,1)	
41-50 años (n=150)	41 (27,3)	24 (16,0)	66 (44,0)	19 (12,7)	
>50 años (n=124)	33 (26,6)	24 (19,4)	54 (43,5)	13 (10,5)	
Residente (n=97)					
20-30 años (n=83)	25 (30,1)	13 (15,7)	36 (43,4)	9 (10,8)	0,919
31-40 años (n=12)	3 (25,0)	2 (16,7)	6 (50,0)	1 (8,3)	
41-50 años (n=1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
>50 años (n=1)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	
Enfermero/a (n=105)					
20-30 años (n=2)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,087
31-40 años (n=13)	5 (38,5)	0 (0)	6 (46,2)	2 (15,3)	
41-50 años (n=40)	11 (27,5)	8 (20,0)	20 (50,0)	1 (2,5)	
>50 años (n=50)	12 (24,0)	3 (6,0)	29 (58,0)	6 (12,0)	
Auxiliar E (n=21)					
20-30 años (n=1)	0 (0)	0 (0)	1 (100)	0 (0)	0,928
41-50 años (n=7)	2 (28,6)	0 (0)	4 (57,1)	1 (14,3)	
>50 años (n=13)	4 (30,8)	0 (0)	8 (61,5)	1 (7,7)	
Celador/a (n=16)					
20-30 años (n=1)	1 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,807
31-40 años (n=2)	2 (100)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
41-50 años (n=11)	6 (54,5)	2 (18,2)	3 (27,3)	0 (0)	
>50 años (n=2)	1 (50,0)	0 (0)	1 (50,0)	0 (0)	
Administrativo/a (n=5)					
41-50 años (n=2)	0 (0)	0 (0)	2 (100)	0 (0)	1,000
>50 años (n=3)	1 (33,3)	0 (0)	2 (66,7)	0 (0)	
Estudiante (n=6)					
20-30 años (n=6)	0 (0)	0 (0)	6 (100)	0 (0)	No procede

¹Leves Reiterativas. ²Graves Reiterativas

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación de proporciones con el estadístico ji-cuadrado de Pearson para tablas de contingencia

4.3. COMPARACIÓN DEL ÍNDICE DE FRECUENTACIÓN (IF) EN LOS SERVICIOS MÉDICOS

En relación a los IF (**Tabla XXIV**), se demostró que existía una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,001$) entre el IF del Resto de especialidades médicas y quirúrgicas, el más frecuente, respecto a todos los demás (medianas indicadas en la **Tabla IX**).

Tabla XXIV. Comparación del IF en los diferentes Servicios Médicos

Servicios Médicos (me)		Diferencia de medias (I-J)	Error típico	p*	Intervalo de confianza al 95%	
					Límite inferior	Límite superior
MI-U^a (0,023)	G-O^b	-0,0122	0,0052	0,026	-0,0273	0,0029
	PD^c	-0,0179	0,0071	0,009	-0,0385	0,0027
	C.GD^d	0,0002	0,0018	0,765	-0,0049	0,0053
	C.M-P^e	-0,0030	0,0026	0,248	-0,0107	0,0047
	R.E^f	-0,0799	0,0176	<0,001	-0,1329	-0,0269
G-O^b (0,025)	PD^c	-0,0057	0,0086	0,904	-0,0306	0,0192
	C.GD^d	0,0124	0,0052	0,081	-0,0028	0,0277
	C.M-P^e	0,0092	0,0056	0,690	-0,0069	0,0254
	R.E^f	-0,0677	0,0183	<0,001	-0,1223	-0,0130
PD^c (0,025)	C.GD^d	0,0181	0,0071	0,043	-0,0025	0,0388
	C.M-P^e	0,0149	0,0074	0,542	-0,0064	0,0363
	R.E^f	-0,0620	0,0189	<0,001	-0,1182	-0,0058
C.GD^d (0,024)	C.M-P^e	-0,0032	0,0027	0,304	-0,0111	0,0047
	R.E^f	-0,0801	0,0176	<0,001	-0,1331	-0,0271
C.M-P^e (0,028)	R.E^f (0,083)	-0,0769	0,0177	<0,001	-0,1302	-0,0236

^aMedicina Interna y Urgencias. ^bGinecología y Obstetricia. ^cPediatría. ^dCirugía General y Digestivo.

^eCirugía Maxilofacial y Plástica. ^fResto Especialidades Médicas y Quirúrgicas

Mediana (me)

*Nivel de significación estadística obtenido tras la comparación con el estadístico Kruskal-Wallis y pruebas post-hoc con U de Mann-Whitney

V. Discusión

El objetivo principal de este estudio consiste en investigar la confidencialidad de los pacientes en el HURS, así como destacar la relevancia de la misma como un deber jurídico y ético por parte de los profesionales sanitarios encargados de su asistencia. Para conseguir dicho objetivo, y mediante un estudio de campo empleando muchas horas de observación directa (33157) (**Tabla III**), hemos intentado poner de manifiesto la existencia de situaciones en las que dichos profesionales vulneran este deber, el cual es inherente a la relación con el paciente.

Hace muchos años ya se sugirió que los médicos de vez en cuando tienen la tentación de vulnerar la confidencialidad¹⁷⁵. En uno de los primeros estudios relacionados con el secreto profesional en la asistencia sanitaria, Weiss¹⁷⁶ demuestra mediante la realización de encuestas que, por un lado el personal sanitario reconoce situaciones, a veces inimaginables para los enfermos, donde se vulnera la confidencialidad (con la propia familia, en lugares públicos, fiestas...). Y por otro, que los pacientes tienen una visión más estricta del secreto profesional en cuanto a los datos que les proporcionan a los médicos, no siendo en muchas ocasiones conscientes de determinadas conductas inapropiadas de los facultativos en relación a su conocimiento de información “privilegiada”.

Desglosaremos en los siguientes apartados cómo han podido influir cada una de las características y variables estudiadas, a lo largo del trabajo.

5.1. OBSERVADORES QUE PARTICIPARON EN EL ESTUDIO

La metodología utilizada para la realización de nuestro trabajo, basada en la observación directa de los participantes, se ha empleado en investigaciones previas en las que también se demostró su utilidad a la hora de entender el funcionamiento de una determinada institución u organización social como puede ser un centro hospitalario^{77,177-183}. Con esta técnica se pretende recoger información, de tal forma que los sujetos observados se sientan suficientemente cómodos con la presencia del observador sin modificar su conducta.

Una de las características de los observadores participantes –estudiantes- que se ha tenido en cuenta por su posible influencia en la recogida de datos, ha sido el género de los mismos. En nuestro caso, el mayor número corresponde al género femenino (75

mujeres frente a 24 hombres) (**Figura 5**), hecho que tal y como hemos podido comprobar en los resultados, no se ha relacionado de manera significativa con el número de faltas observadas (**Tabla X**). La presencia más numerosa de mujeres en el estudio, se podría deber en parte a que en las promociones actuales de la Facultad de Medicina, la mayor parte son alumnas. En concreto, el porcentaje de mujeres presente en las promociones durante las cuales se desarrolló el proyecto, ascendía a un 66,3%¹⁸⁴. Además del género otra característica que también podía influir en el número de faltas recogidas, era el hecho de que los observadores eran estudiantes y tenían menor experiencia en la práctica clínica. Sin embargo, creemos que al ser alumnos de último curso, la formación teórica recibida en cuestiones éticas y legales así como el entrenamiento previo al estudio proporcionado a cada uno de ellos, fueron fundamentales para evitar que la recogida de faltas estuviera influenciada por este hecho.

5.2. ÍNDICE DE FRECUENTACIÓN DEL FENÓMENO EN LOS DIFERENTES SERVICIOS MÉDICOS ESTUDIADOS

Hasta el momento actual, son muy pocos los estudios realizados en los que directamente se hayan recogido incidencias relacionadas con la ruptura de la confidencialidad durante la práctica clínica en un centro sanitario, así como la frecuencia con la que éstas ocurren. Éste último aspecto que nos parece de gran importancia, es el objetivo de uno de los primeros trabajos de campo realizados sobre la ruptura de la confidencialidad, llevado a cabo por Ubel *et al*¹⁷⁷ los cuales a partir de una serie de observaciones realizadas durante 259 viajes en los ascensores de diferentes hospitales, muestran que en un 14% de los trayectos, se producen comentarios inapropiados que vulneran la confidencialidad de los pacientes.

Posteriormente Mlinek y Pierce¹⁷⁸, realizan una investigación similar en la que ponen de manifiesto determinadas situaciones donde se ve afectada la confidencialidad y privacidad de los pacientes en el servicio de Urgencias de un hospital universitario, en el que tienen lugar aproximadamente unas 22000 consultas médicas al año. En 6 horas de observación realizadas en la sala de espera y triaje de Urgencias, ocurrieron faltas a la confidencialidad en 26 pacientes de un total de 32 que por allí pasaron; mientras que

en el área de cuidados se registraron entre 3 y 24 faltas por hora, respecto a 18 horas totales de observación.

El estudio que hemos planteado se llevó a cabo en el HURS, un hospital universitario de tercer nivel, y a diferencia de la investigación anteriormente referida, las observaciones se han realizado en prácticamente todas las dependencias del hospital, 37 UGC diferentes del centro, entre las cuales también se incluye el servicio de Urgencias. Inicialmente las UGC fueron clasificadas en 9 categorías, pero debido a la escasez de datos en algunas de las mismas, los investigadores decidimos unificar determinadas especialidades por afinidad de contenidos y funcionamiento de las mismas, obteniéndose finalmente 7, denominadas como Servicios Médicos. En concreto, las observaciones del área de Urgencias se fusionaron con las de Medicina Interna, constituyendo un único Servicio Médico denominado Medicina Interna y Urgencias, e igualmente se llevó a cabo con Cirugía Maxilofacial y Cirugía Plástica.

Los observadores anotaron faltas a la confidencialidad en todos los Servicios, siendo el IF promedio de las mismas de 0,045 faltas por hora, o lo que es lo mismo 1 falta cada 22,22 horas, de un total de 33157 horas de observación (**Tabla IX, Figura 6**). En el caso del servicio de Medicina Interna y Urgencias, se recogió un mayor número de cuestionarios por parte de los observadores (25,2%) y también de faltas observadas (27,1%), hecho fundamentalmente debido a que en dicho servicio se realizó un mayor número de horas de observación respecto al resto (**Tabla IV**). Sin embargo, este hecho no se correlacionaba con el Índice de Frecuentación de faltas, ya que se observó que este era mayor en el servicio recogido como Resto de especialidades médicas y quirúrgicas, con 1 falta cada 9,4 horas de observación, lo que probablemente se debe a que a pesar de que el total de horas de observación es menor, engloba un mayor número de UGC diferentes (**Tabla XXIV**).

Centrándonos en el servicio de Urgencias del HURS y teniendo en cuenta que nuestra estimación se realizó de forma conjunta (Medicina Interna y Urgencias), la media de faltas cometidas fue de 1 falta cada 38,46 horas de observación que junto a Cirugía General y Digestivo (1 falta cada 40 horas) fueron los que presentaron un menor IF respecto al resto de servicios. Nuestros resultados son concordantes con el estudio de Fard *et al*¹⁸⁵, especialmente en el caso de Cirugía General, ya que ponen de manifiesto que el problema de la confidencialidad es menos acusado en los servicios quirúrgicos. Por el contrario, mientras que ellos afirman una mayor frecuencia en los servicios

médicos, en nuestro caso Medicina Interna y Urgencias obtuvo uno de los IF más bajos junto a Cirugía General (**Tabla IX, Figura 6**).

Como se puede observar, incluso asumiendo que nosotros tuvimos en cuenta dos servicios (Urgencias y Medicina Interna) la media de faltas que recogimos era bastante inferior, y además existían diversos motivos por los que nuestro estudio y el de Mlinek y Pierce¹⁷⁸, no son comparables. En el desarrollado por éstos últimos, los investigadores se ubican en zonas muy localizadas durante los períodos de observación: sala de espera/triaje y área de cuidados, y contabilizan todo de tipo de incidencias: comentarios e información obtenida sobre pacientes mediante la observación y escucha activa (nombre, motivo de consulta, diagnóstico, número de teléfono o dirección...). Por otra parte, los lugares escogidos por los investigadores son propicios para la ocurrencia de cierto tipo de faltas descritas como las más frecuentes por ellos. En nuestro caso, los observadores no elegían un sitio concreto ni establecido para “buscar” incidencias, sino que en aquel lugar donde se encontraran realizando sus prácticas en un servicio concreto, en este caso Urgencias, bien en consulta, o si pasaban al área de cuidados, es donde podían observar si ocurrían faltas o no, pero en cualquier caso era algo que no dependía de ellos mismos.

Otro factor a tener en cuenta respecto a un menor IF en nuestro caso, es que en el entrenamiento de los observadores establecimos algunas pautas concretas, a modo de un checklist, relacionadas con las faltas más frecuentes. Ello podría condicionar que los observadores se centraran prioritariamente en las faltas establecidas “a priori” por nosotros, olvidando recoger otras que no estuvieran en el checklist (**Anexo A**) o en dicha lista.

5.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS FALTAS RECOGIDAS EN EL ESTUDIO

En los cuestionarios a rellenar por los observadores, además de anotar las horas y días de observación en cada Servicio Médico, debían recoger otros datos como el lugar del centro donde ocurrió la falta observada, la descripción del hecho, que posteriormente permitió establecer una clasificación de las faltas en diferentes tipos, y el actor implicado en cada una de las mismas, con el correspondiente género y rango de edad. Consideramos que se trata de factores importantes a tener en cuenta, a la hora de analizar las incidencias recogidas. Así mismo hemos creído oportuno exponer en cada

uno de los apartados correspondientes, algunos de los ejemplos recabados que hemos considerado más significativos por la frecuencia con la que se cometían o por el grado de severidad.

5.3.1. Descripción de los tipos de faltas recogidas

En el trabajo realizado por Ubel *et al*¹⁷⁷, además de intentar establecer la frecuencia del fenómeno, clasifican las incidencias anotadas en los ascensores en 4 grupos: comentarios que violan la confidencialidad del paciente; comentarios acerca de la capacidad o deseo del personal de prestar atención sanitaria de calidad; críticas sobre la mala calidad de los cuidados en el hospital y comentarios despectivos sobre los pacientes o sus familias. En nuestro caso, una vez recogidos todos los cuestionarios realizamos una agrupación en 6 categorías, de las cuales dos de ellas se han mantenido hasta el final tras las reagrupaciones posteriores, y eran las referentes a la custodia de la historia y documentación clínica, y las relacionadas con déficits en la infraestructura u organización del centro. En las otras cuatro restantes, se distinguían aquellas situaciones en las que se revelaba información de carácter clínico a personal que no intervenía en la asistencia del paciente o bien a terceras personas. Otra de las categorías se refería a aquellos casos en los que directamente se consultaban datos de carácter clínico de un paciente con el que no existía relación asistencial, y por último, aquellas faltas en las que se revelaba información sensible que afectaba a la esfera personal del paciente sin estar en relación con la salud (raza, sexualidad, hábitos tóxicos...). También se diferenció si la información se desvelaba ante otros profesionales no relacionados con la asistencia del paciente, o simplemente eran personas ajenas al hospital. Ante la escasez de datos en algunos grupos, y con la finalidad de evitar dispersión en los mismos, finalmente se unificaron en 3 categorías: (1) relacionadas con la guarda y custodia de la historia clínica; (2) referidas a la consulta y/o revelación de datos clínicos y/o personales a personal sanitario no implicado en la asistencia del paciente, o a cualquier persona ajena al centro; y (3) aquellas situaciones producidas por deficiencias en la infraestructura, equipamiento u organización del centro sanitario.

Debido a la gran cantidad de situaciones concretas que los observadores describieron y posteriormente nosotros clasificamos, creemos que resulta oportuno analizar cada una de las categorías y las faltas específicas incluidas en ellas.

1. Guarda y custodia de la historia y documentación clínica y acceso informático a la misma (1)

A pesar de que un informe de la AEPD¹¹³ realizado en el año 2010 sobre el cumplimiento de la protección de datos en los hospitales españoles, señala que tan solo un 22,1% de los centros no cuentan con dispositivos de almacenamiento de historias clínicas dotados de mecanismos para obstaculizar su apertura (p.ej. archivadores con cerradura), en nuestro hospital se describieron gran cantidad (124/179; 69,4%) de incidencias relacionadas con este hecho (**Tabla V**). Dentro de este tipo especialmente se recogieron situaciones en las que por parte de diferentes actores (facultativos, residentes, personal de enfermería, celadores/as) las carpetas de las historias clínicas permanecían abiertas sobre los mostradores de los controles de enfermería, o sin custodia colocadas en carros en mitad de los pasillos u otras zonas comunes, e incluso al cabo de horas o días se encontraban perdidas en lugares inverosímiles como vestuarios, aulas, o habitaciones de enfermos, como describieron que les ocurrió a unos médicos residentes (**Tabla XIII, Figura 9**).

En otras ocasiones, se refirió escaso cuidado a la hora controlar documentación con datos identificativos, como analíticas de diferentes pacientes que incluso llegan a ser confundidas, o etiquetas pegadas en las batas. Dichas etiquetas poseen todos los datos, y aunque generalmente se hace con la intención de recordar alguna tarea pendiente en relación al paciente, forma parte de la documentación clínica cuya custodia y cuidado es más que necesaria. En uno de los casos, el observador, que no conocía la identidad del responsable, refiere como permanece durante toda la mañana una etiqueta identificativa de un paciente pegada en la puerta principal de entrada de las consultas externas del centro. Las situaciones descritas son relativamente frecuentes en el HURS (30/179; 16,8%) y extrapolables a otros hospitales, tal como pusieron de manifiesto Iraburu *et al*¹⁸⁶, en un trabajo relacionado con la confidencialidad en 9 hospitales del norte de España, en el cual los profesionales sanitarios de medicina y enfermería reconocen mediante cuestionarios, que en un porcentaje nada desdeñable (65%) la documentación clínica circulaba por el hospital con los datos identificativos visibles, y además en muchas ocasiones (43%) a la vista de personas ajenas a la asistencia. Por otro lado, muestran que existe una elevada predisposición a la destrucción adecuada de la documentación clínica, lo cual nosotros pudimos confirmar, ya que aunque los observadores describieron algunas situaciones en las que, especialmente los

facultativos, la arrojaban a cualquier papelera sin destruir o intacta (pulseras, pegatinas identificativas o listas de pacientes), es cierto que se produjeron en menor medida (7/179; 3,9%). Este hecho que resulta positivo, podría estar potenciado además de por la propia actitud de los profesionales sanitarios para garantizar la confidencialidad, por una dotación adecuada de medios de destrucción y desecho de la información, no solo en nuestro hospital, sino en la mayoría (96%) de los centros españoles¹¹³. De igual forma, únicamente recogimos un caso en el que la médica residente no ocultó adecuadamente aspectos identificativos de una fotografía durante una sesión docente (1/179; 0,4%).

En cuanto a la historia clínica en soporte electrónico, y en concordancia con otros estudios presentados^{186,187}, también se recogió cierto número de casos (17/179; 9,5%) en los que facultativos y algún médico residente dejaban el ordenador sin custodia, o con la pantalla encendida mostrando pruebas complementarias del paciente, y por tanto permitiendo la identificación del mismo y el acceso al historial por parte de cualquier persona. Autores como Booth¹⁸⁸ manifiestan la preocupación de los profesionales sanitarios ante la historia clínica informatizada como una herramienta que pudiera amenazar la confidencialidad de los pacientes (piratería, acceso ilegítimo desde otros puntos...).

2. Consulta o revelación de datos clínicos o personales a personal sanitario no implicado en la asistencia clínica del paciente, o cualquier persona ajena al centro sanitario (2)

Este tipo de faltas fueron las más frecuentes (284) (**Tabla V**) y dentro de esta categoría se describieron fundamentalmente (80/284; 28,2%) casos en los que se comentaban por teléfono o bien directamente con otros compañeros, datos clínicos o personales de pacientes identificados, o que acababan de salir de una consulta, delante de otro enfermo y a veces sus familiares. Tal y como se apunta en estudios ya referidos^{177,186}, se constató un riesgo real de que los diferentes profesionales llegaran a divulgar lo que conocían de sus pacientes con personas ajenas al proceso asistencial o en lugares inadecuados. Anteriormente al referirnos a los lugares donde se cometían las faltas, ya se comprobó que eran bastante frecuentes (110/284; 38,7%) las conversaciones con datos concretos acerca de pacientes en zonas comunes, especialmente pasillos, escaleras, ascensores, cafetería... y además señalar que en estas situaciones se anotaron como responsables a todos los tipos de profesionales sanitarios,

tanto médicos, como enfermería, auxiliares, celadores/as, personal de administración, estudiantes...

En otros casos, no se trataba de situaciones descuidadas en las que por el ritmo de trabajo o simplemente por el hábito, se llegara a vulnerar la confidencialidad. Sino que de manera intencionada (14/284; 4,9%) aunque no siempre siendo conscientes de provocar un perjuicio, se describen casos en los que el profesional sanitario llega a poner en conocimiento de pacientes, datos clínicos de otros pacientes los cuales además resultaron perfectamente identificados, o incluso eran conocidos. Como el caso en el que una médica le comenta la información concreta de un paciente identificado a otro paciente y sus familiares. Nos llamó la atención por la gravedad que suponía tal incidencia, un supuesto en el que un representante de un laboratorio farmacéutico le pregunta a un facultativo perteneciente al área de Psiquiatría “que quién era el paciente que acababa de salir, porque tenía pinta rara y además su cara le resultaba conocida”. Ante ello el médico directamente le enseña la historia clínica entera del paciente, el cual casualmente era conocido del representante. El observador describe esta situación no solo por la falta ética cometida de por sí, sino también por el tono jocoso de la conversación entre ambos.

La revelación de información clínica a terceras personas, directa o indirectamente, ha quedado claro que constituye una ruptura de la confidencialidad, pero también lo supone el hecho de hacer partícipe de dicha información, a personal sanitario del mismo centro o servicio, si estos no mantuvieran una relación asistencial con el enfermo. Aquellas faltas relacionadas con esta situación descrita, también se pusieron de manifiesto en nuestro estudio (23/284; 8,1%). En algunos de estos casos, los pacientes a los que nos referimos y cuya información era comentada, eran incluso compañeros que formaban parte de la plantilla del centro sanitario. En uno de estos casos, por ejemplo, una compañera comenta como otra, no del mismo servicio pero sí del centro sanitario, lleva implantado un DIU y quien fue el profesional sanitario que se lo colocó. Este hecho se observó también en una estudiante de medicina, la cual al ver que una compañera de su clase iba a consulta de Dermatología, se lo contó directamente a sus otros compañeros que hacían las prácticas, detallando incluso el diagnóstico y tratamiento.

De igual forma, incurrimos en una falta ética si no tenemos clara la aceptación por parte del enfermo, es decir su consentimiento, para proporcionar información clínica de

su proceso a personas conocidas o vinculadas a él por razones de hecho o familiares, tal y como se planteó en algunas de las observaciones recogidas (5/284; 1,8%). En ocasiones, los profesionales sanitarios prefieren informar a los familiares antes que al enfermo y posteriormente seguir las directrices que éstos indiquen, como si el hecho de que el paciente conociera su estado real de salud resultara una vivencia negativa. Destacamos el caso de un niño de 6 años, en el que el residente proporcionó información a quienes no eran los padres sin el consentimiento de los mismos, u otro supuesto, en el que el paciente llegó incluso a enfadarse porque el médico informó a un familiar suyo con el cual hacía años que no mantenía relación alguna. Se trata de un asunto especialmente importante, ya que la autonomía del paciente no solo se basa en el conocimiento de la enfermedad para aceptar o rechazar un tratamiento propuesto, sino también en su capacidad para determinar qué personas vinculadas a él van a conocer diferentes aspectos de su situación clínica. También de manera puntual¹⁸⁶, observaron situaciones parecidas a las anteriormente referidas, pero utilizando la vía telefónica (5/284; 1,8%). Se describieron casos en los que varios facultativos, y en uno de ellos una auxiliar de enfermería, proporcionaban información al paciente o familiar sin identificación, y sin conocer si se había prestado consentimiento para ello, lo cual nos hace pensar el riesgo que existe de que personas no autorizadas (amigos, curiosos, familiares, periodistas...) puedan obtener información con bastante facilidad¹⁸⁹. De hecho, de manera relativamente reciente nos encontramos el famoso caso de la enfermera británica que desvela información sobre el estado de salud de la esposa del príncipe Guillermo de Inglaterra durante su ingreso en un hospital, a una periodista que a través del teléfono se hace pasar por la Reina Isabel II, suicidándose posteriormente por el agobio que le produce este hecho¹⁹⁰.

En relación al uso de los dispositivos móviles, un estudio llevado a cabo por Tran *et al*¹⁹¹, comprueba que además de servir para mostrar una mayor eficiencia del trabajo en equipo o consulta en determinadas ocasiones, su utilización también puede llegar a suponer un riesgo para la confidencialidad de la información clínica, hasta tal punto que en nuestro trabajo un observador anotó varios casos (3/284; 1%) en los que diferentes profesionales (facultativo, residente, enfermera, auxiliar y celador) enviaron mediante la aplicación de Whatsapp, imágenes curiosas o datos clínicos destacados de pacientes, a otros compañeros, o incluso familiares y amigos. Siguiendo esta línea de las nuevas tecnologías, aunque en la literatura se recogen cada vez con más frecuencia^{192,193}

problemas de confidencialidad relacionados con los medios sociales (*Facebook, YouTube, Twitter, MySpace, LinkedIn, Flickr...*), por comportamientos inapropiados que implican búsquedas en línea de información sobre pacientes o la publicación de fotografías de los mismos en redes sociales, especialmente en residentes y estudiantes¹⁹⁴, en nuestro estudio no se ha descrito ninguna incidencia relacionada con este problema concreto. Pensamos que podría deberse en parte a un menor desarrollo de los smartphones durante los años en los que se desarrolló el estudio, y por tanto el acceso a dichas aplicaciones era más limitado en frecuencia, y también por el ámbito de la intimidad en el que se suelen realizar este tipo de acciones de búsqueda o publicación de fotografías, por ejemplo, por parte del profesional y al cual el observador no tenía acceso.

Otro tipo de conductas observadas, estaban relacionadas con la asistencia de pacientes en consultas o sala de curas con las puertas abiertas o cortinas descorridas (15/284; 5,3%), siendo el problema planteado en este caso la actitud del profesional, fundamentalmente médicos, personal de enfermería y auxiliares, suponemos que por descuido, ya que el centro se encontraba dotado de los medios necesarios (puertas o cortinas) para evitar tales situaciones.

Se describieron en no pocas ocasiones como facultativos y residentes realizaban las revisiones médicas de pacientes en sus habitaciones de la planta de hospitalización, en presencia de los familiares del otro enfermo que ocupaba la habitación (25/284; 8,8%). Respecto a este hecho, se ha demostrado que la percepción de privacidad que tienen tanto los pacientes, sus familiares¹⁹⁵, como el personal sanitario, por ejemplo durante la entrevista y exploración de los enfermos, es mayor en las habitaciones individuales que en las compartidas¹⁹⁶. Es evidente que en un centro hospitalario público como en el que hemos desarrollado nuestro estudio, no se trata de una opción de libre elección, aunque pensamos que se trata de un hecho evitable por parte del profesional sanitario.

Algunas de las incidencias ocurridas con menor frecuencia (4/284; 1,4%) y que nos parecieron más alarmantes, tanto por la falta absoluta de ética profesional como por la intencionalidad en la acción, resultó ser la consulta de datos de personas conocidas, con las cuales no existía ningún tipo de relación asistencial y sin su conocimiento ni consentimiento, a través del acceso electrónico, aunque afortunadamente no se recogieron muchos casos. En ellos estaban implicados varios facultativos y una residente. Destacamos dos casos llamativos, en los que en uno de ellos, la médico,

consultó la historia clínica de dos niños hermanos que fueron asesinados unos meses antes, con la excusa de “si por curiosidad tenían antecedentes médicos”, o bien en otra ocasión el facultativo busca en el programa informático los resultados de pruebas complementarias realizadas a una secretaria del servicio que en ese momento se encontraba en situación de baja laboral por razones médicas.

3. Situaciones producidas por deficiencias en la infraestructura, equipamiento u organización del centro sanitario (3)

Como veremos más adelante de manera específica en algunos Servicios Médicos, existen determinados factores no relacionados con los actos humanos que pueden llegar a menoscabar la confidencialidad del paciente en determinadas situaciones, tales como la configuración y diseño de un lugar, una dotación insuficiente de recursos o el reparto inadecuado de los mismos en el centro¹⁸¹.

La mayoría de las faltas relacionadas con esta tipología (50/57; 87,7%) se referían al acto en el que facultativos y residentes proporcionan información sobre el estado o evolución de los pacientes a sus familiares, en las plantas de hospitalización o quirófano, en lugares poco apropiados como pasillos, salas de espera... debido a la falta de lugares habilitados para ello. En uno de estos casos, se describe incluso cómo el facultativo informa del fallecimiento de un paciente a su familia, en el mismo área de observación de Urgencias, conformado como un lugar abierto, donde además del control de enfermería, solo encontramos las camas de los pacientes separadas unas de otras por cortinas. Parece ser un hecho relativamente común y extensible a otros centros sanitarios españoles¹⁸⁶ en los que se demuestra la falta de despachos suficientes para informar, pero también a nivel internacional, destacando por ejemplo la forma curiosa en la que Clark⁷⁷, de manera casual mientras visita a un paciente familiar suyo, observa cómo a lo largo de una mañana se informa de los resultados de las intervenciones quirúrgicas en una sala de espera de quirófano y en el pasillo de un hospital, proporcionando la información delante de familiares o conocidos del resto de pacientes.

En otras circunstancias, se describieron situaciones en las que debido a la escasez del material disponible, tanto médicos como personal de enfermería, optaron por hacer que el paciente atravesara una consulta en la que ya se atendía a otro paciente, o bien por hacer coincidir a varios enfermos en el mismo espacio, para proceder a determinadas

exploraciones, como realizar una medición de la tensión arterial o una ecografía, o tallar a un niño (7/57; 12,3%).

De los tres tipos de faltas descritas, en todos los Servicios Médicos, las más frecuentemente observadas fueron (2) las relacionadas con la revelación de datos clínicos y/o aspectos personales de los pacientes a personal no implicado en la asistencia clínica y a terceras personas (54,6%) (**Tabla V**). Nuestro resultado parece estar de acuerdo a otros estudios previos, como el de Iraburu *et al*¹⁹⁷ realizado en 2006, en el que los propios profesionales señalan que más que el historial clínico electrónico, o la libre circulación de la documentación, el “comentario informal de pasillo” es la vía más frecuente de divulgación de información reservada.

5.3.2. Gravedad de las faltas observadas

Directamente relacionada con la tipología de las observaciones (**Figura 4**), se estableció una clasificación de su gravedad inicialmente conformada por 9 categorías muy específicas algunas de ellas, relacionadas por ejemplo con aspectos concretos como la vida sexual, raza, enfermedades psiquiátricas o estigmatizantes (infecciosas, hábitos tóxicos...), y en ellas se incluían un escaso número de faltas, provocando por tanto dispersión en los datos. Para evitarlo se reestructuró la clasificación incluyendo aquellas que se refieren a aspectos o casos muy concretos dentro de las más genéricas.

Las categorías relacionadas con aquellas faltas cometidas de forma intencional, o con la vida sexual, enfermedades psiquiátricas, estigmatizantes o aspectos raciales o étnicos del paciente, hacen referencia en el primer supuesto a conductas deleznable por las que se desvelan de forma intencionada a una tercera persona cualquier tipo de dato de un paciente, y en el resto, se trata de datos especialmente sensibles y por tanto detalles pertenecientes al núcleo duro de la intimidad. Debido al tipo de acto, de carácter deliberado, y a las consecuencias que se podrían derivar de la revelación de esa clase de información se consideraron todas ellas como faltas “graves”. Así quedó la clasificación formada por las 4 categorías ya descritas, de las cuales vamos a comenzar por las faltas de carácter grave (**Tabla V**) por ser las más frecuentes (46,7%).

1. Faltas graves

El hecho de que este tipo de faltas fueran las más frecuentes (235/243; 96,7%) se corresponde con que la mayoría de las incidencias eran aquellas (2) relacionadas con la

revelación de datos clínicos o aspectos personales, adquiriendo esta consideración de gravedad debido a la relevancia directa de dicha actuación en el núcleo duro de la intimidad del paciente. Esto quiere decir que al transmitir de manera evidente información de un paciente, se va a producir de forma inmediata una consecuencia directa sobre su intimidad, que en el menos grave de los casos podría ser “tan solo” el conocimiento de datos personales por parte de una tercera persona, si bien no da lugar a secuelas de mayor envergadura como podría ser un perjuicio familiar, social, laboral o económico.

Dentro de ellas nos encontramos con aquellas en las que se derivaba algún efecto observable, por ejemplo al dejar una puerta abierta era posible escuchar conversaciones del interior de la consulta, y obviamente cuando existía cierta intencionalidad en la acción. Éste último caso en el que el actor vulneraba la confidencialidad de manera intencionada, por ejemplo un facultativo al utilizar el acceso informático para consultar datos clínicos de personas conocidas que no eran sus pacientes y sin su consentimiento; o cuando se revelaba información directamente de un paciente a personal sanitario no implicado en la asistencia, o incluso a una tercera persona, por suerte no era lo habitual. Esta revelación de datos de forma tan directa no solo afectaba a los de carácter sanitario, sino también a otros que pertenecían al núcleo duro de la intimidad, como podría ser un caso en el que una enfermera realiza comentarios despectivos respecto a la raza (etnia gitana en este caso) de un paciente. En otro, un facultativo comenta a una residente y a una enfermera, de forma inadecuada información relacionada con una enfermedad infecciosa que puede llegar a ser estigmatizante (VIH) relacionada con determinados hábitos sexuales de dicha paciente: “justo al salir la paciente de la consulta, el médico les comenta que padeció un episodio de herpes genital hace años. Además, cuenta que también ha sido intervenida por múltiples condilomas acuminados, haciendo referencia a su promiscuidad sexual de manera poco elegante y a su condición de VIH positiva”.

Asimismo en menor medida, también se consideraban faltas graves aquellas en las que se derivaba alguna consecuencia observable, pero en relación a la guarda y manejo de la documentación (1) (8/243; 3,3%). Así podemos describir situaciones en las que facultativos y médicos residentes incluso llegaron a perder carpetas de la historia clínica como consecuencia de una custodia inadecuada de las mismas, o de igual forma se encontró al familiar de un paciente fotografiando informes de la historia al dejarla abierta sobre el control de enfermería sin cuidado. En dos casos se confundieron

informes y se entregaron a los pacientes de forma equivocada, de tal manera que en uno de ellos el residente reveló un resultado erróneo al paciente, y en el otro, por error del administrativo, casi se le realiza una exploración complementaria innecesaria.

En la mayoría de los casos suponemos que existía falta de conocimiento respecto a las repercusiones legales y éticas, así como falta de cuidado en el tratamiento de la información. Trabajos como el de Elger¹⁹⁸ hacen verosímil nuestra opinión. Tras realizar encuestas a un grupo de facultativos (n=508) y estudiantes de medicina (n=79), en las que se plantean una serie de supuestos prácticos, se revela que tan solo un 11% de los médicos (n=58) y un 9% de los estudiantes (n=7) reconocen que en todos los casos se vulnera, con mayor o menor severidad, la confidencialidad de los pacientes, variando dichos porcentajes según el caso planteado. Evidencian que en cifras muy similares, los profesionales sanitarios y estudiantes conocen la importancia de la confidencialidad, pero un porcentaje importante no siempre sabe exactamente cómo llevarlo a la práctica diaria. No se encuentran seguros de cuáles eran las circunstancias exactas en las que pueden divulgar información a otras personas en situaciones cotidianas, especialmente no identifican o no le atribuyen la importancia merecida, a aquellos supuestos en los que la información del paciente se le proporciona a la policía o a otros compañeros. Esto nos hace inferir que determinados comportamientos no solo se justificaban por descuido o una clara intención de perjuicio, sino también por falta de conocimientos teóricos en relación a los diferentes problemas éticos.

2. Faltas leves

La consideración de leve atribuida a estas faltas se debe a que como consecuencia de dichas actuaciones, no se apreció de manera evidente e inmediata, o al menos no se preveía, un efecto observable sobre la intimidad del paciente. De hecho, se trata de una categoría conformada por las faltas relacionadas con la guarda de la historia clínica (1), por tanto ocasionadas por conductas descuidadas o falta de formación en cuanto a su manejo, y aquellas debidas a la organización o infraestructura del centro (3), provocadas por problemas intrínsecos del centro sanitario.

Con esto queremos decir que este tipo de conductas es cierto que ponían en peligro los datos clínicos y personales de los pacientes, si bien no se llegó a comprobar que dicha información realmente llegara a ser conocida por una tercera persona, de ahí que digamos que no se demostró una consecuencia observable derivada de las mismas. Por

ejemplo, al dejar las historias clínicas abiertas sin custodia en el control de enfermería o en un carrito en un pasillo, existía la posibilidad de que una tercera persona no autorizada pudiera acceder a dicha información, por ello catalogamos esa conducta inadecuada o peligrosa como una falta, pero en realidad no se observó que tal efecto llegara a ocurrir. Y además otro factor a tener en cuenta para calificarlas como leves, es que en ellas no intervenía intencionalidad por parte del actor responsable, lo cual hace pensar más bien en una actitud negligente o por falta de conocimientos respecto al tema. Normalmente los responsables de dejar las historias abiertas sobre los mostradores del control de enfermería eran los médicos (facultativos y residentes) y el personal de enfermería. Mientras que, los responsables de dejar los carritos con la documentación en mitad de cualquier pasillo, eran los/as celadores/as.

Como ya se refirió anteriormente, la frecuencia de cada uno de estos tipos, e incluso la suma de ambos era menor, respecto al otro grupo de faltas relacionadas con la revelación de datos (2). De todas ellas, eran más frecuentes las tipo (1) (120/153; 78,4%) con los ejemplos ya comentados en otros apartados, frente a las tipo (3) (33/153; 21,6%).

3. Faltas leves reiterativas

Las faltas de carácter reiterativo eran las menos frecuentes, pero aprovechando que las rotaciones de los observadores en cada Servicio Médico eran relativamente diarias a lo largo de un período, también se han recogido y seleccionado de forma separada para poder analizar qué tipo de faltas eran las más recurrentes.

Las leves de carácter reiterativo eran más frecuentes que las graves reiteradas. Este hecho se debe a que las leves, formadas exclusivamente por faltas tipo (1) y (3) y tal como se refirió anteriormente, se producen en un contexto de un mal hábito provocado por negligencia o desconocimiento de las normas¹⁸⁶. Esto significa que se podrían corresponder con actos que se realizan de manera diaria y habitual, como puede ser la revisión de las historias clínicas de planta, el acceso informático a los historiales para hacer anotaciones, el acto de informar a los familiares tras la revisión de los pacientes, tener que utilizar consultas que no se encuentren equipadas adecuadamente... Se puede justificar con un claro ejemplo de nuestros resultados, en el que el observador anotó hasta 20 veces, es decir prácticamente todos los días, que en ese servicio se dejaban las historias clínicas sin custodia en el control de enfermería; o cómo otro observador,

describió 24 ocasiones en las que el facultativo facilitaba información a los familiares en los pasillos de la planta de hospitalización. De entre todas ellas, las relacionadas con la historia clínica (1), eran más frecuentes (51/75; 68%), que las producidas por déficit en la infraestructura (3) (24/75; 32%).

4. Faltas graves reiterativas

Frente a las anteriores, afortunadamente las faltas graves cometidas de forma reiterada eran menos frecuentes. Todas las faltas contenidas en este grupo se correspondían con las tipo (2) relacionadas con la consulta o revelación de datos a personal no asistencial o terceras personas.

Es preciso comentar que excepto una de las faltas, el resto de las observaciones recogidas en esta categoría, guardaba relación con las ya descritas como graves pero no eran cometidas de forma intencional. Por el contrario, responden a una serie de conductas poco apropiadas, también probablemente por falta de cuidado o poca formación en los diferentes aspectos éticos, en las que sí se transmitía información de forma más o menos directa a terceras personas, y además eran actuaciones que se suelen realizar a diario en la práctica clínica. Por ejemplo, en la práctica clínica de cada día los médicos revisan a los pacientes en las habitaciones (14/49; 28,6%), y podemos resaltar casos en los que hasta en 24 o 25 veces esto se realizaba delante de la familia del otro enfermo. De igual manera que aquellos facultativos o residentes que al pasar consulta de manera conjunta con el personal de enfermería de la sala de curas, y acostumbran a hacerlo con ambas puertas abiertas (9/49; 18,4%), también se reiteran de manera casi diaria, contabilizando un único observador 29 ocasiones.

En mayor número se revelaba información de pacientes identificados delante de terceros en lugares inadecuados (17/49, 34,7%) y se llegaron a describir hasta 24 veces en las que el mismo facultativo discutía casos clínicos identificados en los ascensores del hospital, o bien una médico y una residente hasta en 10 ocasiones en la cafetería. Asimismo, en menor frecuencia (8/49; 16,3%) tanto médicos como personal de enfermería comentaban datos de pacientes delante de otros pacientes en consulta, y caben destacar dos casos en los que, respectivamente, en 20 y 24 ocasiones, se pudo observar dicha actitud por parte de las mismas enfermeras.

La única falta grave reiterativa cometida de manera intencionada, responde a un caso en el que el facultativo comenta información clínica a otro paciente y sus familiares del

mismo municipio del paciente, lo cual aunque constituye una falta ética muy evidente e inexcusable, suponemos que no se realizó con la finalidad de provocar perjuicio del interesado.

5.3.3. Lugares en los que los que se recogieron faltas a la confidencialidad

Debido a la gran cantidad de diferentes áreas del centro sanitario en las que se anotaron incidencias, y para evitar gran dispersión en los resultados, se decidió realizar diferentes reagrupaciones. Así, por ejemplo, se unificaron por similitud entre ambas, las zonas de trabajo: consultas externas, quirófanos, salas de curas, etc. donde los distintos profesionales llevaban a cabo un trabajo clínico específico, y las áreas denominadas por nosotros como de reunión, despachos, donde aunque no se trabajaba directamente con el paciente, sí que se manejaba información confidencial directamente relacionada con los mismos. De igual manera, ocurrió con la categoría de las zonas comunes, en las cuales se incluyeron todos aquellos lugares de acceso público para cualquier persona. Al igual que en trabajos previos^{77,177,186,197}, de nuestro estudio se desprende que la mayor parte de las faltas (o incidencias respecto a la revelación de la confidencialidad) (37,9%) (**Tabla V**) ocurrían especialmente en estas zonas comunes correspondientes a pasillos, ascensores, cafetería, escaleras... lugares en los que se ha demostrado que se realizan comentarios¹⁸³ y donde debido a la presencia de personas ajenas al hospital, la información debería ser tratada de manera especialmente cuidadosa. En nuestro trabajo, al explorar prácticamente cualquier área del hospital donde el observador pudiera tener acceso, las anotaciones arrojaron resultados más amplios, indicando que tras las zonas comunes, encontramos una cantidad importante de incidencias en las zonas de trabajo (30,4%) tipo consultas médicas, salas de curas, quirófanos... Este último dato puede resultar comprensible si tenemos en cuenta que la mayor parte del tiempo, los profesionales sanitarios y en este caso los observadores que anotaban las faltas, pasaban la mayor parte del tiempo en dichas zonas, las cuales realmente al ser de “trabajo” propiamente dichas, son las áreas habilitadas para manejar toda la información de los pacientes.

Aun así, no podemos perder de vista que el lugar donde se cometían las faltas, variaba de un servicio a otro, y dependía también del tipo de falta cometida y de la persona implicada, tal y como será expuesto en los siguientes apartados al relacionar las diferentes características.

5.3.4. Relación entre las características de las faltas

Específicamente en las zonas de reunión y áreas de trabajo, en relación a la gravedad establecida, nosotros pudimos comprobar que las faltas caracterizadas como graves (68,2%) (**Tabla XX**) y por tanto según los tipos aquellas que implican (2) revelación de datos clínicos y aspectos personales de los pacientes (75,8%) (**Tabla XII, Figura 8**), se dieron con mayor frecuencia, algo comprensible ya que es en las consultas médicas, salas de curas, quirófanos... donde se desarrolla gran parte de la labor asistencial, lo cual incluye el manejo de gran cantidad de datos. Las más frecuentemente observadas en esta relación, especialmente eran aquellas en las que se comentaban datos de pacientes identificados, por ejemplo el que acababa de salir de una consulta, delante del enfermo que acababa de entrar. El caso más extremo de este tipo es uno en el que directamente el facultativo y la enfermera hacen comentarios junto a la paciente que se encuentra en la consulta, que según el observador incluso llegan a ser despectivos, de una paciente que justo había abandonado la consulta: *“hacían comentarios con una paciente acerca de la forma de ser y de las circunstancias poco importantes que habían llevado a ir a consulta a la paciente anterior”*.

Por el contrario, en los controles de enfermería eran más frecuentes las incidencias relacionadas (1) con la guarda de las historias clínicas (80%) (**Tabla XII, Figura 8**), por lo que también lo eran según su gravedad las faltas leves (46,4%) (**Tabla XX**), y seguidas las leves reiterativas (33,6%) hecho explicable por ser el lugar donde fundamentalmente se trata con la documentación clínica tanto en soporte electrónico como en papel, y además se trata de una labor que se realiza a diario, por lo que no resulta extraño que se repita a lo largo del tiempo. De esta forma, el mayor número de faltas recogidas en esta zona eran aquellas en las que se dejaban las carpetas encima de los mostradores sin custodia alguna. Por otra parte aunque en menor medida, también aquí se recogieron faltas catalogadas como graves (16%) (**Tabla XX**) las cuales se correspondían con aquellas en las que se revelaban datos de los pacientes (2) directa o indirectamente a otras personas (19,2%) (**Tabla XII, Figura 8**). Suponemos que este hecho se debe a que aunque el control de enfermería se encuentra habitualmente en la zona central de las plantas, y es casi como un elemento más integrado en el pasillo, escasamente separado por un mostrador y puertas siempre abiertas, los trabajadores lo conciben como un área de trabajo en la que realizan su labor sin ser muy conscientes de la cercanía con el resto de las personas ajenas a la asistencia que transitan por los

pasillos o incluso los propios pacientes. Por ejemplo era muy habitual que se comentaran datos clínicos de pacientes identificados en la zona del control delante de familiares de otros pacientes que estaban allí al lado, o esperando en el mostrador. Resaltamos uno de los casos en el que el facultativo realiza un comentario despectivo: “el pobre desgraciado”, acerca de la etnia rumana de un niño delante del resto de padres que se encontraban esperando en el mismo lugar.

Como era de esperar, en las habitaciones de los enfermos, las faltas más habituales eran las de carácter grave (52,5%) y graves reiterativas (40%) (**Tabla XX**), coincidiendo con las faltas que implican revelación de datos (2) a otras personas (90%) (**Tabla XII, Figura 8**). La mayoría de éstas estaban relacionadas con la revisión de los pacientes delante de los familiares del otro enfermo, lo cual parece tratarse de una conducta ordinaria asimilada por el facultativo o residente como algo que no es contrario a la norma. Por otra parte, la revisión de los enfermos en planta se realiza diariamente, lo cual explica un aumento en el porcentaje de faltas graves reiteradas. Aun así, de entre todas estas observaciones graves, hubo cuatro casos correspondientes a la custodia de la historia clínica (1), y en cada uno de ellos el profesional sanitario había olvidado la carpeta con el historial durante horas, en la habitación del enfermo. En tres de las cuatro anotaciones, los responsables eran residentes, que habitualmente son los que realizan los apuntes en las historias mientras acompañan al facultativo, aunque en ocasiones acuden ellos solos a las habitaciones directamente.

De la misma forma, en las zonas comunes las faltas graves eran las más frecuentes (48,7%) (**Tabla XX**), relacionadas igual que en los casos anteriores con situaciones en las que se revelaba información a terceras personas (53,9%) (**Tabla XII, Figura 8**). Gran parte de las observaciones se referían a conversaciones sobre datos de los pacientes identificados por ejemplo en pasillos o escaleras mientras se desplazaban de un lugar a otro, en la cafetería con el resto de compañeros, o en los ascensores del centro. En dichos ascensores, uno de los observadores anota como una médico llega a hacer incluso un comentario peyorativo acerca de un niño ingresado en la planta: “niño mugroso” de etnia gitana. Por otra parte, también incluían algún caso relacionado con la historia clínica (1), como ocurrió en una ocasión en la que se encontró la carpeta olvidada en un vestuario de quirófano sin conocer quién era la persona responsable. Además de las faltas graves, en las zonas comunes los porcentajes también se repartían entre las leves (32,1%) y leves reiterativas (13%) (**Tabla XX**), ya que la cantidad de

faltas relacionadas con la organización y déficit en la infraestructura del centro (3) no era nada desdeñable (25,4%) (**Tabla XII, Figura 8**), de hecho eran las siguientes en frecuencia a diferencia de las otras áreas comentadas anteriormente. Este resultado se debe a que la mayoría de este tipo de faltas (3) se correspondía con el acto de informar a los familiares acerca de la evolución del paciente tras la revisión del mismo, lo cual se llevaba a cabo en la mayoría de las ocasiones en los pasillos de las plantas, o tras una intervención quirúrgica en las salas de espera comunes a todos los familiares de los pacientes intervenidos.

5.3.5. Actores

A nivel mundial la confidencialidad es una cuestión ética importante para los facultativos y el resto del personal sanitario¹⁹⁹, de ahí que otro de los factores a analizar en nuestro estudio hayan sido los actores responsables de tales faltas. Se consideró que el tipo de colectivo implicado podía ser un factor influyente, en base al tipo de labor desempeñada, formación respecto a conocimientos éticos, área del hospital donde realizaban su trabajo fundamentalmente, etc. De igual forma que Ubel *et al*¹⁷⁷ y Mlinek y Pierce¹⁷⁸, hemos podido comprobar que tales incidencias eran cometidas por parte de todo el personal sanitario, incluidos, en nuestro caso los estudiantes de Medicina.

1. Médicos

En la clasificación que realizamos de los posibles actores participantes, decidimos distinguir en el grupo de los médicos, entre aquellos que ya formaban parte de la plantilla del centro: los facultativos, y los médicos internos residentes (MIR). Esta división la realizamos con la intención de comprobar si el período de formación en el que se encuentran estos últimos, podría influir en cierta manera en el hecho de observar un mayor o menor número de faltas en este colectivo.

1.1. Facultativos

En nuestro trabajo, el grupo de los facultativos es el que se señaló como responsable del mayor número de faltas (51,4%) (**Tabla VI**), aunque creemos que ello es debido a cierto sesgo en el estudio, pues los observadores eran estudiantes de Medicina y por tanto realizaban las prácticas durante la labor asistencial de los facultativos, y en menor medida junto a los médicos residentes y el resto del personal sanitario.

El hecho de que el grupo de facultativos sea el más proclive a cometer faltas es un resultado importante, porque aunque la medicina actual se ejerce en equipos asistenciales y la obligación de preservar la confidencialidad es compartida entre todos sus integrantes, no podemos olvidar que el médico continúa siendo el principal responsable de que se respete esta obligación. Se ha demostrado que a los propios pacientes les preocupa especialmente el hecho de que el médico además de tener acceso a sus datos clínicos, también puede consultar otro tipo de información privilegiada propia de la relación médico-paciente²⁰⁰.

1.2. Médicos residentes

Los médicos MIR son el tercer grupo en frecuencia (18,8%), muy cercano en porcentaje al personal de enfermería (20%) (**Tabla VI**).

El HURS es una institución en la que se lleva a cabo la enseñanza y formación tanto a nivel de pregrado (estudiantes de medicina) como de postgrado, llegando a contabilizarse en el año 2012 hasta 301 médicos en formación MIR (5,94% del personal en plantilla del hospital, sin tener en cuenta el personal de enfermería en formación EIR)¹⁷⁴. En la literatura¹⁸⁰, este hecho se describe como un posible factor que puede contribuir a que tengan lugar las situaciones descritas en relación a la confidencialidad, frente a otros centros en los que no se lleve a cabo actividad docente.

2. Enfermeros/as

Como se ha referido anteriormente, el grupo de enfermeros/as era el siguiente en frecuencia (20%) (**Tabla VI**). Por un lado, hemos explicado que tal vez el porcentaje de faltas observadas sea menor en este colectivo, porque en la mayor parte del tiempo, la rotación de los observadores transcurría junto a los médicos en su labor clínica diaria, transcurriendo ésta en áreas de trabajo, como por ejemplo una consulta, o acompañándolo en las diferentes visitas por las zonas comunes, pero de tal forma que el único sujeto observado era el médico. No obstante, algunos estudios muestran que el comportamiento de los médicos, difiere del personal de enfermería en cuanto a la forma de actuar ante situaciones donde se plantea un problema de confidencialidad^{197,201}. Por ejemplo, cuando un compañero por interés propio, solicita información al profesional sobre un conocido, los médicos son significativamente más proclives a revelar la información solicitada frente al personal de enfermería. Y además estos últimos, en un porcentaje más elevado, le preguntarían directamente al paciente. Si bien es cierto que

respecto a conocimientos sobre la regulación legal y la responsabilidad derivada de un comportamiento inadecuado, no se encontraron diferencias entre ambos grupos.

3. Auxiliares de enfermería

En un número bastante inferior respecto a los anteriores grupos (4,8%), encontramos al personal auxiliar de enfermería (**Tabla VI**). Para justificar dicha cifra, podríamos sostener la misma hipótesis que para el personal de enfermería, es decir, el tiempo durante el cual los observadores permanecían con este colectivo era incluso menor que con los/as enfermeros/as, y también que las zonas de trabajo del personal auxiliar tal vez difiere aún más de la de los médicos. Otro motivo importante es que las funciones desempeñadas por este grupo no estaban tan directamente relacionadas con la información clínica de los pacientes. A pesar de ello, en un hospital de La Coruña, Arantón *et al*²⁰² ponen de manifiesto mediante encuestas que tanto el personal auxiliar como el de enfermería, conocen el deber de respetar la confidencialidad de los pacientes, aunque ante algunas situaciones problemáticas no siempre tienen claro la forma en la que deben actuar.

4. Celadores/as

En el grupo de celadores/as se observó una cifra no muy elevada de faltas a la confidencialidad (2,8%) (**Tabla VI**), lo cual se podría justificar por razones similares a las de los grupos anteriores (personal de enfermería-auxiliares), ya que salvo en labores de transporte de documentación clínica, suelen realizar su trabajo de traslado de enfermos, vigilancia...en zonas muy diversas, no encontrándose por tanto establecidos en un lugar determinado para llevarlo a cabo. De cualquier manera, el hecho fundamental que podría explicar su baja participación en las faltas, es que este colectivo no suele tener acceso a datos clínicos relevantes sobre los pacientes.

5. Personal administrativo

Uno de los grupos en los que se observó menor número de incidencias fue el del personal administrativo del centro (1,1%) (**Tabla VI**). Su papel en el ámbito de la confidencialidad de los pacientes es importante, ya que su trabajo está directamente relacionado con el manejo de información de los enfermos, en su mayoría datos administrativos, programación de citas para consulta, revisión, exploraciones complementarias o tratamientos, pero supuestamente no deben tener acceso a datos

clínicos concretos de los historiales. En relación a este aspecto, un trabajo referido anteriormente²⁰⁰ muestra que la mayoría de los pacientes entrevistados, manifiestan estar de acuerdo en la limitación de acceso a la historia clínica por parte del personal administrativo, e incluso algunos en menor medida, lo hacen extensible al personal de enfermería, o dejan que la decisión recaiga en el médico encargado del equipo.

El hecho de que tuvieran un acceso limitado a los datos pudo ser uno de los motivos que propiciara el bajo número de faltas recogidas en este colectivo. Por otro lado, no podemos descartar que el personal de administración tuviera una mayor concienciación a la hora de manejar la información, de tal manera que respetaran en gran medida los datos personales de los pacientes, tomándolos como algo ajeno. Otra de las razones pudo ser simplemente la evidencia, de que los observadores no mantenían contacto diario con el personal administrativo durante sus rotaciones.

6. Estudiantes

En relación a los estudiantes existen diferentes posiciones, ya que hay quien sostiene que los pacientes no pueden rechazar su presencia en una institución educativa como es un hospital universitario, mientras que otros creen que directamente se presume el consentimiento por parte del paciente si éste no se opone activamente, y por último hay quien exige que debe obtenerse el consentimiento explícito que autorice su presencia durante la asistencia sanitaria. Aun así, la mayoría de los pacientes aceptan la participación de los estudiantes durante la misma²⁰³. Por este motivo se ha analizado la actitud de los estudiantes de medicina en relación a la confidencialidad y otros conceptos de la ética médica, en diversos estudios e incluso en diferentes entornos culturales²⁰⁴. Nuestro trabajo, al igual que otros ya recogidos en la literatura, puso de manifiesto que los estudiantes también cometían faltas relacionadas con la confidencialidad, y al igual que el grupo anteriormente descrito, las cometieron en menor porcentaje (7/650; 1,1%) (**Tabla VI**) que el resto²⁰⁵.

La percepción de la confidencialidad por parte de los estudiantes de medicina y cómo influye sobre ésta el período de formación durante la carrera universitaria, es un tema que ha suscitado interés a lo largo del tiempo. En un trabajo reciente, Hendelman y Byszewski²⁰⁶, realizan encuestas a los estudiantes sobre situaciones del hospital que plantearan problemas éticos, y además el sujeto implicado en las mismas. Mientras que nosotros en las categorías que clasificamos solo distinguimos, en relación a los médicos,

entre facultativos o residentes, en su caso eligen entre un médico clínico del hospital o bien un docente, además del resto de personal y estudiantes. Por otra parte, nuestros observadores eran una muestra homogénea, pertenecientes a los cursos 5º y 6º de la titulación; si bien en su caso, ellos clasifican en dos grupos las observaciones recogidas en las encuestas, en función de si los alumnos habían realizado las rotaciones clínicas tuteladas o no. Ponen de manifiesto, que la confidencialidad era uno de los principales problemas recogidos, pero en mayor porcentaje para los alumnos que ya realizaron sus rotaciones (28,7%) frente a los que no (16,8%). Además el grupo que realizó las prácticas anota como responsables de las mismas en mayor parte a los médicos (19% vs 51%), mientras que el otro grupo señala a los propios estudiantes (51% vs 26%).

En uno de los primeros estudios, anteriormente señalado, Weiss¹⁷⁶ a través de encuestas demuestra que los estudiantes de medicina de primer año, en sus comienzos y sin haber tenido apenas contacto con la práctica clínica (60 días), opinan de igual forma que los propios médicos en cuanto a la existencia de un elevado porcentaje de situaciones en las que no se respeta el secreto profesional, frente a la visión que tienen los pacientes. En la misma línea, Reddy *et al*²⁰⁷, analizan si existen diferencias en las opiniones de los estudiantes de forma previa y posterior a sus rotaciones clínicas, por ejemplo cuando señalan que se discute información de los pacientes en espacios públicos. Al contrario que en la investigación llevada a cabo por Hendelman y Byszewski²⁰⁶, se evidencia que tras las prácticas los alumnos tienen más tendencia a considerar como comportamientos aceptables, determinadas conductas poco profesionales. Las causas por las que se produce este fenómeno podrían ser explicadas más como un reflejo de sus expectativas, que como un conocimiento real de la situación de la profesión en cuanto al secreto profesional, especialmente en el caso de los alumnos de primer curso. Y en el caso de Reddy *et al*²⁰⁷, uno de los motivos puede ser que los alumnos al ser partícipes de dichas prácticas poco apropiadas, las lleguen a considerar como aceptables. Nosotros estamos completamente de acuerdo con esta afirmación, de lo que se deduce la importancia del currículum oculto a lo largo de la formación pregrado, de tal forma que el estudiante incorpore pautas de comportamiento, a partir de las de sus profesores/tutores más allá de los contenidos del currículum formal²⁰⁸.

De igual forma Sturman y Saiepour²⁰⁹ en Australia, mediante cuestionarios ponen de manifiesto que mientras para los estudiantes de medicina, los cuales habían completado

su período de prácticas clínicas, la vulneración de la confidencialidad no es un problema relevante, para los médicos supone uno de los principales problemas éticos.

Teniendo en cuenta los estudios señalados y los resultados que muestra nuestro trabajo, confirmando la participación de los estudiantes en conductas que vulneraban la confidencialidad de los pacientes, ha resultado evidente²¹⁰, e incluso nosotros también nos aventuramos a decir, que éstos presentan carencias en su formación teórica a la hora de resolver los diferentes problemas éticos que se plantean en la práctica diaria, como por ejemplo el de la confidencialidad.

Además del tipo de personal sanitario implicado en la falta, se contempló que tanto el género como el rango de edad del actor podían intervenir en el número de faltas cometidas, así como también podían estar relacionados con otras características que veremos más adelante.

5.3.5.1. Relación entre los actores y las características de las faltas

Respecto a las características propias de las faltas (**Tabla XIII, Figura 9**), en general y sobretodo en el caso de los facultativos (54,2%) y personal de enfermería (56,2%), el tipo más frecuente eran las (2) referidas a la revelación de datos clínicos o personales a personal no asistencial o terceras personas, por tanto de carácter grave (**Tabla XXI**). Al igual que todos los estudiantes implicados, que también se relacionaron con este tipo de faltas. Estos datos confirman algunos de los existentes en la literatura, y es que los médicos puede que tengan más formación teórica en relación a la confidencialidad, pero cuando se les pide información clínica de una persona por ejemplo, son más proclives a revelar tales datos que otros colectivos, como puede ser el personal de enfermería^{197,211}. En el caso de los médicos residentes (48,4%), auxiliares (58,1%) y personal administrativo (71,4%) no había asociación especialmente significativa con ningún tipo de falta, aunque las más frecuentes para todos ellos seguían siendo las faltas de revelación de datos clínicos o personales. A diferencia del resto, en el grupo de los celadores la mayoría correspondían a faltas leves (52,6%) (**Tabla XXI**) relacionadas con (1) la guarda y custodia de la historia clínica (68,4%), lo que tiene bastante lógica, pues es lo relacionado con su labor diaria (**Tabla XIII, Figura 9**).

En cuanto al lugar (**Tabla XVII, Figura 11**), lógicamente las faltas del personal de enfermería se recogieron sobre todo en los controles de enfermería (36,2%) ya que era el área donde desarrollaban gran parte de su labor asistencial. Por otro lado, para el

personal auxiliar (38,7%) y de administración (57,1%) se describieron en las zonas de reunión y específicas de trabajo, explicable en el último caso debido a que su tarea se realiza fundamentalmente en despachos. En cuanto al resto, especialmente en el grupo de facultativos (36,5%) y celadores (68,4%), el lugar más frecuente eran las zonas comunes. Respecto a los facultativos podría explicarse por una conducta más descuidada, por un mayor manejo de los datos clínicos de los enfermos en su actividad diaria, y porque es casi exclusivo de este grupo la labor de información a pacientes y familiares, que tal y como ha reflejado el estudio, se sigue realizando de manera importante en las zonas comunes como pasillos, salas de espera... De este acto de informar tras una revisión o intervención quirúrgica, se deduce que las faltas relacionadas con déficit en la organización o infraestructura (3), sean también más frecuentes entre los facultativos que ningún otro colectivo (**Tabla XIII, Figura 9**). En el grupo de celadores las faltas en las zonas comunes eran muy habituales, básicamente porque tienen encargada como una de sus actividades fundamentales, el traslado de la documentación clínica, *“encontrándose las historias clínicas sin cuidado, en algún pasillo del hospital”*, tal y como se ha recogido en las anotaciones reiteradamente.

5.3.5.2. Género de los actores

Los dos grupos en los que de manera predominante los actores pertenecían al género masculino eran los facultativos (67,9%) y celadores (94,7%) (**Tabla VII**).

Respecto a los facultativos, el hecho de que los hombres fueran más proclives a determinados comportamientos inadecuados en relación a la confidencialidad, es un resultado coincidente con trabajos previos^{211,212}. En un estudio referido anteriormente y llevado a cabo en nuestro país, se exploraron mediante cuestionarios los conocimientos y comportamientos de médicos y personal de enfermería en relación a este tema, obteniéndose los mismos resultados, es decir los hombres eran más proclives, dentro de este colectivo¹⁹⁷.

Para el resto de grupos, en su mayoría eran las mujeres las responsables de las faltas. Destacan especialmente la categoría del personal de auxiliar enfermería, en el que la totalidad de los sujetos implicados pertenecían al género femenino, y el grupo de enfermeras (93,4%) en el que eran la mayor parte. Estos datos son coherentes con el hecho de que actualmente en la plantilla del HURS, el colectivo de enfermería (83,4%) y el de auxiliares (94,9%) están formados en su gran mayoría por mujeres²¹³.

Al revisar la literatura existente pudimos comprobar que no existía ninguna referencia que relacionara el género del actor con parámetros concretos en la confidencialidad. De igual forma nuestro estudio no arrojó ninguna evidencia que relacionara el género de los actores implicados en las faltas, con algún tipo concreto de los establecidos por nosotros (**Tabla XIV**), o el lugar dónde ésta ocurrió (**Tabla XVIII**) ni la gravedad de la misma (**Tabla XXII**).

5.3.5.3. Rango de edad de los actores

En cuanto a los rangos de edad (**Tabla VIII**), aquellos grupos que se encontraban en período de formación tanto a nivel de pregrado: estudiantes (100%), como los postgrado: médicos residentes, se encontraban lógicamente en mayor parte por debajo de los 30 años.

La frecuencia de facultativos (48,9%) al igual que para los celadores (57,9%), era más elevada en grupos de edad más avanzada, entre los 40 y 50 años, hecho que tal como ha sido sugerido por algunos autores, podría deberse en parte a una mayor confianza y complicidad con los compañeros en un lugar de trabajo habitual concebido como un “espacio propio”^{197,211,212}. Por otra parte, también podemos apuntar que en nuestra sociedad la incursión en la vida de los demás es un hecho cotidiano, por lo que se podría considerar como una falta de cumplimiento de unas normas que tal vez no se consideraban como fundamentales en nuestra cultura. La motivación expuesta podría resultar extensible al resto de grupos (personal de enfermería, auxiliares, personal administrativo) en los que también se observó una frecuencia más elevada en los grupos de edad por encima de los 50 años.

Aunque no pudimos establecer ningún tipo de correspondencia entre los diferentes rangos de edad de los actores y los distintos tipos de faltas cometidas (**Tabla XV**) o la gravedad (**Tabla XXIII**), únicamente en el caso del personal de enfermería se observó cierta asociación significativa en el lugar de trabajo en el que las incidencias fueron observadas (**Tabla XIX**). De tal manera que en aquellos por debajo de los 50 años, las faltas fueron cometidas en los controles de enfermería, lugar en el que más frecuentemente se desarrolla el trabajo día a día y también donde el observador puede tener más contacto con este tipo de personal. Sin embargo en el grupo por encima de 50 años, las áreas más destacadas fueron las zonas específicas de trabajo como consultas, salas de curas, quirófano... algo plausible puesto que se trata de personal con más

experiencia, en lugares donde no solo se trata de las labores asistenciales propias de este colectivo, sino que también se requiere más capacidad organizativa.

5.3.6. Servicios Médicos

Además de las diferencias reflejadas por el IF de cada servicio, existen otro tipo de diferencias a nivel cualitativo. A continuación vamos a relacionar las diferentes características analizadas hasta ahora en cada uno de dichos servicios.

1. Medicina Interna y Urgencias

En Medicina Interna y Urgencias las incidencias fueron más frecuentes en los controles de enfermería (40,4%) (**Tabla XVI, Figura 10**). Esto se debe a que aunque en dicho servicio, las que afectaban a la revelación de datos (2) eran la mayor parte (43,3%), en un porcentaje discretamente inferior (39,7%) aunque superior al del resto de servicios, encontramos aquellas relacionadas con la (1) guarda de la documentación clínica (**Tabla XII**), siendo el control de enfermería donde habitualmente se realizan las anotaciones sobre las historias: evolución, constantes clínicas, cambios en el tratamiento... dejándose abiertas sin custodia las carpetas que contenían la documentación clínica en los mostradores, o bien el caso de los ordenadores encendidos sin contraseña permitiendo el acceso al historial, a cualquier persona que estuviera cerca. De ahí que en cuanto a gravedad, las faltas más frecuentes sean de carácter grave (32,6%), seguidas de las leves reiterativas (29,1%) (**Tabla XX**).

Habitualmente el servicio de Medicina Interna se encarga de la atención integral de los cada vez más numerosos pacientes pluripatológicos, los cuales en muchos casos presentan un deterioro funcional importante y por tanto una mayor necesidad de recursos hospitalarios, tanto diagnósticos como terapéuticos²¹⁴. Este mayor consumo de pruebas complementarias podría ser responsable de una mayor cantidad de documentación clínica en los historiales del servicio, tanto en papel como en soporte electrónico, lo cual puede ser motivo de un mayor número de faltas relacionadas con la custodia de la historia (1). Por otra parte hay que tener en cuenta que además el principal manejo de la documentación suele ser por parte de facultativos y médicos residentes, de lo cual se puede derivar una asociación significativa y un mayor porcentaje de facultativos (54,8%) y médicos residentes (24,8%) en el servicio de Medicina Interna y Urgencias de nuestro estudio, respecto al resto de servicios y de actores (**Tabla XI**).

Entre los tipos de faltas anotadas en este servicio, se observó una diferencia respecto al resto de servicios, y es que las faltas debidas a la organización o déficit en la infraestructura del centro (3), aunque eran las menos frecuentes de los tres tipos (17%), se daban en mayor número en Medicina Interna y Urgencias respecto al resto (**Tabla XII**). Pensamos que en parte podía deberse al caso concreto de Urgencias, un servicio sobre el cual se han realizado diversos trabajos ya que plantea problemas muy específicos (confort, eficiencia, accesibilidad, durabilidad...) debido a su especial configuración y a la falta de espacio disponible suficiente²¹⁵. Este espacio reducido hace que las camas de los enfermos se encuentren muy cerca de los controles de enfermería, y por lo tanto puede resultar un factor influyente en la ruptura de la confidencialidad, ya que en dichos lugares es donde todo el personal sanitario permanece, se realizan anotaciones y se consultan historiales¹⁷⁸.

En relación a los factores intrínsecos del servicio de Urgencias, otra de las situaciones reflejadas por nuestros observadores hacían referencia a que los pacientes en el área de observación al estar separados entre sí por cortinas, la información que el profesional sanitario le proporcionaba al paciente y familiares era escuchada por el compañero de la cama contigua y su acompañante, así como por el resto de enfermos presentes en el área de observación. Es evidente que las cortinas en este servicio se utilizan para separar las áreas de tratamiento con el fin de facilitar el movimiento del personal sanitario y permitir una mejor observación del paciente. El problema que se plantea es especialmente a nivel auditivo y depende del material de la cortina, del tono de la conversación, la proximidad con el resto de personas y también del ruido ambiental. De cualquier forma, parece que la percepción de los pacientes respecto a la confidencialidad varía en función de si se encuentran en habitaciones separadas por tabiques o cortinas, siendo en éstas últimas donde los pacientes refieren una menor sensación de privacidad¹⁷⁹.

Olsen y Sabin¹⁸⁰ en un trabajo posterior, también intentan demostrar si la vulneración de la confidencialidad depende de si el paciente está separado del resto mediante tabiques o cortinas, preguntando directamente a los usuarios su experiencia. El 36% de los pacientes y familiares reconoce haber escuchado conversaciones y un 1,6% comentarios de carácter “*inapropiado*”, aunque no se obtienen diferencias significativas entre aquellos que permanecen en habitaciones con paredes (32%) frente a los de cortinas (37%). La ubicación de las conversaciones escuchadas depende del tipo de

habitación, de tal forma que en aquellas separadas por cortinas se anota un mayor número de conversaciones procedentes de las habitaciones contiguas (55%), mientras que en las que tienen paredes se escuchan más comentarios del control de enfermería (58%) o pasillo (27%). Sin embargo al igual que en el estudio de Barlas *et al*¹⁷⁹, se puso de manifiesto que los pacientes se encuentran más cómodos si la entrevista y la exploración física se lleva a cabo en habitaciones. Posteriormente en un segundo trabajo, Olsen *et al*¹⁸², puso de manifiesto que tras realizar reformas en dicho servicio, donde se amplían los espacios y se sustituyen las cortinas por habitaciones, se reduce el porcentaje de personas que escuchan conversaciones entre el personal sanitario, pasando de un 36% a un 14%, así como también los comentarios inapropiados, de un 1,6% a un 1,2%.

Las situaciones descritas en el caso de las cortinas de Urgencias, pueden ser atribuidas a la propia organización y estructura del servicio (3), pero no podemos olvidar que en otras circunstancias se vulnera la confidencialidad del paciente por la propia actitud del profesional sanitario (2). Un claro ejemplo, lo recogen Mlinek y Pierce¹⁷⁸, describiendo como al dejarse una cortina descorrida al explorar o tratar con un paciente, es posible escuchar la conversación o visualizar lo que está ocurriendo al otro lado.

Por otra parte, además de los controles de enfermería, también se anotó un porcentaje elevado de faltas cometidas en las zonas comunes del hospital (39%) (**Tabla XVI, Figura 10**), lo cual pensamos que está en relación con la gran cantidad de situaciones en las que los observadores describieron cómo médicos y residentes informaban a los familiares de los pacientes respecto a su evolución, se realizaba en los pasillos de manera diaria, contribuyendo así también al aumento en el número de faltas debidas a déficit en la infraestructura del centro (3) (**Tabla XII**).

2. Ginecología y Obstetricia

A diferencia de Medicina Interna y Urgencias, en Ginecología las faltas fueron cometidas en mayor frecuencia (48,5%) en las zonas específicas de trabajo y reunión (**Tabla XVI, Figura 10**), lo cual es acorde con el hecho de que sean mucho más habituales aquellas en relación a la revelación de datos clínicos o personales (2) a personal no implicado o terceras personas (60,6%) (**Tabla XII**), ya que en las consultas médicas, paritorios, salas de curas, quirófanos... es donde realmente se realiza la

asistencia médica y el trato personal con el paciente. Se nos ha referido en no pocas ocasiones por ejemplo cuando un facultativo entraba en consulta y hablaba con otro compañero de un paciente identificado, delante de otro enfermo en una consulta, o bien lo hacía por teléfono...

Merece la pena comentar que en las zonas comunes también se anotó cierto porcentaje de faltas (35,4%) (**Tabla XVI, Figura 10**), aunque en menor medida, y especialmente en un caso en el que los mismos profesionales sanitarios hasta en 4 ocasiones, no solo vulneraron la confidencialidad de la paciente por mantener una conversación en relación a su situación en uno de los pasillos de la zona, sino también por el tono empleado y la brutalidad de las palabras. Debemos tener en cuenta que los datos clínicos que se manejan en este servicio al estar relacionados con el ámbito sexual de manera más o menos directa, constituyen parte del núcleo más sensible de la confidencialidad. Las conversaciones mantenidas en diferentes ocasiones, según el observador decían algo así como: “ahora al parir se queja, pero cuando lo estaba haciendo al contrario” o “vaya carrera que lleva esta criatura con 20 años, su segundo parto y dos abortos voluntarios”. De igual forma, otro de los observadores también recoge comentarios en tono jocoso acerca de algunos casos “curiosos” de pacientes ingresadas, en un ascensor del centro. Aunque se trataba de casos muy concretos y no podemos hacerlos extensibles a un tipo de colectivo, en ambos casos intervino personal de enfermería, y en el segundo además se incluía un facultativo. Lo cierto es que al igual que en el resto de servicios, los actores implicados en mayor parte eran los facultativos (48,3%), pero sin embargo tan solo en Ginecología y Obstetricia se observó especialmente una asociación significativa de este servicio con el personal de enfermería (30,0%) (**Tabla XI**). En otros casos se describieron situaciones poco deseables por descuido, como que el facultativo dejara la puerta de la habitación abierta mientras realizaba un tacto vaginal a una paciente gestante.

Por hechos como los anteriormente descritos, en este servicio las faltas más frecuentes, por encima del 50%, se consideraban graves (59,6%) (**Tabla XX**).

3. Pediatría

De igual forma que en el servicio anterior y suponemos que por el mismo motivo, las faltas cometidas fueron observadas con mayor frecuencia en las zonas de reunión y trabajo (46,4%) (**Tabla XVI, Figura 10**). En un porcentaje nada desdeñable (60%

aproximadamente) nos encontramos que las faltas eran especialmente carácter grave junto a las reiterativas (**Tabla XX**), ajustándose por tanto a un mayor número de faltas (2) relacionadas con la revelación de datos a terceras personas (58,2%) (**Tabla XII**). Entre los casos más destacables podemos reseñar aquel en el que un enfermero envía a otros compañeros una foto de un recién nacido de menos de 400g de peso, o cómo de manera reiterada una enfermera pasa a consulta a los niños, delante del otro paciente que está siendo explorado y su familia. Con estos ejemplos señalamos que igual que para el adulto, en el ámbito de la pediatría es preciso mantener la confidencialidad, pero especialmente en determinados procesos para evitar que el niño sea estigmatizado. De ahí el caso en el que una médico y una residente informan a los padres de un neonato acerca del aislamiento de una bacteria en orina, en una zona común del área delante del resto de padres, de tal forma que éstos últimos se alarman de manera innecesaria solicitando aislamiento del niño para que no contagie a sus propios hijos. Aun así, las faltas más frecuentes cometidas eran aquellas en las que se revelaban datos de pacientes identificados delante de otro paciente en la consulta o bien en las zonas comunes, y de igual forma que en los casos anteriores, los profesionales sanitarios implicados en mayor número, especialmente en estas faltas concretas, eran los facultativos (51,5%) (**Tabla XI**).

En menor número (33,6%) también encontramos faltas relacionadas con la guarda de la documentación clínica (1) (**Tabla XII**) y además de aquellas situaciones habituales en las que las historias se dejaban en los mostradores o carritos sin custodia alguna, destaca que hasta 4 observadores anotaron como diferentes profesionales sanitarios se colocan las etiquetas identificativas en los pijamas y circulan por diferentes áreas del hospital.

4. Cirugía General y Digestivo

Junto a Medicina Interna y Urgencias, es el servicio con un menor número de faltas observadas (**Tabla IX**). En los servicios exclusivamente quirúrgicos, como Cirugía General y Digestivo (39,3%) las observaciones se anotaron de forma mayoritaria en las zonas comunes del hospital, algo que podría ser explicado en parte por el hecho de que tal como se recogió en los cuestionarios, el acto de informar a los familiares tras las intervenciones quirúrgicas y en las plantas de hospitalización se continúa realizando de forma habitual en zonas comunes como pasillos, salas de espera, etc (**Tabla XVI, Figura 10**). La frecuencia con la que ocurrían estas situaciones hace que aunque la

revelación de datos (2) a terceras personas (53,9%) sean las faltas más frecuentes de forma unánime para todos los servicios, también se encuentren en cierta cantidad (13,5%) aquellas ocasionadas por déficit en la infraestructura del centro (3), como ya apuntábamos en su momento en el servicio de Medicina Interna y Urgencias (**Tabla XII**). Probablemente la elevada frecuencia de faltas relacionadas con el acto de informar a los familiares y un mayor manejo de datos de los pacientes, pueden ser responsables de un mayor número de facultativos implicados en las faltas (53,3%) (**Tabla XI**).

De esta forma las faltas graves eran de las más frecuentes (47,2%), y podemos señalar un caso en el que el facultativo informa a un paciente y su familia, de datos clínicos de otro, identificándolo y proporcionando incluso su dirección (**Tabla XX**). En otro de ellos, un facultativo comenta información clínica, tales como diagnóstico, tratamiento, pronóstico, del cáncer de mama padecido por una compañera conocida, a una residente, a una enfermera y a una secretaria que no tenían nada que ver con el proceso asistencial de la paciente. Por otra parte, se recogieron algunas situaciones en las que se revisaba a los pacientes en las habitaciones delante de los acompañantes del otro enfermo, y entre ellas hubo un caso concreto en el que el observador hizo hincapié en que la información que se daba al paciente, era que tenía una enfermedad terminal y su pronóstico infausto.

5. Cirugía Maxilofacial y Cirugía Plástica

Al igual que en el anterior servicio, las faltas se produjeron en su mayor parte en las zonas comunes del hospital (51,3%) (**Tabla XVI, Figura 10**), siendo más numerosas (61,5%) como en todos los servicios aquellas en las que se divulgaba la información a terceras personas (2) (**Tabla XII**), y por tanto las categorizadas como graves (46,2%) (**Tabla XX**). En este caso, a diferencia de Cirugía General y Digestivo, el motivo por el que las zonas comunes eran las más frecuentes, no fue precisamente por ser el lugar donde se informaba, puesto que las faltas relacionadas con déficit en la infraestructura (3) respondían a un número relativamente bajo (2; 5,2%), y dentro de las tipo (2) no se recogieron apenas incidencias relacionadas con este tema. Entre las faltas graves, algunas son realmente destacables ya que manifiestan la total intencionalidad del actor, en su mayoría facultativos (46,6%) (**Tabla XI**). Por ejemplo un caso en el que el médico le comenta al paciente de la cama de al lado con la cortina corrida, información clínica sobre la enfermedad del otro, sin que éste último se diera cuenta de que hablaban de él. Otra situación, descrita además como frecuente entre los médicos¹⁸⁶, en la que al

preguntarle sobre un enfermo conocido de la misma localidad, éste le proporciona la información solicitada. Las incidencias más habituales en las que se vulneraba la confidencialidad, como hemos referido, ocurrían especialmente en las zonas comunes, y aunque eran todas de carácter grave, en algún caso era especialmente llamativo por la falta de respeto y cuidado total hacia el enfermo. Así ocurrió en una ocasión en la que un facultativo, un residente y la enfermera realizaron comentarios despectivos en el pasillo de la planta de hospitalización al salir de la habitación de la enferma, delante de terceras personas y hasta el punto de que incluso la paciente y su familia llegaron a escucharlo: “...la familia es insoportable, no hay que hacerle caso a la paciente”; “la niña es una malcriada, que no me deja limpiarle la herida...”.

Al vulnerar la confidencialidad, no solo nos referimos a los datos anotados en la historia clínica o resultados de pruebas complementarias, sino también a la propia imagen del paciente. A este respecto en concreto, se realizaron fotografías de un caso llamativo en quirófano y se enviaron mediante el teléfono móvil a otros compañeros que no participaban en la asistencia e incluso a familiares y amigos.

6. Resto de Especialidades Médicas y Quirúrgicas

El mayor número de faltas (37,8%) se anotaron en las zonas de reunión y de trabajo y discretamente en menor medida en las zonas comunes (35,2%) (**Tabla XVI, Figura 10**). En ambas resultaron más frecuentes y de una forma llamativa (70,3%), las faltas (2) en las que se trataba información delante de terceras personas (**Tabla XII**), por lo que las de carácter grave (64,9%) eran especialmente numerosas (**Tabla XX**).

Al igual que en el resto de servicios, en las zonas de trabajo y en mayor número los facultativos (46,7%) como responsables, se observaban conductas descuidadas en las que comentaba datos de un paciente delante de otro. Cabe destacar un caso en el que una auxiliar reveló a otra que no intervenía en la asistencia, datos de extrema sensibilidad como los hábitos tóxicos de consumo de alcohol y otras drogas.

Las zonas comunes también constituyeron un reducto importante para la comisión de faltas, y teniendo en cuenta que esta categoría se encontraba formada por algunos servicios de carácter quirúrgico (Traumatología y Oftalmología) aunque la mayoría hacían referencia a “comentarios de pasillo”, por las escaleras, en los ascensores...también se describieron casos en los que el facultativo por falta de lugares apropiados, informaba a los familiares de los resultados de la intervención quirúrgica en

salas de espera delante del resto. Entre los comentarios de pasillo, una vez más llama la atención dentro de esta categoría el servicio de Psiquiatría, en el que aunque ocurrió en consulta, ya recordábamos anteriormente el suceso acaecido con el representante del laboratorio. Es bien conocido que el diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica puede resultar estigmatizante para toda la vida de un sujeto¹¹⁰, y además hay que tener en cuenta las características propias de estas patologías: forma de presentación, sintomatología, en ocasiones el deterioro que supone para el paciente en su vida laboral, social, familiar... A pesar de ello, además del caso comentado del representante del laboratorio, los observadores recogen en varias ocasiones como un médico, una enfermera y una estudiante ridiculizan comportamientos de dichos enfermos en la Unidad de Agudos. Se trata de un hecho que de cualquier manera supone una falta de respeto muy importante, pero además desde el punto de vista de la confidencialidad, es una falta grave ya que además lo hacían en el trayecto de un lugar a otro, por pasillos, salas, escaleras, es decir, llegan a hacerlo delante de los propios pacientes.

5.4. CONSIDERACIONES FUTURAS Y RECOMENDACIONES GENERALES A TENER EN CUENTA

Una vez presentados los resultados de nuestro trabajo y analizadas las diferentes situaciones y posibles factores intervinientes en la ruptura de la confidencialidad en el HURS, hemos creído oportuno recoger y aportar algunas recomendaciones al respecto, al igual que se hizo en estudios previos^{77,178,179,181,186,187,195,203,208,210,215}. Para que tales indicaciones puedan aplicarse adecuadamente, mediante un proyecto aún en ciernes, nos parece interesante plantear la realización de cuestionarios a los propios profesionales sanitarios del centro, que nos permitan conocer su opinión, conocimientos y visión particular acerca de la vulneración de la confidencialidad en dicho lugar.

De esta forma, las siguientes pautas recogidas en la **Tabla XXV**, están dirigidas al personal sanitario con la finalidad de que modifiquen conductas inapropiadas en relación a la información clínica de la que son concedores por su labor profesional, así como también a la propia institución de cara a favorecer el mantenimiento de la confidencialidad. Con ellas se pretende evitar o disminuir la frecuencia con la que se repiten este tipo de incidencias, fortalecer una cultura de la confidencialidad y de la responsabilidad, así como mejorar la calidad de la asistencia:

Tabla XXV. Recomendaciones a tener en cuenta

Relacionadas con la custodia de la documentación clínica y acceso informático

- * A nivel institucional, se recomienda crear perfiles o niveles de acceso de los profesionales sanitarios a los datos de los pacientes, según su función o necesidades asistenciales.
- * Respecto a la documentación clínica, aplicar procedimientos de disociación de los datos identificativos y clínicos.
- * Tras el uso de una historia clínica cerrar y colocar las carpetas en el lugar asignado para su custodia.
- * En el acceso informático, utilizar de manera individual la contraseña correspondiente de cada profesional.
- * Cerrar sesión al finalizar la consulta del HME del paciente.

Relacionadas con la revelación o consulta de datos clínicos/personales

- * Cuando las camas están separadas por cortinas, intentar mantenerla corrida.
- * Durante la revisión de pacientes en las plantas de hospitalización, el sencillo gesto por parte del facultativo hacia la familia del otro paciente para que abandone la habitación.
- * Procurar cerrar las puertas de habitaciones y balcones.
- * Evitar conversaciones en zonas comunes o delante de terceras personas no implicadas en la asistencia.

Relacionadas con la infraestructura y organización del centro sanitario

- * Considerar los problemas de configuración que plantean algunos servicios médicos a la hora de realizar su diseño y distribución en futuras reformas o nueva construcción de los mismos.
- * Mejorar la privacidad auditiva limitando las conversaciones del personal sobre los pacientes cerca de las habitaciones o en zonas comunes, evitando las discusiones posteriores relacionadas con los pacientes por parte del personal.
- * En las consultas asignación de un número para evitar llamar por nombre y apellidos en voz alta, si no se pueden ubicar pantallas en las que aparezca una clave numérica para cada paciente.
- * Mantener la privacidad visual, especialmente en servicios como Urgencias, sustituyendo el material de las cortinas por otro más grueso, o en su defecto por habitaciones con puertas y paredes en lugar de cortinas, limitando así la transmisión de ruido.
- * De igual forma en Urgencias, aumentar el espacio entre las diferentes áreas de tratamiento y también respecto a los controles de enfermería.
- * Reservar espacios en el hospital para tratar la información confidencial con el mayor cuidado posible, y prestar una mejor atención a las necesidades de cada paciente y sus familiares, por ejemplo a la hora de informar acerca de la evolución clínica de un paciente, o el resultado de una exploración o intervención quirúrgica.

Genéricas

- * Formación a nivel teórico-práctico, para adquirir conocimientos más actualizados y aplicados en relación a los diferentes problemas éticos, y especialmente en el ámbito de la confidencialidad.
- * Respecto a los estudiantes, dar la importancia que se merece a la modelización en el aprendizaje durante la etapa de grado. Es lo que se conoce como “currículum oculto”, el cual se considera como un elemento modelador definitivo del comportamiento profesional del futuro médico especialista.

5.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Entre las limitaciones que presenta nuestro estudio podemos tener en cuenta, en primer lugar el hecho de que los observadores seleccionados eran estudiantes de medicina, lo cual podría afectar a la recogida de observaciones si consideramos que sus conocimientos y experiencia sobre el tema podían resultar hasta cierto punto limitados. Este aspecto se intentó salvar mediante un entrenamiento personalizado con cada uno de ellos por parte de los investigadores.

Por otra parte, la clasificación de los tipos de faltas anotadas la realizamos de forma subjetiva, creando las diferentes categorías especificadas, en base al contenido de la observación. Por consenso entre los investigadores, en los casos dudosos, se decidió en qué categoría incluir dicha falta.

Y por último señalar que el servicio recogido como Resto de especialidades médicas o quirúrgicas no era homogéneo, puesto que estaba formado por diferentes UGC que fueron reagrupadas a efectos de comparación estadística.

VI. Conclusiones

En base a los hallazgos obtenidos, el trabajo desarrollado en la presente Tesis Doctoral permite extraer las siguientes conclusiones:

1. La ruptura de la confidencialidad de los pacientes, continúa siendo uno de los principales problemas deontológicos que encontramos en la práctica clínica diaria, con un índice de frecuentación estimado, durante 33157 horas de observación, de una falta cada 22,22 horas en un hospital de tercer nivel (HURS).
2. Se ha demostrado que todo el personal sanitario se encuentra implicado en la ruptura de la confidencialidad, en nuestro estudio especialmente los facultativos (51,4%), debido en parte a que los observadores eran estudiantes tutorizados por los mismos, y a su función principal como responsables de la información clínica de los pacientes.
3. El tipo de faltas observadas de forma más frecuente, implica la consulta o revelación de datos clínicos o personales por parte del profesional a personas ajenas a la asistencia y al propio paciente (54,6%), lo cual supone una situación real de divulgación de los datos, ocurriendo este fenómeno principalmente en las zonas comunes del propio centro (37,9%).
4. Según nuestra clasificación, el mayor número de faltas observadas son graves (46,7%), aunque no resulta despreciable el número de aquellas cometidas de forma reiterada (9,5%), lo cual pone de manifiesto una falta de cuidado, en la mayoría de los casos por desconocimiento y de forma no intencionada, respecto a ciertas conductas que ponen en peligro la confidencialidad de los pacientes.
5. La importancia del fenómeno radica en las consecuencias que conlleva esta ruptura de la confidencialidad, tanto desde el punto de vista legal como deontológico, en la relación asistencial con el paciente. La incertidumbre de no conocer el tratamiento que puede tener información tan íntima, se puede traducir en una falta de confianza hacia el profesional, y en última instancia hacia el sistema sanitario.

6. Los resultados obtenidos hacen aconsejable seguir las recomendaciones expuestas en apartados previos, tanto las relacionadas con aspectos que dependen de la organización o infraestructura del hospital, como la imprescindible formación médica, incluido pregrado, incidiendo especialmente en actitudes que fomenten un mayor cuidado y atención en el manejo de la información clínica.

VII. Referencias

1. Sánchez-Caro J, Sánchez-Caro J. El médico y la intimidad. 1ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A; 2001.
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23ª ed. Madrid: Espasa; 2014.
3. Moliner M. Diccionario de uso del español de María Moliner. 3ª ed. Madrid: Gredos; 2007.
4. Gran diccionario enciclopédico. 1ª ed. Barcelona: Grijalbo; 1997.
5. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. 2ª ed. Madrid: Aguilar; 2011.
6. Sánchez-Carazo C. La intimidad: un derecho fundamental de todos. Informes Portal Mayores [Internet]. 2003;5 [citado 18 Sept 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/sanchez-intimidad-01.pdf>
7. Cruz J. El éxtasis de la intimidad. Ontología del amor humano en Tomás de Aquino. 1ª ed. Madrid: Ed. Rialp, S.A; 1999.
8. Bertrán JM, Collazo E, Gervas J, González P, Gracia D, Júdez J et al. Guías de Ética en la Práctica Médica. Intimidad, confidencialidad y secreto. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2005.
9. Altisent R. Confidencialidad. En: Romeo CM, editor. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. 1ª ed. Granada: Ed. Comares, S.L. 2011. p. 425-430.
10. Béjar H. El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad. 1ª ed. Madrid: Alianza Universidad; 1995.
11. Allen AL. Privacy in Healthcare. In: Post SG, editor. Encyclopedia of Bioethics, 3rd edition. New York: Macmillan Reference USA; 2004. p. 2120-2129.
12. Fernández MA, Alvarez T, Ramiro JM, Martínez S. The privacy respect and the professional secret in nursing. Cuad Bioet. 2008;19(65):59-66.
13. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine--Part I: conceptual, moral, and legal foundations. Ann Emerg Med. 2005;45(1):53-9.
14. Sánchez-Caro J, Sánchez-Caro J, Torres Solanas VM, Zamarriego Moreno JJ. Manual de Casos Prácticos del Área de Bioética y Derecho Sanitario. Programa On-Line: preguntas y respuestas sobre cuestiones bioético-legales. Servicio Madrileño de Salud, Dirección General de Atención al Paciente [Internet]. 2009 [citado 20 Nov 2014]. Disponible en: <http://testamentovital.wikispaces.com/Informaci%C3%B3n+General>

15. Sola E. Derecho a la intimidad. En: Romeo CM, editor. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. 1ª ed. Granada: Ed. Comares, S.L; 2011. p. 560-569.
16. Beauchamp T, Childress JF. Principios de ética biomédica. 1ª ed. Barcelona: Masson, S.A; 1999.
17. Ollero A. De la Intimidación a la Protección de Datos Personales. In: Neumann U, Herzog F, editors. Festschrift für Winfried Hassemer. Heidelberg: C.F. Müller Verlag; 2010. p. 1197-1209.
18. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978).
19. Fernández E. Intimidad y confidencialidad en la relación clínica. Persona y Derecho. 2013;69(2):53-101.
20. Arroyo L, de Vicente R. Jurisprudencia Constitucional. Revista Penal. 2001;7:109-142.
21. Congreso de los Diputados. Elvira A. Sinopsis artículo 18. Constitución Española. [Internet]. c2003 [actualizado Ene 2011; citado 3 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/sinopsis/sinopsis.jsp?art=18&tipo=2>
22. Recurso de amparo 3.192/1992. Contra Sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo que declaró la inadmisibilidad del recurso contencioso-administrativo formulado por el C.G. de Colegios de Economistas contra el Real Decreto, 358/1990, de 9 de marzo, y contra la Orden de 14 de marzo de 1990, que regulan la composición y forma del N.I.F. y la tarjeta acreditativa del mismo. Supuesta vulneración del derecho a la intimidad. Sala Primera del Tribunal Constitucional 143/1994, de 9 de mayo de 1994. Boletín Oficial del Estado, nº 140, (13-06-1994).
23. Serrano MM. El derecho fundamental a la protección de datos. Su contenido esencial. Nuevas Políticas Públicas. Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas. [Internet]. 2005 [citado 10 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica/anuario/home.jsp?ano=N%BA+1+A%D1O+2005>
24. Sánchez-Carazo C. La intimidad y el secreto médico. 1ª ed. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A; 2000.
25. Recurso de amparo 1.306/89. Contra Sentencia del Tribunal Supremo recaída en procedimiento seguido con arreglo a la Ley Orgánica 1/1982. Supuesta

- vulneración del derecho al honor. Sala Segunda del Tribunal Constitucional 40/1992, de 30 de marzo de 1992. Boletín Oficial del Estado, nº 109, (06-05-1992).
26. Recurso de amparo 640/97. Promovido por doña María Isabel Preysler Arrastia frente a la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo que, tras casar la dictada por la Audiencia Provincial de Barcelona, desestimó su demanda contra "Hogar y Moda, S. A." y otras personas, por la publicación de un reportaje en la revista "Lecturas" titulado "La cara oculta de Isabel Preysler". Vulneración del derecho a la intimidad personal y familiar: reportaje sobre el hogar y la vida en familia de una persona con notoriedad pública, con datos proporcionados por una antigua niñera vulnerando su deber de secreto profesional, que carecen de relevancia pública y cuya veracidad y entidad resultan intrascendentes. Sala Segunda del Tribunal Constitucional 115/2000, de 10 de mayo de 2000. Boletín Oficial del Estado, nº 136, (07-06-2000).
 27. Recurso de amparo 209/1996. Contra Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo que estimó el recurso de casación interpuesto contra la pronunciada en apelación por la Audiencia Provincial de Barcelona que revocó otra del Juzgado de Primera Instancia número 7 de Barcelona recaída en procedimiento sobre protección del derecho al honor y la intimidad. Supuesta vulneración del derecho a comunicar libremente información veraz: el derecho al honor como límite a la libertad de información. Sala Primera del Tribunal Constitucional 134/1999, de 15 de julio de 1999. Boletín Oficial del Estado, nº 197, (18-08-1999).
 28. Castellano M, Gisbert JA. El secreto médico. Historia clínica. Confidencialidad y otros problemas médico-legales de la documentación clínica. En: Gisbert Calabuig, JA, editor. Medicina legal y toxicología. 6ª ed. Barcelona: Ed. Masson, S.A; 2004. p. 93-108.
 29. Organización Médica Colegial de España. Manual de Ética y Deontología Médica. Madrid. 2012.
 30. Gómez C. Secreto profesional. En: Romeo CM, editor. Enciclopedia de Bioderecho y Bioética. 1ª ed. Granada: Ed. Comares, S.L; 2011. p. 1499-1514.
 31. Bru MA. Secreto médico: doctrina y jurisprudencia. Jano. 1992;1012:79-85.
 32. Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. 1ª ed. Pamplona: Eunsa; 1992.

33. Pérez A. El secreto profesional. Enfoque multidisciplinario. *Jano*. 1992;1012:45-46.
34. Girela E, Girela V. Secreto profesional y SIDA. *Actualidad Médica*. 1993; 79(728):195-214.
35. Gracia D. *Fundamentos de bioética*. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2007.
36. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado*, nº 281, (24-11-1995).
37. Criado MT, Seoane J. *Aspectos médico-legales de la historia clínica*. 1ª ed. Madrid: Colex; 1999.
38. Ataz J. *Los médicos y la responsabilidad civil*. 1ª ed. Madrid: Montecorvo Editorial S.A; 1985.
39. Álvarez-Cienfuegos JM, López O. El secreto médico y la confidencialidad de los datos sanitarios. En: De Lorenzo R, coordinador. *Responsabilidad Legal del Profesional Sanitario*. 1ª ed. Madrid: Edicomplet; 2000. p. 281-312.
40. Delgado MT. *Confidencialidad y Secreto Profesional*. Título de Experto en Ética Médica. Fundación Ortega-Marañón, Fundación para Formación Organización Médica Colegial. [Internet]. 2012. [citado 12 Feb 2015]. Disponible en: http://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/
41. Romeo C, Castellano M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. *DS*. 1993;1(1):4-19.
42. Organización Médica Colegial de España. *Código de Deontología Médica*. Guía de Ética Médica. Madrid. 2011.
43. Larkin GL, Moskop J, Sanders A, Derse A. The emergency physician and patient confidentiality: a review. *Ann Emerg Med*. 1994;24(6):1161-7.
44. Blechner MJ. Confidentiality: against disguise, for consent. *Psychotherapy (Chic)*. 2012;49(1):16-8.
45. Consejo de Europa. Recomendación N° R (97) 18 y Exposición de los motivos, de 30 de septiembre de 1997, del Comité de Ministros a los Estados Miembros relativa a la Protección de Datos de Carácter Personal, Recogidos y Tratados con Fines Estadísticos. [Internet]. 1997 [citado 21 Feb 2015]. Disponible en: https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/consejo_europa/recomendaciones/common/pdfs/Recomendacion_97_18_Estadisticas.PDF
46. Btoush R, Campbell JC. Ethical conduct in intimate partner violence research: challenges and strategies. *Nurs Outlook*. 2009;57(4):210-6.

47. Recurso de inconstitucionalidad 1.463/2000. Promovido por el Defensor del Pueblo respecto de los arts. 21.1 y 24.1 y 2 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Vulneración del derecho fundamental a la protección de datos personales. Nulidad parcial de varios preceptos de la Ley Orgánica. Pleno del Tribunal Constitucional 292/2000, de 30 de noviembre de 2000. Boletín Oficial del Estado, nº 4, (04-01-2001).
48. Mansfield SJ, Morrison SG, Stephens HO, Bonning MA, Wang SH, Withers AH et al. Social media and the medical profession. *Med J Aust.* 2011;194(12):642-4.
49. Lane J, Schur C. Balancing access to health data and privacy: a review of the issues and approaches for the future. *Health Serv Res.* 2010;45(5 Pt 2):1456-67.
50. Grupo de Trabajo sobre protección de datos del artículo 29. Documento de trabajo sobre el tratamiento de datos personales relativos a la salud en los historiales médicos electrónicos (HME). [Internet]. 2007 [citado 21 Feb 2015]. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/justice_home/fsj/privacy/index_en.htm
51. Consejo de Europa. Recomendación Nº 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. [Internet]. 1997 [citado 23 Feb 2015]. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2290/45.pdf>
52. Consejo de Europa. Recomendación Nº R (2002) 9, de 18 de septiembre de 2002, del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la protección de datos personales recogidos y tratados a efectos de seguros. [Internet]. 2002 [citado 3 Mar 2015]. Disponible en: https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/consejo_europa/recomendaciones/common/pdfs/RECOM_CONS_EUROPA_SEGUROS.PD
53. Parlamento Europeo, Consejo de la Unión Europea. Directiva 95/46/CE del parlamento europeo y del consejo 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 estos datos. [Internet]. 1995 [citado 26 Feb 2015]. Disponible en: https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/legislacion/union_europea/directivas/common/pdfs/B.4-cp--Directiva-95-46-CE.pdf
54. Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Informe Jurídico 0471/2008. [Internet]. 2008 [citado 2 Mar 2015]. Disponible en:

- https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/informes_juridicos/datos_esp_protegidos/common/pdfs/2008-0471_Consentimiento-en-la-recogida-de-datos-de-salud.pdf
55. Department of Health. Confidentiality: NHS Code of Practice. London, UK [Internet]. 2003. [citado 5 Mar 2015]. Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/confidentiality-nhs-code-of-practice>
 56. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la red nacional de vigilancia epidemiológica. Boletín Oficial del Estado, nº 21, (24-01-1996).
 57. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de enfermedades de declaración obligatoria. Madrid. 2013.
 58. Orden de 11 de diciembre de 2008, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 4, (08-01-2009).
 59. Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública. Boletín Oficial del Estado, nº 102, (29-04-1986).
 60. Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. Boletín Oficial del Estado, nº 260, (17-09-1882).
 61. Houry D, Sachs CJ, Feldhaus KM, Linden J. Violence-inflicted injuries: reporting laws in the fifty states. *Ann Emerg Med.* 2002;39(1):56-60.
 62. Gupta M. Mandatory reporting laws and the emergency physician. *Ann Emerg Med.* 2007;49(3):369-76.
 63. Rodriguez MA, Craig AM, Mooney DR, Bauer HM. Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence. Implications for health care professionals. *West J Med.* 1998;169(6):337-41.
 64. Rodríguez MA, McLoughlin E, Nah G, Campbell JC. Mandatory reporting of domestic violence injuries to the police: what do emergency department patients think? *JAMA.* 2001;286(5):580-3.
 65. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Physicians and domestic violence. Ethical considerations. *JAMA.* 1992;267(23):3190-3.

66. Milanifar A, Larijani B, Paykarzadeh P, Ashtari G, Mehdi Akhondi M. Breaching confidentiality: medical mandatory reporting laws in Iran. *J Med Ethics Hist Med.* 2014;7:13.
67. Lachica E. El secreto médico y el consentimiento informado en los informes periciales. *Cuad Med Forense.* 2002;27:29-37.
68. Weinstein HC. Ethics issues in security hospitals. *Behav Sci Law.* 2002;20(5):443-61.
69. Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. Boletín Oficial del Estado, nº 7, (08-01-2000).
70. Dale R, Barton R, Shepherd J, Burrows A, Brooke D, Adshead G. Why are doctors ambivalent about patients who misuse alcohol? *BMJ.* 1997;315(7118):1297-300.
71. Kleinman I, Baylis F, Rodgers S, Singer P. Bioethics for clinicians: 8. Confidentiality. *CMAJ.* 1997; 156 (4):521-4.
72. Beran RG. Confidentiality and the management of patients with epilepsy who fail to comply with doctor's advice not to drive: a survey of medical/legal opinions in Australia. *Seizure.* 1998;7(6):459-68.
73. 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. Boletín Oficial del Estado, nº 274, (15-11-2002).
74. Surbone A. Telling the truth to patients with cancer: what is the truth? *Lancet Oncol.* 2006;7(11):944-50.
75. De Cossío P. La confidencialidad de los datos médicos. En: Rivas P, García MD, editores. *Derecho y Medicina. Cuestiones jurídicas para profesionales de la salud.* 1ª ed. Pamplona: Thomson Reuters. 2009. p. 450-477.
76. Sevillano E. Romero y la médico de familia llegan a un pacto tras reconocer que mintió. *El País.* [Internet]. 14 enero 2015. Sección España. [citado 20 Mar 2015]. Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2015/01/14/actualidad/1421228832_675683.html
77. Clark PA. Confidentiality and the physician-patient relationship - ethical reflections from a surgical waiting room. *Med Sci Monit.* 2002;8(11):SR31-4.
78. Butler DJ. Informed consent and patient videotaping. *Acad Med.* 2002;77(2):181-4.

79. Altisent R, Gállego A, Delgado MT. Los códigos de deontología profesional. *AMF* 2014;10(11):651-658.
80. Código Deontológico del CIE para la profesión de enfermería. Ginebra. 2012.
81. Alahmad G, Dierickx K. What do Islamic institutional fatwas say about medical and research confidentiality and breach of confidentiality? *Dev World Bioeth.* 2012;12(2):104-12.
82. Blustein J: The history and moral foundations of human-subject research. *Am J Phys Med Rehabil* 2007; 86:82–85.
83. The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research. [Internet]. 1979 [citado 26 Mar 2015] Disponible en: <http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html>
84. Carrese JA, Sugarman J. The inescapable relevance of bioethics for the practicing clinician. *Chest.* 2006;130(6):1864-72.
85. Siegler M. Confidentiality in medicine--a decrepit concept. *N Engl J Med.* 1982;307(24):1518-21.
86. Anesi GL. The "decrepit concept" of confidentiality, 30 years later. *Virtual Mentor.* 2012;14(9):708-11.
87. Macara AW. Confidentiality--a decrepit concept? Discussion paper. *J R Soc Med.* 1984;77(7):577-84.
88. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2007.
89. Wilson R. Legal, ethical and professional concepts within the operating department. *J Perioper Pract.* 2012;22(3):81-5.
90. Comité de Ministros. 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 relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina. Hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. *Boletín Oficial del Estado*, nº 251, (20-10-1999).
91. Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. *Boletín Oficial del Estado*, nº 115, (14-05-1982).
92. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, nº 102, (29-04-1986).

93. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Boletín Oficial del Estado, nº 298, (14-12-1999).
94. Agencia Española Protección de Datos. Plan de Inspección de Oficio al Registro Nacional del Sida. [Internet]. 2000 [citado 20 Abr 2015]. Disponible en: https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/recomendaciones/common/pdfs/REGISTRO_NACIONAL_DEL_SIDA-_2000.pdf
95. Robinson A, Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Qual Health Care*. 2001;10(1):i34-8.
96. Tauber AI. Sick autonomy. *Perspect Biol Med*. 2003;46(4):484-95.
97. García C, Cózar V, Almenara J. Patient autonomy and information and clinical documentation-related rights within the context of Spanish Law 41/2002. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78(4):469-79.
98. Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal) [Internet]. Sentencia núm. 574/2001 de 4 de abril [citado 10 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/search/doAction?action=contentpdf&databasematch=TS&reference=3203317&links=%222338%2F1999%22%20%22574%2F2001%22%20%22ANDRES%20MARTINEZ%20ARRIETA%22&optimize=20030808&publicinterface=true>
99. Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal) [Internet]. Sentencia núm. 3874/2015 de 23 de septiembre [citado 2 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Jurisprudencia/Actualidad-Jurisprudencial/TS-Penal--Confirma-la-condena-de-un-medico-como-autor-de-un-delito-de-descubrimiento-y-revelacion-de-secretos-de-especial-relieve-cometido-por-funcionario--Art--198-en-relacion-con-el-Art--197-2-CP---Declara-probado-que--repetidamente--sin-autorizacion-y-sin-medar-relacion-asistencial--accedio-a-las-historias-clinicas-de-sus-companeros--La-historia-clinica-forma-parte-de-los-datos-sensibles--el-nucleo-duro-de-la-privacidad--cuyo-mero-acceso--determina-el-perjuicio-de-tercero--el-del-titular-de-la-historia->
100. Gallego S. Introducción al Derecho Sanitario: Responsabilidad penal y civil de los profesionales sanitarios. [Internet]. 2003 [citado 5 May 2015]. Disponible en: <http://www.chospab.es/calidad/archivos/Comisiones/CHistoriasClinicas/formacion/doc/introduccionDerechoSanitario.pdf>

101. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Boletín Oficial del Estado, nº 206, (25-07-1889).
102. Gracia S, Laborda E. Responsabilidad. De Lorenzo R, coordinador. En: Responsabilidad Legal del Profesional Sanitario. 1ª ed. Madrid: Edicomplet. 2000; p. 173-280.
103. Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común. Boletín Oficial del Estado, nº 285, (27-11-1992).
104. Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. Boletín Oficial del Estado, nº 157, (02-07-1985).
105. Tribunal Superior de Justicia de Navarra (Sala de lo Contencioso-Administrativo) [Internet]. Sentencia núm. 111/2012 de 8 de febrero [citado 25 Abr 2015]. Disponible en: <http://portaljuridico.lexnova.es/jurisprudencia/JURIDICO/131244/sentencia-tsj-navarra-111-2012-de-8-de-febrero-historia-clinica-de-paciente-acceso-ilegitimo-a>
106. Organización Médica Colegial de España. Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Madrid. 2006.
107. Antomás J, Huarte S. Confidentiality and the medical record. Ethical-legal considerations. An Sist Sanit Navar. 2011;34(1):73-82.
108. Comisión de Bioética de Castilla y León. Guía de intimidad, confidencialidad y protección de datos de carácter personal. Junta de Castilla y León. [Internet]. 2010 [citado 27 Abr 2015]. Disponible: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/publicaciones-consejeria/buscador/guia-intimidad-confidencialidad-proteccion-datos-caracter-p>
109. Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. Boletín Oficial del Estado, nº 139, (15-11-2010).
110. Stevens NH, McCormick TR. What are students thinking when we present ethics cases?: an example focusing on confidentiality and substance abuse. J Med Ethics. 1994;20(2):112-7.
111. MGMA Government Affairs Department. The new privacy-breach notification rule. What you need to know to prepare your practice. MGMA Connex. 2009;9(10):26-8.

112. Agencia de Protección de Datos. Plan de Inspección a Hospitales Públicos (Acuerdo con Insalud). [Internet]. 1997 [citado 6 Jun 2015]. Disponible en: https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canaldocumentacion/recomendaciones/common/pdfs/Hospitales_Publicos-_1997.pdf
113. Agencia Española de Protección de Datos. Informe de cumplimiento de la LOPD en Hospitales. [Internet]. 2010 [citado 6 Jun 2015]. Disponible en: https://www.agpd.es/portalwebAGPD/revista_prensa/revista_prensa/2010/notas_prensa/common/octubre/INFORME_HOSPITALES.pdf
114. Béranger J, Le Coz P. Ethical reflection on multidisciplinary and confidentiality of information in medical imaging through new information and communication technologies. *Cancer Radiother.* 2012;16(3):215-8.
115. Shomaker TS, Ashburn MA. The legal implications of healthcare communications: what every pain physician needs to know. *Pain Med.* 2000;1(1):89-96.
116. Baird G. Confidentiality: what everyone should know, or, rather, shouldn't ... *Br J Gen Pract.* 2008;58(547):131-3.
117. Rey J, Douglass K. Keys to securing data as a practitioner. *J Med Pract Manage.* 2012;27(4):203-5.
118. Degaspari J. Getting the message, securely. *Healthc Inform.* 2012;29(2):52-6.
119. Patel D, Jermacane D. Social media in travel medicine: a review. *Travel Med Infect Dis.* 2015;13(2):135-42.
120. George DR, Rovniak LS, Kraschewski JL. Dangers and opportunities for social media in medicine. *Clin Obstet Gynecol.* 2013;56(3):453-62.
121. Ahmed OH, Sullivan SJ, Schneiders AG, Anderson L, Paton C, McCrory PR. Ethical considerations in using Facebook for health care support: a case study using concussion management. *PM R.* 2013;5(4):328-34.
122. Von Muhlen M, Ohno-Machado L. Reviewing social media use by clinicians. *J Am Med Inform Assoc.* 2012;19(5):777-81.
123. Thompson LA, Dawson K, Ferdig R, Black EW, Boyer J, Coutts J et al. The intersection of online social networking with medical professionalism. *J Gen Intern Med.* 2008;23:954-7.
124. Panahi S, Watson J, Partridge H. Social media and physicians: Exploring the benefits and challenges. *Health Informatics J.* 2014. pii: 1460458214540907.

125. Mandeville KL, Harris M, Thomas HL, Chow Y, Seng C. Using Social Networking Sites for Communicable Disease Control: Innovative Contact Tracing or Breach of Confidentiality? *Public Health Ethics*. 2014;7(1):47-50.
126. Navarro R. An ethical framework for sharing patient data without consent. *Inform Prim Care*. 2008;16(4):257-62.
127. Farnan JM, Snyder L, Worster BK, Chaudhry HJ, Rhyne JA, Arora VM, et al. Online medical professionalism: patient and public relationships: policy statement from the American College of Physicians and the Federation of State Medical Boards. *Ann Intern Med*. 2013;158(8):620–7.
128. Trelease RB. Diffusion of innovations: smartphones and wireless anatomy learning resources. *Anat Sci Educ*. 2008;1(6):233–9.
129. Payne KB, Wharrad H, Watts K. Smartphone and medical related App use among medical students and junior doctors in the United Kingdom (UK): a regional survey. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2012;12:121.
130. Johnston MJ, King D, Arora S, Behar N, Athanasiou T, Sevdalis N, et al. Smartphones let surgeons know WhatsApp: an analysis of communication in emergency surgical teams. *Am J Surg*. 2015;209(1):45-51.
131. Williams M. Confidentiality of the medical records of HIV-positive patients in the United Kingdom - a medicolegal and ethical perspective. *Risk Manag Healthc Policy*. 2011;4:15-26.
132. Vonn M, Lang R, Perras M. Workshop--E-leaks: the privacy of health information in the age of electronic information. *HIV AIDS Policy Law Rev*. 2011;15(3):73-6.
133. Moatti JP, Souville M, Obadia Y, Morina M, Sebbah R, Gamby T, Gallais H, Gastaut JA. Ethical dilemmas in care for HIV infection among French general practitioners. *Health Policy*. 1995;31(3):197-210.
134. Boyd KM. HIV infection and AIDS: the ethics of medical confidentiality. *J Med Ethics*. 1992;18(4):173-9.
135. Simone SJ, Fulero SM. Psychologists' perceptions of their duty to protect uninformed sex partners of HIV-positive clients. *Behav Sci Law*. 2001;19(3):423-36.
136. Chan TK. Doctors have a duty to breach patient confidentiality to protect others at risk of HIV infection. *BMJ*. 2013;346:f1471.

137. Organización de las Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. [Internet]. 1948 [citado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
138. Oficina Internacional del Trabajo. El VIH/SIDA y el mundo del trabajo. [Internet]. Conferencia Internacional del Trabajo, 98ª reunión. Ginebra. 2009 [citado 30 Jul 2015]. Disponible en: http://www.ilo.org/public/portugue/region/eurpro/lisbon/pdf/vihsida_spa.pdf
139. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. [Internet]. 2006 [citado 31 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesp.pdf>
140. Public Health England. The Management of HIV infected Healthcare Workers who perform exposure prone procedures: updated guidance [Internet]. 2014 [citado 20 Nov 2015]. Disponible en: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/333018/Management_of_HIV_infected_Healthcare_Workers_guidance_January_2014.pdf
141. Chamberland ME. HIV transmission from health care worker to patient: what is the risk? *Ann Intern Med.* 1992;116(10):871-3.
142. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recomendaciones relativas a los profesionales sanitarios portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y otros virus trasmisibles por sangre, virus de la Hepatitis B (VHB) y virus de la Hepatitis C (VHC). [Internet]. 1998 [citado 5 Ago 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recomendaciones.htm#4>
143. Baón B, Calcedo A, Gracia D, Muñoz-Grandes M, Morera B, Rodríguez-Sendín JJ et al. Guías de Ética en la Práctica Médica. Conflictos éticos en Psiquiatría y Psicoterapia. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2014.
144. Salinas RA, Tellez C, Figueroa G, Novoa F. La confidencialidad de la consulta psiquiátrica y el deber de protección a terceros: El caso Tarasoff. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2007;45(1):68-75.

145. World Psychiatric Association. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice. [Internet]. 2011 [citado 20 Sept 2015]. Disponible en: http://wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48
146. Bersoff DN. Protecting victims of violent patients while protecting confidentiality. *Am Psychol*. 2014;69(5):461-7.
147. Gutheil TG. Moral justification for Tarasoff-type warnings and breach of confidentiality: a clinician's perspective. *Behav Sci Law*. 2001;19(3):345-53.
148. Walcott DM, Cerundolo P, Beck JC. Current analysis of the Tarasoff duty: an evolution towards the limitation of the duty to protect. *Behav Sci Law*. 2001;19(3):325-43.
149. Reis S, Biderman A, Mitki R, Borkan JM. Secrets in primary care: a qualitative exploration and conceptual model. *J Gen Intern Med*. 2007;22(9):1246-53.
150. Eastwood GL. When relatives and friends ask physicians for medical advice: ethical, legal, and practical considerations. *J Gen Intern Med*. 2009;24(12):1333-5.
151. Burnum JF. Secrets about patients. *N Engl J Med*. 1991;324(16):1130-3.
152. Acea B. Implicaciones éticas de los test BRCA1/2 en el estudio de la predisposición al cáncer de mama. *Cir Esp* 2003;73(5):309-13.
153. Rojas-Martínez A. Confidentiality and data sharing: vulnerabilities of the Mexican Genomics Sovereignty Act. *J Community Genet*. 2015;6(3):313-9.
154. Surbone A. Social and ethical implications of BRCA testing. *Ann Oncol*. 2011;22(1):i60-6.
155. Baider L, Surbone A. Cancer and the family: the silent words of truth. *J Clin Oncol*. 2010;28(7):1269-72.
156. Rhodes R. Genetic links, family ties, and social bonds: rights and responsibilities in the face of genetic knowledge. *J Med Philos*. 1998;23(1):10-30.
157. McDougall R. Rethinking the 'right not to know'. *Monash Bioeth Rev*. 2004;23(1):22-36
158. Wolf SM, Branum R, Koenig BA, Petersen GM, Berry SA, Beskow LM et al. Returning a Research Participant's Genomic Results to Relatives: Analysis and Recommendations. *J Law Med Ethics*. 2015;43(3):440-63.
159. Brassington I. Is there a duty to remain in ignorance? *Theor Med Bioeth*. 2011;32(2):101-15.

160. Walker FO. Huntington's disease: the road to progress. *Lancet Neurol.* 2013;12(7):624-5.
161. Gymrek M, McGuire AL, Golan D, Halperin E, Erlich Y. Identifying personal genomes by surname inference. *Science.* 2013;339(6117):321-4.
162. Telenti A, Ayday E, Hubaux JP. On genomics, kin, and privacy. *F1000Res.* 2014;3:80.
163. Hernández JX, Pérez MM, Solernou A. Reflexiones en torno a la protección de los datos de carácter personal. *Nuevas políticas públicas. Anuario multidisciplinar para la modernización de las Administraciones Públicas.* [Internet]. 2005 [citado 10 Ene 2015]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/institutodeadministracionpublica/anuario/home.jsp?anyo=N%BA+1+A%D1O+2005>
164. Surbone A. Ethical implications of genetic testing for breast cancer susceptibility. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2001;40(2):149-57.
165. Hutton A. The private adolescent: privacy needs of adolescents in hospitals. *J Pediatr Nurs.* 2002;17(1):67-72.
166. Duncan RE, Drew SE, Hodgson J, Sawyer SM. Is my mum going to hear this? Methodological and ethical challenges in qualitative health research with youngpeople. *Soc Sci Med.* 2009;69(11):1691-9.
167. Cheng TL, Savageau JA, Sattler AL, DeWitt TG. Confidentiality in health care. A survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *JAMA.* 1993;269(11):1404-7.
168. Hiriscau IE, Stingelin-Giles N, Stadler C, Schmeck K, Reiter-Theil S. A right to confidentiality or a duty to disclose? Ethical guidance for conducting prevention research with children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2014;23(6):409-16.
169. Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, nº 55, (04-03-2010).
170. Hall D. Protecting children, supporting professionals. *Arch Dis Child.* 2003;88(7):557-9.
171. Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *Boletín Oficial del Estado*, nº 75, (29-03-1995).

172. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Recomendaciones y resoluciones del Comité de Ministros del Consejo de Europa en materia jurídica. Ministerio de Justicia, editor. 1ª ed. Madrid: Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones; 1992.
173. Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración. Boletín Oficial del Estado, nº 147, (20-06-2015).
174. Hospital Universitario Reina Sofía. Informe anual 2012. [Internet]. Córdoba; 2012 [citado 20 Ago 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_gerencia/unidad_comunicacion/memoria_2012/memoria_2012.pdf
175. Culver CM, Clouser KD, Gert B, Brody H, Fletcher J, Jonsen A et al. Basic curricular goals in medical ethics. *N Engl J Med*. 1985;312(4):253-6.
176. Weiss BD. Confidentiality expectations of patients, physicians, and medical students. *JAMA*. 1982;247(19):2695-7.
177. Ubel PA, Zell MM, Miller DJ, Fischer GS, Peters-Stefani D, Arnold RM. Elevator talk: observational study of inappropriate comments in a public space. *Am J Med*. 1995;99(2):190-4.
178. Mlinek EJ, Pierce J. Confidentiality and privacy breaches in a university hospital emergency department. *Acad Emerg Med*. 1997;4(12):1142-6.
179. Barlas D, Sama AE, Ward MF, Lesser ML. Comparison of the auditory and visual privacy of emergency department treatment areas with curtains versus those with solid walls. *Ann Emerg Med*. 2001;38(2):135-9.
180. Olsen JC, Sabin BR. Emergency department patient perceptions of privacy and confidentiality. *J Emerg Med*. 2003;25(3):329-33.
181. Scott K, Dyas JV, Middlemass JB, Siriwardena AN. Confidentiality in the waiting room: an observational study in general practice. *Br J Gen Pract*. 2007;57(539):490-3.
182. Olsen JC, Cutcliffe B, O'Brien BC. Emergency department design and patient perceptions of privacy and confidentiality. *J Emerg Med*. 2008;35(3):317-20.
183. González-Martínez E, Bangerter A, Lê Van K, Navarro C. Hospital staff corridor conversations: work in passing. *J Adv Nurs*. 2015. doi: 10.1111

184. Sistema de Gestión Universitaria de la Universidad de Córdoba, SIGMA SIS. Listados de alumnos matriculados en la asignatura de Medicina Legal y Forense durante los cursos académicos: 2010/11, 2011/12, 2012/13 y 2013/14 [Internet]. [Citado 15 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.uco.es/gestion/sigma/portalprof.htm>
185. Fard NN, Asghari F, Mirzazadeh A. Ethical issues confronted by medical students during clinical rotations. *Med Educ.* 2010;44(7):723-30.
186. Iraburu M, Seoane JA, Gaminde I. The culture of confidentiality in Northern Spain hospitals. *Med Clin (Barc).* 2012;139(2):76-81.
187. Marimon-Suñol S, Rovira-Barberà M, Acedo-Anta M, Nozal-Baldajos MA, Guanyabens-Calvet J. Shared electronic health record in Catalonia, Spain. *Med Clin (Barc).* 2010;134(1):45-8.
188. Booth N. Sharing patient information electronically throughout the NHS. *BMJ.* 2003;327(7407):114-5.
189. Sokol D, Car J. Protecting patient confidentiality in telephone consultations in general practice. *Br J Gen Pract.* 2006;56(526):384-5.
190. Laville S, Davies C. Jacintha Saldanha suicide note criticised hospital staff. *The Guardian* [Internet]. 2012 Dec 13 [cited 2015 Sept 15]. Available from: <http://www.theguardian.com/world/2012/dec/13/jacintha-saldanha-suicide-notes>
191. Tran K, Morra D, Lo V, Quan SD, Abrams H, Wu RC. Medical students and personal smartphones in the clinical environment: the impact on confidentiality of personal health information and professionalism. *J Med Internet Res.* 2014;16(5):e132.
192. Thompson LA, Black E, Duff WP, Paradise Black N, Saliba H, Dawson K. Protected health information on social networking sites: ethical and legal considerations. *J Med Internet Res.* 2011;13(1):e8
193. Ben-Yakov M, Kayssi A, Bernardo JD, Hicks CM, Devon K. Do emergency physicians and medical students find it unethical to 'look up' their patients on Facebook or Google? *West J Emerg Med.* 2015;16(2):234-9.
194. Baer W, Schwartz AC. Teaching professionalism in the digital age on the psychiatric consultation-liaison service. *Psychosomatics.* 2011;52(4):303-9.
195. van de Glind I, de Roode S, Goossensen A. Do patients in hospitals benefit from single rooms? A literature review. *Health Policy.* 2007;84(2-3):153-61.

196. Chaudhury H, Mahmood A, Valente M. Nurses' perception of single-occupancy versus multioccupancy rooms in acute care environments: an exploratory comparative assessment. *Appl Nurs Res.* 2006;19(3):118-25.
197. Iraburu M, Chamorro J, de Pedro MT. Knowledge, conduct and opinions of health professionals concerning confidentiality at a hospital. *An Sist Sanit Navar.* 2006;29(3):357-66.
198. Elger BS. Violations of medical confidentiality: opinions of primary care physicians. *Br J Gen Pract.* 2009;59(567):e344-52.
199. Alkabba AF, Hussein GM, Albar AA, Bahnassy AA, Qadi M. The major medical ethical challenges facing the public and healthcare providers in Saudi Arabia. *J Family Community Med.* 2012;19(1):1-6.
200. Carman D, Britten N. Confidentiality of medical records: the patient's perspective. *Br J Gen Pract.* 1995;45(398):485-8.
201. Heikkinen AM, Wickström GJ, Leino-Kilpi H, Katajisto J. Privacy and dual loyalties in occupational health practice. *Nurs Ethics.* 2007;14(5):675-90.
202. Arantón L, Rumbo JM, Sierto E, Linares P, Romero P, Campos JM. El secreto profesional en la práctica de enfermería. *Enfermería cardiovascular-Cardiovascular Nursing.* [Internet]. 2003 [citado 20 Sept 2015]. Disponible en: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/tl299/tl299.PDF>
203. Moskop JC, Marco CA, Larkin GL, Geiderman JM, Derse AR. From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine-Part II: Challenges in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2005;45(1):60-7.
204. Hipshman L. Attitudes towards informed consent, confidentiality, and substitute treatment decisions in southern African medical students: a case study from Zimbabwe. *Soc Sci Med.* 1999;49(3):313-28.
205. Ainsworth MA, Szauter KM. Medical student professionalism: are we measuring the right behaviors? A comparison of professional lapses by students and physicians. *Acad Med.* 2006;81(10):S83-6.
206. Hendelman W, Byszewski A. Formation of medical student professional identity: categorizing lapses of professionalism, and the learning environment. *BMC Med Educ.* 2014;14:139.

207. Reddy ST, Farnan JM, Yoon JD, Leo T, Upadhyay GA, Humphrey HJ et al. Third-year medical students' participation in and perceptions of unprofessional behaviors. *Acad Med*. 2007;82(10):S35-9.
208. Fundación Educación Médica. El médico del futuro. [Internet]. 2009 [consultado: 15 Septiembre 2015]. Disponible en: <http://www.educmed.es/sec/serMedico2009.pdf>
209. Sturman NJ, Saiepour N. Ethics and professionalism in general practice placements: what should students learn? *Aus Fam Physician*. 2014;43(7):468-72.
210. Elger BS, Harding TW. Avoidable breaches of confidentiality: a study among students of medicine and of law. *Med Educ*. 2005;39(3):333-7.
211. Lako CJ, Huygen FJ, Lindenthal JJ, Persoon JM. Handling of confidentiality in general practice: a survey among general practitioners in The Netherlands. *Fam Pract* 1990;7:34-38.
212. Lindenthal JJ, Thomas CS. A comparative study of the handling of confidentiality. *J Nerv Ment Dis*. 1980;168(6):361-9.
213. Hospital Universitario Reina Sofía. Datos facilitados por el Servicio de Personal. Córdoba; 2015.
214. García-Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero-Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González-de la Puente MA et al. Incidence and clinical features of patients with comorbidity attended in internal medicine areas. *Med Clin (Barc)*. 2005;125(1):5-9.
215. Huddy J, McKay JI. The top 25 problems to avoid when planning your new emergency department. *J Emerg Nurs*. 1996;22(4):296-301.

Resumen



Introducción: Respetar la confidencialidad es esencial para salvaguardar el bienestar de los pacientes y garantizar el buen funcionamiento de la sociedad.

Material y Métodos: Mediante la observación directa, nuestro estudio evidenció situaciones reales en las que se produjo una violación de la confidencialidad en un hospital de tercer nivel (HURS). Para observar y recopilar datos sobre estas situaciones, reclutamos a estudiantes de últimos cursos matriculados en el grado de Medicina en la Universidad de Córdoba. Los observadores anotaron sus observaciones en plantillas estandarizadas durante sus prácticas clínicas en diferentes Unidades de Gestión Clínica: Medicina Interna; Ginecología y Obstetricia; Pediatría; Urgencias; Cirugía General y Digestiva; Cirugía Maxilofacial; Cirugía Plástica; Ortopedia y Traumatología; Digestivo; Dermatología; Reumatología; Salud Mental; Nefrología; Neumología; Neurología; y Oftalmología.

Resultados: Después de 7138 días y 33157 horas de observación, calculamos un índice de frecuentación de una falta cada 22.22 horas de observación. En cuanto a la tipología de las faltas observadas, las más frecuentes (54,6%) estaban relacionados con la consulta y / o divulgación de los datos clínicos y / o personales a personal médico que no participan en la atención clínica del paciente, así como las personas externas al hospital. En cuanto a su gravedad, las faltas graves fueron las más frecuentes, que representan el 46,7% de todas las incidencias. La mayoría de los situaciones descritas se observaron en las zonas comunes del centro (37,9%), tales como pasillos, ascensores, cafetería, escaleras y vestuarios.

Conclusiones: Además de los aspectos relacionados con la organización o infraestructura del hospital, se demuestra que todo el personal sanitario está implicado en situaciones que vulneran la confidencialidad, especialmente los médicos. Si bien la mayoría son cometidas de forma no intencionada, hay un número nada despreciable de faltas graves cometidas de forma reiterada (9,5%), lo que sugiere cierto descuido, quizá por desconocimiento de ciertos comportamientos que pueden poner en peligro la confidencialidad de los pacientes.

Palabras clave: confidencialidad, privacidad, problemas éticos, relación médico-paciente

Abstract

Background: Respect for confidentiality is essential to safeguard the well-being of patients and ensure the proper functioning of society.

Methods: By means of direct observation, our study examines real situations in which there has been a breach of confidentiality in a tertiary hospital. To observe and collect data on these situations, we recruited students enrolled in the Medical Degree Program at the University of Cordoba. The observers recorded their entries on standardized templates during clinical internships in different departments: Internal Medicine; Gynecology and Obstetrics; Pediatrics; Emergency Medicine; General and Digestive Surgery; Maxillofacial Surgery; Plastic Surgery; Orthopedics and Traumatology; Digestive; Dermatology; Rheumatology; Mental Health; Nephrology; Pneumology; Neurology; and Ophthalmology.

Results: Following 7138 days and 33157 hours of observation, we found an estimated Frequency Index of one breach per 22.22 hours. As regards the typology of the observed breaches, the most frequent (54,6%) were related to the consultation and/or disclosure of clinical and/or personal data to medical personnel not involved in the patient's clinical care, as well as people external to the hospital. As regards their severity, severe breaches were the most frequent, accounting for 46.7% of all incidents. Most of the reported incidents were observed in public areas (37.9%), such as corridors, elevators, the cafeteria, stairs, and locker rooms.

Conclusions: In addition to aspects related to hospital organization or infrastructure, we have shown that all healthcare personnel is involved in confidentiality breaches, especially physicians. While most are committed unintentionally, a non-negligible number are severe, repeated breaches (9.5%), thus suggesting a certain carelessness, perhaps through ignorance about certain behaviors that can jeopardize patient confidentiality.

Keywords: confidentiality, privacy; ethical issues; professional-patient relationship

CONTROL DE CALIDAD SOBRE EL SECRETO PROFESIONAL

Este es un “checklist” de referencia, para el autoregistro de situaciones en donde se pone en peligro (consciente o inconscientemente) la confidencialidad debida al secreto profesional. Para que tenga validez la investigación, debe ser simplemente un autoregistro, **por supuesto anónimo** (no nos interesa conocer el nombre de los profesionales que en concreto están implicados, pero sí su categoría profesional - médicos, enfermeros, auxiliares, celadores, administrativos-, así como si son miembros del staff o residentes (para el caso de los facultativos), sexo y edad aproximada.

Nadie, aparte de Vd. mismo, debería saber que está llevando a cabo este autoregistro, pues de otro modo podría modificarse el comportamiento habitual del funcionamiento del Servicio, amén de que quizás no todo el mundo contemplara con buenos ojos que se lleve a cabo este tipo de investigación. Sólo así quizás pueda servir a modo de “control de calidad” que permita detectar los puntos débiles dentro de nuestro sistema sanitario y sensibilizar posteriormente a todos los profesionales implicados en la mejora de las garantías del sigilo profesional.

Se trata de que, durante su estancia en los distintos periodos de prácticas desarrollados como alumno de la Licenciatura en Medicina dentro del HURS, registre el nº de situaciones que Vd. vive, en primera persona y que pueden vulnerar el secreto (para adoptar un marco de referencia temporal, conviene utilizar un impreso -plantilla- en cada periodo de prácticas para las distintas asignaturas y cuantificar los días y las horas efectivas de prácticas que ha permanecido en dichos Servicios).

Pueden registrarse múltiples situaciones como las expuestas a continuación:

- a) Conversaciones sobre pacientes identificados, audibles para otros observadores cercanos (no implicados en la asistencia al paciente):
 - ✓ Pasillos
 - ✓ Zonas comunes
 - ✓ Ascensores
 - ✓ Cafetería
 - ✓ Control de enfermería
 - ✓ Otros lugares

- b) Escaso control en la custodia de las Historias Clínicas: por ejemplo se dejan sin custodia durante un periodo significativo de tiempo en zonas fácilmente accesibles a otras personas (depositadas en un mostrador, un carro...)
- c) Escaso control en el acceso informático (puede acceder cualquiera aunque no tenga relación terapéutica con el paciente, se dejan abiertas en la pantalla del ordenador...)
- d) Escaso control en la custodia de resultados de pruebas diagnósticas o de Laboratorio (accesibles o visibles para personal no sanitario...)
- e) Información revelada a familiares en persona o telefónicamente sin el consentimiento expreso o tácito por parte del paciente...
- f) Otras situaciones que Vd. considere pueden poner en conflicto la guarda del secreto profesional

PLANTILLA

Alumno participante n° _____

Periodo de prácticas en el Servicio de _____

N° de días _____ N° de horas _____

1. Descripción de la falta de confidencialidad observada:

2. Lugar (pasillo, cafetería, control de enfermería, ascensor,...):

3. Día y hora:

4. Profesional sanitario actor de la falta de confidencialidad
 - Médico (*en este caso* *staff* *residente*)
 - Enfermero/a
 - Auxiliar de clínica
 - Celador/a
 - Administrativo
 - Estudiante
- ✓ Sexo: Hombre Mujer
- ✓ Tramo de edad: 20-30 31-40 41-50 51-60 61-70

**COMPROMISO DE ADHESIÓN Y CONFIDENCIALIDAD A LA
PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:**

**“DEBILIDADES EN LA GUARDA DEL SECRETO PROFESIONAL EN LA
PRÁCTICA CLÍNICA”**

_____, con
DNI/pasaporte _____, alumno/a de _____ curso de la Facultad de
Medicina de Córdoba, declaro libremente que estoy interesado/a en participar como
observador en el estudio arriba referenciado.

Los datos recogidos serán de forma anonimizada y me comprometo a mantener las
recomendaciones efectuadas en la plantilla de autoregistro, así como a mantener la
confidencialidad de lo observado durante la investigación.

En Córdoba, a ____ de _____ de 20__

Fdo _____



Oscar Degayón Rojo, secretario de la Comisión de Ética e Investigación Sanitaria del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba,

CERTIFICA

Que en la reunión de la Subcomisión de Investigación Sanitaria celebrada el día 10 de Febrero de 2011 se ha estudiado y evaluado el Proyecto de Investigación titulado "Debilidades en la guarda del secreto profesional en la práctica clínica", en el que figura como Investigador Principal D Eloy Girela López, adscrito a la Universidad de Córdoba, habiendo considerado los integrantes de dicha Subcomisión que el citado proyecto respeta los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, de la Asociación Médica Mundial, y enmiendas posteriores, y en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina, y se adecua a las condiciones de la convocatoria, demostrando sus autores conocer suficientemente los antecedentes y el estado actual del tema que proponen investigar, estando bien definidos sus objetivos y siendo adecuada su metodología, por lo que hacen constar la viabilidad en todos sus términos del proyecto de investigación, estimando que los resultados pueden ser de gran interés.

Se hace constar, de acuerdo con el art. 27,5 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, que la presente certificación se emite con anterioridad a la aprobación del Acta correspondiente.

En Córdoba, a diez de febrero de dos mil once.

EL SECRETARIO
COMISIÓN DE ÉTICA E
INVESTIGACIÓN SANITARIAS
Subcomisión de Investigación
HOSPITAL UNIVERSITARIO "REINA SOFÍA"
Fdo.: Oscar Degayón Rojo

