

# El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario

Fernando Santander.

Médico Psiquiatra.  
Magíster en Bioética (UCM). Vitoria-Gasteiz

Carlos del Castillo.

Médico de Familia.  
Magíster en Bioética (UCM). Segovia

El respeto a la confidencialidad de los datos clínicos siempre fue un referente de buena práctica para los profesionales sanitarios y en los últimos años es motivo de interés creciente tanto por la mayor sensibilidad de los ciudadanos como por el desarrollo de los sistemas informáticos de registro y comunicación de datos. En este artículo, tras repasar los conceptos de privacidad, intimidad, confidencialidad y secreto profesional y los antecedentes históricos del derecho a la confidencialidad, se señalan los dos marcos desde los que se pueden fundamentar las respuestas a los posibles conflictos que se pudiesen generar al respecto: el ético (bioética) y el normativo (deontología). Las excepciones al deber de confidencialidad se condensan en las marcadas por los deberes de evitación de un daño o de cumplimiento de un imperativo legal explícito.

Finalmente, se sugieren unos referentes generales de manejo o cursos de acción posible ante situaciones conflictivas: transparencia, responsabilidad, parquedad y universalidad.

En los últimos años las preocupaciones por las cuestiones éticas de la asistencia sanitaria han estado centradas sobre todo en el Consentimiento Informado y aunque se han logrado importantes avances en este aspecto aún queda mucho por andar en cuanto a la puesta en práctica de ese proceso de información y consentimiento (que es mucho más que un papel o documento dado a firmar a toda prisa y con desgana, por motivos más defensistas que sinceros, como tantas veces ocurre).

Además de este aspecto, hay otro que recientemente ha ido ganando interés entre los profesionales sanitarios y entre los pacientes. Se trata del respeto a la confidencialidad de los datos que se manejan en los procesos asistenciales. Tal vez el detonante de este interés sea el creciente desarrollo de los sistemas informáticos (historias clínicas, registros sanitarios, bases de datos, investigaciones,...) que

hacen levantar fantasías acerca de dónde se procesarán y quién tendrá acceso a esos datos que se introducen en esos ordenadores que ya empiezan a estar presentes en casi todos los despachos profesionales y servicios sanitarios diversos.

Pero, aunque pareciese una preocupación nueva, el respeto a la confidencialidad, ligado al secreto profesional, siempre ha estado presente en las prácticas profesionales de los sanitarios. Se podría decir que hay un acuerdo universal en que la relación con el paciente está basada en la confianza mutua y que esta confianza jamás debe traicionarse. Este acuerdo ha sido plasmado desde antiguo en los documentos que regulaban la profesión médica, así, en el Juramento Hipocrático (sVáC), paradigma de la ética profesional, se dice: *“Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo*

*callaré teniéndolo por secreto*.” Los códigos deontológicos de las diferentes profesiones sanitarias han seguido esta tradición y en todos ellos figura el secreto como un deber ineludible. Diversas normativas legales también han amparado y protegido el derecho a la intimidad, la privacidad y la confidencialidad (Declaración Universal de los Derechos Humanos, Constitución Española, Ley General de Sanidad, Código Penal, Ley de Protección de Datos, etc...). Mas si esto es así, si las declaraciones de principios y de deberes son tan claras ¿por qué preguntarse por estos asuntos ahora?. La respuesta estriba tal vez en que la realidad clínica es mucho más compleja de lo que leyes y principios pueden llegar a considerar y hay muchas circunstancias y situaciones en que a pesar de todo lo anterior pueden surgir conflictos cuando se está haciendo uso de información referida a las personas.

## CONCEPTOS BÁSICOS

Para evitar equívocos o confusos sobreentendidos siempre es conveniente definir de antemano los conceptos que vamos a manejar:

**Privado / Privacidad:** Hace referencia a lo no público, a aquello que puede ser gestionado libremente por la persona, sin interferencia de otros; es el espacio de soberanía del individuo. La privacidad es una conquista de la modernidad e implica un reconocimiento de que existen derechos previos al “contrato social” entre los que está el derecho a la no intromisión de la autoridad pública en los asuntos privados.

**Íntimo / Intimidad:** Tiene que ver con lo más interior, con el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada ser humano guarda en su interior. La característica de lo íntimo no está en el objeto, sino en la cualidad que la persona le otorga. La intimidad ha sido un concepto cambiante a lo largo de la historia de la humanidad y es considerada de forma diferente en las diversas culturas; en Occidente va ligada al derecho a la libertad de conciencia que se impuso tras las fracasadas guerras de religión en la Europa del siglo XVI, pero incluso dentro de una misma cultura y partiendo de una misma conceptualización social de lo que es íntimo, la variabilidad individual es capaz de aplicar diferentes matices de con-

cepto. La intimidad, en última instancia, es una necesidad –primordial– de las personas.

**Confidencial / Confidencialidad:** Confidencial es aquello reservado y secreto, lo que se comparte, se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca de que no será revelado. Tiene su fundamento en la confianza y el respeto mutuo, requisitos imprescindibles para comunicar los propios secretos, por ello es la base del secreto profesional. O, dicho de otro modo, el velo del secreto tutela el mutuo respeto y abre el camino a la confianza, vía de acceso a lo más íntimo del otro. Y así como decimos que la intimidad es una necesidad, podemos decir que la confidencialidad es un deber moral general que nace de la obligación de no perjudicar a los demás, del compromiso de lealtad hacia el otro y de mantener la promesa de la palabra dada.

**Secreto profesional:** Es la obligación de guardar los datos y confidencias que el profesional recibe de sus pacientes. Incluye todo aquello que haya sido visto, oído, deducido o intuido en el transcurso de la relación profesional. La evidente lógica de este compromiso de no divulgar, avalada por su larga tradición histórica, hace que se de por supuesto, sin necesidad de ser explicitado en cada acto clínico. Además, se asume que la obligación de guardar secreto no se extingue con la muerte del paciente.

El secreto profesional puede ser entendido de un modo **absoluto** (es decir aplicable a toda situación y sin excepciones) o de un modo **relativo** (admite excepciones, reguladas de antemano, en las que más adelante nos detendremos).

Se habla de **secreto compartido** para referirse a aquél que implica a los diferentes profesionales del equipo asistencial que atiende al paciente (médicos, enfermeras, etc.) y de **secreto derivado**, que sería el que implica a todos aquellos que –por su trabajo, y aunque no atiendan directamente al paciente– tengan acceso a datos clínicos (administrativos, documentalistas, etc.).

**Círculo de confidencialidad:** Es el formado por el paciente y aquellos profesionales sanitarios que directamente le atienden. Fuera de este estrecho círculo y en un



grado de cercanía variable, están los familiares, los otros profesionales sanitarios que no intervienen en el caso, la Administración, los seguros, la policía, etc.; el acceso a información confidencial por alguno de éstos pasa necesariamente por la autorización o permiso previo del paciente.

### EL DEBER DE SECRETO, ANTECESOR DEL DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD

Desde tiempos remotos se ha aceptado que el ejercicio de la medicina conllevaba un deber de respeto a la dignidad de los pacientes, pero no siempre se consideró que la salvaguarda de la confidencialidad fuese un derecho de ellos —este es un concepto relativamente reciente— sino que más bien era considerado como un deber que el profesional se imponía a sí mismo. Así, del **deber de sigilo** que ya aparece en las concepciones hipocráticas del ejercicio profesional, va ligado a una concepción beneficiante—paternalista en la que el médico juzga la información que debe o no desvelar (incluso al propio paciente), pudiendo callar aquella que desde su punto de vista pudiera provocar algún daño a su salud; esta es la base del llamado **privilegio terapéutico**, o excepción a la información, vigente aún en buena medida en nuestros días.

En el siglo XVIII, con la Ilustración, se producen los primeros atisbos de desarrollo técnico de la medicina, aparece el concepto de salud pública y se va asentando el pensamiento liberal. A la par de estos y otros procesos aparecen los primeros cambios de orientación en la relación terapéutica, con un estilo algo menos autoritario o paternalista. El deber de secreto del médico tiene un objetivo: velar por los intereses del paciente, y de la mano de algunos médicos ilustres (Thomas Percival, Benjamín Rush, John Gregory, ...) aparece un paternalismo suavizado, postulando por ejemplo que la información dada al paciente puede actuar como un agente terapéutico, pues observan que un paciente informado se recupera mejor de su enfermedad.

El siglo XIX trajo mayores avances en las ciencias biomédicas, surgen con fuerza la

higiene pública y la medicina social —derivado de un mayor conocimiento de las enfermedades infecciosas—, las ciencias se difunden y se hacen cada vez más abiertas y menos iniciáticas. Junto a todo esto, la relación médico—enfermo va perdiendo intimidad y el secreto médico al intervenir otros agentes (enfermería —profesión naciente en esos tiempos—, familia, sociedad, autoridad civil) se va desvirtuando, tal es el caso de la obligación de declaración de ciertas enfermedades. Aparecen los primeros códigos deontológicos profesionales, en los que se da gran importancia al secreto profesional, e incluso el secreto pasa a ser contemplado a los textos legales, pasando así de ser un deber de beneficencia autoimpuesto a ser también una exigencia social y legal (así, el Código Penal español de 1822 ya reproduce la idea del castigo a la revelación del secreto médico). Los cambios del siglo XX por más recientes son más conocidos: importante desarrollo técnico de la medicina, implantación de los sistemas públicos de salud, extensión del modelo de equipo de trabajo en medicina, aparición de ‘terceros pagadores’ (compañías de seguros y otros), etc.; todo ello en un contexto de mayor conciencia de los Derechos Humanos (entre los que están el derecho a la salud y a la asistencia sanitaria). Pero también en el siglo XX aparecen las aberraciones en la investigación biomédica, cuyo culmen es la experimentación con seres humanos en los campos nazis de concentración y exterminio. Es en este siglo cuando se conceptualiza el **derecho a la intimidad** y el derecho a defenderse y denunciar a quienes lo violen. La introducción de este derecho impulsó cambios en la concepción del secreto profesional: se pasa del **secreto como deber** beneficentista del médico a la **confidencialidad como derecho** del paciente. Todo esto se ha visto reforzado en las últimas décadas con la enunciación del *Principio de Autonomía* y del derecho al *consentimiento informado*, en un proceso de progresivo abandono de posiciones paternalistas derivadas del Principio de Beneficencia, muestra de una inexorable evolución de los planteamientos éticos de la sociedad actual, en la que ha pasado a ocupar un lugar preponderante el desarrollo de una conciencia autónoma que fundamenta nuestra moral y nuestra actitud ante la vida.

## FUNDAMENTANDO RESPUESTAS A LAS NUEVAS PREGUNTAS

Ante estas nuevas complejidades de las prácticas profesionales, la antigua pregunta ¿cómo guardar en secreto lo que el médico llega a conocer? se hace insuficiente y surgen nuevos interrogantes: ¿quién es el destinatario de la información referida a un paciente?, ¿existen datos "sensibles" que sólo se deberían manejar bajo un consentimiento explícito?, ¿cuáles son estos datos sensibles a registrar y conservar?, ¿a quién se deben ocultar y en qué medida?, ¿con qué procedimientos de salvaguarda?, ¿cuáles son los límites en el contexto de trabajo de un equipo interdisciplinar?, ¿qué situaciones podrían justificar una excepción al deber de secreto?, ¿cómo se pueden articular el deber de tratar o cuidar, el deber de alertar de posibles daños a terceros y el deber de salvaguardar la confidencialidad?, ¿cómo se ha de elaborar, usar y custodiar la información contenida en la historia clínica?

Son dos los marcos desde donde se ha intentado dar respuesta a esos y otros interrogantes: el ético y el normativo o legal. Desde el **punto de vista ético** el deber de confidencialidad se argumenta desde tres posiciones, complementarias entre sí: 1) respeto a la privacidad y a la autonomía del paciente para decidir sobre todo aquello que tenga que ver con su persona, 2) respeto leal al pacto implícito de secreto que está presente en toda relación asistencial y 3) respeto y mantenimiento de la confianza social en la actitud reservada de los profesionales sanitarios.

El respeto a la autonomía de las personas –entendido como la capacidad de gestión de la propia vida– es sin duda la mejor premisa ética de la confidencialidad. En este sentido, juzgar lo que es importante o no para cada persona (en cuanto a proteger o divulgar algo) es algo que corresponde decidir a la persona; pero además, ya desde un punto más consecuencialista, hay que contar con que en toda relación asistencial existe de entrada una confianza en que se respetará lealmente el pacto implícito de que la información será empleada solamente para los fines para los que fue recogida, sin esta confianza previa no sólo no se acercarían los pacientes a los servi-

cios sanitarios sino que se dañaría gravemente la imagen social de los profesionales.

Desde el **punto de vista normativo** podemos considerar los aspectos deontológicos y los legales.

Los códigos deontológicos son el conjunto de normas y criterios de los que se dotan los profesionales para regular la práctica de su profesión. Respecto a la confidencialidad y el secreto todos los códigos deontológicos comparten un criterio común: guardar el secreto es una obligación inherente al ejercicio profesional que obliga a todas las personas implicadas en el proceso asistencial. Pero admiten ciertas excepciones a esta obligación que, como luego veremos, son comunes a las planteadas desde el punto de vista legal.

El marco legal o jurídico-normativo fundamenta en general los derechos y deberes respecto a la confidencialidad de los datos clínicos en el respeto a la dignidad de las personas y en las doctrinas del contrato (el secreto nace de una promesa tácita, que adquiere así la categoría de 'contrato no escrito') y del orden público (la falta de seguridad en que los secretos profesionales no serán revelados crearía alarma social). Las legislaciones autonómicas, nacionales e internacionales están repletas de normas que hacen referencia a los deberes de confidencialidad y secreto y al derecho a la intimidad; por ser muy prolijo enumerarlas, señalaremos sólo algunas de las más importantes en nuestro medio: Convenio de Oviedo (Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, 1997), Constitución Española; Ley General de Sanidad, 1986; Código Penal, 1995; Ley Orgánica de Protección de Datos, 1999; Normativas autonómicas relacionadas con la historia clínica. En el contexto jurídico normativo es donde se han delimitado con más claridad las excepciones al deber de secreto y los límites del derecho a la confidencialidad.

## DELIMITANDO EXCEPCIONES

El valor del secreto médico, al igual que el de la confidencialidad es instrumental, ya



que sólo es defendible en la medida en que contribuye a otros fines deseables, como es el de no estar al servicio de objetivos indeseables o delictivos, debiendo tener en cuenta que su mala utilización pudiera generar daño a terceros, amparar el fraude y el delito o lesionar el bien público.

En buena medida las excepciones al deber de secreto / derecho a la confidencialidad enunciadas por los códigos deontológicos profesionales coinciden con las marcadas por las legislaciones y en última instancia se justifican por: el deber de evitar el daño o el cumplimiento de un imperativo legal. El Código Penal explicita que las excepciones se pueden admitir cuando se da un 'estado de necesidad' (para evitar un daño propio o ajeno) o cuando se cumple un deber (deber de denunciar un delito, deber de impedir un delito, deber de testificar ante la justicia o deber de comunicar casos de enfermedades infecto-contagiosas –las denominadas 'enfermedades de declaración obligatoria'–).

En el caso de la evitación de daño a otras personas sólo se podría justificar la excepción cuando el profesional tenga fundada sospecha de un perjuicio cierto y severo a terceras personas concretas, no a terceros en abstracto.

Cuando hablamos de evitar el daño a la propia persona, socialmente está aceptada la revelación de información sólo con el fin de evitar un riesgo vital grave (lesiones severas o la muerte).

En lo referente al imperativo legal de declarar ante la justicia se entiende que la declaración ha de quedar limitada a lo estrictamente necesario y relevante para el objetivo de la investigación judicial, justificada ésta en el interés público.

En cualquier caso, conviene tener presente que, aún cuando sea para prevenir un mal mayor, la ruptura del pacto de confidencialidad ha de ser en la menor medida posible y con la mínima información necesaria y suficiente, pues incluso aunque se dispusiese de la aquiescencia del paciente para la revelación de la información este permiso no nos autoriza a revelarla si no es estrictamente necesario.

### POSIBLES CURSOS DE ACCIÓN

Sin duda, la formación de los profesionales en estos temas y la consiguiente toma de conciencia de su importancia e interés es el

mejor modo de asegurar un menor número de conflictos (de conciencia y legales). Además, sugerimos algunas otras estrategias, tales como:

- manejarse con registros escritos (historia clínica ...) claros y razonados, en los que diferencie con nitidez lo que es objetivo y lo que es valorativo y en los que la anote la fiabilidad de las fuentes de información.
- clarificar y protocolizar en los equipos de trabajo todos los aspectos referidos a la confidencialidad que en cada medio concreto se pueden/suelen dar, sin olvidar las obligaciones del secreto compartido y del secreto derivado.
- pactar explícitamente con el paciente –ante situaciones previsiblemente conflictivas– los límites de la confidencialidad respecto a la información que aportará y la atención sanitaria que recibirá.

Resumidamente, sugerimos que el modo más prudente de actuar respecto a la confidencialidad de los datos clínicos sería regirse por los principios de:

- **Transparencia:** informar al paciente de qué se anota, quién podrá acceder a ello y bajo qué condiciones.
- **Responsabilidad:** ser cuidadosos y responsables en el manejo de la información clínica.
- **Parquedad:** recabar y anotar sólo la información estrictamente necesaria; cuando haya que informar a terceros de los procesos clínicos de los que somos responsables tener en cuenta que se ha de informar de lo mínimo imprescindible y sólo cuando necesidad u obligación de hacerlo.
- **Universalidad:** Las medidas de seguridad de protección de los datos sanitarios se han de aplicar siempre, en todos los lugares y para todos, sin discriminación.

