

## Ética, confidencialidad y enfermería. Mi historia, ¿la historia de todos?

Ethics, confidentiality and nursing. My story, the history of all?

José Manuel Ablanado Suárez

*Hospital Valle del Nalón*

*Manuscrito recibido: 30-05-2015*

*Manuscrito aceptado: 02-06-2015*

### Cómo citar este documento

Ablanado Suárez JM. Ética, confidencialidad y enfermería. Mi historia, ¿la historia de todos?. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2015 Agosto; 3(3):54-62.

### Resumen

La relación enfermera/paciente/usuario está presidida por el derecho a la intimidad y el deber de guardar la confidencialidad como base para el desarrollo de la asistencia sanitaria. El paciente/usuario entrega información de su parte más íntima a un profesional, en el cual confía, debiendo responder éste con lealtad hacia ese acto de confianza. Los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias han protegido siempre esta relación, incorporándose en todos ellos el deber de secreto, no así las leyes, que han comenzado a recoger estos aspectos como derechos de las personas desde hace relativamente poco tiempo, Constitución Española 1978, Ley General de Sanidad 1986. Pero, la existencia legal del derecho y del deber, no debe hacernos olvidar que en el día a día de la asistencia sanitaria pueden producirse situaciones en las que la intimidad y la confidencialidad están en peligro, los profesionales debemos sensibilizarnos en estas cuestiones y además de actualizar nuestros conocimientos y habilidades debemos también mejorar nuestras actuaciones de modo que esa confianza que los pacientes/usuarios depositan en nosotros quede bien protegida.

### Palabras clave

*Ética, confidencialidad, enfermería, asistencia sanitaria (prestación de atención de salud), historia clínica.*

### Abstract

The nurse/patient/user relationship is presided over by the right to privacy and maintains confidentiality as the basis for development of health care. The patient/user contains information that his most intimate part to a professional in which entrusted since time immemorial, and must answer this with loyalty to this act of confidence. The codes of conduct of the health professions have always protected this relationship, joining in all of them the duty of secrecy, not laws, which have begun to pick up these aspects as rights of people from relatively recently, Constitution 1978 Spanish, Ley General de Sanidad 1986. But, the legal existence of the right and duty, must not make us forget that on the day of the health care can occur situations where privacy and confidentiality are at risk, the professionals should sensitize us on these issues and besides updating our knowledge and skills we must also improve our actions so that trust that the patient/user place in us is well guarded.

### Keywords

*Ethics, confidentiality, nursing, delivery of Health Care, medical records.*

## Introducción

Intimidad, confidencialidad y asistencia sanitaria, son tres conceptos estrechamente unidos y que conforman la relación entre profesionales sanitarios y los pacientes/usuarios.

La intimidad es, según la Real Academia Española (R.A.E.), “la zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”; la confidencialidad es “lo que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Por tanto vemos cómo estas dos características van estrechamente unidas a la prestación de asistencia sanitaria, por un lado el paciente, en situación de vulnerabilidad por su enfermedad, debe compartir con los profesionales información íntima, debiendo hacerlo además de forma leal y verdadera a lo cual está obligado por la ley, artículo 2.5 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Por otro lado el profesional debe respetar el derecho a la intimidad de las personas, recogido en la Constitución Española como derecho fundamental (art 18.1), así como el derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público, artículo 10.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Pero acercándonos más a nuestro día a día, en que la “punta lanza” es promover, fomentar, orientar las políticas y las decisiones hacia la calidad y la seguridad de pacientes, de programas como bacteriemia cero, flebitis cero etc, para reducir el daño causado por la asistencia sanitaria, deberíamos tener en cuenta que esa asistencia sanitaria de calidad y segura a la que todos los profesionales aspiramos a dar, no será tal si no cuidamos de la intimidad y confidencialidad de nuestros pacientes y la información que con nosotros comparten, porque ¿Cuánto daño causamos a nuestros pacientes cuando no respetamos su intimidad? ¿Cuánto daño causamos si no guardamos la debida confidencialidad? ¿lo hemos medido? ¿disponemos de herramientas para ello?.

Tenemos en nuestra comunidad autónoma, comités de ética asistencial funcionantes en nuestras áreas I, IV, III; VIII, a los cuales dirigimos para consultar aquellas cuestiones relacionadas con este tema, así como a nivel general, disponemos de una página en

*“¿Cuánto daño causamos a nuestros pacientes cuando no respetamos su intimidad? ¿Cuánto daño causamos si no guardamos la debida confidencialidad? ¿Lo hemos medido? ¿Disponemos de herramientas para ello?”*

Astursalud, dedicada a la Comisión Asesora de bioética del principado de Asturias, que además de publicar informes y respuestas a cuestiones que se les plantean, disponen de un punto de consulta on-line, a través del cual podemos hacer nuestras consultas. Así mismo el área sanitaria VIII, ha elaborado una guía de confidencialidad para los profesionales, que está a disposición de todos aquellos que quieran consultarla, donde se describen de forma sencilla, los derechos deberes y conceptos más importantes y que se deben tener siempre presentes en nuestro quehacer diario.

## Desarrollo

### 1. “La intimidad perdida no se puede restituir” <sup>1</sup>

Pongamos una anécdota como punto de partida, “un profesional sanitario, cualquiera de nosotros se dirige a un centro sanitario para realizar una consulta, a su llegada, se encuentra el punto de información atestado de personas, tiene prisa, a su lado pasa una persona de bata blanca, aprovecha la ocasión y le pregunta:

*-Por favor, esta consulta (le enseña el papel que le han dado con la cita de consulta)*

*Respuesta: UROLOGÍA, en la segunda planta.*

*De esta respuesta sobra el nombre de la consulta, así como unos cuantos decibelios en el volumen de la respuesta, que ha hecho que se enteren todas las personas circundantes a donde me dirijo.*

*Pero, esto no acaba aquí, en este centro conozco a un profesional que voy a aprovechar para saludar, al pasar por delante de la puerta de su consulta, toco con los nudillos y abro la puerta, encontrándome a mi amigo explorando a un paciente semidesnudo, con lo cual me gano el segundo grito de la mañana, “fuera, cierre la puerta”, me acelero, me sonrojo y cierro la puerta. Minutos más tarde, el paciente sale de la consulta, mi amigo me dice que pase, y me pregunta a modo de saludo “¿te parece normal lo que has hecho?, ¿nunca has oído hablar de intimidad o de confidencialidad?” pues deberías comenzar a formarte en ese aspecto”.*

¿Cuántas veces, repetimos este gesto, de abrir las puertas de consultas o de las habitaciones, sin esperar el preceptivo “PASE”, o “ESPERE UN MOMENTO”?

Vamos a abordar esta problemática desde tres ámbitos, interrelacionados muy estrechamente, como son:

- La estructura física y organización de los lugares de trabajo.
- La Historia Clínica Electrónica.
- Las relaciones entre personas: profesionales/pacientes/usuarios y profesionales/profesionales.

Pero teniendo siempre presente, que el respeto a la intimidad, el deber de secreto, el pacto implícito de confianza que se establece en la relación de asistencia sanitaria, que genera esa confianza social, de todos los ciudadanos, que nos muestran su parte más íntima, física y psíquicamente, por el mero hecho de ser profesionales sanitarios, a lo cual debemos responder con lealtad hacia esa confianza y recordando que este derecho va más allá de la propia existencia del individuo, permanece aún después del fallecimiento de la persona.

### 2. Estructura física y organización de espacios

Cuando entramos en un centro sanitario, lo primero que solemos encontrarnos es el punto de información, lugar donde en muchas ocasiones, no se respetan las líneas de “espere su turno”, otras veces no existen o están gastadas, en estos puntos se suelen realizar diversas acciones que dan lugar a cruces de conversaciones, atención telefónica, entrega de documentos, solución de preguntas que generan que se libere información de forma descontrolada, por lo cual debería de realizarse un análisis de dichos puntos y establecer las mejoras en los problemas que se detectasen.

Las salas de espera de las consultas, las salas de curas, las propias consultas, dan lugar a que si el ciudadano apoya su cabeza en la pared externa de la consulta, se oye todo lo que ocurre dentro, entre consultas también se oyen conversaciones, cuando atendemos el teléfono con otro paciente en consulta hay que ser extremadamente cuidadosos, moderar el tono de voz al hablar con los pacientes, puertas bien cerradas, no interrumpir las consultas, esperar a que nos den permiso para pasar, no mandar pasar a otro paciente si el que está dentro no ha terminado aún, las prisas no son buenas.

También, hacer una referencia especial a nuestra gran afición, "las sesiones clínicas", menos mal que la comisión nacional de formación continuada no nos las tiene que acreditar, si no les daríamos trabajo para unos cuantos años, me refiero a todas esas sesiones que hacemos en pasillos, lugares de paso, ascensores, controles de unidades de hospitalización, cafetería, etc., y en las que compartimos tanta información que no debemos; un ejemplo:

*Tenemos en nuestro cupo un paciente al cual hace tiempo que estamos curando una úlcera vascular en su miembro inferior izquierdo, vendrá el domingo a curarse a nuestro centro, le decimos a la compañera que va a estar de guardia, mientras esperamos el ascensor:*

*-Mira el domingo, vendrá a curarse el Sr Prieto .*

*-No lo conozco.*

*-Si mujer, este señor que por semana no viene porque a su mujer le la ha dado un ictus, que la pobre ya estaba demenciada y solo puede venir los domingos porque es cuando está su hija en casa que viene a pasar el fin de semana porque está desintoxicándose en la clínica tal....*

No le hemos explicado nada sobre su cura y cuidados, pero hemos dado mucha información indebida e innecesariamente.

### 3. Historia Clínica Electrónica

Durante los últimos años del siglo XX y principios del XXI, hemos asistido a la incorporación de la historia clínica electrónica (HCE), en la inmensa mayoría de centros sanitarios, ello ha traído cambios, mejoras en cuanto a aspectos como la integralidad de las historias, la HCE da mayor integralidad a los datos recogidos en ella, recoge toda la vida sanitaria de las personas, es más difícil perderse , extraviarse, pero a cambio de ello, es mucho más accesible, tiene una mayor disponibilidad, varias personas pueden consultarla a la vez y desde distintos ámbitos, lo cual facilita la asistencia. Pero, esta gran disponibilidad, también ha generado recelos, incluso ha habido voces que ponían en entredicho, la confidencialidad de la historia clínica, dándola por perdida. Desde mi punto de vista, no es así, solamente se ha puesto la información relacionada con el paciente, a disposición de aquellos en los cuales el paciente ha confiado y se la ha entregado para que le presten asistencia sanitaria, ahora ya no hay llaves del archivo, cada uno de nosotros tiene su llave, su clave de acceso, personal e intransferible, las historias ya no están abandonadas en mostradores y consultas, eso se ha acabado, están recogidas en un sistema informático seguro y la responsabilidad de esa seguridad recae en las instituciones.

Según el artículo 7 de la citada ley 41/2002:

1. Toda persona tiene derecho 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.
2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

Simplemente se ha trasladado la responsabilidad a su depositario formal y legal, al profesional, que por otro lado "está obligado guardar la reserva debida", art 2.7, ley 41/2002.

Pero, ¿hemos asumido esa responsabilidad? ¿Cumplimos con nuestro deber deontológico y legal?.

Revisando el trabajo realizado por Rodríguez, A. M. (2014) "Confidencialidad e intimidad en Unidades de Cuidados Intensivos"<sup>2</sup>, vemos cómo el 71,05% de profesionales entrevistados reconoce haber consultado una historia clínica para satisfacer su curiosidad alguna vez (agrupado), desagrupado el 3.95% lo ha hecho muchas veces, el 25% pocas veces y el 42.11% muy rara vez.

Tal parece, que el hábito en el manejo de información sensible, íntima, confidencial, nos hace relajarnos en nuestras obligaciones, parece que el respeto a la intimidad, la confianza y la lealtad que debemos a nuestros pacientes se difuminan en la realidad del día a día.

#### 4. Relaciones entre personas

Recordando a Kant, siglo XIX, decía: «Los hombres tienen afición por los cotilleos y los secretos suelen servir para amenizar sus conversaciones: toda confidencia se interpreta como una especie de regalo»<sup>3</sup>.

Téngase en cuenta, que el filósofo, se refiere a "los hombres" sin ninguna connotación de género, sino refiriéndose a las personas en general, engloba ambos sexos.

Por otro lado, la madre de la enfermería moderna proponía, también por el siglo XIX, lo siguiente:

«Consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes» Florence Nightingale<sup>4</sup>.

Hay pues, un conflicto entre la inclinación natural, que dispone Kant y el deber profesional que nos impone Florence Nightingale. Tal conflicto, exige de cada uno de nosotros el máximo esfuerzo para cumplir con nuestros deberes profesionales y respetar los derechos de los pacientes.

En un informe de evaluación sobre confidencialidad de la historia clínica publicado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, año 2009<sup>5</sup>, se les preguntaba a los profesionales:

- *¿Cuáles consideras que son los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad de los pacientes?*

De entre 20 posibles respuestas, los cinco problemas principales elegidos fueron, por este orden:

1. Cotilleo.
2. Olvido del deber de secreto.
3. Cultura de los profesionales.
4. Acceso a los datos.
5. Falta de pautas o procesos a seguir.

Siendo el cotilleo, con más de cien puntos el primero de los problemas señalados por los profesionales.

Vemos como los tres primeros problemas dependen directamente del comportamiento de los profesionales.

Si buscamos el significado de cotilleo, en la R.A.E, nos lleva a "acción y efecto de cotillear", siendo cotillear, sinónimo de chismorrear, que significa, "dicho de varias personas, contarse chismes mutuamente".

Los mismos profesionales, en los que los ciudadanos depositan su confianza y les confían su parte más personal e íntima, que están sometidos al deber de respetar los derechos de los pacientes/usuarios y legal y deontológicamente, al deber de secreto y a guardar la confidencialidad de todo aquellos que conozcan en el ejercicio de su profesión, reconocen que su comportamiento dista bastante de aquel valor que habíamos mencionado al principio, la lealtad, para con aquellos que confían en ellos.

Para más abundamiento, esta afirmación queda corroborada, por otros trabajos como el de A.M. Rodríguez (2014)<sup>2</sup>, en la que los profesionales responden a la pregunta:

*¿Hablar en los pasillos o controles de enfermería de los datos de sus pacientes con otros profesionales, es algo que usted hace?:*

- Habitualmente, 7.89%.
- Con frecuencia, 17.11%.
- En ocasiones, 61.84%.

Con lo que vemos que tampoco los lugares elegidos para compartir la información, en caso de que fuese necesario, son los más adecuados.

Así mismo, en el trabajo ya publicado en 2006, por M. Iraburu<sup>6</sup>, el resultado no era nada alentador, entre otras preguntas, se realizaban las siguientes:

- **¿Cuál consideran que es la vía más frecuente de divulgación de datos sensibles de salud?** (Pregunta 11)

Un 92,2% de los entrevistados considera que es "el cotilleo de pasillo".

- **Si padeciera una enfermedad cuyo diagnóstico no quisiera que fuera divulgado** (Pregunta 10)

El 49,7% de los profesionales sanitarios encuestados optaría por ser tratado en otro centro sanitario.

Ante este panorama, podríamos hacernos muchas preguntas:

- ¿Tan poca importancia tiene la intimidad y la confidencialidad?
- ¿Es el hábito del manejo diario de información sensible lo que nos hace bajar la guardia?
- ¿Puede más la inclinación natural de la que nos hablaba Kant, que la obligación profesional que nos encomendaba F.Nightingale?
- ¿Es cierto que se nos ha olvidado el deber de secreto?

Cabrían muchas preguntas más, sobre todo ello deberíamos hacer un ejercicio de reflexión muy importante.

La Constitución Española de 1978 y la Ley General de Sanidad de 1986, amparan el derecho a la intimidad y la confidencialidad, por si fuera poco el peso de todo este elenco legal, la ley 41/2002 de autonomía del paciente en su capítulo I(principios generales) artículo 2.1 establece "la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica y en su Título III, artículo 7: el derecho a la intimidad, en el punto 1, establece que "toda persona tiene derecho 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", como se diría cotidianamente "se puede decir más alto pero no más claro".

Hagamos un repaso por situaciones en las que debemos ser extremadamente cautelosos en nuestro día a día:

- **En las visitas a los hospitales**, recogida de documentos para otras personas, debemos identificar a quien los recoge o a quien nos pregunta y tener la seguridad de que el paciente consiente en facilitar esa información, por lo que debemos hablar de estas cuestiones con nuestros pacientes.
- **Consulta con acompañantes**, debemos identificarlos, pueden ser sus cuidadores o personas que los han traído al centro, debemos saber si el paciente consiente en hablar de sus problemas de salud ante ellos.
- **Consulta con múltiples profesionales**, si necesitamos consultar alguna cuestión relativa a un problema del paciente con otro profesional, debemos pedir permiso al paciente para hacerlo.
- **Los inmigrantes**, personas que no conocen nuestra lengua, que a veces vienen acompañados de intérpretes, debemos advertirles a éstos últimos que quedan bajo el deber de secreto y hacerles comprender lo que ello conlleva.
- **Menores y personas con problemas de salud mental o con deterioro cognitivo**: son colectivos en los que la capacidad del paciente para la toma de decisiones, va a ir cambiando con el paso del tiempo o con las nuevas situaciones, por lo que es importante tener este punto en cuenta a la hora de dar información a personas de su entorno, teniendo siempre en cuenta que el art.5.2 de la ley 41/2002 de autonomía del paciente establece que "el paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión , cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal".

- **Ante enfermedades graves o diagnósticos graves:** recordar que “el titular del derecho a la información es el paciente”, art.5.1 ley de autonomía, por lo tanto mucho cuidado con la siempre presente “conspiración del silencio”, ya que podemos estar violando un derecho y a su vez limitando la capacidad de decidir sobre uno mismo, que a todos se nos reconoce.
- **Los trabajos de investigación:** a parte de la preceptiva revisión por el comité de ética para la investigación correspondiente, solamente hacer referencia al uso de dispositivos portátiles para el almacenamiento de la información, los lápices y discos duros portátiles que tanto abundan, no se debe transportar en ellos ningún tipo de información sensible, siempre debe estar dissociada de personas, números u otros datos que deban estar custodiados por la organización sanitaria correspondiente.
- **Diagnósticos que afectan a terceros:** hacer ver a los pacientes que se niegan a dar información, alegando el derecho a la intimidad y la confidencialidad, que los derechos también tienen límites y que en caso de grave riesgo para la salud de terceras personas, el profesional podría verse obligado a informar a estas personas.
- **Fallecimiento:** recordar que el derecho a la intimidad permanece incluso después del fallecimiento del paciente.

Otras mejoras, que podríamos incorporar a nuestro trabajo serían:

- Análisis y propuestas de mejora en los puntos de información, tanto sobre su estructura física como en su organización y desempeño de funciones.
- Realizar sesiones clínicas sobre confidencialidad, intimidad, derechos de pacientes, pero en los lugares indicados para ello.
- Preguntar a los pacientes a quién quiere que se informe en caso de necesidad, identificar a esas personas que pueden ser depositarias de la información.
- Proteger siempre la intimidad física de las personas, en las salas de exploraciones, curas, durante la higiene de los pacientes, en todo momento y lugar.
- No interrumpir las consultas, no entrar en ellas ni en las habitaciones sin llamar y sin esperar respuesta, proteger los documentos en papel, política de puertas cerradas.
- No facilitar información por teléfono, evitar hablar de pacientes delante de pacientes, evitar los listados de pacientes.
- Cerrar las sesiones de trabajo de nuestros ordenadores, siempre, ya que siempre nos la cierran los compañeros del siguiente turno.
- Durante nuestro trabajo acceder solamente a la información necesaria para prestar asistencia sanitaria, evitar los comentarios, dentro y fuera de las consultas, etc.
- Y por último ser cuidadosos en la eliminación de los residuos, utilizar siempre las vías de eliminación establecidas en la organización, ya que son garantía de seguridad.

## Conclusiones

Es necesaria una sensibilización sobre estas cuestiones en todo el personal sanitario y no sanitario que presta asistencia a los ciudadanos. Es necesaria, la formación y mayor información tanto a pacientes como a profesionales. Así como, la participación de los profesionales en foros de debate, comités de ética, etc. que redunde en un mayor y mejor respeto por los derechos de los pacientes y cumplimiento de nuestras obligaciones.

Por muchas normas legales, barreras físicas, mejoras en nuestros programas informáticos, etc. que incorporemos, tengamos en cuenta que "la última barrera es la propia discreción" y ésta va dentro de cada uno de nosotros, los profesionales. Es una deuda pendiente con nuestros pacientes/usuarios.

## Bibliografía

1. Cristos González CJ. Intimidad, confidencialidad e historia clínica informatizada: reflexiones tras el caso del Dr. Ángel Téllez. *Atención Primaria*. 2004 Marzo; 33(04): p. 219-220.
2. Menéndez Rodríguez A. Repositorio Institucional Universidad de Oviedo. [Online]; 2014 [consultado el 25 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10651/27726>.
3. Fernández Lamelas MA, Álvarez Rodríguez T, Ramiro Fernández JM, Martínez de Santiago S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. *Cuadernos de Bioética*. 2008 enero-abril; XIX(65): p. 59-66.
4. Antomás Osés J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2011 enero-abril; 34(1): p. 73-82.
5. Municio Martín JA, Santander Cartagena F, López de Gauna Ibarra P, Núñez Hernández A, Iruin Sanz A, Martínez Rodríguez S et al. Confidencialidad de la historia clínica. Análisis de la situación actual y áreas de mejora en el uso y manejo de la misma. *Vitoria Gasteiz, Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad*; 2009.
6. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2006; 29(suplemento 3): p. 49-59.