

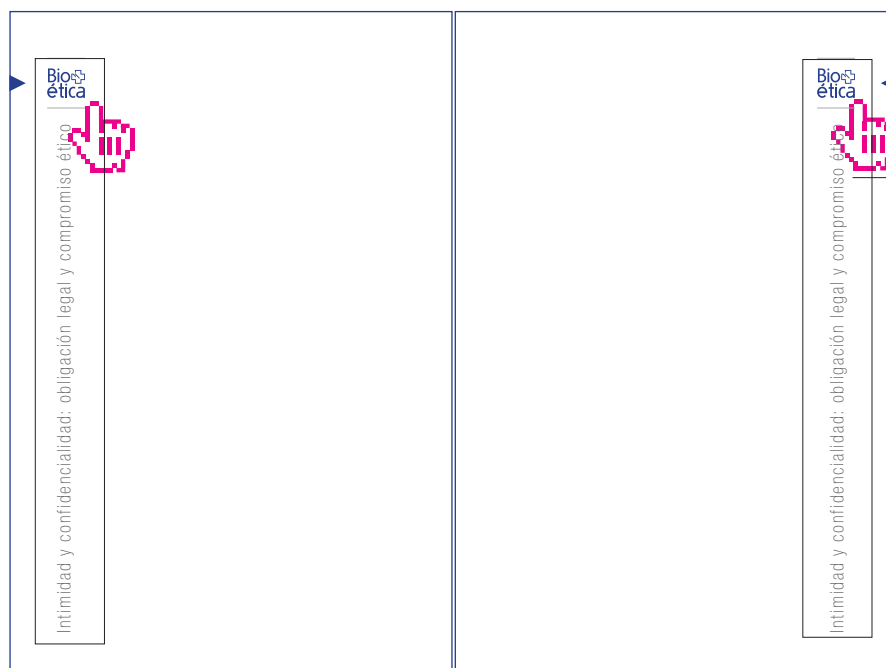
Intimidad y confidencialidad:

obligación legal y compromiso ético

IIINTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD:
OBLIGACIÓN LEGAL Y COMPROMISO ÉTICO
DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES

XUNTA DE GALICIA
Consellería de Sanidade-Servicio Gallego de Salud
Santiago de Compostela
2013

MODO DE UTILIZACIÓN



Un click en los pies de página enlaza con el **índice**

→ PÁGINA

→ 5 → 7

→ 9 → 13

→ 15 → 27

→ 29 → 39

→ 41 → 67

→ 69 → 76

→ 77 → 79

→ 81 → 81

→ 83 → 123

→ 85 → 87

→ 89 → 123

→ 89 → 101

→ 102 → 107

→ 108 → 117

→ 118 → 122

→ 123 → 123

_ PRESENTACIÓN

1_ INTRODUCCIÓN

2_ SITUACIÓN ACTUAL DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE GALICIA

3_ DIMENSIONES ÉTICAS DE LA INTIMIDAD Y DE LA CONFIDENCIALIDAD

4_ DIMENSIONES JURÍDICO-NORMATIVAS

5_ RECOMENDACIONES

6_ GLOSARIO

7_ BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

A_ ANEXO:

ÍNDICE LEGISLATIVO

PRONTUARIO LEGISLATIVO

Normativa estatal

Normativa de Galicia

Normativa deontológica

Normativa supranacional

Otra normativa de derecho comunitario

Índice

Un click en los capítulos enlaza con la página correspondiente

COMISIÓN GALLEGA DE BIOÉTICA

El presente documento fue aprobado por la Comisión Gallega de Bioética, en la sesión realizada el 17 de julio de 2013, y formaban parte de ella los siguientes miembros:

Presidente:

Félix Rubial Bernárdez

Vicepresidente:

Juan Antonio Garrido Sanjuán

Secretaria:

Teresa Conde Cid

Vocales:

Begoña Aldamiz-Echevarria Iraurgi

José Ramón Amor Pan

M.ª Concepción Almanza Madera

Francisco Javier Barón Duarte

Rosendo Bugarín González

Natalia Cal Purriños

Fernando Domínguez Puente

Miguel Anxo García Álvarez

Mariana García García

María Victoria Lojo Vicente

Jesús Martínez Carracedo

Ángel Alfredo Martínez Ques

Elena Monteoliva Díaz

María Ponte García

Antonio Rodríguez Núñez

Mónica Suárez Berea



INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: OBLIGACIÓN LEGAL Y COMPROMISO ÉTICO

DOCUMENTO DE RECOMENDACIONES

→ PÁGINA	
→ 5 → 7	PRESENTACIÓN
→ 9 → 13	1_ INTRODUCCIÓN
→ 15 → 27	2_ SITUACIÓN ACTUAL DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE GALICIA
→ 29 → 39	3_ DIMENSIONES ÉTICAS DE LA INTIMIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD
→ 41 → 67	4_ DIMENSIONES JURÍDICO-NORMATIVAS
→ 69 → 76	5_ RECOMENDACIONES
→ 77 → 79	6_ GLOSARIO
→ 81 → 81	7_ BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA
→ 83 → 123	A_ ANEXO:
→ 85 → 87	▶ ÍNDICE LEGISLATIVO
→ 89 → 123	▶ PRONTUARIO LEGISLATIVO
→ 89 → 101	→ Normativa estatal
→ 102 → 107	→ Normativa de Galicia
→ 108 → 117	→ Normativa deontológica
→ 118 → 122	→ Normativa supranacional
→ 123 → 123	→ Otra normativa de derecho comunitario



Bioética

PRESENTACIÓN

5 → 7

La protección de la información personal conocida en el ejercicio de las profesiones sanitarias, es una obligación explícita para todos aquellos que tenemos la misión de cuidar la salud de los ciudadanos, aunque que no siempre incorporada a nuestra práctica diaria.

Conscientes de esta realidad, desde la Comisión Gallega de Bioética procedemos a analizar la situación de la confidencialidad y de la protección a la intimidad de las personas en el Sistema Público de Salud de Galicia, desarrollando los fundamentos éticos que las condicionan, dando cuenta de la legislación que las regula, y efectuando propuestas para mejorarlas. Toda esta labor se recoge en el documento que presentamos, en la certeza de su importancia estratégica para todos los que trabajamos en nuestra organización.

Debemos contextualizar este trabajo en la incidencia que se está haciendo desde hace tiempo, desde muy diferentes instancias, en que la atención a la salud de la población y las actuaciones de los profesionales sanitarios deben situar en un lugar central a la persona, poniendo en el lugar prioritario de nuestras preocupaciones a sus necesidades de salud y a sus derechos, al tiempo que debe promoverse su protagonismo y responsabilidad en el cuidado y decisiones sobre su salud y en el uso adecuado de los recursos sanitarios.



En un proceso de cambio en la sanidad así orientado, la protección de la intimidad de las personas, y más en particular de la confidencialidad de su información sanitaria, es un objetivo principal.

Ya comenzó a serlo hace tiempo si atendemos a las expresiones reiteradas de preocupación que muchos profesionales vienen expresando sobre prácticas y funcionamiento en la atención sanitaria que descuidan la protección que algo tan importante merece.

Ya sea por inconsciencia del valor de lo que está en juego, por inadecuación de los procesos, carencia de medios, o costumbres, es un sentir general que la intimidad de las personas y la confidencialidad deben protegerse más en la atención que el Sistema Público de Salud de Galicia efectúa en la cobertura de las necesidades sanitarias de la ciudadanía.

Esa mejora en la protección implica a todos en una medida proporcional a las capacidades que cada uno tiene que cambiar con las propias acciones a la situación. Tanto para quien asume responsabilidades de dirección y planificación como quien realiza intervenciones profesionales concretas de diagnóstico, tratamiento y cuidado, como también quien es paciente y usuario en el sistema, tienen aportaciones relevantes que hacer.

No se puede dejar de resaltar que este cambio necesario no va a ser fruto solo de una acción concreta o solo de un esfuerzo concentrado en un tiempo determinado. Por el contrario, el progreso sólido en un proceso que sitúa a los derechos de la persona en el lugar correspondiente al valor que en nuestra sociedad le concedemos, solo puede ser resultado de un cambio de cultura sanitaria.

En ese cambio estamos, y del mismo forma parte este informe de la Comisión Gallega de Bioética que desde hace tiempo tenía situada esta cuestión como una de las materias pendientes en su trabajo, consciente de las profundas implicaciones

ética

éticas que subyacen a la cuestión de la intimidad y la confidencialidad, y preocupada por su situación actual.

Si el deber de protección de la intimidad y de la confidencialidad forma parte de la identidad más antigua de las profesiones sanitarias, y el derecho a su protección está reconocido en la Declaración de Derechos Humanos y es recogido en nuestra Constitución como derecho fundamental, no ha de ser tan difícil mejorar su cuidado concreto en el día a día de la labor sanitaria.

A ese fin quiere contribuir este documento con información, argumentos y orientaciones para cuidar mejor aquello que es definido como muy valioso y como condición para la calidad asistencial.

Os animamos a una lectura reposada del mismo, y a la reflexión personal en la medida en que os ayude a mejorar la atención y los cuidados que los pacientes e a sociedad nos demanda.

Félix Rubial Bernárdez
Presidente da Comisión Galega de Bioética



El cambio de cultura en la relación sanitaria supone una nueva situación en la que la o el paciente y sus derechos se configuran como protagonistas. Esto significa dejar al margen una relación caracterizada por un sentido paternalista, para alcanzar una nueva situación, más respetuosa con la autonomía de la persona.

El ocaso del paternalismo vendría acompañado por una paulatina exigencia, reconocimiento y concreción de los derechos de los o las pacientes. Estos derechos son uno de los ejes que vertebran la relación sanitaria, como así han puesto de manifiesto todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia.

La persona asume, por tanto, el protagonismo en las decisiones sobre su vida, su salud, su enfermedad, su asistencia y su tratamiento. Ese proceso conlleva modificaciones profundas en las concepciones, actitudes, tradiciones, leyes, organizaciones asistenciales e incluso identidades profesionales. Y sucede en un contexto de transformación de la asistencia sanitaria, de los determinantes de la salud y de la progresiva incorporación de las llamadas tecnologías de la información y la comunicación en el ámbito sanitario.

El desarrollo tecnológico relativo al almacenamiento, tratamiento y transmisión de información sanitaria incrementa, por un lado, las posibilidades de atención y cuidado al/a la paciente, pero por otro genera nuevos riesgos para su intimidad.

El derecho a la intimidad y la consecuente protección de la confidencialidad de la información sanitaria es entendido como un bien fundamental. Cuando la persona necesita atención sanitaria ha de compartir con los profesionales información personal, permitir (para su reconocimiento y exploración) acceso a su cuerpo y a veces, facilitar el conocimiento directo de su espacio vital y de sus



condiciones de existencia. Esta información se registra y organiza conformando su historia clínica.

Se hace evidente que algo muy valioso se pone en juego en esta relación: la información compartida por la o el paciente con el o la profesional. Dado su inestimable valor, el acceso a la misma debe administrarse con sumo cuidado. Una conducta ética durante la atención sanitaria buscará protegerla en el mayor grado posible, y ésta es la razón por la que ese acceso debe realizarse sólo en la medida necesaria para proporcionar al paciente el tratamiento y cuidado que requiere.

La vulnerabilidad de la/del paciente es un factor relevante en cualquier consideración y reflexión ética, y el/la paciente por el hecho de serlo, es vulnerable al uso (especialmente al mal uso) que puedan hacer de su información quienes lo atienden.

La importancia del respeto a la intimidad hace que su protección no se circunscriba a la relación clínica, sino que se extienda a todos los profesionales que (integrados en marcos organizativos e institucionales muy complejos) intervienen en la atención sanitaria. Esta circunstancia puede tener importantes consecuencias sobre la protección de la intimidad de las personas, por lo que es fundamental la implicación también de responsables y gestoras/es de la organización sanitaria.

Cuando se afirma que una persona tiene derecho a que se respete la intimidad y la privacidad de su información personal, se parte del supuesto del deber del profesional de preservar su confidencialidad. Su protección es un deber ético y una obligación legal para quienes la atienden.

En el pasado, la confidencialidad era entendida como mero deber discrecional de médicos/as y profesionales sanitarios, pero no como un derecho de la / del paciente. Donde antes había un deber autoimpuesto, efecto de la percepción por el profesional sanitario de la excepcionalidad de lo que estaba en juego, hoy existe una obligación derivada del reconocimiento de un derecho inalienable de la persona.

ética

Esta idea es más acorde con los tiempos que vivimos. Sin embargo, en este proceso de cambio, persisten prácticas profesionales mal entendidas, usos sociales o costumbres propias de otras épocas y de improntas culturales renuentes al cambio. Muchos poseen incluso un cariz ambivalente, sirva de ejemplo, el interés tan arraigado en nuestra cultura por conocer y saber sobre la enfermedad de los demás, que puede conllevar consecuencias indeseables de intromisión en sus vidas, pero a su vez, puede ser instrumento de apoyo y de ayuda por parte de su comunidad de pertenencia. De esta comunidad cultural forman parte también las o los trabajadoras/es de la sanidad y con ella participan de sus contradicciones.

La sociedad, ha desarrollado el derecho para proteger la intimidad de sus integrantes y sin embargo, ese derecho coexiste con costumbres que lo invaden; reconoce y resalta el valor de la intimidad personal, pero a menudo lo banaliza en la práctica social cotidiana.

La persona es un ser autónomo, capaz de tomar decisiones que le conciernen en materia de salud y esta facultad se extiende al derecho a decidir qué información quiere mantener reservada o quién puede acceder a sus datos personales.

Intimidad y privacidad se enlazan y entrecruzan con valores como dignidad, libertad e igualdad, proyectándose como derechos inherentes al ser humano. Son elementos esenciales de la persona. Su protección, respeto y desarrollo hacen posible el ejercicio de su autonomía, por lo que, desde esta perspectiva, más que un punto de partida, es un objetivo alcanzable.

Es preciso, por otra parte, distinguir conceptos que en el lenguaje coloquial pueden resultar parecidos. Con frecuencia intimidad, privacidad y confidencialidad son términos que se utilizan como sinónimos, sin embargo interesa, dentro de lo posible, su diferenciación.

Con el término **intimidad** nos referimos a aquello que es más propio y exclusivo de la persona, sólo a ella accesible y que sólo ella puede decidir compartir con

Bio

otros. En el pasado se asimilaba al ámbito de las creencias morales y religiosas, al pensamiento y los deseos, a la memoria de las experiencias de la propia vida, a los sentimientos, etc.

La protección de la intimidad se hace efectiva mediante el respeto a la **privacidad**, término con el que definimos todo aquello que por derecho excluimos del acceso y conocimiento no autorizado a los demás, incluido el Estado.

La **confidencialidad** es la cualidad de aquello que se dice, se hace o se intercambia en un marco de confianza, con la seguridad de que no será compartido fuera de ese marco. Es el derecho a que la información sea accesible sólo para aquellos/as autorizados/as a tener acceso a ella, y obliga a las/los profesionales a no revelar ni utilizar la información obtenida en ese marco de confianza.

En la práctica asistencial aparecen numerosas dificultades en el mantenimiento de la confidencialidad, que originan dilemas éticos a diversas/os profesionales implicadas/os.

Bioética

En la Comisión Galega de Bioética se ha considerado necesario promover la reflexión sobre la intimidad y la confidencialidad por su especial relevancia en el ámbito sanitario y por sus implicaciones éticas, jurídicas y profesionales. Como Comisión, los objetivos que nos planteamos en la elaboración de este documento han sido:

Realizar un análisis básico de la situación actual de la confidencialidad en el Sistema Público de Salud de Galicia.

Aportar una síntesis del marco legal y ético en el que se encuadra el derecho a la intimidad y la protección de la confidencialidad en el ámbito sanitario.

Formular las recomendaciones para conseguir un mayor desarrollo y concreción de los derechos implicados y las garantías de los mismos.



SITUACIÓN ACTUAL DE LA CONFIDENCIALIDAD EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DE GALICIA

La Comisión Galega de Bioética, con el objeto de realizar una primera valoración de la situación de la confidencialidad en el Sistema Sanitario Público de Galicia, recabó la ayuda de los Comités de Ética Asistencial (CEA), al considerar que son quienes viven y conocen una realidad más directa de lo que ocurre en los centros sanitarios, y que sus aportaciones provienen tanto de una deliberación colegiada como de la experiencia de la mayoría de sus miembros en distintos ámbitos asistenciales.

Se solicitó su colaboración para que respondieran, dentro de su ámbito de actuación, y según su criterio, a las siguientes cuestiones:

- 1 → Cuáles son los problemas** más importantes, a juicio de los Comités, en relación con la confidencialidad en nuestro sistema sanitario?
- 2 → Cuáles son las causas** de esos problemas identificados?
- 3 → Cuáles serían las soluciones** o las medidas para mejorar la situación?



La información proporcionada por dichos Comités, junto con las aportaciones de esta Comisión, permitió realizar un primer análisis sobre la situación actual de la confidencialidad en el marco asistencial gallego, acercarnos a sus causas y esbozar las posibles soluciones tendentes a mejorar o corregir la situación planteada.

Los problemas detectados en relación con la confidencialidad se perciben mayoritariamente unidos a sus causas y, en buena lógica, a sus soluciones. Aunque las aportaciones de los diferentes Comités dieron respuesta por separado a las tres preguntas formuladas, a efectos expositivos se ha considerado oportuno presentarlas conjuntamente para facilitar su lectura y agruparlas en varios apartados, atendiendo a los diferentes factores implicados:

ética

1_ En relación con la estructura física e instalaciones de los centros sanitarios

En determinadas circunstancias, la propia estructura física de los centros sanitarios no favorece la confidencialidad. La existencia de habitaciones con dos y tres camas, la masificación que en ocasiones se produce en los espacios de los servicios de urgencias o en las zonas de recepción de consultas, y los lugares de información poco idóneos, son buen ejemplo de ello.

► La ausencia de espacios favorecedores a la confidencialidad **podría resolverse con acciones dirigidas a:**

- **Incrementar** el número de habitaciones individuales existentes en las plantas de hospitalización.
- **Adaptar y mejorar** las estructuras físicas de aquellos servicios con tendencia a la masificación (urgencias, consultas externas, radiología, laboratorio, etc.), habilitando espacios capaces de asumir, en situaciones de incrementos puntuales, la demanda asistencial sin que se vea mermada la intimidad de la/del paciente.
- **Establecer** espacios reservados para la recogida de datos (administrativos, clínicos, etc.) y para dar información a pacientes, familiares o allegados autorizados.
- **Dotar** a los centros sanitarios de medios de aislamiento visual y/o auditivo: tan importante es mantener la intimidad en la atención de manera visual, como impedir que se escuchen conversaciones o informaciones relativas al/a la paciente.
- **Definir** ámbitos de privacidad incuestionables: habitación para situaciones especiales (pacientes terminales, pacientes con patologías estigmatizantes).
- **Adaptar** las salas de espera de los quirófanos y de las unidades de pruebas especiales para evitar que sean zona de paso para las/los pacientes.
- **Evitar** la exposición de datos de identificación personal (en habitaciones, áreas de exploraciones, salas de tratamientos) o de listados de pacientes en las puertas de las consultas y mejorar el manejo de la información que aparece en los rótulos de las salas.



2_En relación a la sensibilización y capacitación de los/las profesionales

Por parte de los/las profesionales persiste cierto paternalismo que tiende a la “despersonalización” de las/los pacientes, ya que se les ve como sujetos pasivos y no como personas poseedoras de derechos. El paternalismo considera a la/el paciente “menor de edad” o “vulnerable”, de forma que se facilita más información a la familia que a él/ella mismo/a.

Por otra parte, en la actividad cotidiana se produce cierta “relajación” de la obligación de confidencialidad y del deber de secreto profesional. Las “prisas” del día a día hacen olvidar la necesidad de ser muy cuidadosos en la preservación de los datos. Subsiste además la creencia infundada, de que el personal que trabaja en los hospitales o centros de salud tiene “carta blanca” para acceder a la información de la historia clínica de cualquier paciente, sea o no responsable de él/ella, lo que denota una falta de conciencia y de responsabilidad profesional de preservar un derecho fundamental, como es la intimidad de las personas. A esto se une la baja percepción de la gravedad que supone la falta de respeto a la intimidad y el desconocimiento de las posibles consecuencias de la vulneración del derecho a la confidencialidad, tanto a nivel disciplinario como jurídico. Esta falta de concienciación está presente en todos los estamentos y jerarquías.

En cuanto a la transmisión de la información por parte de los/las profesionales, en muchas más ocasiones que las deseables, ésta se realiza de forma poco adecuada (con falta de tacto, transmisión de órdenes de “viva voz”), en lugares inadecuados (ascensores, pasillos, cafetería) o incluso a personas que no son titulares del derecho a la información (familiares y allegados). Como señalaba un Comité: *“Se habla con total normalidad sobre datos de pacientes en los ascensores, pasillos, cafetería, sin importar que pueda haber terceras personas que escuchen la conversación”*.

Bioética

► Las actuaciones para la mejora de esta situación deben estar dirigidas a:

– Potenciar la formación continuada.

En ella se hará hincapié en el respeto al principio de autonomía del/de la paciente, que lo considera como sujeto autónomo poseedor de derechos y capaz de tomar decisiones sobre su salud. Debe realizarse un itinerario formativo sobre intimidad y confidencialidad en la atención sanitaria para todo el personal que englobe los siguientes contenidos:

- Normativa vigente en materia de intimidad y confidencialidad, titular del derecho y sus garantías.
- Condicionantes éticos.
- Códigos deontológicos.
- Régimen sancionador disciplinario y penal.

– Fomentar una mayor concienciación y sensibilización en los/las profesionales:

- Implantación de buenas prácticas, que favorezcan la transmisión de información de forma adecuada.
- Campañas informativas de sensibilización sobre la confidencialidad en general, al objeto de:
 - Mejorar los cauces y la utilización de información clínica.
 - Compartir a información clínica estrictamente necesaria e sólo con profesionales involucrados no seguimiento do paciente.
 - No dar información del/de la paciente o hacer comentarios a personas no autorizadas.
 - Evitar en lo posible la información telefónica, y si es inevitable, asegurarse que el/la interlocutor/a es el/la propio/a paciente o la persona por él/ella designada para recibir esa información.

ética

20

Bio
ética

Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético

3_ En relación con la cultura de la organización

Existe la percepción generalizada de que es escaso el compromiso de la organización con el tratamiento dado a la confidencialidad y con su mejora. La evaluación desde la organización del cumplimiento del deber de secreto profesional es insuficiente y falta una respuesta adecuada desde la institución cuando ocurren incidentes. Se arrastra cierta inercia cultural: “*siempre se hizo así y nunca pasa nada*”.



► Como propuestas de mejora:

- **Velar** por el “cumplimiento” de la confidencialidad.
- **Definir e incluir** como objetivos de calidad (alcanzables y medibles) aquellos relacionados con el derecho a la confidencialidad y la intimidad.
- **Elaborar** un diagnóstico de situación de los principales problemas detectados en este ámbito y establecer programas de seguimiento y evaluación.
- **Desarrollar** normas de buena práctica y protocolos de actuación (tanto en admisión como en ingresos en plantas de hospitalización y en servicios especiales como paliativos, oncología, infecciosos, etc., respetuosas con el derecho a la confidencialidad.
- **Implantar** protocolos de actuación para los casos en que se deba compartir o ceder información con fines docentes, de gestión y estadística, de investigación, judiciales, cesión de datos a terceros (comerciales, aseguradoras, etc.)
- **Establecer** un circuito ágil y de conocimiento general de respuesta desde la organización para cualquier incidente relacionado con estos temas (nombrar personas responsables).
- **Establecer** barreras (físicas y tecnológicas) que controlen el acceso a la información y establecer circuitos adecuados para la transmisión de esta información.
- **Implantar** un protocolo de custodia, transporte y conservación de historias clínicas en todo el ámbito sanitario (haciendo hincapié en el transporte de datos en sobres cerrados, sin referencia a pacientes concretos y con el aviso de “confidencial”).
- **Establecer**, dentro de los protocolos de ingreso en el hospital, normas que establezcan la obligación de preguntar a todos los/las pacientes si desean que su presencia en el hospital sea comunicada o no a las posibles visitas y a quien quiere que se le dé información sobre su proceso. El servicio de Admisión será el encargado de recabar estos datos y los/las usuarios/as y visitantes han de ser informados (mediante carteles, folletos, etc.) de a dónde deben acudir para conocer dicha información. Asimismo, estas normas establecerán igualmente la obligación de preguntar a la/el paciente en las consultas, habitáculos de urgencias, etc. si desea que los acompañantes estén presentes en la entrevista y/o en la exploración.
- **Incluir** de forma transversal las garantías de la confidencialidad, tanto en los protocolos y guías de práctica clínica como en la práctica asistencial diaria.



4_ En relación con la información contenida en la historia clínica y las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)

La historia clínica (en especial la historia clínica electrónica) y las nuevas utilidades de las llamadas tecnologías de la información, plantean nuevos retos. A pesar de la legislación al respecto, se percibe una utilización inadecuada de las tecnologías de información y comunicación en el ámbito sanitario. El acceso fácil a toda información (a todo, de todos y por todos) motivado por la informatización de los datos, es visto como una barrera o amenaza a la confidencialidad de las o los pacientes.

ética

► Como posibles soluciones

- **Evitar**, en la medida de lo posible, ordenadores compartidos; tener especial cuidado en la apertura-cierre del ordenador y bloqueo de la pantalla en caso de inactividad, no ceder o compartir claves de acceso, etc.
- **Establecer** iconos de aviso en las pantallas de los ordenadores que alerten al personal sanitario de que el/la paciente no desea que su presencia en el centro sea conocida por las posibles visitas.
- **Incluir** en las historias clínicas un nuevo campo en el que figure la persona a la que la/el paciente quiere que se le dé la información.
- **Generar** un código específico cuando los/las pacientes sean profesionales sanitarios.
- **Reforzar** las medidas de seguridad del correo electrónico cuando es usado como herramienta de comunicación sobre pacientes.
- **Incluir** recordatorios en la pantalla de los ordenadores que indiquen que sólo pueden acceder a la historia clínica de una/ un paciente aquellas/os profesionales directamente implicadas/os en su asistencia.
- **Establecer** mecanismos para restringir el acceso a la información (ej.: doble código, autorización del/de la paciente...) cuando proceda.
- **Mejorar** el control en la gestión de archivos clínicos y de su externalización y del transporte de las historias clínicas antiguas a unidades de hospitalización o consultas por personal de empresas privadas.
- **Garantizar** el control de los datos y su trazabilidad.
- **Destruir** en trituradores de papel todos los datos confidenciales.
- **Perfeccionar** el control sobre copias que contienen información sanitaria e imprimir solo lo necesario (evitar duplicidades e impresión innecesaria de pegatinas, etc.).



5_ En relación con posibles causas culturales

Es notoria la importancia que en la sociedad se da a la enfermedad y a la muerte, especialmente en las zonas rurales, donde la información es compartida por familiares y vecinas/os que acompañan a enfermos/as y difuntas/os en todo su proceso. Esta cultura se manifiesta a la hora de solicitar y compartir información por parte de un número indeterminado de familiares e incluso de vecinos/as. Los/las propios/as pacientes entienden la confidencialidad de forma limitada, solo como ocultación de su diagnóstico a otros/as pacientes. En general, se constata poca concienciación del/de la paciente sobre la confidencialidad.

Por otra parte muchas/os pacientes desconfían del respeto a la confidencialidad por parte de las/los profesionales o de lo que éstas/os incluyen en su historia clínica y piden que no se registre determinada información (“que no salga de aquí”). Sin embargo, existe la creencia de que preocuparse de una/un conocida/o o una/un familiar consiste en conocer información acerca de su proceso clínico (evolución, resultados de pruebas complementarias, planes de intervenciones, tratamientos, etc.) En el caso de profesionales que trabajan en el ámbito sanitario, está muy arraigada la solicitud a otros/as compañeros/as para que consulten historias clínicas con el objeto de obtener información.

Bioética

► Las propuestas de mejora deben ir encaminadas a:

- **Implantar** programas de divulgación y sensibilización a las/os ciudadanas/os sobre los derechos y deberes que implican la privacidad, intimidad y confidencialidad en la atención sanitaria.
- **Incluir** de forma transversal en los programas de formación a través de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos/as información sobre la confidencialidad en la práctica sanitaria y su importancia.
- **Realización** de encuestas específicas a las/los pacientes sobre la confidencialidad sanitaria y su experiencia personal en este sentido.

ética

6_ En relación a la necesidad de un desarrollo legislativo

Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia, centró el modelo de salud en la ciudadanía. Uno de sus rasgos definitorios es la pormenorizada relación, estructuración y clarificación de los derechos y deberes estableciendo un mandato para un completo desarrollo normativo posterior. Aparecen contemplados los derechos relacionados con la integridad e intimidad de la persona, con la confidencialidad e información y los derechos relacionados con la documentación sanitaria. La ley establece que para garantizar la confidencialidad de los datos relativos al paciente, se regulará mediante una norma legal el personal que pueda acceder a los datos del o la paciente. Hasta la fecha, dicho desarrollo legislativo o técnico ha tenido lugar de manera parcial. Actualmente la/el paciente tiene acceso online a la historia clínica digital para consultar los informes de alta de hospitalización y su historial farmacoterapéutico (hoja de medicación activa, plan de dispensación e histórico de dispensaciones).



► Como propuestas de desarrollo normativo-técnico

- **Ampliar** el conjunto de informes clínicos a los que el paciente pueda tener acceso online, como:
 - Informe clínico de consulta externa.
 - Informe clínico de urgencias.
 - Informe clínico de atención primaria.
 - Informe de resultados de pruebas de laboratorio.
 - Informe de resultados de pruebas de imagen.
 - Informe de cuidados de enfermería.
 - Informe de otras pruebas diagnósticas.
- **Conocer** los accesos realizados a sus informes clínicos en el sistema de historia clínica digital del Sistema Nacional de Salud.
- **Derecho a reclamar** en el caso que considere que se ha accedido a los informes clínicos de una forma indebida.
- **Ocultar** aquellos datos que no deben ser conocidos por profesionales distintos a quienes habitualmente les prestan atención sanitaria.



DIMENSIONES ÉTICAS DE LA INTIMIDAD Y LA CONFIDENCIALIDAD

Una buena atención sanitaria solo es concebible si se fundamenta en el respeto a los Derechos Humanos. Sobre esta base ética se sustenta el respeto a la dignidad humana, de la que es un componente esencial la intimidad de la persona.

En este apartado reflexionamos sobre el deber del profesional hacia las personas a las que atiende, pero también sobre el compromiso que es deseable que desarrolle para proporcionar la mejor atención sanitaria sin menoscabar la intimidad del paciente.

La norma legal define lo que es obligatorio hacer, tiene carácter impositivo y reclama su cumplimiento. Las razones éticas nos orientan sobre lo que es deseable hacer atendiendo al valor de las diferentes opciones, entre las que podemos escoger, comprometernos a “hacerlo bien”, actuar sabiendo respetar y cuidar aquello que es más valioso para las personas, los derechos humanos que definen su dignidad. Desarrollar esta mirada ética contribuirá a que la intimidad de las personas pueda ser reconocida como un valor fundamental en la acción sanitaria cotidiana y pueda, así, promoverse su respeto.

La intimidad es aquello que es más propio y exclusivo de la persona, sólo a ella accesible y que sólo ella puede decidir compartir con los demás. Se sitúa en el ámbito personal reservado por la persona para sí misma y de ella forman parte elementos fundamentales de su identidad; merece y tiene reconocido el máximo respeto por ser indisociable de la dignidad y por ser uno de los fundamentos de la libertad humana.

Es frecuente que intimidad y privacidad se utilicen con un significado similar. En este texto nos referiremos a privacidad como esas dimensiones de la actividad de la persona en las que ésta despliega y realiza su intimidad. De esta forma distinguiremos, en referencia concreta al ámbito sanitario:



—> **La privacidad informativa** se refiere a la información personal

Representa lo que otras personas pueden conocer de nosotros y qué datos nuestros podemos permitir que se manejen y para qué finalidad. Su respeto se realiza en el cuidado de la confidencialidad.

—> **La privacidad corporal**

Se refiere al propio cuerpo y sus funciones. Tiene que ver con el pudor y el recato que siente la persona ante exploraciones y cuidados en los que tiene que descubrir o exponer total o parcialmente su cuerpo. Su protección se materializa limitando la exposición del cuerpo a lo imprescindible, con la intervención tan sólo de las personas necesarias y con el consentimiento del/de la paciente.

—> **La privacidad genética**

Hace referencia al patrimonio genético de la persona. Ante ella la protección de la confidencialidad se debe extremar, dado que implica la privacidad informativa de más de una persona, cuando no de la totalidad de líneas parentofiliales completas.

—> **La privacidad comunicativa**

Es la referida a la comunicación personal con otros. Su respeto requiere evitar la intromisión o el conocimiento de su contenido sin autorización de los/las intervinientes.

—> **A privacidade espacial**

Hace referencia al ámbito físico de existencia personal, vedado a la intromisión de los demás. También en el ámbito sanitario toda persona necesita de un espacio propio, que debe ser respetado por el profesional y al que este debe acceder anunciándose previamente y solicitando autorización.

La protección de la intimidad debe contemplar todas y cada una de estas dimensiones y tener en cuenta **tres principios**:

Autodeterminación de la persona → en virtud de la libertad de elección y decisión es la/el propia/o paciente quien decide qué información quiere compartir y cual mantener reservada. Ser autónomo/a es ser libre para decidir la información a compartir.

Confianza en la relación y confidencialidad de la información → lo que se hace o se dice ocurre en confianza, en la seguridad de que lo dicho o hecho no será revelado, lo que traslada a la/al profesional la obligación de preservar dicha información.

Individualización → considera a la persona como un ser único e irrepetible. La personalización y particularización cobra especial importancia en el comportamiento ético del/de la profesional, puesto que si cada persona es un ser único cada atención o cada intervención debe considerarla como única.

Los siguientes principios nos ofrecen **cuatro grandes orientaciones de conducta profesional** que pueden facilitarnos la actuación prudente respecto a la confidencialidad:

Transparencia → se debe informar a la/el paciente de sus derechos, de la información que se registra, de quién puede conocerla y en qué condiciones.

Responsabilidad → se debe sostener una conciencia elevada y un compromiso activo, individual, colectivo e institucional, con la valoración de la importancia y adecuada obtención, registro, difusión y utilización de la información personal.

Austeridad → se debe recabar y registrar sólo la información necesaria para la atención adecuada a las necesidades de la persona-paciente. Este criterio debe presidir también el intercambio de información con cualesquiera otros agentes sociales obligados a su conocimiento.

Universalidad → las medidas y acciones de protección y seguridad de la información se han de aplicar siempre y sin discriminaciones.

Bioética

1_ Fundamentación ética del respeto a la intimidad y la confidencialidad

Las ideas o fundamentos éticos que sustentan el deber de confidencialidad del profesional se han apoyado tradicionalmente en tres argumentaciones:

- El principio de autonomía y el deber de no dañar al paciente, que a su vez se basan en el deber de respeto a la dignidad de la persona humana.
- La confianza social en las profesiones sanitarias.
- El deber de lealtad.

Desde la perspectiva de una deliberación bioética basada en los principios clásicos, el respeto a la intimidad, además de quedar sustentado por el respeto al principio de autonomía, forma parte de las obligaciones de no-maleficencia (deber de no dañar) de las/los profesionales. Por las especiales dificultades de justificar excepciones al principio de no-maleficencia, esta consideración tiene una especial relevancia a la hora de plantear la deliberación sobre algunos supuestos específicos en la labor de protección de la intimidad y la confidencialidad.

Desde la perspectiva utilitarista, el respeto a la confidencialidad se asienta en la confianza que la sociedad deposita en las profesiones sanitarias y tiene como resultado final una mejor práctica asistencial durante la atención sanitaria. El mantenimiento de la confianza social es fundamental para que el sistema sanitario y sus profesionales puedan cumplir con su misión de cuidado de la salud de la población. El daño a la confidencialidad perjudicaría esta confianza que la sociedad tiene respecto a la información recabada. Una información que sólo debe ser empleada para los fines para los que fue inicialmente recogida.

Otro fundamento ético estaría basado en el deber de lealtad, gracias al cual la persona es capaz de confiar aspectos de su vida íntima, con la plena seguridad que sólo se usarán buscando salvaguardar o recuperar su salud y proteger su vida física.

2_ Protección de la intimidad y la confidencialidad

Las personas, con el fin de recuperar su salud, deben a menudo compartir con los profesionales que les atienden sus datos biográficos más personales. Y no solo son los datos, ya que en ocasiones tienen que descubrirse en sentido literal, de cuerpo y mente. Por eso, la protección de la intimidad adquiere un profundo significado ético, ya que ésta será más “exigible” según las circunstancias de algunas/os pacientes enfrentados a situaciones especialmente difíciles.

La información sobre el propio cuerpo y la salud deben ser gestionadas por uno o una mismo/a, derivándose de ello las obligaciones consiguientes para los profesionales sanitarios.

La pérdida de la privacidad, cuando es evitable, produce un daño éticamente inaceptable. Para conocer si el daño puede ser evitable o no, es preciso conocer las circunstancias en las que se lleva a cabo la relación entre el profesional y el paciente. Una de estas circunstancias viene marcada por la noción de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad es la situación particular en la que una persona puede ser herida o dañada. Solamente cuando este concepto se utiliza en relación con alguien específicamente, puede determinarse su verdadera significación singular para la privacidad y confidencialidad. Como se plasmaba al comienzo de este apartado la persona es única y la persona cuando enferma es especialmente vulnerable.

Exponemos algunas situaciones concretas de vulnerabilidad:

- **La condición de enfermo/a:** la exposición de su intimidad a las/los profesionales sanitarias/os aumenta esa vulnerabilidad. La obligación de quienes participan en la atención sanitaria de cuidar e impedir el daño a la intimidad conlleva el deber de administrar éticamente el acceso a la misma. Esto implica, como acciones principales, el deber de obtención del consentimiento para ese acceso y la limitación del mismo a lo imprescindible y necesario, al prestar la atención requerida en cada momento.

ética

34

Bio
ética

Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético

Desde una posición ética se ha de considerar siempre la proporcionalidad del daño en relación con el bien pretendido, lo que se concreta en reducir al mínimo imprescindible la invasión de la intimidad. Ese mínimo se refiere a la cantidad de información que se busca obtener y al número de profesionales que intervienen en su obtención y conocimiento.

- **Las/los pacientes que sufren limitaciones en su capacidad para tomar decisiones:** éstos deben ser especialmente considerados por los/las profesionales en la protección de su intimidad, ya que son quienes pueden resultar más vulnerables y dañados en sus derechos básicos. Ello requiere que sea adecuadamente valorada su capacidad para, en función de la misma, garantizar su adecuada participación en las decisiones y la protección necesaria de sus derechos.
- **Las personas en condición de vulnerabilidad social:** ellas están más expuestas a un riesgo de intromisión injustificable en su intimidad. De ahí que las/los profesionales sanitarios/os, guiados/os por criterios de justicia distributiva, deben conducirse con precaución ante ese riesgo para así alcanzar, en la atención a esas personas, el mismo nivel efectivo de protección que el de los/las demás pacientes. De no hacerlo, la atención sanitaria prestada a estas personas no sería conforme al principio ético de justicia, al aumentar su vulnerabilidad y con ello la desigualdad humana indeseable.

Es importante tener en cuenta la diversidad de fuentes potenciales de vulnerabilidad para una/un paciente, con el fin de asegurar que estas fuentes sean identificadas y tratadas de forma apropiada. Son algunas de esas variables a considerar la duración temporal de la estancia en centros sanitarios, la frecuencia de acceso a los mismos para intervenciones, las características relacionadas con el rol social y las características culturales. Una buena atención debe tenerlas en cuenta, con el fin de reducir los riesgos de dañar a la intimidad de la persona.

Bio



La consciencia por la/el profesional de la vulnerabilidad de una persona hace posible un mejor compromiso práctico y ético en su atención y cuidado sanitarios y debe potenciar el respeto a sus derechos, mediante una acción asistencial que actúe reduciendo la vulnerabilidad. Con el mismo objetivo, también se debe prestar atención al riesgo de que la consideración como especialmente vulnerable de una persona no conlleve más marginación, estigmatización e invalidación social de la misma.

Durante la atención sanitaria, el daño a la intimidad de la persona debe reducirse a lo inevitable. Es obligación ética la obtención del consentimiento para el acceso a la intimidad, que se integra en la obligación general de promoción y respeto a la autonomía de las personas.

Este deber de protección de la intimidad está limitado en las siguientes circunstancias:

- La obligación de prevenir el daño injusto a otras personas (entendido como importante, altamente probable, inminente e inevitable por otros medios) y que la vulneración de la intimidad constituya el medio razonable para dicha prevención.
- Cuando la persona carece de capacidad para la toma de decisiones, prestando especial atención a todas las salvaguardas previstas para preservar su mejor interés, en particular el respeto a la representación por sustitución y a lo expresado en la declaración previa de voluntades.
- En situación de necesidad o privilegio terapéutico. Esta situación, por su propio carácter limitativo de la autonomía de la persona, en la que de hecho el sanitario asume la función de intérprete del mejor interés para el/la paciente, ha de restringirse a lo mínimo posible y razonarse y fundamentarse objetiva y exhaustivamente, antes de definirla como tal, dadas las importantes consecuencias que conlleva.



3_ Supuestos específicos en la protección de la intimidad y la confidencialidad

El respeto a la intimidad y la confidencialidad ha de ser compatible con las exigencias legales y con la obligación moral de no causar daño, por lo que en determinados supuestos específicos en los que la/el profesional sanitaria/o ha de transmitir información confidencial, se ha de considerar lo siguiente:

- **Ponderar** los perjuicios a evitar y a causar, valorar la proporcionalidad de lo que se pone en juego y si fuera posible consultar con compañeros u órganos asesores (comités de ética) con carácter previo a la decisión.
- **Valorar** la importancia de los intereses en conflicto (gravedad y trascendencia).
- **Estimar** la probabilidad de que ocurra el resultado indeseable.
- **Considerar** la inminencia del resultado indeseable.
- **Tener en cuenta** la existencia de autoridad a la que informar.
- **Concluir** en la no existencia de otras posibilidades de evitar el daño.
- **Considerar** la posibilidad real de que la divulgación de la información sea útil para evitar el daño estimado.
- **Limitar** la información a desvelar a la que sea estrictamente necesaria.
- **Organizar** un procedimiento cuidadoso que ha de conllevar: explicación a la/el paciente o a su representante orientada a facilitar su propia participación, información a los/las mismos/as del desarrollo de la revelación de información, y registro cuidadoso y puntual de todo el proceso seguido y de sus motivos. Sin embargo, no se informará a la/el paciente o representante, en el caso de prever que la evitación del daño sería imposible si se revelara con antelación la intención de divulgar la información.

ética

Supuestos específicos a tener en consideración:

- **En relación con menores de edad:** se debe ser capaz de ver en ellos/as a personas con derecho al respeto a su intimidad con la dimensión y contenidos propios de la etapa vital en la que se encuentran y desde este planteamiento, valorar las cuestiones que han de ser reservadas en la comunicación asistencial y cuáles deben ser reveladas porque les proporcionarán un beneficio superior.
- **En relación con las personas en estado de incapacidad:** se ha de tener en cuenta que sus responsables legales tienen derecho y obligación de tutela de la información, ejerciendo la representación por sustitución, pero son las/los profesionales que le prestan atención sanitaria quienes han de valorar en cada ocasión qué información se debe guardar en el ámbito confidencial por su escasa relevancia para la mejor protección de los derechos del/de la paciente, aunque de interés para el cuidado de la intimidad y la relación asistencial.
- **En relación con los tribunales de justicia:** se ha de resaltar que su misión reclama una disposición cooperativa de los/las ciudadanos/as en general y de las/los profesionales sanitarios en particular, además de que su capacidad es impositiva. Ha de considerarse en cada caso la forma en que los daños sobre la confidencialidad se minimicen en aplicación del principio de proporcionalidad, lo que puede requerir una delimitación de la información necesaria para que los tribunales resuelvan lo que es de su competencia. Los/las sanitarios/as han de advertir a los/las pacientes de los riesgos para sostener el compromiso de confidencialidad, en los casos con implicación judicial.

Bioética

- **En relación con las situaciones de urgencia:** la actuación debe orientarse a garantizar la mejor atención al paciente con la difusión de la menor cantidad posible de información “sensible”.
- **En relación con el uso de información clínica con finalidad pedagógica:** es obligado compatibilizar las exigencias éticas de dos tipos de acciones de alto valor: la asistencia sanitaria a las personas y la capacitación de los nuevos profesionales que han de continuar asistiendo las necesidades sanitarias en el futuro. Ambos fines son compatibles si situamos la finalidad asistencial en lugar prioritario y procuramos que el menoscabo de la intimidad sea el menor posible.

Bioética

► Esto puede concretarse atendiendo a algunas consideraciones:

- La obtención de autorización de las personas como condición para realizar el acceso a su intimidad.
- La anonimización del contenido informativo a usar para la formación.
- La reducción de ese contenido sólo a lo necesario.
- La substitución dos datos ou do coñecemento persoal directo por métodos alternativos cando isto sexa posible.
- La educación de los futuros profesionales en el respeto a la intimidad de las personas y la asunción por los mismos de un compromiso formal exigible.



DIMENSIONES JURÍDICO-NORMATIVAS

4

41 → 67

Las dimensiones jurídicas de la confidencialidad son inseparables de las dimensiones éticas en las que encuentran apoyo y fundamento. En efecto, los matices que tiene la confidencialidad desde la perspectiva del derecho hay que buscarlos además de en la legislación aplicable y en la jurisprudencia que la interpreta, en una serie de principios inspirados en la Ética.

Los datos relativos a la salud de las personas y su incorporación a la historia clínica adquieren una enorme importancia al ser instrumentos necesarios para garantizar su asistencia sanitaria, pero también claves para el desarrollo de la personalidad y la dignidad humana. El derecho a la confidencialidad de los datos sanitarios constituye una prolongación del derecho fundamental a la intimidad, directamente vinculado a la dignidad de la persona. Por lo general, es preferible la expresión “confidencialidad” que la de “secreto médico”, dada la mayor amplitud conceptual del término y la mayor comprensión de las/los pacientes del mismo.

El protagonismo de la confidencialidad como elemento base de la relación clínica se ha correspondido en los últimos años con un relevante desarrollo jurídico-normativo a nivel internacional, estatal y autonómico. La intimidad es un derecho fundamental contenido en nuestra Constitución Española de 1978 (CE), que deriva del derecho al respeto a la vida privada y familiar, reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, e incluido en multitud de pactos, convenios y textos internacionales relativos a los Derechos Humanos (DDHH). La consideración de la intimidad como un “derecho humano” lo dota de un especial significado, un plus o valor especial con respecto de otros derechos.



Los DDHH son universales, inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Estos derechos están y son interrelacionados, interdependientes e indivisibles; representan un haz de facultades e instituciones que, en cada sociedad, permiten realizar las exigencias de la dignidad, la libertad e igualdad humana. En la actualidad el reconocimiento de tales derechos ha consolidado su papel como criterios o valores fundamentales del ordenamiento jurídico y de la organización política. Todas las personas tienen el deber ético de contribuir a que estos derechos básicos, alcancen su plena efectividad en todos los ámbitos de la vida. En definitiva, los DDHH constituyen el primer criterio inspirador y límite de cualquier normativa, tanto ética como jurídica, considerándose un mínimo moral común.

Nos encontramos ante unos derechos contemplados por los diversos ordenamientos jurídicos y garantizados a través de los tratados internacionales, el derecho consuetudinario internacional (usos y costumbres de las naciones), los principios generales y otras fuentes del derecho internacional. Los estados asumen las obligaciones y los deberes, en virtud del derecho internacional, de respetar, proteger y realizar estos derechos:

- **La obligación de respetarlos** significa que los estados deben abstenerse de interferir no aprovechamiento de los indicados derechos o de limitarlos.
- **La obligación de protegerlos** exige que los estados impidan los abusos de los mismos contra individuos y grupos.
- **La obligación de realizarlos** le impone a los estados el deber de adoptar medidas positivas para facilitar el disfrute de aquellos establecidos como más básicos.

En el plano individual, así como **debemos hacer respetar nuestros derechos** también **debemos respetar los de los demás**.

ética

El **derecho a la intimidad** se proyecta con fuerza en el ámbito sanitario donde es regulado por distintas normas, entre las que cabe destacar por su carácter de normativa sanitaria básica, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS) y 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 (LAP). Este régimen legal se complementa con una serie de leyes de carácter especial que inciden en aspectos concretos de la salud, y refuerzan la protección de la intimidad como son: la investigación biomédica, la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo, la receta médica y órdenes de dispensación, la prevención de riesgos laborales, las técnicas de reproducción asistida, los trasplantes de órganos y un largo etcétera. A efectos expositivos, se ha optado por reunir, en la parte final de este documento, un prontuario legislativo con la normativa jurídica más relevante que atañe a la confidencialidad en el ámbito sanitario (véase anexo I).

El ordenamiento jurídico español no facilita una definición clara y explícita referente a la intimidad o la confidencialidad, pero, si tenemos en consideración la legislación internacional y nacional, se deduce que el **derecho a la intimidad** es aquel dirigido a que se respete la vida privada y familiar de las personas, que no debe sufrir intromisiones no autorizadas por el propio afectado/a o por una ley. El derecho a la intimidad comprende **el derecho a la confidencialidad**, equiparable al secreto profesional, entendido como una obligación impuesta al profesional en el ejercicio de su actividad cuando se adentra en la intimidad de una persona. Sobre la base de la normativa aplicable se deben cumplir todas las medidas de seguridad establecidas para evitar que ningún tercero pueda acceder a la misma.

En el ámbito sanitario, el derecho a la intimidad se vincula al derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43 de la CE, y se desglosa, a su vez, de acuerdo con la doctrina consolidada del Tribunal Constitucional, en dos derechos diferenciados: el derecho a la intimidad (art. 18.1 CE), y el derecho a la protección de datos (art. 18.4 CE).

Bio

1_ Derecho a la intimidad

La intimidad personal es una facultad puesta al servicio de los individuos para lograr que los ámbitos reservados de su propia vida se mantengan ocultos al conocimiento público, salvo en los casos en los que el interesado consienta en darlos a conocer o una norma así lo establezca. Su inclusión en la Constitución Española de 1978, le confiere el rango de derecho fundamental protegible frente a cualquier injerencia en el ámbito personal y familiar. Garantiza al individuo, un ámbito reservado de su vida, que constituye su núcleo central de la personalidad, vinculado con el respeto de su dignidad como persona. Y es la propia persona la que marca cuales son los lindes de su vida privada, lo que veda a terceros cualquier intromisión no consentida.

El derecho a la intimidad en el ámbito sanitario se entiende como una facultad de elección sobre la revelación o no de información relacionada con su proceso asistencial, lo que constituye el núcleo de la llamada “*autodeterminación informativa*” o poder de control sobre las informaciones relevantes para el propio sujeto. Junto a la dimensión social que posee todo derecho para tener relevancia jurídica, coexiste la consideración de los valores e intereses públicos y privados de las personas.

En este sentido, se concibe la intimidad desde una doble perspectiva:

- Como un derecho de defensa frente a intromisiones ilegítimas en la esfera privada.
- Como un derecho de control sobre el flujo de informaciones que atañen a cada sujeto.

Fruto de esta autodeterminación informativa se deriva el derecho de los/las pacientes 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 de la LAP). Por otro lado, también comporta el deber del profesional de mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación

Bioética

relativa a los/las usuarios/as, a la que se tenga acceso o se haya obtenido, en el ejercicio de sus funciones.

La relación entre profesional sanitario y paciente basada en la confianza, viene marcada por el consentimiento de la persona (consentimiento expreso, que no es sinónimo de consentimiento escrito) y vinculada a un fin determinado (necesidad de atender a la curación, investigación, etc.). Fuera de los supuestos legalmente previstos, si no concurren estas dos condiciones, estaríamos ante una quiebra de la reserva debida y una intromisión ilegítima en la intimidad de una persona.

Los responsables de los centros sanitarios están obligados a adoptar las medidas oportunas para garantizar ese derecho, y elaborarán, cuando proceda, las regulaciones y los procedimientos protocolizados internos que garanticen la confidencialidad de la información clínica de los/las pacientes y los accesos con justificación legal a los datos de los mismos.

Este régimen se extiende a instituciones sanitarias públicas y privadas que obtengan y archiven/almacenen datos de salud de las personas. Pero el derecho a la intimidad dentro del ámbito sanitario, no se circunscribe únicamente a la obtención y almacenamiento de información personal y clínica de los usuarios de los centros sanitarios, sino que se complementa con otros derechos como:

- El derecho a que se reduzca la presencia de profesionales, estudiantes, investigadores u otros/as usuarios/as, que no colaboren directamente en la realización de tales atenciones, cuando así sea expresamente solicitado (art. 6.3 de la Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia (LSG)).
- El derecho a no ser grabado mediante fotografías, vídeos u otros medios que permitan su identificación como destinatarios de servicios sanitarios, excepto que la persona afectada, preste autorización expresa para ello (art 6.4 de la LSG).

Ética

46

Bio
ética

Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético

Conforme a la **Ley de Salud de Galicia el derecho a la confidencialidad** (art 9.1) se concreta en dos aspectos:

- **Intimidad personal, cultural e ideológica** de aquellos datos relativos al estado de salud y datos referidos a creencias, religión, ideología, vida sexual, origen racial o étnico, malos tratos y otros datos especialmente protegidos. Teniendo siempre en consideración que, el grado de confidencialidad, entendido como la identificación del destinatario y el contenido de la información que puede suministrarse, será decidido por la/el paciente, excepto en los casos en que legalmente se contemple el deber de información.
- **Intimidad genética:** derecho a la confidencialidad de la información de su genoma, y a que la misma no pueda ser utilizada para ninguna forma de discriminación.

Tal y como se establece en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), el derecho a que se mantenga la confidencialidad de los datos de salud tiene como reverso el deber de secreto de quien accede a los mismos para el desempeño de sus funciones durante el desarrollo de la actividad profesional e incluso una vez que se cese en la misma. Este deber de secreto se encuentra ampliamente regulado en los Códigos deontológicos.

A partir de la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente, se ha producido una ampliación de los sujetos tradicionalmente obligados al secreto profesional y se ha hecho extensiva a todas/os las/os profesionales que estén involucradas/os en el proceso asistencial o que desarrollen tareas de carácter administrativo y que por ello tengan acceso a la información contenida en las historias clínicas.

Por otra parte, en cuanto a la prolongación de sus efectos jurídicos, el deber de confidencialidad debe mantenerse incluso después de la muerte de la persona-paciente.



2_ Derecho a la protección de datos relativos a la salud

El derecho a la intimidad deriva de la obligación de garantizar la confidencialidad de la información referente a la persona y de la obligación de garantizar la protección de los datos de carácter personal, en todo lo que se refiere a su obtención, almacenamiento y cesión; para evitar intromisiones indebidas (no autorizadas), a dicha información.

La ley, según nuestra Carta Magna, limitará el uso de la informática para garantizar la intimidad personal y familiar de los ciudadanos (art. 18.4 CE). Un mandato constitucional que tuvo su desarrollo a través de la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen que preceptúa en su art. 7, que “tendrán la consideración de intromisiones ilegítimas (...) la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela”.

La LOPD, en su artículo 7, establece que, son datos especialmente protegidos, “los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual” y en consecuencia sólo “podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o la/el afectada/o consienta expresamente”. La misma ley en su artículo 9 contempla las medidas que deberán adoptarse para garantizar la seguridad de los datos y evitar alteraciones, pérdidas o accesos no autorizados, teniendo en consideración “la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural” y prohíbe el registro de datos de carácter personal en ficheros que no reúnan las condiciones establecidas al indicar que: “Reglamentariamente se establecerán los requisitos y condiciones que deban reunir los ficheros y las personas que intervengan en el tratamiento de los datos a que se refiere el artículo 7 de esta Ley.”



La indicada ley ha sido objeto de desarrollo normativo posterior, concretado en el Real Decreto 428/1993, de 26 de marzo por el que se aprueba el Estatuto de la Agencia de Protección de Datos, el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, así como la Instrucción 1/1998, de 19 de enero, de la Agencia Estatal de Protección de Datos, relativa al ejercicio de los derechos de acceso, rectificación y cancelación de datos.

La intimidad se configura así como un derecho de información, acceso y control de los datos personales que conciernen a su titular, datos que pueden ser englobados en su historial clínico (habeas data biosanitario). Esta información, que la tecnología permite recoger incluso antes del nacimiento, abarca una amplitud de datos clínicos que pueden ser procesados, transmitidos y almacenados durante muchos años, incluso después de la muerte. Tal cúmulo de información puede poner en riesgo el carácter íntimo de los datos recogidos y desencadenar tensión entre el control de estos datos por parte de las personas y el desarrollo del carácter social del derecho a la protección a la salud, como en el caso de la necesidad de control de las enfermedades infectocontagiosas o en el de posibilitar las investigaciones biomédicas tendentes a mejorar la salud de la ciudadanía y su calidad de vida. Para ofrecer plenas garantías para la intimidad de las personas afectadas, en estos casos, los datos deben ser utilizados de forma anónima, salvo que el/la afectado/a consienta lo contrario.

En suma, el objeto del derecho fundamental a la protección de datos no se reduce sólo a los datos íntimos de la persona, sino a cualquier tipo de dato personal, cuyo conocimiento o empleo por terceros pueda afectar a sus derechos, porque su objeto no es sólo la intimidad individual, amparado por el artículo 18.1 CE, sino la reserva de todos los datos de carácter personal, particularmente los informatizados.

ética

3_ Régimen de protección de la confidencialidad

La protección de los derechos referidos anteriormente para los supuestos de incumplimiento se realiza a través de diversos ámbitos o jurisdicciones que desglosamos a continuación:



1_ Potestad sancionadora administrativa. Deberes profesionales

Tanto la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias como la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud señalan como principio general el deber de los profesionales de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, y la obligación de mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los/las usuarios/as obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones.

Se considera falta muy grave el quebranto de la debida reserva respecto a datos relativos al centro o institución o a la intimidad personal de las/los usuarias/os y a la información relacionada con su proceso y estancia en las instituciones o centros sanitarios (Ley 55/2003, del Estatuto Marco art. 72.2.c), pudiendo acarrear como sanciones, en su caso, la suspensión de funciones de 2 a 6 años, la separación del servicio o el traslado forzoso con cambio de localidad, sin derecho a indemnización y con prohibición temporal de participar en procedimientos de movilidad para reincorporarse a la localidad de procedencia hasta un máximo de cuatro años.

Bioética



2_ Potestad sancionadora penal

“ 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” (art.199.1 Código Penal). Una descripción en la que encajan todos/as los/las profesionales que cumplen tareas de apoyo en los centros asistenciales.

Por otro lado, en el mismo texto legal, se establece que, “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” (art 199.2 Código Penal). En este apartado del indicado artículo, cuando se habla de profesional se está haciendo referencia a, personal médico o de enfermería, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, además de otros profesionales titulados.

Es necesario resaltar, que la apertura de proceso judicial por la comisión de alguno de los delitos indicados al inicio de este apartado, se producirá cuando medie denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. En aquellos supuestos en los que la persona afectada sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, podrá abrirse causa judicial a instancia del Ministerio Fiscal competente. No obstante, si la comisión del delito afecta a los intereses generales o a una pluralidad de personas no será necesaria la denuncia antes referida, y se abrirá proceso judicial de oficio.

Salvo en determinados supuestos especiales, se entenderá que el perdón de la/del ofendida/o o de su representante legal, extingue la acción penal, siempre que dicho perdón se haya otorgado de forma expresa antes de que se haya dictado sentencia. Por último, y tal y como se refleja en el art. 197.6 del Código Penal, la revelación de datos de carácter personal referentes a la salud, agrava las penas en los delitos de descubrimiento y revelación de secretos.

Bioética



3_Protección civil de la intimidad

En las conductas que supongan una vulneración de la intimidad de carácter menos grave, no tipificadas como delito, quienes resulten afectados pueden recurrir al ejercicio de las acciones previstas en la Ley Orgánica sobre Protección Civil del Derecho al Honor, la Intimidad Personal y a la Propia Imagen. Dichas acciones tienen como finalidad intentar reparar el daño causado, generalmente a través de una compensación económica.

De acuerdo con lo indicado por el artículo 2.1 de la anterior ley, la tutela de la intimidad “quedará delimitada por las leyes y por los usos sociales atendiendo al ámbito que, por sus propios actos, mantenga la persona reservado para sí misma o su familia”.



4_Condicionantes del derecho a la intimidad

El derecho a la intimidad, como cualquier derecho, no es un derecho absoluto, y por lo tanto está sujeto a límites, tales como:

- **Consentimiento de la/del interesada/o.**
- **Protección de personas sin capacidad para expresar su consentimiento.**
 - El Convenio de Oviedo, (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) establece que, de modo excepcional, la ley podrá establecer restricciones, en interés del/de la paciente.
- **Obligación de colaborar con la Administración de justicia:**
 - **Obligación de denuncia.**

“Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante” (Art. 262 de la Ley de enjuiciamiento criminal (LECrim)).

Se entienden por casos en los que existe obligación legal de comunicar o denunciar, aquellas situaciones en las que prima la persecución de un delito y la colaboración con la justicia, por encima del deber de confidencialidad, como por ejemplo los supuestos de abusos, maltratos, vejaciones que afecten a niños, ancianos, mujeres, enfermos mentales, etc. Esta obligación se hace extensiva al parte de lesiones que toda/o médica/o debe enviar al/a la juez/za cuando asiste a un/una lesionado/a.



- **Obligación de declarar como testigo o como perito.**

En lo referente a la obligación de declarar como testigo en la jurisdicción penal, ésta es regulada por los Arts. 410 y ss. de la LECr, en donde se indica que dicha obligación queda dispensada en caso de confrontación con el deber de secreto (art. 417.2 LECr).

Por su parte, en el art. 371 de la Ley de enjuiciamiento civil (LECv) se señala que, cuando, por su estado o profesión, el/la testigo tenga el deber de guardar secreto respecto de hechos por los que se le interrogue, lo manifestará razonadamente y el tribunal, considerando el fundamento de la negativa a declarar, resolverá, mediante providencia, lo que proceda en Derecho. Si la/el testigo quedare liberada/o de responder, se hará constar así en el acta.

Por tanto, la relevación de la confidencialidad, ya sea por requerimiento judicial como por parte del/de la interesado/a en el proceso, se fundamenta en diversos preceptos legales como por ejemplo, el art. 412.1 Código Penal (que castiga la denegación de auxilio), los arts. 550 y 556 del mismo Código, (que regulan la desobediencia y la resistencia a la autoridad), y los arts. 346 y 357 de la LECr, (que también prevén este deber de declaración médica).

Desde el punto de vista deontológico el art. 30 del Código de ética médica habla de mantener ciertas cautelas a la hora de proceder a la revelación. Así ante el requerimiento en un proceso judicial que precise de la aportación del historial médico del/de la paciente, el/la médico/a dará a conocer a la/al jueza o juez que éticamente está obligada/o a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.

**- Declaración obligatoria de enfermedades transmisibles:**

La Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública, admite indirectamente la posibilidad de revelar información confidencial al objeto de controlar las enfermedades transmisibles.

Por su parte el Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, en su art. 9 determina que la declaración obligatoria se refiere a los casos nuevos de estas enfermedades aparecidos durante la semana en curso y bajo sospecha clínica, y corresponde realizarla a las/los médicas/os en ejercicio, tanto del sector público como privado.

ética

4_ Principios que delimitan la confidencialidad y la protección de los datos

La tutela de los datos referentes a la salud está modulada por la presencia de unos principios de protección, manifestados por ley, y completados por la doctrina jurídica y las normas deontológicas. Estos principios, se sintetizan en:

- **Principio de sensibilidad:** Los datos relativos a la salud afectan al núcleo de la intimidad considerándose “informaciones sensibles” y por tanto son objeto de tutela jurídica.
- **Principio de información y control:** El derecho confiere la facultad de conocer, controlar y acceder a cuantas informaciones existan registradas sobre la salud.
- **Principio de solidaridad:** En la medida que las informaciones sanitarias tienen un interés social, el derecho de salud de la colectividad debe conjugarse con el sacrificio del derecho a la intimidad en los casos establecidos por la ley.
- **Principio de la restricción menor posible:** En el caso de que la intimidad de datos personales deba ser restringida por razones de solidaridad, esta restricción debe limitarse a lo estrictamente necesario.
- **Principio de consentimiento:** El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa. Este consentimiento debe ser inequívoco, específico, informado y revocable.
- **Principio de finalidad:** La información obtenida se dedicará al fin para el que se recabó, salvo consentimiento expreso de la persona usuaria, autorización legal o petición judicial.
- **Principio de calidad de los datos:** Los datos recogidos en un fichero deben ser veraces y exactos, adecuados, pertinentes y no excesivos, es decir, relacionados con el fin para el que se recogieron.

Bio



- **Principio de transparencia:** El/la interesado/a deberá ser informado/a, con carácter previo y por parte de la persona que solicita los mismos, de modo expreso, preciso e inequívoco, de una serie de cuestiones: la existencia del fichero o tratamiento de datos, finalidad de la recogida y los destinatarios de la información, el carácter optativo y obligatorio de las preguntas, las consecuencias de la obtención de los datos, de la negativa a suministrarlos y la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.
- **Principio de seguridad:** La/el responsable del fichero, y en su caso, la/el encargada/o del tratamiento, deberán adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos, ya provengan de la acción humana del medio físico o natural.

Bioética

5_ Confidencialidad y documentación clínica

La formalización escrita del trabajo por parte del/de la profesional sanitario/a reflejada en la historia clínica, entraña unas particularidades en materia de confidencialidad en las que es preciso detenerse. En la base de la regulación está el derecho de todo paciente o usuario a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales realizados por el servicio de salud, tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

Son muchas las circunstancias que inciden e intervienen en la elaboración de la historia y documentación clínica convirtiéndolo en un proceso complejo. Piénsese por ejemplo en el trabajo en equipo, la continuidad asistencial, las tecnologías que le sirven de soporte, y un largo etc.

Las cuestiones relativas al acceso, custodia, conservación y usos de la historia clínica han sido objeto de atención por la doctrina y también por el legislador, el cual ha prestado especial atención en su regulación en las distintas normas estatales y autonómicas que se han venido aprobando en materia de atención sanitaria, consentimiento informado, uso y acceso a la historia clínica electrónica, etc.

ética

1_Archivo, custodia y conservación de la historia clínica

Las administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la LOPD.

Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información, independientemente del soporte en el que se recojan, (papel, audiovisual, informático o de otro tipo). Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.



La Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del Consentimiento Informado y de la historia clínica de los pacientes, en Galicia (modificada por la Ley 3/2005, de 7 de marzo), señala que se conservará indefinidamente la siguiente información:

- Informes de alta.
- Hojas de consentimiento informado.
- Hojas de alta voluntaria.
- Informes quirúrgicos y/o registros de parto.
- Informes de anestesia.
- Informes de exploraciones complementarias.
- Informes de necropsia.
- Hoja de evolución y de planificación de cuidados de enfermería.
- Otros informes médicos.
- Cualquier otra información que se considere relevante a efectos asistenciales, preventivos, epidemiológicos o de investigación.
- La información de aquellas historias clínicas cuya conservación sea procedente por razones judiciales.

Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.

El/la paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por la ley básica.



2_ Contenido de la historia clínica de cada paciente

La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del/de la paciente. El contenido de esa información puede ser entendido como conjunto de datos que permiten el conocimiento del estado de una/un determinada/o paciente, como concreción de un conocimiento o de una intervención, que puede tener consecuencias jurídicas. La propia definición legal de historia clínica nos da una pista al hablar de “datos, valoraciones e informaciones”. Así, la información recogida de la/del paciente y registrada puede ser clasificada en datos objetivos y subjetivos. Los primeros son cuantificables y mensurables mientras que los segundos se refieren a ideas y percepciones, de más difícil cuantificación y medida, obteniéndose a partir de las propias declaraciones del/de la paciente o del razonamiento del/de la profesional. En cuanto a la estructura de la historia clínica la ley configura un contenido mínimo formado por:

- | | |
|--|---|
| - La documentación relativa a la hoja clínico-estadística. | - El informe de anestesia. |
| - La autorización de ingreso. | - El informe de quirófano o de registro del parto. |
| - El informe de urgencia. | - El informe de anatomía patológica. |
| - La anamnesis y la exploración física. | - La evolución y planificación de cuidados de enfermería. |
| - La evolución. | - La aplicación terapéutica de enfermería. |
| - Las órdenes médicas. | - El gráfico de constantes. |
| - La hoja de interconsulta. | - El informe clínico de alta. |
| - Los informes de exploraciones complementarias. | |
| - El consentimiento informado. | |

Algunos de estos documentos solo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

ética

3_ Usos de la historia clínica

El uso principal de la historia clínica es el asistencial.

Los/las profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. Aun así, la ley habla de otros usos: fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, enumeración a la que podría añadirse también, el uso que puede hacerse de ella en gestión sanitaria y de análisis de calidad asistencial.

Sea cual fuere el uso que se haga de ella, el acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

El acceso a la historia clínica con fines distintos al asistencial obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente separados de los de carácter clínico-asistencial, de modo que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente hubiera dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los/las jueces/zas y tribunales en el proceso correspondiente.

El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos en cada caso.



4_ Derechos de acceso a la historia clínica

Los accesos a la historia clínica se modulan en función de la persona:

Paciente

La/el paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella excepto que concurra perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, o que pueda derivar en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

Familiares

Sólo tienen acceso a la historia clínica de pacientes fallecidos las personas vinculadas a él/ella, por razones familiares o de hecho, salvo que el/la fallecido/a lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite. No se facilitará información que afecte a la intimidad de la persona fallecida, las anotaciones subjetivas de profesionales, o que perjudique a terceros.

Bioética

Profesionales

- Los/las profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del/de la paciente tienen acceso a la historia clínica de éste/a.
- El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
- El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con las/los pacientes y usuarios/os o la propia Administración sanitaria.
- El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.

ética

64

Bioética

Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético

Acceso con fines judiciales:

La historia clínica puede convertirse en un medio de prueba en un proceso judicial.

La prueba es el conjunto de operaciones por medio de las que se trata de obtener la convicción psicológica del/de la juzgador/ra respecto de unos datos determinados. La convicción se presenta como una medida psicológica de la certeza, certeza moral, ya que la certeza absoluta es más propia de ciencias exactas.

La información extraída de la historia y la documentación clínica hacen prueba frente a sus autoras/es de las declaraciones que contienen. La prueba contenida en los documentos tiene igual fuerza probatoria, según la jurisprudencia, que otros medios, como pueden ser la prueba de testigos o la de peritos, entre otras. Se constituye, por tanto, en un testimonio documental de ratificación de declaraciones sobre actos de conducta profesional.

El acceso a la historia clínica y a su contenido con fines judiciales, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 14/1986, General de Sanidad; en donde se indica que en los casos de investigación judicial se estará a lo que dispongan las/los juezas/ces y tribunales si se considera imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales.

La existencia de registros en soporte distinto del papel, caso de la historia clínica Informatizada, puede plantear alguna dificultad de acceso con fines judiciales, cuestión esta que debe resolverse mediante la utilización de otro tipo de medios probatorios, ya sea el reconocimiento judicial o bien el informe pericial.



5_ La historia clínica electrónica en Galicia-IANUS

La Consellería de Sanidade, mediante la aprobación del Decreto 29/2009, de 5 de Febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica, ha introducido las tecnologías de la información implantando las mismas en el almacenamiento y custodia de la información sanitaria. Este avance frente a las formulas tradicionales requiere el establecimiento de nuevas medidas de seguridad que garanticen el buen uso de la información clínica y eviten el acceso a personas no autorizadas.

Tal y como se establece en el Decreto 29/2009, la historia clínica electrónica se constituye como el soporte más adecuado para la asistencia sanitaria, facilitando el manejo y accesibilidad de la documentación clínica del/de la paciente o usuario/a, y a cuyo objeto los profesionales que intervienen en ella tienen el derecho de acceso y deber de acceder y cumplimentar la historia clínica electrónica. Ésta constituye la alternativa de futuro a la historia clínica manual pero no destruye ni altera su concepto básico ni su valor documental. Expone cuestiones específicas derivadas de la funcionalidad del soporte y, al mismo tiempo, constituye una oportunidad única para solucionar una serie de problemas pendientes en la historia clínica tradicional.

En este contexto, la Consellería de Sanidade desarrolló un sistema de historia clínica electrónica denominado IANUS. Este dispositivo integra en un único sistema de información, toda la documentación clínica generada en los diferentes niveles de prestación a lo largo de todo el proceso asistencial. IANUS configura un modelo de historia clínica única, que garantiza, de manera segura, la accesibilidad de toda la información clínica a los profesionales que desarrollan su actividad para el Sistema Sanitario Público de Galicia, promoviendo la compartición de información y la transferencia de conocimiento.



Este desarrollo normativo ha tenido en consideración tres principios generales:

- **Principio de vinculación asistencial**

La “llave” que legitima el acceso a la historia clínica electrónica por los profesionales sanitarios, así como por el personal con funciones administrativas, de gestión o de atención al/ a la paciente.

- **Principio de proporcionalidad**

Aquel que marca en cada momento, y en relación con cada situación concreta, el alcance y medida que puede tener el acceso a la historia clínica electrónica.

- **Principio de la autonomía de la voluntad del paciente**

Permite a éste el acceso a su historia clínica.

El propio legislador, en la exposición de motivos del decreto regulador de IANUS, deja constancia de que con el uso de la historia clínica electrónica no solo se pueden tratar más datos personales, sino que también hace posible que dichos datos sean más fácilmente accesibles para un número mayor de destinatarios, lo que hace imprescindible establecer totales garantías de confidencialidad e integridad de los datos.

A lo largo de todo el articulado del Decreto se establecen las **obligaciones y requisitos que el profesional usuario de IANUS debe tener en consideración en todo momento**, y que se centran en cuestiones como:

ética

- Elaboración y contenido de la historia clínica.
- El sistema de información elegido para gestionar la historia clínica en Galicia, el conocido como IANUS.
- Intimidad, deber de secreto, cesión y/o comunicación de datos personales recogidos en IANUS.
- Medidas de seguridad establecidas para:
 - Control de accesos al sistema.
 - Usuarios con perfiles adecuados a su actividad profesional.
 - Control de las actividades desarrolladas por los usuarios en IANUS (consulta, inclusión de nueva información, modificación de información ya existente, etc.).
- Accesos permitidos a la historia clínica electrónica y requisitos a cumplir en relación a los diferentes tipos de accesos:
 - Profesionales sanitarios.
 - Personal de gestión y servicios.
 - Fines estadísticos, epidemiológicos, investigación, docencia, publicaciones científicas y estudios.
 - Actividades de inspección, evaluación, acreditación y planificación sanitaria.
 - Requirimiento judicial.
 - Responsabilidad patrimonial.
 - Facturación de servicios sanitarios.
- Módulos de especial custodia.
- Se establece la necesidad de implantar mecanismos que permitan tener en IANUS módulos especiales de especial custodia y de acceso mucho más restringido, para registrar aquellos datos considerados especialmente íntimos dado que por la información que proporcionan pueden perjudicar especialmente al sujeto del que derivan, y que se refieren a áreas como son:
 - Genética.
 - Sexualidad.
 - Reproducción.
 - Psiquiatría.
 - Transplante de órganos.
 - Enfermedades infecciosas.
 - Violencia doméstica.



El análisis de la situación actual sobre el respeto a la intimidad y la confidencialidad en el Sistema Público de Salud de Galicia muestra que ésta es preocupante y necesita ser mejorada.

Los informes de los Comités de Ética Asistencial y el conocimiento directo sobre esta cuestión por los propios integrantes de la Comisión Galega de Bioética, nos muestran un conjunto de insuficiencias que deben ser superadas para avanzar en el proceso iniciado en las últimas décadas dentro del Sistema Nacional de Salud.

Dicho proceso, expresado en un mayor respeto a los derechos de las personas, los ha colocado en el núcleo ético fundamental de la atención sanitaria.

Es precisamente este avance el que ha evidenciado la inadecuación e incorrección de conductas y hábitos que, hasta hace muy poco, eran consideradas “normales” en el ámbito asistencial.

Se va percibiendo una mayor sensibilidad y conciencia de la importancia que tiene proteger la intimidad en la atención de la salud, y de ello es también muestra este documento.

La realidad a la que hacemos referencia tiene causas complejas y diversas. Algunos de sus determinantes proceden de la cultura sanitaria dominante, de concepciones hoy manifiestamente en crisis, y se expresa en ciertas conductas o formas de relación de los profesionales cuando diagnostican, tratan y cuidan a los pacientes.

Otros factores, tienen que ver con estructuras y procesos asistenciales, con usos inadecuados de las nuevas tecnologías, con costumbres de la población, etc.

La limitada conciencia acerca de su valor parece subyacer en todas las acciones u omisiones que dañan la intimidad. En consecuencia, no se estimulan los cambios necesarios para ofrecer una atención sanitaria plenamente respetuosa con los derechos de las personas, que permita superar tanto cualquier infundada creencia de que la protección de los mismos es incompatible con la prestación de una adecuada asistencia, como los problemas creados respecto a la valoración sobre la prioridad de lo importante.



Las presentes recomendaciones están formuladas desde la perspectiva de corresponsabilidad y capacidad para promover cambios por parte del conjunto de agentes que intervienen en el proceso asistencial.

Es un hecho que las contribuciones de mejora deben ser tarea de todos, y en esa concepción, la Comisión Galega de Bioética propone un marco de actuación comprensivo de las áreas donde, prioritariamente, se deben implantar medidas para el cambio.

Se trata de establecer orientaciones con vocación universal, válidas para todos los sujetos y materias involucrados, más que de enumerar instrumentos concretos, los cuales, deberán adecuarse a las especificidades de cada entorno.

Las recomendaciones que siguen se han agrupado bajo los siguientes epígrafes:

ética

Actuaciones encaminadas a un **desarrollo normativo** que refuerce la protección de la intimidad y de la confidencialidad, mediante:

- ▶ El **establecimiento de un contexto institucional claro** sobre la protección, uso y divulgación de la información confidencial de los pacientes, significadamente la de aquellos que, por cualquier razón, no pueden tomar decisiones; que incluya los derechos, los deberes y los efectos jurídicos de los mismos.

Acciones de **formación** dirigidas a potenciar las competencias profesionales para un trato ético de la intimidad de las personas, a través de:

- ▶ El diseño e implantación **cursos específicos** en materia de protección da confidencialidad dentro de los Planes de Formación Continua para todos los profesionales del Sistema.
- La **incorporación de conocimientos** en materia de protección de la confidencialidad en los temarios de las ofertas públicas de empleo y valoración, como mérito, en los procesos de movilidad voluntaria para todos los profesionales del Sistema.
- La **inclusión de contenidos** en materia de protección de la confidencialidad en la formación específica para personal directivo.
- El traslado a los órganos competentes de la recomendación de **incluir la bioética en los programas formativos de las titulaciones universitarias sanitarias y en la formación postgraduada especializada.**

Bioética

Actividades de **información** orientadas a sensibilizar a los agentes implicados en la atención sanitaria sobre la necesidad de la protección de la intimidad, así como a potenciar y proteger los derechos de los pacientes por medio de:



La **generalización** de la firma obligatoria de la cláusula de confidencialidad en el momento de acceder al empleo por parte de todos los profesionales de las instituciones sanitarias (incluido el personal en formación y los estudiantes en prácticas) y de los centros administrativos del Sistema.

La **incorporación** en la documentación corporativa de leyendas informativas acerca de la obligación de cumplir la normativa en materia de confidencialidad.

El **establecimiento** de medios para informar a los pacientes de las protecciones, posibles usos y divulgaciones de su información para fines distintos del estrictamente asistencial; e informarles acerca de las categorías de personas y organizaciones a las cuales se podría pasar su información de salud.

La **implantación** de un plan de divulgación institucional sobre intimidad y confidencialidad.

La **elaboración** de códigos éticos las estructuras organizativas de gestión integrada.

Bioética

Acciones encaminadas a **poner en valor y reforzar** la protección de la confidencialidad, dentro de la organización sanitaria con medidas de gestión de carácter transversal, entre otras:

Incorporar en los acuerdos de gestión, objetivos de cumplimiento del deber de confidencialidad y establecimiento de indicadores.

Incluir en los planes de acogida a los profesionales información sobre los derechos y deberes relacionados con la intimidad y la confidencialidad.

Proporcionar información sobre el derecho a la intimidad y a la confidencialidad en los planes de acogida para pacientes y recabar su percepción sobre el cumplimiento de los mismos. Asimismo, informar de la posible presencia de personal en formación durante los actos asistenciales, por tratarse de centros con formación docente, y que deben prestar su consentimiento para ello.

Informar a los profesionales de cómo actuar en caso de producirse una transgresión de la intimidad o de la confidencialidad de las personas usuarias.

Implantar protocolos para compartir información confidencial dentro de los equipos, entre instituciones sanitarias del Sistema; con unidades administrativas del mismo y con organizaciones externas.

Elaborar guías de práctica clínica, normas de buena práctica y protocolos de actuación con el objetivo de garantizar la atención respetuosa con el derecho a la intimidad y la confidencialidad en las intervenciones clínicas.

Enfatizar en todas las acciones la importancia del papel de los comités de ética asistencial y del conjunto de los profesionales en la protección de la intimidad y de la confidencialidad.

Implantar un sistema de control o evaluación del cumplimiento de las actuaciones realizadas, así como de las medidas correctoras necesarias para mejorarlas.

ética

74

Bio
ética

Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético

Actuaciones dirigidas a la **utilización adecuada** de las tecnologías de la información en materia de confidencialidad en aspectos como:

► **Incorporar** o mejorar recursos relacionados con la historia clínica electrónica (destacar la cláusula de confidencialidad al inicio; introducir mecanismos que secuencialmente remitan una relación de accesos a historias consultadas por cada profesional; implantar auditorías aleatorias, etc.).

Ampliar el conjunto de informes clínicos accesibles *on line* por el paciente para su consulta.

Posibilitar a los usuarios el conocimiento de los accesos realizados en el sistema de historia clínica electrónica y establecer un procedimiento de reclamación para esclarecer las circunstancias de dichos accesos.

Permitir el mantenimiento del conjunto de datos, que el paciente considere, en el ámbito reservado de la relación de confianza con el/la profesional que habitualmente le atiende.

Establecer recursos de seguridad cualificada en las materias más sensibles con criterio de doble garantía (salud mental, enfermedades infecciosas, enfermedades genéticas, etc.).



Los cambios y mejoras que pretende impulsar el conjunto de las recomendaciones citadas precisan el sólido compromiso de todos.

El elevado valor de los derechos objeto de protección, no solo requiere un cambio de actitud que incluya la participación activa de sus protagonistas -los y las profesionales del Sistema y la ciudadanía-, sino también la voluntad y el apoyo decidido por parte de la autoridad sanitaria para promover el cambio de cultura en la organización sanitaria de Galicia.

En este marco, es necesario impulsar el desarrollo normativo de la protección de la confidencialidad y facilitar los medios para que esta sea efectiva.

El **personal directivo** tiene la misión de liderar dicho cambio de cultura y de incorporar en la gestión instrumentos de protección, control y evaluación de las medidas concretas adoptadas en esta materia.

Es necesario que todos **los profesionales** tomen conciencia de la importancia y valor de estos derechos, de su obligación de respetarlos; que adquieran las competencias profesionales precisas para una atención ética sensible a las necesidades de intimidad y confidencialidad de los pacientes y, con su compromiso, que contribuyan al paulatino cambio de cultura citado.

A la **cuidadanía** le corresponde una participación activa en la defensa de sus derechos, especialmente en lo que se refiere al manejo de la información y a la toma de decisiones referentes a su salud.



Es importante enfatizar que la protección de la intimidad y de la confidencialidad es una tarea permanente y de todos. El cambio necesario ha de vincularse a la concepción del Sistema Público Sanitario como una organización centrada en la persona, que prioriza la atención a sus necesidades y el respeto a sus derechos fundamentales. No existe auténtica calidad asistencial sin una adecuada protección de los mismos.

A

Anonimización → Proceso por el cual deja de ser posible establecer por medios razonables el nexo entre una muestra biológica o dato de investigación y el sujeto al que se refieren.

Anotaciones Subjetivas: → Valoraciones personales, sustentadas o no en los datos clínicos de que se disponga en ese momento, que no formando parte de la historia clínica actual, puedan influir en el diagnóstico y futuro tratamiento una vez constatadas.

Atención sanitaria → Cualquier tipo de servicio recibido de forma individual y proporcionado por profesionales sanitarios con impacto en el estado de salud. Es sinónimo de asistencia sanitaria.

C

Certificado médico → La declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento. Se extiende siempre a petición de la parte interesada relevando así al médico de la obligación del secreto profesional.

Círculo de confidencialidad → Es el grupo humano formado por el paciente y aquellos profesionales que le atienden. Esos profesionales han de compartir, para proporcionarle esa atención, información sobre el paciente. Fuera de ese círculo cualquier acceso a esa información confidencial ha de ser autorizada por el paciente. Los profesionales sanitarios integrantes de ese círculo son confidentes necesarios.

Confidencialidad → Es la cualidad de aquello que se dice, se hace o se intercambia en un marco de confianza, con la seguridad de que no será compartido fuera de ese marco. Exige confianza interpersonal y respeto mutuo, que se constituyen en condiciones para posibilitar el acceso a lo íntimo. La confidencialidad se deriva del compromiso de lealtad al otro y por ello se convierte en deber ético.

En el marco sanitario la confidencialidad como obligación ética también se refiere a los límites en los que se enmarca la circulación de una información íntima y privada de las personas que reciben tratamientos y cuidados sanitarios, obtenida en un marco de confianza con el fin de beneficiar al paciente.

Confidente necesario → Es aquel profesional, sanitario o no, que por su situación en el proceso asistencial está obligado a acceder/conocer una información confidencial del paciente para proporcionarle la atención sanitaria que necesita. El conocimiento de información confidencial sobre cualquier paciente sólo se justifica en el marco de la atención sanitaria si quien la conoce es confidente necesario.

D

Dato codificado o reversiblemente disociado → Dato no asociado a una persona identificada o identificable por haberse sustituido o desligado la información que identifica a esa persona utilizando un código que permita la operación inversa.

Datos genéticos → Se refiere a todos los datos, cualquiera que sea su clase, relativos a las características hereditarias de un individuo o al patrón hereditario de tales características dentro de un grupo de individuos emparentados. También se refiere a todos los datos sobre 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. La línea genética es la línea constituida por similitudes genéticas resultantes de la procreación y compartidas por dos o más individuos.

Datos médicos → Se refiere a todos los 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.

Datos personales → Abarca cualquier información relativa a un individuo identificado o identificable. Un individuo no se considerará “identificable” si la identificación requiere una cantidad de tiempo y de medios no razonables. En los casos en que el individuo no sea identificable, los datos son denominados anónimos.

Documentación clínica → El soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

**E**

Estado de necesidad terapéutica o privilegio terapéutico → La ley reconoce que el derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

El privilegio terapéutico es un argumento que sólo puede justificarse éticamente en muy contadas ocasiones. Son casos en los que el paciente no soportaría la información ya que se podría agudizar su padecimiento. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión y la información a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Ha de resaltarse que la limitación de la información impide el ejercicio de la autonomía del paciente, y supone de hecho su consideración como incapaz, siendo entonces una actuación que afecta ya no a la obligación de información sino a la obligación de obtención del consentimiento para la intervención sanitaria. Es por ello que las razones que se invoquen para justificar esta actuación han de basarse en elementos de juicio objetivos y no en valoraciones subjetivas del profesional sanitario. Deberá coincidir una necesidad por riesgo grave e inminente y una condición del paciente que le impida asumir la situación y tomar la decisión que según sus preferencias mejor le convenga.

Es un supuesto en el que parece recomendable, dado los valores en conflicto, el Asesoramiento del Comité de Ética Asistencial del centro.

Dada la ubicación sistemática del precepto, en el apartado del derecho a la información, cabe diferenciarla de otros supuestos de dispensa de obtener el consentimiento del paciente como es el caso de riesgo inmediato grave para la integridad física y psíquica del enfermo, cuando en esa situación no sea posible conseguir su autorización o no haya expresado su voluntad mediante instrucciones previas.

H

Historia clínica → Conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

I

Información clínica → Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Informe de alta médica → Documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

Intimidad → Se refiere a lo más interior que cada uno posee, es algo inherente al ser humano por el hecho de serlo. Es respetable independientemente de sus contenidos. Está indisolublemente unida a la dignidad, la propia personalidad, la autonomía moral y la libertad. Se asoció inicialmente a las creencias religiosas y las opciones morales de la persona, pero su significado actual es más amplio refiriéndose a todo aquello que la persona reserva para sí.

P

Paciente → Persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud.

Privacidad → Remite a dos contenidos significativos: lo que no es público y lo que no es el Estado. Se refiere a todo aquello que la persona puede decidir y realizar libremente protegido de la intrusión o conocimiento no consentido de los demás, incluidos el Estado. Es el ámbito reservado de la vida individual, espacio de plena soberanía de la persona y expresión de la autonomía de la misma. Incluye la esfera de actividad-vida privada personal y familiar.

ética

La privacidad podemos diferenciarla en cuatro grandes dimensiones: privacidad informativa (referida a la información personal), privacidad corporal (referida al propio cuerpo y sus funciones), privacidad comunicativa (referida a la comunicación personal con otros), privacidad espacial (referida a los espacios físicos de existencia vedados a la intromisión de los demás).

Con frecuencia intimidad y privacidad se utilizan indistintamente.

S

Secreto profesional → Se refiere a la obligación de guardar para sí la información obtenida por el profesional en el ejercicio de su función sanitaria. Esta obligación forma parte de la deontología médica desde los orígenes, y posteriormente también de las demás profesiones sanitarias.

Nos referimos como secreto compartido a esa obligación cuando la atención sanitaria está realizada por diferentes profesionales sanitarios que comparten información sobre el paciente, y como secreto derivado como aquel que obliga a profesionales no sanitarios que en el ejercicio de su función deban conocer alguna información privada del paciente

Servicio sanitario → Unidad asistencial con organización propia, dotada de los recursos técnicos y del personal cualificado para llevar a cabo actividades sanitarias.

T

Trazabilidad → Capacidad de asociar un material biológico determinado con información registrada referida a cada paso en la cadena de su obtención, así como a lo largo de todo el proceso de investigación.

U

Usuario/a → Persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

V

Vulnerabilidad → Circunstancia o condición en la que una persona es particularmente susceptible de ser herida o dañada. En relación a la información confidencial todos los pacientes son vulnerables al mal uso de la información privada, y en particular aquellos con menor capacidad para hacer valer sus derechos (por ejemplo población infantil, personas incapacitadas, personas pertenecientes a colectivos sociales marginados, etc.).

La vulnerabilidad de los pacientes, y en particular de aquellos con menor poder relacional, ha de ser considerada como un factor principal para considerar con especial atención las cuestiones éticas referidas a la protección de la intimidad y la confidencialidad de la información personal.



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

7 81 → 81

- Beltrán Aguirre JL.** Tratamiento de datos de salud en la prestación de servicios sociales. *DS Derecho Salud*. 2009; (18): 1-19.
- Bertrán JM et al.** Intimidad, confidencialidad y secreto. Guías de ética en la práctica médica. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2005.
- Cabré L et al.** Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). *Med Intensiva*. 2009; 33(8): 393-402.
- Fernández MA, Álvarez T, Ramiro JM, Martínez S.** El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. *Cuad Bioét*. 2008; 19 (65): 59-65.
- García Álvarez MA.** Confidencialidad e información. En: Desviat M, Moreno A, editores. *Acciones de Salud Mental en la Comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2012.
- García Amez J.** La protección de datos del usuario de la sanidad: derecho a la intimidad y asistencia sanitaria. *DS Derecho Salud*. 2010; 20 (1): 43-69.
- García García C.** El derecho a la intimidad y dignidad en la doctrina del Tribunal Constitucional. Murcia: Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia; 2003.
- Gracia D.** Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela; 2004.
- Gisbert MS, Gisbert JA.** Documentos médico-legales. En: Villanueva Cañadas E, Gisbert Calabuig JA. *Medicina legal y toxicológica*. 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2004. p. 156-62.
- Hernando P, Seoane JA, Francisco de Asís J.** La reserva de las anotaciones subjetivas: ¿derecho o privilegio? *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21(1): 31-8.
- Iriburu I.** Confidencialidad e intimidad. *An Sist Sanit Navar*. 2006; 29 (Suple. 3): 49-60.
- Júdez J et al.** La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(1): 18-37.
- Martínez K.** Medicina e intimidad. Una visión desde la bioética. *Rev Calidad Asistencial* 2004; 19(6): 416-21.
- Martínez Moran N.** La protección jurídica del derecho a la intimidad en el ámbito de las investigaciones biomédicas. En: Junquera de Estefani R, director. *Bioética y bioderecho. Reflexiones jurídicas ante los retos bioéticos*. Granada: Comares; 2008.
- Martínez Ques AA.** Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. *Rev Galega Actual Sanit*. 2004; 3(1): 54-9.
- Orozco G.** Problemática jurídica de la información sanitaria. La historia clínica. *Cuad Bioét*. 2006; 17 (59): 43-56.
- Pérez Luño E.** El derecho a la intimidad en el ámbito de la biomedicina. En: Martínez Morán N, editor. *Biotechnología, derecho y dignidad humana*. Granada: Comares; 2003.
- Rebollo Delgado L.** El derecho fundamental a la intimidad. Madrid: Editorial Dykinson; 2005.
- Román Maestre B.** Confidencialidad e informatización de los datos de la historia clínica en atención primaria. *FMC Form Med Contin Aten Prim*. 2004; 11(8): 431-2.
- Sánchez-Caro J, Abellán F.** Enfermería y paciente. Cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario. Granada: Comares; 2007.
- Sánchez Patrón JM.** El régimen jurídico europeo aplicable a la confidencialidad de los datos relativos a la salud de las personas. En: Tomás-Valiente Lanuza C, editora. *La salud: intimidad y libertades informativas*. Valencia: Tirant lo Blanch, Universitat de València; 2006.
- Torralba F.** El respeto a la intimidad en grupos vulnerables. *Sintesi bioet enferm*. 2005; 3 (9): 1-3.
- Troncoso Reigada A.** La confidencialidad de la historia clínica. *Cuadernos de Derecho Público*. 2006;(27):46-143. [Consultado el 25 de mayo 2013]. Disponible en: <http://revistasonline.inap.es/index.php?journal=CDP&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=775&path%5B%5D=830>
- Historia clínica, confidencialidad y protección de la información.** Experiencias en Gestión Sanitaria. Santiago: Escola Galega de Administración Sanitaria FEGAS; 2008.

▶ ÍNDICE LEGISLATIVO

▶ PRONTUARIO LEGISLATIVO

- Normativa estatal
- Normativa de Galicia
- Normativa deontológica
- Normativa supranacional
- Otra normativa de derecho comunitario



Normativa
estatal

Artículo 18 e 20 Constitución Española de 1978

Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

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.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal

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

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.

Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública.

Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación biomédica.

Real Decreto 831/2010, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo.

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida

Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.

Orden SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano.

Real Decreto 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.

Real Decreto 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica.

Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Normativa de Galicia

Normativa deontológica

Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.

Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. (DOG núm. 111 de 8 de junio de 2001 y BOE núm. 158 de 3 de julio de 2001). Modificada por Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.

Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.

ORDEN de 26 de octubre de 2011 por la que se especifican los criterios técnicos y/o científicos para el acceso a la historia clínica a efectos epidemiológicos y de salud pública.

DECRETO 63/2013, de 11 de abril, por el que se regulan los comités de ética de investigación en Galicia.

Código de Deontología Médica. Guía Médica de 2011. Secreto Profesional del Médico

Código de Deontología de Enfermería: Resolución nº 32/89: por la que se aprueban las normas Deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con Carácter obligatorio.

Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, aprobado en Junta General de 6 de marzo de 2010.

Código Deontológico del Trabajo Social, aprobado por Asamblea General extraordinaria el día 9 de junio de 2012.

Normativa supranacional

Otra normativa de derecho comunitario

Declaración Universal dos Dereitos Humanos. ADeclaración Universal de los Derechos Humanos. Aprobada por la 183 Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Vigente desde 24 de noviembre de 1977.

Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. hecho en Nueva York el 16 de diciembre de 1966.

Resolución de 5 de abril de 1999, de la Secretaría General Técnica, por la que se hacen públicos los textos refundidos del Convenio para la protección de los derechos y de las libertades fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950; el protocolo adicional al Convenio, hecho en París el 20 de marzo de 1952, y el protocolo número 6, relativo a la abolición de la pena de muerte, hecho en Estrasburgo el 28 de abril de 1983.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Proclamada en Estrasburgo el 12 de diciembre de 2007 por el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión. Recoge y adapta la Carta proclamada el 7 de diciembre de 2000, y la sustituye desde el 1 de diciembre de 2009, fecha en la que entra en vigor del Tratado de Lisboa.

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.

Instrumento de Ratificación del 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. (BOE núm. 251 de 20 de octubre de 1999)

Declaración Internacional de la UNESCO sobre la Bioética y Derechos Humanos aprobada en el año 2005

Convenio 108 del Consejo de Europa para la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal, ratificado por España en el año 1984

Directiva 95/46/CE, sobre la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales y la libre circulación (trasposición mediante la Ley Orgánica de Protección de datos, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre)

Recomendación R (81) 1, de 23 de enero de 1981, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, relativa a la reglamentación aplicable a los bancos de datos médicos automatizados

Recomendación R (83) 10, de 23 de septiembre de 1983, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, relativa a la protección de los datos de carácter personal utilizados con fines de investigación científica y de estadística



Normativa estatal

► **Constitución española**Artículo 18

1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
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.

Artículo 20

1. Se reconocen y protegen los derechos:
 - d. 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.

► **Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen.** (BOE núm. 115 de 15 de mayo de 1982)Artículo Séptimo

Tendrán la consideración de intromisiones ilegítimas en el ámbito de protección delimitado por el artículo segundo de esta Ley:

Cuatro. La revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien los revela.

► **Ley 14/1986, de General de Sanidad.** (BOE núm. 102 de 29 de abril de 1986)Artículo 10

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.
3. 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.



Normativa estatal

- **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. (BOE núm. 274 de 15 de noviembre de 2002)

Artículo 7 El derecho a la intimidad

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 los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

- **Ley Orgánica 15/1999**, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. (BOE núm. 298 de 14 de diciembre de 1999)

Artículo 7 Datos especialmente protegidos

3. Los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente.

Artículo 8. Datos relativos a la salud

Sin perjuicio de lo que se dispone en el artículo 11 respecto de la cesión, las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la 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.

ética

Normativa estatal

► **Real Decreto** 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (BOE núm. 17 de 19 de enero de 2008)

► **Ley Orgánica** 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (BOE núm. 281 de 24 de noviembre de 1995)

Artículo 199

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.

► **Ley** 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. (BOE núm. 280 de 22 de noviembre de 2003)

Artículo 5. Principios generales de la relación entre los profesionales sanitarios y las personas atendidas por ellos

- a. Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones.

Bioética

Normativa estatal

- **Ley 55/2003**, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. (BOE núm. 301 de 17 de diciembre de 2003)

Artículo 19. Deberes

El personal estatutario de los servicios de salud viene obligado a:

- i. Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios de los servicios de salud, su libre disposición en las decisiones que le conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables, así como a no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos.
- j. Mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los usuarios obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones.

- **Ley 14/2007**, de 3 de julio, de Investigación biomédica. (BOE núm. 159 de 4 de julio de 2007)

Artículo 2. Principios y garantías de investigación biomédica

La realización de cualquier actividad de investigación biomédica comprendida en esta Ley estará sometida a la observancia de las siguientes garantías:

- a. Se asegurará la protección de la dignidad e identidad del ser humano con respecto a cualquier investigación que implique intervenciones sobre seres humanos en el campo de la biomedicina, garantizándose a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a la integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales.
- b. Las investigaciones a partir de muestras biológicas humanas se realizarán en el marco del respeto a los derechos y libertades fundamentales, con garantías de confidencialidad en el tratamiento de los datos de carácter personal y de las muestras biológicas, en especial en la realización de análisis genéticos.

Bioética

Normativa estatal

Artículo 5. Protección de datos personales y garantías de confidencialidad

1. Se garantizará la protección de la intimidad personal y el tratamiento confidencial de los datos personales que resulten de la actividad de investigación biomédica, conforme a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Las mismas garantías serán de aplicación a las muestras biológicas que sean fuente de información de carácter personal.
2. La cesión de datos de carácter personal a terceros ajenos a la actuación médico-asistencial o a una investigación biomédica, requerirá el consentimiento expreso y escrito del interesado.

En el supuesto de que los datos obtenidos del sujeto fuente pudieran revelar información de carácter personal de sus familiares, la cesión a terceros requerirá el consentimiento expreso y escrito de todos los interesados.
3. Se prohíbe la utilización de datos relativos a la salud de las personas con fines distintos a aquéllos para los que se prestó el consentimiento.
4. Quedará sometida al deber de secreto cualquier persona que, en el ejercicio de sus funciones en relación con una actuación médico-asistencial o con una investigación biomédica, cualquiera que sea el alcance que tengan una y otra, acceda a datos de carácter personal. Este deber persistirá aún una vez haya cesado la investigación o la actuación.
5. Si no fuera posible publicar los resultados de una investigación sin identificar a la persona que participó en la misma o que aportó muestras biológicas, tales resultados sólo podrán ser publicados cuando haya mediado el consentimiento previo y expreso de aquélla.

Normativa estatal

- **Ley Orgánica 3/1986**, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de salud pública. (BOE núm. 102 de 29 de abril de 1986)

Artículo 3

Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

- **Real Decreto 831/2010**, de 25 de junio, de garantía de la calidad asistencial de la prestación a la interrupción voluntaria del embarazo. (BOE núm. 155 de 26 de junio de 2010)

Artículo 6. Tratamiento de datos y protección de la intimidad y confidencialidad

1. Los centros o establecimientos públicos o privados acreditados conservarán la historia clínica y los dictámenes, informes y documentos que hayan sido precisos para la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo, así como el consentimiento expreso de la mujer embarazada.
2. Los centros que presten la interrupción voluntaria del embarazo garantizarán la intimidad de las mujeres y la confidencialidad del tratamiento de sus datos de carácter personal, conforme a lo previsto en la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo.



Normativa estatal

- **Ley** 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. (BOE núm. 126 de 27 de mayo de 2006)

Artículo 3. Condiciones personales de la aplicación de las técnicas

6. Todos los datos relativos a la utilización de estas técnicas deberán recogerse en historias clínicas individuales, que deberán ser tratadas con las debidas garantías de confidencialidad respecto de la identidad de los donantes, de los datos y condiciones de los usuarios y de las circunstancias que concurran en el origen de los hijos así nacidos. No obstante, se tratará de mantener la máxima integración posible de la documentación clínica de la persona usuaria de las técnicas.

- **Real Decreto** 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. (BOE núm. 17 de 20 de enero de 2011)

Artículo 11. Protección de la confidencialidad de los datos

El sistema de receta médica electrónica garantizará la seguridad en el acceso y transmisión de la información, así como la protección de la confidencialidad de los datos, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Se implantarán las medidas de seguridad de nivel alto, previstas en la referida normativa de protección de datos de carácter personal. Para garantizar dichos niveles de seguridad, esta información sólo será accesible desde la oficina de farmacia a efectos de dispensación, residirá de forma permanente en los sistemas de receta electrónica gestionados por las Administraciones sanitarias y no podrá ser almacenada en los repositorios o servidores ajenos a éstas, establecidos para efectuar la facturación, una vez esta se haya producido.



Normativa estatal

- **Real Decreto** 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos. (BOE núm. 33 de 7 de febrero de 2004)

Artículo 3. Postulados éticos

2. Los ensayos clínicos se realizarán en condiciones de respeto a los derechos del sujeto y a los postulados éticos que afectan a la investigación biomédica con seres humanos. En particular, se deberá salvaguardar la integridad física y mental del sujeto, así como su intimidad y la protección de sus datos, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. Se obtendrá y documentará el consentimiento informado de cada uno de los sujetos del ensayo, libremente expresado, antes de su inclusión en el ensayo en los términos previstos en el artículo 7 de este Real Decreto.

- **Orden** SAS/3470/2009, de 16 de diciembre, por la que se publican las directrices sobre estudios posautorización de tipo observacional para medicamentos de uso humano. (BOE núm. 310 de 25 de diciembre de 2009)

- **Real Decreto** 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. (BOE núm. 313 de 29 de diciembre de 2012)

Artículo 4. Principios fundamentales que rigen la obtención y la utilización clínica de los órganos humanos

1. En la obtención y la utilización de órganos humanos se deberán respetar los derechos fundamentales de la persona y los postulados éticos que se aplican a la práctica clínica y a la investigación biomédica.
2. Se respetarán los principios de voluntariedad, altruismo, confidencialidad, ausencia de ánimo de lucro y gratuidad, de forma que no sea posible obtener compensación económica ni de ningún otro tipo por la donación de ninguna parte del cuerpo humano.

ética

Normativa estatal

3. La selección y el acceso al trasplante de los posibles receptores se registrarán por el principio de equidad.
4. Se adoptarán medidas de seguridad y calidad con el fin de reducir las pérdidas de órganos, minimizar los posibles riesgos, tratar de asegurar las máximas posibilidades de éxito del trasplante y mejorar la eficiencia del proceso de obtención y trasplante de órganos.

Artículo 5. Confidencialidad y protección de datos personales

1. No podrá divulgarse información alguna que permita la identificación del donante y del receptor de órganos humanos. De este principio se exceptúan aquellos casos en que un individuo, de forma pública, libre y voluntaria, se identifique como donante o como receptor. Aun cuando dicho extremo ocurra, se deberá respetar lo dispuesto en el apartado siguiente.
2. Ni los donantes ni sus familiares podrán conocer la identidad del receptor o la de sus familiares y viceversa. Se evitará cualquier difusión de información que pueda relacionar directamente la obtención y el ulterior trasplante.
Esta limitación no es aplicable a los directamente interesados en el trasplante de órganos de donante vivo entre personas relacionadas genéticamente, por parentesco o por amistad íntima.
3. La información relativa a donantes y receptores de órganos humanos será recogida, tratada y custodiada en la más estricta confidencialidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 10.3 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, y 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.
4. El deber de confidencialidad no impedirá la adopción de medidas preventivas cuando se sospeche la existencia de riesgos para la salud individual o colectiva en los términos previstos en los artículos 26 y 28 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, o en su caso, conforme a lo que establecen la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas especiales en materia de salud pública, y el artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.

Bioética

Normativa estatal

- **Real Decreto** 1716/2011, de 18 de noviembre, por el que se establecen los requisitos básicos de autorización y funcionamiento de los biobancos con fines de investigación biomédica y del tratamiento de las muestras biológicas de origen humano, y se regula el funcionamiento y organización del Registro Nacional de Biobancos para investigación biomédica. (BOE núm. 290 de 2 de diciembre de 2011)

Artículo 32. Disponibilidad de la información

1. Sin perjuicio de la información que deba recibir por escrito el sujeto fuente antes de otorgar su consentimiento para la obtención y utilización de la muestra, el biobanco, el responsable de la colección y el responsable del proyecto en el que se utilicen muestras biológicas de origen humano con fines de investigación biomédica facilitarán al sujeto fuente la disponibilidad de la información relativa a la utilización de su muestra por parte de terceros, salvo que aquella hubiera sido anonimizada, y en concreto:
 - a. Finalidad concreta de la investigación o investigaciones para las que se utilizó la muestra.
 - b. Beneficios esperados y alcanzados.
 - c. Identidad de la persona responsable de la investigación.
 - d. Datos genéticos debidamente validados y relevantes para la salud que se hayan obtenido a partir del análisis de las muestras cedidas.
 - e. Mecanismos para garantizar la confidencialidad de la información obtenida.
 - f. Identidad de las personas que hayan tenido acceso a los datos de carácter personal del sujeto fuente que no hayan sido sometidos a procesos de disociación o de anonimización.

Bioética

Normativa estatal

2. El comité externo de ética del biobanco o el Comité de Ética de la Investigación que evaluó el proyecto de investigación decidirán en qué casos será imprescindible que se envíe la información al sujeto fuente de manera individualizada.
3. En el caso de utilización de muestras de menores de edad con fines de investigación biomédica, según lo previsto en el artículo 58.5 de la Ley 14/2007, de 3 de julio, el biobanco y las personas responsables de la colección o del proyecto de investigación tendrán la información a la que se refiere el apartado 1 de este artículo a disposición de la persona representante legal del sujeto fuente hasta que éste alcance la mayoría de edad, y del propio sujeto fuente a partir de ese momento.

Normativa estatal

- **Real Decreto** 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.(BOE núm. 225 de 20 de septiembre de 2005)

Artículo 5. Protección de datos y confidencialidad

1. Se garantizará a los donantes de sangre la confidencialidad de toda la información facilitada al personal autorizado relacionada con su salud, de los resultados de los análisis de sus donaciones, así como de la trazabilidad futura de su donación, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
2. Asimismo, en los supuestos previstos en los artículos 6, 7 y 8 de este Real Decreto, los centros de transfusión deberán informar al donante, en los términos previstos en el artículo 5.1 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
3. Además, los centros de transfusión deberán adoptar, en el tratamiento de los datos relacionados con los donantes, las medidas de seguridad de nivel alto previstas en el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal, aprobado por el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio.
4. Los datos de carácter personal del sistema de registro tendrán carácter confidencial y estarán a disposición de los interesados y, en su caso, de la autoridad judicial. Su utilización se limitará a fines asistenciales o en interés de la salud pública y obligará a quienes los utilizaran a respetar la intimidad y la vida privada, conforme a lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; en el Convenio Europeo de 28 de enero de 1981; en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, y en disposiciones concordantes, así como en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.



Normativa estatal

- **Ley 31/1995**, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. (BOE núm. 269 de 10 de noviembre de 1995)

Artículo 22. Vigilancia de la salud

2. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.

Artículo 36. Competencias y facultades de los Delegados de Prevención

2. En el ejercicio de las competencias atribuidas a los Delegados de Prevención, éstos estarán facultados para:
 - b. Tener acceso, con las limitaciones previstas en el apartado 4 del artículo 22 de esta Ley, a la información y documentación relativa a las condiciones de trabajo que sean necesarias para el ejercicio de sus funciones y, en particular, a la prevista en los artículos 18 y 23 de esta Ley. Cuando la información esté sujeta a las limitaciones reseñadas, sólo podrá ser suministrada de manera que se garantice el respeto de la confidencialidad.



Normativa de Galicia

- **Ley 8/2008**, de 10 de julio, de salud de Galicia. (DOG núm. 143 de 24 de julio de 2008 y BOE núm. 202 de 21 de agosto de 2008)

Artículo 5. Derechos sanitarios

Los titulares del derecho a la protección de la salud y a la asistencia sanitaria disfrutarán de los derechos sanitarios que se recogen en el presente capítulo, sin perjuicio de la aplicación y reconocimiento de los definidos en la Ley 14/1986, general de sanidad, así como en otras leyes sanitarias de ámbito estatal que sean de aplicación.

Artículo 6. Derechos relacionados con la integridad e intimidad de la persona

Serán derechos sanitarios relacionados con la integridad e intimidad de la persona los siguientes:

1. Derecho a la integridad física y psíquica.
2. Derecho al máximo respeto posible de la intimidad de la persona, en todos los centros, servicios y establecimientos sometidos a la presente ley, en la prestación de actividades sanitarias tales como exploraciones, cuidados o actividades de higiene.
3. Derecho a que se reduzca la presencia de profesionales, estudiantes e investigadores, o de otros usuarios, que no colaboren directamente en la realización de tales atenciones, cuando así sea expresamente solicitado.
4. Derecho a no ser grabada mediante fotografías, vídeos u otros medios que permitan su identificación como destinatarios de servicios sanitarios, excepto que la persona afectada, una vez que le sean explicados claramente los motivos de su realización y el ámbito de difusión, preste autorización expresa para ello.

ética

Normativa de Galicia

Artículo 9. Derechos relacionados con la confidencialidad e información

1. El derecho a la confidencialidad se concreta en:
 - c. Derecho a la confidencialidad sobre su estado de salud, de sus datos referidos a creencias, religión, ideología, vida sexual, origen racial o étnica, malos tratos y otros datos especialmente protegidos. En todo caso, el grado de confidencialidad, entendido como la identificación del destinatario y el contenido de la información que puede suministrarse, será decidido por el o la paciente, excepto en los casos en que legalmente se contemple el deber de información.
 - d. Derecho a la confidencialidad de la información de su genoma y que éste no pueda ser utilizado para ninguna forma de discriminación.

Los datos personales a que se refiere este apartado 1 se someterán al régimen de protección establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Bioética

Normativa de Galicia

- **Ley 3/2001**, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. (DOG núm. 111 de 8 de junio de 2001 y BOE núm. 158 de 3 de julio de 2001)

Modificada por Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. (DOG núm. 55 de 21 de marzo de 2005 y BOE núm. 93 de 19 de abril de 2005)

Artículo 18. Propiedad y custodia

1. Las historias clínicas son documentos confidenciales propiedad de las Administración sanitaria o entidad titular del centro sanitario cuando el médico trabaje por cuenta y bajo la dependencia de una institución sanitaria. En caso contrario, la propiedad corresponde al médico que realiza la atención sanitaria.
2. La entidad o facultativo propietario es responsable de la custodia de las historias clínicas y habrá de adoptar todas las medidas necesarias para garantizar la confidencialidad de los datos o de la información contenida en las mismas.

Asimismo, toda persona que en el ejercicio de sus funciones o competencias tenga conocimiento de los datos e informaciones contenidas en la historia clínica tendrá la obligación de reserva y sigilo respecto de los mismos.

Artículo 19. Acceso

1. El paciente tiene el derecho de acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en la misma. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
Este derecho de acceso podrá ejercitarse por representación debidamente acreditada.
2. En los supuestos de procedimientos administrativos de exigencia de responsabilidad patrimonial o en las denuncias previas a la formalización de un litigio sobre la asistencia sanitaria se permitirá que el paciente tenga acceso directo a la historia clínica, en la forma y con los requisitos que se regulen legal o reglamentariamente.

Bioética

Normativa de Galicia

También tendrán acceso a la historia clínica los órganos competentes para tramitar y resolver los procedimientos de responsabilidad patrimonial por el funcionamiento de la Administración sanitaria, así como la inspección sanitaria en el ejercicio de sus funciones.

3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, en la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de modo que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente hubiera dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos en cada caso.
4. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.
5. El acceso por otras personas distintas al paciente a la información contenida en la historia clínica habrá de estar justificado por la atención sanitaria del mismo. En todo caso, el personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.

Normativa de Galicia

6. Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite.

En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudiquen a terceros.

Cualquier otra razón de carácter excepcional habrá de responder a un interés legítimo susceptible de protección y estar convenientemente motivada.

7. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, del respeto de los derechos del paciente o de cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.
8. En todos los casos quedará plenamente garantizado el derecho del paciente a su intimidad personal y familiar, por lo que el personal que acceda a esta información guardará el correspondiente secreto profesional.

► **Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica**

(http://www.agpd.es/portaIwebAGPD/canaIdocumentacion/legislacion/autonomica/common/pdfs/doga_decreto_29_2009_5_febrero.pdf)

Artículo 6. Intimidad y secreto

En todos los casos quedará plenamente garantizado el derecho del/de la paciente o usuario/a a su intimidad personal y familiar, por lo que el personal que acceda a cualquier dato sobre su salud guardará el correspondiente secreto profesional.



Normativa de Galicia

Artículo 21. Límites

1. No se facilitará información que afecte a la intimidad de los/as pacientes fallecidos/as, ni a las anotaciones subjetivas de los/as profesionales, ni que perjudique a terceros.

El derecho al acceso del/de la paciente o usuario/a a la información contenida en la historia clínica electrónica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella, recogidos en interés terapéutico del/de la paciente, ni en perjuicio del derecho de los/as profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso a reserva de sus anotaciones subjetivas.

A los efectos de lo dispuesto en el párrafo anterior se entiende por anotaciones subjetivas las valoraciones personales, sustentadas o no en los datos clínicos de que se disponga en ese momento, que no formando parte de la historia clínica actual del/de la paciente o usuario/a, puedan influir en el diagnóstico y futuro tratamiento médico una vez constatadas.

El personal sanitario deberá abstenerse de incluir expresiones, comentarios o datos que no tengan relación con la asistencia sanitaria del/de la paciente o que carezcan de valor sanitario.

2. También puede limitarse el acceso del/de la paciente o usuario/a a la información sanitaria cuando se acredite la existencia de un estado de necesidad terapéutica.
3. En todo caso, el acceso de una tercera persona a la historia clínica electrónica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes.

► **ORDEN** de 26 de octubre de 2011 por la que se especifican los criterios técnicos y/o científicos para el acceso a la historia clínica a efectos epidemiológicos y de salud pública. (DOG núm. 219 de 16 de noviembre de 2011)

► **Instrucción** 6/2007, de 1 de marzo de normas de acceso a la historia clínica electrónica IANUS por parte de los profesionales de la Consellería de Sanidad del Servizo Galego de Saúde.

Normativa deontológica

Código de deontología médica guía de ética médica de 2011

Secreto profesional del médico

► **CÓDIGO DE DEONTOLOGÍA MÉDICA GUÍA DE ÉTICA MÉDICA DE 2011** **SECRETO PROFESIONAL DEL MÉDICO**

Artículo 27

1. El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.
2. El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.
3. El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional.
4. En las instituciones sanitarias informatizadas los médicos directivos velarán por una clara separación entre la documentación clínica y la administrativa.
5. El médico no puede colaborar en ninguna base de datos sanitarios si no está garantizada la preservación de la confidencialidad de la información depositada en la misma.
6. El médico podrá cooperar en estudios epidemiológicos, económicos, de gestión, etc., con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente.
7. El médico preservará en su ámbito social, laboral y familiar, la confidencialidad de los pacientes.

Artículo 28

1. El director médico de un centro o servicio sanitario velará por el establecimiento de los controles necesarios para que no se vulnere la intimidad y la confidencialidad de los pacientes ni la documentación referida a ellos.

ética

Normativa deontológica

Código de deontología médica guía de ética médica de 2011

Secreto profesional del médico

2. El médico procurará que en la presentación pública de documentación médica en cualquier formato, no figure ningún dato que facilite la identificación del paciente.
3. Está permitida la presentación de casos médicos que hayan sido fotografiados o filmados para fines docentes o de divulgación científica habiendo obtenido la autorización explícita para ello o conservando el anonimato.
4. Cuando se produzca algún problema de salud en personas de notoriedad pública el médico responsable de su asistencia o el designado específicamente para ello, podrá facilitar información haciendo constar la autorización de la persona afectada o responsable de la misma. Extremará en todo caso la prudencia en su labor informativa.
5. La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto profesional.

Artículo 29

1. El médico debe exigir a sus colaboradores sanitarios y no sanitarios absoluta discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional.
2. En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico tiene el deber y responsabilidad de preservar la confidencialidad del total de los datos conocidos del paciente.
3. El médico debe tener una justificación razonable para comunicar a otro médico información confidencial de sus pacientes.

Artículo 30

1. El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos:
 - a. En las enfermedades de declaración obligatoria.
 - b. En las certificaciones de nacimiento y defunción.
 - c. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.



Normativa deontológica

Código de deontología médica guía de ética médica de 2011

Secreto profesional del médico

- d. Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.
- e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.
- f. Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.
- g. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.
- h. Por imperativo legal:
 - 1. En el parte de lesiones, que todo médico viene obligado a enviar al juez cuando asiste a un lesionado.
 - 2. Cuando actúe como perito, inspector, médico forense, juez instructor o similar.
 - 3. Ante el requerimiento en un proceso judicial por presunto delito, que precise de la aportación del historial médico del paciente, el médico dará a conocer al juez que éticamente está obligado a guardar el secreto profesional y procurará aportar exclusivamente los datos necesarios y ajustados al caso concreto.

Artículo 31

- 1. Los resultados de los exámenes médicos exigidos por la ley, deben ser explicados a la persona reconocida. Sólo se informará a la empresa o institución pertinente respecto de la aptitud laboral o de las limitaciones o riesgos para la asignación del trabajo.
- 2. Los resultados de los exámenes practicados en el marco de la vigilancia de la salud se comunicarán exclusivamente a la persona afectada. No obstante, el médico de un centro de medicina preventiva o de medicina del trabajo debe transmitir cualquier resultado que sea útil para el paciente, con su consentimiento, a su médico responsable.

Ética

Normativa deontológica

Normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de enfermería de España con carácter obligatorio

► **RESOLUCIÓN** NÚM. 32/89 POR LA QUE SE APRUEBAN LAS NORMAS DEONTOLÓGICAS QUE ORDENAN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA DE ESPAÑA CON CARÁCTER OBLIGATORIO

Artículo 14

Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Nadie puede ser objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, en su familia o su domicilio.

Artículo 19

La Enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo.

Artículo 20

La Enfermera/o informará de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público.

Artículo 21

Cuando la Enfermera/o se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que moralmente su primera preocupación, ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto.

Normativa deontológica

Código deontológico de consejo general de colegios oficiales de psicólogos

► **CODIGO DEONTOLÓGICO DEL CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE PSICÓLOGOS, APROBADA EN JUNTA GENERAL DE 6 DE MARZO DE 2010**

Artículo 39

En el ejercicio de su profesión, el/la Psicólogo/a mostrará un respeto escrupuloso del derecho de su cliente a la propia intimidad. Únicamente recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de las tareas para las que ha sido requerido, y siempre con la autorización del cliente.

Artículo 40

Toda la información que el/la Psicólogo/a recoge en el ejercicio de su profesión, sea en manifestaciones verbales expresas de sus clientes, sea en datos psicotécnicos o en otras observaciones profesionales practicadas, está sujeta a un deber y a un derecho de secreto profesional, del que, sólo podría ser eximido por el consentimiento expreso del cliente. El/la Psicólogo/a velará porque sus eventuales colaboradores se atengan a este secreto profesional.

Artículo 43

Los informes psicológicos realizados a petición de instituciones u organizaciones en general, aparte de lo indicado en el artículo anterior, estarán sometidos al mismo deber y derecho general de confidencialidad antes establecido, quedando tanto el/la Psicólogo/a como la correspondiente instancia solicitante obligados a no darles difusión fuera del estricto marco para el que fueron recabados.

Las enumeraciones o listas de sujetos evaluados en los que deban constar los diagnósticos o datos de la evaluación y que se les requieran al Psicólogo por otras instancias, a efectos de planificación, obtención de recursos u otros, deberán realizarse omitiendo el nombre y datos de identificación del sujeto, siempre que no sean estrictamente necesarios.



Normativa deontológica

Código deontológico de consejo general de colegios oficiales de psicólogos

[Artículo 44](#)

De la información profesionalmente adquirida no debe nunca el/La Psicólogo/a servirse ni en beneficio propio o de terceros, ni en perjuicio del interesado.

[Artículo 45](#)

La exposición oral, impresa, audiovisual u otra, de casos clínicos o ilustrativos con fines didácticos o de comunicación o divulgación científica, debe hacerse de modo que no sea posible la identificación de la persona, grupo o institución de que se trata. En el caso de que el medio usado para tales exposiciones conlleve la posibilidad de identificación del sujeto, será necesario su consentimiento previo explícito.

[Artículo 46](#)

Los registros escritos y electrónicos de datos psicológicos, entrevistas y resultados de pruebas, si son conservados durante cierto tiempo, lo serán bajo la responsabilidad personal del Psicólogo en condiciones de seguridad y secreto que impidan que personas ajenas puedan tener acceso a ellos.

[Artículo 49](#)

El fallecimiento del cliente, o su desaparición -en el caso de instituciones públicas o privadas no libera al Psicólogo de las obligaciones del secreto profesional.

Normativa deontológica

Código deontológico del trabajo social

► **CÓDIGO DEONTOLÓGICO DEL TRABAJO SOCIAL, APROBADO POR ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA EL DÍA 9 DE JUNIO DE 2012.**

Artículo 48

La confidencialidad constituye una obligación en la actuación del/la trabajador/a social y un derecho de la persona usuaria, y abarca a todas las informaciones que el/la profesional reciba en su intervención social por cualquier medio.

Artículo 49

Están sujetos/as al secreto profesional:

Los/las profesionales del trabajo social cualquiera que sea su titulación, ámbito de actuación y modalidad de su ejercicio profesional.

Los/las profesionales que trabajan en equipo con el/la profesional del trabajo social y que, por su intervención y con independencia de su profesión, tengan conocimiento de cualquier información confidencial.

El alumnado de trabajo social en prácticas y el voluntariado que ocasionalmente intervengan junto al/la trabajador/a social.

El/la profesional del trabajo social solicitará discreción a los/las colaboradores/as, personal administrativo, estudiantes, voluntarios/as o de cualquier otro tipo, que por razón de su profesión manejen información confidencial, haciéndoles saber la obligación de guardar silencio sobre la misma, sin perjuicio de firmar cláusulas de obligación de secreto conforme a la normativa de protección de datos.

Artículo 50

El secreto profesional de los/las trabajadores/as sociales se extiende a toda información confidencial cualquiera que sea la manera en la que se haya recabado. Se entiende por información confidencial aquella que es de carácter personal y que la persona usuaria no quiere que se revele. En caso de duda sobre la naturaleza de la información, el/la profesional podrá solicitar la confirmación de tal extremo a la persona usuaria, preferentemente por escrito, o pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica del órgano competente o de la estructura colegial.

ética

Normativa deontológica

Código deontológico del trabajo social

Artículo 51

EL/la profesional del trabajo social informará a la persona usuaria durante las intervenciones sociales significativas de su derecho a la confidencialidad de la información obtenida y de los límites del secreto profesional.

Artículo 52

El deber de secreto profesional no tiene límite temporal alguno, permaneciendo después de haber cesado la prestación de los servicios profesionales o habiéndose producido el fallecimiento de la persona usuaria.

Artículo 53

EL/la trabajador/a social cumplirá los siguientes deberes en relación con la información confidencial:

1. De calidad: EL/la profesional recabará la información estrictamente necesaria para el desempeño de su intervención social de la forma más exacta posible, siendo respetuoso/a en su obtención y actualización y haciendo un uso responsable de la misma.
2. De consentimiento: Cuando la información se obtenga de la persona usuaria, se entenderá concedida su autorización por el mero hecho de su solicitud dentro de la intervención profesional.
3. La persona usuaria deberá tener la garantía de la confidencialidad de la información que haya de facilitar para la intervención profesional. Deberá explicarse a la persona usuaria cómo trabaja la organización, indicándole que tiene en todo momento el derecho de aceptar, rechazar o retirar el consentimiento, si en algún momento lo estima oportuno, de acuerdo con la normativa vigente.
4. De Cesión de información y advertencia de confidencialidad: EL/la profesional del trabajo social, siempre que remita o traslade información indicará por escrito, si fuera necesario, al receptor/a, que ésta es confidencial y que solo puede utilizarse para el fin solicitado, pudiendo existir responsabilidad en caso contrario. En toda circunstancia se atenderá al principio de prudencia en el manejo y cesión de la información. Evitará por ello comentarios y coloquios



Normativa deontológica

Código deontológico del trabajo social

acerca de información sobre los/las usuarios/as en espacios públicos, abiertos o faltos de intimidad.

5. De limitación: El/la profesional del trabajo social debe limitar las informaciones que aporta a sus colegas y a otros/as profesionales tan sólo a los elementos que considere estrictamente indispensables para la consecución del objetivo común, respetando el secreto profesional.
6. De cumplimiento de la legislación de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje: El/la profesional del trabajo social cumplirá la normativa en materia de protección de datos, administrativa o de la entidad en la que trabaje, especialmente en relación a los datos sensibles y custodia de expedientes, como garantía del principio de confidencialidad y secreto profesional.
7. De Finalidad: La información obtenida se dedicará al fin para el que se recabó salvo consentimiento expreso de la persona usuaria, autorización legal o petición judicial.

De custodia y acceso responsable: El/la trabajador/-a social, sin perjuicio de las responsabilidades del resto de profesionales con los que trabaja o para quienes trabaja, deberá custodiar los documentos e informaciones de la persona usuaria, así como restringir el acceso permitiendo su uso sólo al personal autorizado con los que desempeña su función como forma de garantizar la confidencialidad.

Artículo 54

Supuestos de exención de la confidencialidad y del secreto profesional.

El/la profesional del trabajo social tendrá como prioridad la vida, seguridad e integridad física, psicológica y social de la persona usuaria, dando la información confidencial indispensable en el círculo más restringido posible de la intervención profesional.

Para que el/la profesional pueda romper el secreto profesional debe darse una situación excepcional de suma gravedad que suponga un riesgo previsible e inminente para la persona usuaria, para el/la trabajador/a social o para terceros.

Ética

Normativa deontológica

Código deontológico del trabajo social

No obstante, el/la profesional no vulnera el secreto profesional en los siguientes supuestos:

- Cuando fuera relevado/a del secreto profesional, por escrito, por la persona usuaria, su representante legal o sus herederos.
- Cuando reciba orden de informar sobre cuestiones confidenciales por mandato legal o por un órgano judicial. Si a pesar de ello tuviese dudas sobre los límites de la información confidencial solicitada podrá pedir asesoramiento a la Comisión Deontológica de la estructura colegial correspondiente y plantearlo tanto de forma previa como en el juicio o expediente, para ser eximido de dicha obligación por la autoridad judicial o administrativa.
- Cuando sea denunciado por un usuario por la comisión de un delito o falta o la infracción del código deontológico siempre que no existan otras formas eficaces de defenderse. Si comparece como testigo podrá pedir el relevo conforme al punto b).
- Cuando la persona usuaria o terceras personas puedan resultar afectadas de una forma injusta y grave.
- Cuando se realice la intervención social en equipo respecto de la información necesaria para ello, independientemente de si son trabajadores/as sociales o no. Si no lo son se advertirá de la obligación de secreto profesional o de guardar silencio.

Artículo 55

En caso de duda en la aplicación de los principios y supuestos antes indicados para la ruptura del secreto profesional se atenderá jerárquicamente a los siguientes principios:

- Prioridade de protección dos dereitos fundamentais da persoa usuaria ou de terceiros especialmente protexidos pola Ley.
- Principio de seguridade.
- Principio de liberdade de decisión.

Normativa supranacional

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos.** Aprobada por la 183 Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948. Vigente desde 24 de noviembre de 1977.

Artículo 12

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias a su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias y ataques.

Instrumento de Ratificación de España del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hecho en Nueva York el 16 de diciembre de 1966.

Artículo 17

1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.
2. Toda persona tiene derecho a la protección de la Ley contra esas injerencias o esos ataques.



Normativa supranacional

► **Resolución** de 5 de abril de 1999, de la Secretaría General Técnica, por la que se hacen públicos los textos refundidos del Convenio para la protección de los derechos y de las libertades fundamentales, hecho en Roma el 4 de noviembre de 1950; el protocolo adicional al Convenio, hecho en París el 20 de marzo de 1952, y el protocolo número 6, relativo a la abolición de la pena de muerte, hecho en Estrasburgo el 28 de abril de 1983. (BOE núm. 108 de 6 de mayo de 1999)

Artículo 8. Protección de datos de carácter personal

- 1 Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan.
2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituya una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás.



Normativa supranacional

► **Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea** (BOE núm. 184 de 31 de julio de 2008 Vigente desde 1 de diciembre de 2009)

Artículo 7. Respeto de la vida privada y familiar

Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de sus comunicaciones.

Artículo 8. Protección de datos de carácter personal

1. Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que le conciernan.
2. Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la Ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos recogidos que le conciernan y a obtener su rectificación.
3. El respeto de estas normas estará sujeto al control de una autoridad independiente.

ética

Normativa supranacional

- **Recomendación 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

3. Respeto a la intimidad

- 3.1. Se garantizará el respeto a los derechos y libertades fundamentales, y en particular al derecho a la intimidad, durante la recogida y procesamiento de datos médicos.
- 3.2. Los datos médicos sólo pueden recogerse y procesarse si existen medidas de protección adecuadas establecidas por la ley nacional.

En principio, los datos médicos deben ser recogidos y procesados sólo por profesionales sanitarios o por individuos u órganos que trabajen en representación de profesionales sanitarios. Los individuos u órganos que trabajen en representación de profesionales sanitarios recogiendo y procesando datos médicos deben estar sujetos a las mismas normas de confidencialidad que pesan sobre los profesionales sanitarios o a normas de confidencialidad comparables. Los administradores de archivos que no son profesionales sanitarios sólo deben recoger y procesar datos médicos cuando estén sujetos a normas de confidencialidad comparables a las que pesan sobre el profesional sanitario o a medidas de seguridad igualmente eficaces proporcionadas por la ley nacional.

- **Instrumento de Ratificación del 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. (BOE núm. 251 de 20 de octubre de 1999)

Artículo 10. Vida privada y derecho a la información

1. Toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud.

Bioética

122

Bioética

Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético

Normativa supranacional

- **Declaración Internacional da Unesco sobre la Bioética y Derechos Humanos,** aprobada en el año 2005

(http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

Artículo 9. Privacidad y confidencialidad

La privacidad de las personas interesadas y la confidencialidad de la información que les atañe deberían respetarse. En la mayor medida posible, esa información no debería utilizarse o revelarse para fines distintos de los que determinaron su acopio o para los que se obtuvo el consentimiento, de conformidad con el derecho internacional, en particular el relativo a los derechos humanos.

Bioética

123

Bioética

Intimidad y confidencialidad: obligación legal y compromiso ético

Otra normativa de Derecho comunitario

- ▶ **Convenio** 108 del Consejo de Europa para la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal, ratificado por España en el año 1984
- ▶ **Directiva** 95/46/CE , sobre la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales y la libre circulación (trasposición mediante la Ley Orgánica de Protección de datos, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre)
- ▶ **Recomendación** R (81) 1, de 23 de enero de 1981, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, relativa a la reglamentación aplicable a los bancos de datos médicos automatizados
- ▶ **Recomendación** R (83) 10, de 23 de septiembre de 1983, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros, relativa a la protección de los datos de carácter personal utilizados con fines de investigación científica y de estadística

