
Confidencialidad e intimidad

Confidentiality and privacy

M. Iraburu

RESUMEN

El secreto siempre ha formado parte de la atención al enfermo. Ya en los albores de la medicina occidental, no decir a otros lo que el médico conociera de su paciente era considerado una exigencia del buen hacer. El cambio sustancial acaecido en las últimas décadas es la transformación del secreto en un derecho ciudadano. El reconocimiento a la autonomía personal del paciente sustenta su derecho a consentir o rechazar las propuestas de los profesionales de la salud y también a decidir quién puede acceder a sus datos personales y qué límites impone al manejo de su cuerpo. Sin embargo, la intimidad de los pacientes sigue siendo vulnerada con frecuencia quizás porque vivimos en una sociedad que trivializa estas cuestiones y el ámbito sanitario no es impermeable a esta manera de pensar. Las nuevas tecnologías de la información han añadido, además, un nuevo peligro facilitando enormemente el acceso a los datos personales. En este artículo se revisan los aspectos éticos y legales sobre este tema, los resultados de una investigación llevada a cabo sobre el modo en que los profesionales de ocho hospitales españoles tratan la confidencialidad y se esbozan algunas recomendaciones en un intento de promover la reflexión de los profesionales que interactúan en un escenario donde el paciente se ve obligado a desnudarse en cuerpo y alma.

Palabras clave. Confidencialidad. Intimidad. Secreto. Relación clínica. Historia clínica electrónica.

ABSTRACT

Secrecy has always been a part of patient care. Already at the dawn of western medicine, not telling others what the doctor might know about his patient was considered a requirement of good practice. A substantial change that has occurred in recent decades is the transformation of secrecy into a citizen's right. Recognition of the personal autonomy of the patient forms the basis of his right to consent to, or reject, the proposals of the health professionals, and also to decide who can have access to his personal data and what limits he imposes on the handling of his body. Nonetheless, the intimacy of patients frequently continues to be violated, perhaps because we live in a society that trivialises these questions, and the health milieu is not immune to this way of thinking. Besides, the new information technologies have added a new danger by enormously facilitating access to personal data. This article reviews the ethical and legal aspects of this issue, the results of research carried out on the way the professionals of eight Spanish hospitals deal with confidentiality, and some recommendations are outlined in an attempt to encourage reflection by the professionals who interact in a scenario where the patient is obliged to lay himself bare in body and soul.

Key words. Confidentiality. Intimacy. Secrecy. Clinical relationship. Electronic clinical history.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 49-59.

Médico internista. Coordinadora de la Historia Clínica Informatizada en el Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Correspondencia:
E-mail: mirabure@cfnavarra.es

Desde siempre, los médicos han tratado con lo más íntimo de los hombres: con sus cuerpos, con su psique y con sus biografías. Han puesto focos en todos los rincones de su presente y también de su pasado. Por algo, los enfermos, sabiéndose a su merced, decían “poner la vida en sus manos”.

En el libro de Marguerite Yourcenar “Memorias de Adriano”, el gran emperador romano cuenta en una carta a Marco Aurelio cómo se siente tras ser atendido por Hermógenes, su médico: “Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica. Te evito detalles que te resultarían tan desagradables como a mí mismo...”, para más adelante concluir “Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre”.

Esta misma sensación ha sido compartida por millones de personas a lo largo de la historia, en lugares y épocas distintas, quizá porque la enfermedad pone en peligro dos pilares fundamentales de la dignidad humana: la autonomía y la intimidad.

Los capítulos previos de esta obra han reflexionado ampliamente sobre el respeto a la autonomía del paciente, lo que sigue es una reflexión sobre su derecho a mantener el control sobre su intimidad (en realidad parte también de ese autogobierno personal). Revisaré dos aspectos: la reserva de los datos personales y la intimidad física.

INTIMIDAD, CONFIDENCIAS Y RELACIÓN CLÍNICA

Sería insoportable que todos nuestros pensamientos y actos -pasados y presentes- estuvieran al alcance de los que nos rodean. ¿Quién podría vivir totalmente expuesto a la mirada permanente de los demás? De hecho, en diversas sentencias del Tribunal Constitucional se recoge: *El derecho a la intimidad personal es necesario, según las pautas de nuestra cultura, para mantener una calidad mínima de vida humana.*

Intimidad deriva del superlativo “intimus”, representando lo más interior del interior de cada persona. Es el *sancta sanc-*

torum en el que cada individuo protege todo aquello que no quiere que otros conozcan; un espacio personalísimo al que nadie puede acceder sin su permiso y que le permite presentarse ante los demás como libremente decida.

Es como si cada persona dispusiera de un velo con el que poder ocultar -de su ser y de su hacer- lo que no quiere mostrar a los demás. Todo aquello que decida velar formará parte de su intimidad y sólo él podrá desvelar lo que quiera y a quien quiera. Por tanto, *cada adulto tiene derecho a definir el contenido y los límites de su intimidad.* Así, hay datos personales -ideas políticas, creencias, hábitos sexuales- que todos entenderíamos que forman parte de esta esfera, pero hay otras informaciones que unas personas pueden considerarlas reservadas y otras personas, no. Ningún profesional podrá determinar si lo que conoce de un enfermo puede comentarlo o no. Sólo el interesado está legitimado para tomar esa decisión. Y es una decisión importante.

Como dice Diego Gracia¹: “La intimidad no está constituida por el llamado mundo de los hechos, sino por el mundo de los valores. Los valores son los que nos dan identidad y nos diferencian de las demás personas. Los valores son nuestra más profunda señal de identidad. Lo que nos define como seres humanos son los valores religiosos, filosóficos, estéticos, políticos, etc. que hemos asumido como propios. Los valores somos nosotros mismos. Sin los valores no seríamos nada. Por eso por los valores se mata y se muere... Somos nuestros valores”.

La intimidad, por tanto, representa lo más nuclear del ser humano, y debe ser protegida.

Si quieres que tu secreto sea guardado, guárdalo tú mismo

Séneca

Este sabio consejo queda, desgraciadamente, fuera del alcance de la persona que ha enfermado. Independientemente de sus deseos, el paciente, urgido por la prioridad de recuperar la salud, se verá en la necesidad de compartir con el profesional sanitario sus datos biográficos mejor guarda-

dos, sus hábitos más vergonzantes o incluso ilegales.

El ser humano va estableciendo a lo largo de la vida relaciones de distinta intensidad con sus semejantes y elige con quién quiere compartir aquello que le es más propio, aquello que le hace diferente de cualquier otro individuo, sus secretos. Sin embargo, en la relación clínica el enfermo tendrá que desnudar su cuerpo, su psique y también su vida. Por ello, desde un punto de vista ético, la responsabilidad del profesional es inmensa. El paciente confía en que sus confidencias no van a salir de allí y con ese presupuesto habla. Si el profesional le falla, lo hará con el agravante de traicionar la confianza de una persona vulnerable que no puede elegir y dinamitará, además, uno de los pilares de esta relación.

Sin embargo, vivimos en una sociedad ávida de secretos y los centros sanitarios son recintos pequeños en los que se maneja una información extraordinariamente delicada. Cualquier profesional tiene la experiencia de haber sido abordado con un: "Sabes, ayer ingresó el jefe de trauma, dicen que tenía un aspecto horrible. Parece que tiene cáncer". En este supuesto se darían las tres circunstancias que más contribuyen a una posible intromisión en la vida privada de un individuo: la pérdida del anonimato, tener un proceso que conlleve morbo y ser la información fácilmente accesible.

Marco legal

Hace ya 25 siglos, los textos hipocráticos incluyeron este deber como una obligación inexcusable del buen hacer del médico *Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto*. Esta exigencia hipocrática fue trasladada posteriormente a los códigos deontológicos de todas las profesiones sanitarias y, en la segunda mitad del siglo XX, dejó de ser un deber auto-impuesto por la ética profesional para convertirse en un mandato legal que emana del respeto a la soberanía del paciente sobre su vida y su intimidad.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 (art.12)² y la Constitución Española de 1978 (art.18)³ tratan la intimidad como un derecho fundamental del individuo y como tal está fuertemente custodiado en nuestro ordenamiento jurídico que contempla importantes sanciones económicas, inhabilitación profesional e incluso cárcel para quien lo vulnere (Código Penal, arts. 197-201)⁴.

Por otra parte, en los últimos 15 años se ha producido un extraordinario desarrollo jurídico-normativo en este terreno a nivel internacional, comunitario, estatal y autonómico⁵. En el ámbito sanitario las leyes más relevantes son la Ley General de Sanidad de 1986⁶, la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal de 1999⁷ y más recientemente 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 clínica⁸. Además, las diferentes administraciones autonómicas han ido publicando las Cartas de Derechos y Deberes de los Pacientes que conjugan ética y ley.

Un hecho que recuerda la relevancia de la intimidad de las personas es que, así como la mayoría de los derechos se extinguen con la vida del individuo, éste va más allá de la muerte. El difunto sigue teniendo derecho al honor y no por haber fallecido pueden hacerse públicas realidades personales que pudieran lesionarlo.

En el terreno de la relación clínica, los profesionales deben conocer fundamentalmente dos artículos de la Ley 41/2002. En el artículo 5.1 se establece que *El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita*. Y el art. 7.1 dice: *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*.

En este tema, por tanto, el deber del profesional es brindar la información al propio paciente y no podrá informar a nadie –sea la pareja del afectado, la madre,

el hijo o un médico amigo suyo— sin el permiso del interesado. Del mismo modo, él no debería acceder a la información relativa a un paciente sin la autorización de éste y, en el ámbito sanitario, únicamente se puede suponer que el enfermo autoriza de manera tácita aquellas incursiones en su intimidad que sean necesarias para recibir una adecuada atención sanitaria.

Esto dista mucho de la práctica habitual en nuestro país a pesar de la relevancia de este precepto desde un punto de vista ético, del estricto ordenamiento jurídico y de las duras sentencias habidas en este terreno: el Tribunal Supremo, Sala de lo Penal, condenó en el año 2002 a un médico residente, por compartir con su madre datos de una paciente, a un año de prisión, multa de 12 meses con cuota diaria de 1.000 pesetas y la inhabilitación especial para el ejercicio de su profesión por 2 años, además de 2 millones de pesetas en concepto de indemnización civil⁹. A nadie se le escapa que tras esta sentencia del Tribunal Supremo, ningún tribunal pro-

vincial se atreverá a absolver a un profesional que incumpla este deber.

Conflicto de intereses

El derecho a la intimidad, como cualquier derecho, puede verse limitado en algunas circunstancias. Cuando dos bienes jurídicos colisionan se intenta proteger el de mayor peso. En el terreno sanitario se plantea vulnerar la intimidad de un paciente cuando se pretende evitar un daño a terceros, a él mismo, o por imperativo legal. En cualquier caso, debemos recordar que estamos ante un derecho constitucional fundamental que resulta además básico para consolidar la relación clínica. Por ello, la ruptura del deber de confidencialidad por parte del profesional tiene que estar muy justificada y ser el último recurso posible para el abordaje del conflicto planteado.

Tom L. Beauchamp y James F. Childress¹⁰ propusieron la tabla siguiente para ayudar a la toma de decisiones:

		Magnitud del daño	
		MAYOR	MENOR
Probabilidad del daño	ALTA	1	2
	BAJA	3	4

El profesional se encontrará en situaciones de gran incertidumbre en las que tendrá que valorar la magnitud y la probabilidad del daño. Si éstos fueran elevados, lo correcto es romper la confidencialidad (1 en la tabla). Por ejemplo: ante un paciente con una tuberculosis bacilífera altamente contagiosa, el médico deberá

cerciorarse de que sus compañeros de piso son informados. Si el paciente se niega a hacerlo, y no hay modo de convencerle, debería hacerle saber que lo hará él. Lo que no estaría justificado es que también les informara de que el paciente es VIH (+) porque esto no supone un riesgo para ellos. Por lo tanto, el profesional

deberá dar la mínima información necesaria para evitar el daño.

En el extremo opuesto, cuando la magnitud y la probabilidad del daño son bajos (4 en la tabla) sería incorrecto que el profesional rompiera la confidencialidad. Como siempre, el mayor dilema se da en las situaciones intermedias (2 y 3 en la tabla) en las que el profesional deberá valorar cuidadosamente las circunstancias concretas del caso y las posibles consecuencias de su decisión. Ante la duda, siempre es aconsejable solicitar el asesoramiento de un comité de ética asistencial en el que sus miembros podrán aportar a la deliberación sus conocimientos éticos y legales y sus diversas perspectivas fruto de la multidisciplinariedad. Como ocurre con los casos complejos y las sesiones clínicas, todo ello contribuirá a la búsqueda de una solución prudente al conflicto.

La preeminencia del derecho a la integridad física sobre otras consideraciones explica también la obligación de dar parte al juzgado de los pacientes atendidos por agresiones y los casos sospechosos de abusos, aunque la víctima no lo quiera.

También hay las llamadas enfermedades de declaración obligatoria. En estas, los datos personales y de salud del sujeto son recogidos en un registro autonómico o nacional que permite el seguimiento y control de determinadas patologías -meningitis, gripe, tuberculosis, hepatitis, sífilis...- que suponen un riesgo para la salud de la comunidad. Estos ficheros deben garantizar la salvaguarda de la identidad de los pacientes registrados. De hecho una sentencia de marzo de 2004 de la Audiencia Nacional anula la Orden Ministerial de diciembre de 2002 que regulaba el funcionamiento del sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH¹, por

considerar que no garantiza de manera adecuada la intimidad de los interesados. El auto podría suponer la destrucción de más de 70.000 fichas de personas afectadas ya registradas.

Podríamos concluir diciendo que *sería lícito que un profesional sanitario no guardara confidencialidad cuando otra u otras personas estén en riesgo cierto y próximo de sufrir un perjuicio grave, y este daño sea evitable con la ruptura de la confidencialidad.*

La realidad es que vivimos en una sociedad que trivializa estas cuestiones. Estamos acostumbrados a que los programas televisivos, la radio y los rotativos nos mantengan puntualmente informados del estado de salud de los personajes públicos, a pesar de sonadas sentencias en este sentido¹². Como dice el profesor Verdú en su libro *Secreto profesional médico. Normas y usos*¹² debería ser excepcional ver a un médico informando sobre el estado de salud de un deportista en una rueda de prensa. La misión del médico no es mantener al país informado de algo que en principio sólo atañe al afectado y, desde luego, nunca deberá comunicar nada sin el permiso explícito de éste.

Hay otros supuestos también muy polémicos. Por ejemplo, ¿tienen los ciudadanos derecho a conocer el estado de salud de sus gobernantes? Según doctrina del Tribunal Constitucional la libertad de información prevalece sobre la intimidad siempre que la comunicación a la opinión pública esté justificada por razón de interés público. Por ello, el debate únicamente tendría sentido si el diagnóstico del dirigente pudiera interferir en su capacidad para gobernar como en el caso de una adicción severa, un diagnóstico psiquiátrico invalidante, etc.

¹ El Tribunal Supremo, en sentencia 231/88, de 2 de diciembre, determinó que la difusión de las imágenes grabadas en la enfermería de la plaza de toros tras la cogida de "Paquirri" supuso una intromisión ilegítima en la intimidad personal y familiar del torero, ya que no existían razones de interés público que lo justificara.

² En 1989, el Tribunal Supremo ratificó la condena impuesta a la Federación Española de Atletismo por haber divulgado que una conocida atleta no concurriría a una próxima competición por ser genéticamente un hombre. El tribunal argumentó que en este caso el derecho a la información no justificaba el quebranto del derecho de la atleta a su intimidad.

Historia clínica

La historia clínica es uno de los documentos personales de contenido más comprometedor y sin embargo es manejada por multitud de profesionales, todos ellos sujetos al deber de confidencialidad. El legislador ha entendido que los datos de salud, junto con otros frecuentemente presentes en los historiales: hábitos sexuales, características raciales, creencias religiosas..., son informaciones particularmente sensibles y por ello especialmente protegidas. Cuatro de los siete principios básicos de la Ley 41/2002 están relacionados con la información y la documentación clínica (Tabla 1).

En la actualidad la mayor parte de los centros sanitarios está implementando programas de historia clínica informatiza-

da (HCI) como herramienta de trabajo de los profesionales sanitarios. La HCI aporta beneficios importantes a la asistencia sanitaria, destacando la posibilidad de albergar todos los datos de salud de una persona -desde su nacimiento hasta su muerte- en un único soporte que además es inalterable por el paso del tiempo, ordenado, legible e imposible de extraviar. Lo que el sistema en contrapartida debe garantizar es la seguridad de la información, es decir su integridad, disponibilidad y confidencialidad. Esto significa que los datos no se pierdan, que nadie pueda robarlos o manipularlos, que estén accesibles y que sólo sean consultados por las personas involucradas en la tarea asistencial a través de claves personales que permitan registrar los accesos y realizar auditorías.

Tabla 1. "Principios básicos de la Ley 41/2002 (Artículo 2).

-
1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
 2. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
 3. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
 4. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.
-

Es un hecho que al ser una herramienta nueva despierta celos, sobre todo por la posible falta de confidencialidad derivada de "la accesibilidad" de la información¹³⁻¹⁵. Sin embargo, la informática ofrece importantes ventajas en este sentido respecto a la historia de papel. Por ejemplo, permite separar los elementos identificativos (nombre, apellidos...) de los datos de salud y de este modo se logra que el personal de los Servicios de Admisión disponga sólo de la información no sanitaria. También facilita que el paciente sea anónimo durante su estancia en el hospital -ya que en la HCI se puede sustituir el nombre real por un alias mientras dure el ingreso-. Además el usuario puede conocer la rela-

ción de los profesionales que han accedido a su historial porque el programa registra todas las entradas, algo imposible de controlar en la historia de papel.

Podríamos concluir diciendo que *la HCI permite establecer distintos mecanismos de seguridad imposibles de realizar con los historiales tradicionales en formato papel.*

El contenido de los historiales podrá además ser utilizado con fines epidemiológicos, de investigación o docencia, pero con las restricciones necesarias para salvaguardar la identidad de los pacientes (Ley 41/2002, art. 16). También podrán acceder a la historia clínica el propio

paciente y aquellas personas autorizadas por él (Ley 41/2002, art. 18.1 y 2). En la tabla 2 se recogen los derechos del paciente en relación a la documentación clínica.

Otro aspecto importante en este terreno es el de la calidad de los datos. La Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) en el artículo 4.1 dice: "Los datos de carácter personal sólo se podrán recoger para su tratamiento, así como someterlos a dicho tratamiento, cuando sean *adecuados, pertinentes y no excesivos* en relación con el ámbito y las finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido".

Este principio sustenta la filosofía de "menos es más" que intenta buscar el equilibrio ideal entre el derecho del paciente a la reserva de sus datos y su derecho también a que el profesional que le atiende disponga de la información necesaria para

poder prestarle una correcta asistencia. Es decir, en un modelo ideal, el paciente compartiría con el profesional sólo aquellos datos que resultaran relevantes para esa atención. Frente a las reticencias de algunos profesionales, cabe recordar que el derecho del paciente a la confidencialidad puede ser vulnerado no sólo por la divulgación (en principio el deber de secreto del profesional protege al enfermo de esta posibilidad) sino también por sufrir accesos no justificados a sus datos. Imaginemos una paciente que confía a su ginecólogo una serie de informaciones delicadas relacionadas con su vida sexual. Esta mujer, cuando sufra un esguince, podría no entender que el traumatólogo acceda a estos datos que nada tienen que ver con el correcto tratamiento de su lesión tendinosa y que fueron confiadas a otro médico con una finalidad concreta.

Tabla 2. Derechos del paciente en relación a su historia clínica (HC).

-	Rectificación de datos erróneos (art. 16 LOPD)
-	Cancelación: bloqueo de datos (art. 16 LOPD)
-	Oposición: motivos fundados y legítimos (art 6.4 LOPD)
-	Conocer quién ha accedido a su HC (art.15.1 LOPD)
-	Informe después de cada proceso, certificados (art. 20 y 22 ley 41/2002)
-	Copia de todo, salvo datos confidenciales de terceros y anotaciones subjetivas del profesional, si éste se opone (art. 18.3 ley 41/2002)

Lo habitual en muchos programas de HCI es que ciertas fichas (historia social, datos genéticos...) sean protegibles por el profesional que recaba la información, quedando limitado el acceso a un determinado grupo de especialistas. Este ya es un primer paso, pero habría que ir más allá y poder, dentro de una misma ficha, proteger unos campos sí y otros no porque es muy frecuente que en una misma atención haya datos de interés general, que es mejor dejar visibles, y otros que son confidenciales o anotaciones reservadas. No olvidemos que el paciente es una persona que además de su problema de salud tiene multitud de circunstancias más: afectivas, relacionales, laborales..., y que ciertas confidencias pueden condicionar una buena atención en un terreno y ser inútil en otro. Por ejemplo:

que el feto de una mujer embarazada sea producto de un óvulo donado es clave para el obstetra, es irrelevante para cualquier otro profesional y es una información altamente sensible para la mujer.

Otra cuestión importante en relación a la *adecuación y pertinencia* de la información presente en la HCI es cómo articular la "caducidad" de los datos que el titular considera íntimos y que sólo son necesarios, desde un punto de vista sanitario, durante un corto periodo de tiempo (por ej., haber tomado "la píldora del día después" tras una relación sexual sin protección). ¿Debe constar esta información en la HCI de la paciente durante toda su vida, accesible a cualquier profesional sanitario de su entorno? Según el artículo 4.5 de la LOPD: "Los datos de carácter personal

serán cancelados cuando hayan dejado de ser necesarios o pertinentes para la finalidad para la cual hubieran sido recabados o registrados". La informatización facilita algunas de estas cuestiones porque permite realizar borrados lógicos (los datos dejan de estar visibles sin desaparecer de la base de datos), pero no cabe duda de que es un tema técnico y conceptualmente complejo. De todos modos, una asistencia sanitaria decidida a buscar la excelencia centrándose en el paciente como ciudadano de pleno derecho, debería situar estos retos en su horizonte.

Estudios previos

Tras todo lo expuesto, y estando bien documentado el enorme valor que los pacientes otorgan a la confidencialidad¹⁶⁻¹⁹, llama la atención el reducido número de estudios que tratan de indagar qué saben y cómo actúan los profesionales sanitarios en nuestro país, tanto en atención primaria (AP)^{20,21} como en el ámbito hospitalario^{22,23}.

Las conclusiones de los trabajos referidos podríamos sintetizarlas en:

- Los profesionales sanitarios saben qué es la intimidad y cómo debe tratarse la información.
- Existe un gran desconocimiento de las leyes y de las penas que conlleva la vulneración de este derecho.
- En ambos ámbitos (atención primaria y hospital) un porcentaje elevado de profesionales reconoce prácticas contrarias a lo legalmente establecido, fundamentalmente por compartir de manera indebida información con sus compañeros (hecho más frecuente en el personal médico que en el de enfermería) o con los familiares de los pacientes, y también por acceder a datos que no necesitan para desempeñar su tarea.
- En cuanto a las HCl, más de la mitad de los profesionales reconocen haber consultado alguna historia por curiosidad y haber cedido su clave personal.
- Los profesionales hospitalarios están seguros de que su diagnóstico se difundiría en el caso de ingresar en su centro de trabajo, y consideran que la vía de

difusión más probable sería el comentario informal de pasillo.

- En general se muestran preocupados por estos temas y demandan más formación y que la estructura de los hospitales cambie para facilitar prácticas más correctas en este terreno.

INTIMIDAD FÍSICA

La intimidad física es la cenicienta de los derechos de los pacientes.

Este derecho supone que *Nadie puede acceder al cuerpo de otra persona sin su permiso*. Nadie que esa persona no consienta puede tocarle, observarle o invadirle. Corresponderá, por tanto, al enfermo decidir a quién y a qué da acceso.

Esto es importante porque no todas las tradiciones culturales o sociales otorgan la misma importancia a la reserva física. El pudor es un valor individual y, como tal, consolidado en cada persona a través de costumbres, creencias, vivencias, educación... En una sociedad pluralista como la nuestra es importante que cada ciudadano pueda definir un espacio propio, inaccesible a los demás. Por supuesto el paciente siempre tendrá que asumir las consecuencias de una determinada decisión: un enfermo puede oponerse a que le rasuren, pero deberá saber que sin ello no podrán operarle.

Algunas limitaciones al derecho de restringir el acceso al propio cuerpo vendrán marcadas por el cumplimiento de normas legales -obligación de someterse al test de paternidad en determinados casos- o por no provocar daños a otros, o por respeto a las normas del hospital: un enfermo no podrá negarse a ser lavado si el ambiente de la habitación empieza a ser irrespirable debido a su olor corporal.

En el medio hospitalario es imposible mantener una reserva física absoluta. El paciente, al ingresar, consiente de forma tácita en ser explorado y observado, pero esto no supone que haya renunciado a su intimidad física. Simplemente está autorizando a los profesionales que le atienden a acceder a su cuerpo en tanto en cuanto lo necesiten para su diagnóstico, tratamiento o cuidado²⁴. Cualquier otra actuación sobre su persona deberá contar previa-

mente con su autorización expresa (exploraciones realizadas por alumnos en aprendizaje, filmaciones...).

Los hospitales actuales son herederos de aquellos recintos que cobijaban a los peregrinos que, venidos de todos los puntos de Europa, caminaban hacia Santiago de Compostela. En ellos se refugiaban del frío y de la lluvia, recibían alimento y alivio para sus heridas. Se les ofrecía hospitalidad. ¿Son hoy en día nuestros hospitales hospitalarios?

A la hora de ingresar en nuestros hospitales públicos lo habitual es tener que compartir habitación. Es inevitable que según las características del otro, u otros, y de sus familias, la experiencia, ya dura de por sí, pueda convertirse en un calvario. Somos un pueblo sociable por naturaleza, pero ¿nos registraríamos en un hotel que nos ofreciera compartir el cuarto con un desconocido? Mientras estas condiciones no se den, lo que sí es exigible es que, dentro de lo posible, la intimidad física sea respetada al máximo. Los profesionales deberían llamar a la puerta de la habitación antes de entrar y no irrumpir en ella sin previo aviso; tendrá que haber una cortina entre las camas que permita al enfermo aislarse visualmente antes de desnudarse o ser examinado; la exploración física o el lavado, o el rasurado deberán hacerse con el debido respeto y, como en cualquier actuación que atañe a su cuerpo, previa información y aceptación por su parte. Estas son algunas muestras de que, en ocasiones, con un poco de sensibilidad se puede mejorar mucho la calidad de la atención sanitaria.

En definitiva, *el paciente tiene derecho a recibir un trato que no lesione su dignidad personal*. Aquí habría mucho que decir. Parece difícil mantenerla con el "camisón" habitual de los hospitales, abierto de arriba a abajo por la parte de atrás o siendo tratado sistemáticamente de tú, cuando quizás sea una persona de otra generación a quien ni siquiera sus hijos tutean. Tendríamos que preguntarnos por qué un respetable anciano corre el riesgo de ser interpelado con un "¡venga abuelo que nos vamos a hacer el ecocardio!" o "¡venga majo, coge aire y no respire!". Los apelativos utilizados por el personal varían: cariño, hermosa, majo, majica, princesa,

rey... Es indudable que todos son apelativos amables y dichos con la mejor intención, pero quizá de una familiaridad exagerada y con un cuestionable toque infantil. En ningún otro sitio ocurre esto, ni en el notario, ni en el banco, ni en el juzgado. Deberíamos pensar por qué algo que se consideraría intolerable en cualquier otro lugar, en los centros sanitarios resulta asumido por unos y practicado por otros con total naturalidad.

En épocas ya pasadas, el enfermo veía cómo muchos de sus derechos de ciudadano quedaban a las puertas del hospital. Los profesionales y la propia institución no lo consideraban un tema vital y los pacientes tampoco se rebelaban. Ante la clara prioridad de recuperar la salud, lo demás quedaba relegado. Si queremos que esto acabe definitivamente, todos tendremos que recuperar los deberes y derechos que nunca debimos perder.

Muchas de estas realidades han mejorado en nuestro actual sistema sanitario, pero todavía queda mucho por hacer. Algunos cambios son costosos, como por ejemplo las habitaciones individuales (aunque la Ley de Cohesión y Calidad²⁵ ya lo fija como objetivo a perseguir), pero otros sólo son cuestión de sensibilidad por parte de todos. Prestar una atención sanitaria que promueva la dignidad del paciente debe ser una prioridad y para ello es imprescindible que las personas no se sientan perdidas. La enfermedad siempre conlleva un importante sufrimiento físico y psicológico. El enfermo se adentra en un mundo desconocido lleno de interrogantes, de malos presagios, de miedo e impotencia. La dependencia en muchas ocasiones para las tareas más elementales e íntimas, el sentirse observado, palpado, interrogado..., tampoco contribuye a mantener el control. Sin embargo, todos, estemos sanos o enfermos, tenemos los mismos derechos y deberes, y en cualquier ámbito nuestra dignidad personal debe ser respetada.

Mirando hacia delante

Ni cien caballos a galope atraparán una
frase imprudente
Japón

El siglo XX ha sido el siglo de la información. Quizá por ello los ciudadanos

empiezan a exigir un mayor respeto a su intimidad en un mundo cada vez más pequeño y transparente debido a las innovaciones informáticas. Esta inquietante sensación de estar permanentemente expuesto a la intromisión cobra mayor fuerza en situaciones de fragilidad, por lo que urge la sensibilización de los profesionales sanitarios. La tabla 3 recoge deberes básicos para respetar la intimidad de los pacientes, pero -teniendo en cuenta los resultados de los

estudios ya comentados-, parece que, más que dar información a los profesionales, lo más eficaz sería promover su reflexión. Las vías para ello pueden ser diversas: jornadas, talleres teórico-prácticos o cualquier encuentro que suscite el diálogo entre los implicados para analizar las dificultades cotidianas, las contradicciones, las dudas o los malos hábitos.

Mi deseo es que este escrito, de algún modo, contribuya a ello.

Tabla 3. Deberes de los profesionales sanitarios respecto a la intimidad.

<ul style="list-style-type: none">• Preguntar al paciente, al inicio de la relación clínica, si quiere ser informado y a quién más quiere que se informe.• No informar (verbalmente ni por escrito) a nadie sin el consentimiento del paciente y a él según su deseo.• Acceder únicamente a los datos de la historia clínica necesarios para un fin legítimo.• Extremar el cuidado en la utilización de la HCI (no ceder claves, no dejar el programa abierto...).• Evitar los comentarios sobre pacientes en lugares inadecuados o con interlocutores no autorizados.• Tratar al paciente con consideración y respeto en cualquier situación.• Proteger su intimidad física.• Solicitar al paciente autorización explícita para todas aquellas actuaciones cuyo fin no sea procurarle asistencia (filmaciones, prácticas de estudiantes...).
--

BIBLIOGRAFÍA

1. GRACIA D, Prólogo. En: Sánchez Caro J y Sánchez Caro J. El médico y la intimidad. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
2. <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm> (visitado el 08/12/2006).
3. <http://www.congreso.es/funciones/constitucion/indice.htm> (visitado el 08/12/2006).
4. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. B.O.E. n1 281, de 24 de noviembre de 1995.
5. JÚDEZ J, NICOLÁS P, DELGADO MT, HERNANDO P, ZARCOS J, GRANOLLERS S. La confidencialidad en la práctica clínica: Historia clínica y gestión de la información. Med Clín 2002; 118: 18-37.
6. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. B.O.E. n^o 102, de 29 de abril de 1986.
7. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. B.O.E. n^o 298, de martes 14 de diciembre de 1999.
8. Boletín Oficial del Estado. 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. B.O.E. n^o 274, de 15 de noviembre de 2002.
9. Condena a un médico cuya indiscreción provocó una violación del secreto profesional. Vista: 27/03/2001. Tribunal Supremo, Sala de lo Penal. Sentencia n^o 574/2001.
10. BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. Principles of biomedical ethics (5^a ed). Nueva York: Oxford University Press, 2001 (hay traducción de la 4^a edición. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999).
11. Boletín Oficial del Estado, Orden, de 18 de diciembre de 1999, por la que se crea un fichero con datos de carácter personal relativo al Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (SINIVIH). BOE n^o 11, de 12 de enero de 2000.

12. VERDÚ FA. Secreto profesional médico. Normas y usos. Granada: Comares; 2005: 79-81.
13. ALONSO A, IRABURU M, SALDAÑA ML, DE PEDRO MT. Implantación de una historia clínica informatizada: encuesta sobre el grado de utilización y satisfacción en un hospital terciario. *An Sist Sanit Navar* 2004; 27: 233-239.
14. BOOTH N. Sharing patient information electronically throughout the National Health Service. *BMJ* 2003; 327: 114-115.
15. GADD CS, PENROD LE. Assessing physician attitudes regarding use of an outpatient EMR: a longitudinal, multi-practice study. *Proc AMIA Symp* 2001: 194-198.
16. OLSEN DP, DIXON JK, GREY M, DESHEFY-LONGHI T, DEMAREST JC. Privacy concerns of patients and nurse practitioners in primary care- an APRNet study. *J Am Acad Nurse Pract* 2005; 17: 527-534.
17. LARCHER V. Consent, competence, and confidentiality. *BMJ* 2005; 330: 353-356.
18. JENKINS G, MERZ JF, SANKAR P. A qualitative study of women's views on medical confidentiality. *J Med Ethics* 2005; 31: 499-504.
19. CARLISLE J, SHICKLE D, CORK M, McDONAGH A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *J Med Ethics* 2006; 32: 133-137.
20. PÉREZ MD, PERENIGUEZ JE, OSUNA E, PÉREZ D, LUNA A. Balancing confidentiality and the information provided to families of patients in primary care. *J Med Ethics* 2005; 31: 531-535.
21. PÉREZ MD, PERENIGUEZ JE, OSUNA E, PÉREZ D, LUNA A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *J Med Ethics* 2006; 32: 329-334.
22. IRABURU M, CHAMORRO J, DE PEDRO MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *An Sist Sanit Navar* 2006; 29: 557-366.
23. IRABURU M, CALVO L, HERNANDO A, QUINTANA S, GARCÍA A, HERRERO A, RODRÍGUEZ JL, RODRIGO P. Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad (EMIC). *Med Clin* (en prensa).
24. SÁNCHEZ J, SÁNCHEZ J. El médico y la intimidad. Madrid: Díaz de Santos, 2001: 60.
25. Boletín Oficial del Estado. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. B.O.E. nº 126, de 19 de mayo de 1999.