

Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad

Knowledge, conduct and opinions of health professionals concerning confidentiality at a hospital

M. Iraburu, J. Chamorro, M.T. de Pedro

RESUMEN

Fundamento. Analizar, en relación a la confidencialidad, los conocimientos, comportamientos y opiniones del personal médico y de enfermería asistente a los 13 seminarios impartidos sobre este tema en el Hospital Virgen del Camino de Pamplona en el año 2002.

Material y métodos. Administración, antes del inicio de cada seminario, de una encuesta de 11 preguntas cerradas para su cumplimentación anónima.

Resultados. Un 93,0% de los 244 asistentes respondieron a la encuesta (128 médicos y 99 enfermeras). El 92,1% de los profesionales entiende qué es la intimidad, pero un 58,1% no conoce ninguna de las leyes que la regulan. El 87,5% de los facultativos sabe cuándo es legítimo acceder a los datos de un paciente, pero reconocen comportamientos contrarios en un porcentaje que va aumentando con la edad, desde un 12,5% en el grupo de menos de 31 años hasta el 51,9% en los mayores de 50 años. Entre el personal de enfermería se recogen prácticas más correctas aun cuando muestran un conocimiento teórico peor sobre estas cuestiones. Un 49,7% de los profesionales ingresaría en otro centro si quisiera que su diagnóstico no se divulgara entre sus compañeros y el 92,2% considera el comentario informal de pasillo la vía más frecuente de ruptura de la confidencialidad en el hospital.

Conclusión. Parece oportuno recordar en nuestro hospital la responsabilidad ética y legal en relación a la confidencialidad y propiciar la reflexión de los profesionales sobre estas cuestiones con el fin de mejorar esta dimensión clave de la atención sanitaria.

Palabras clave. Confidencialidad. Encuesta. Profesionales sanitarios. Hospital.

An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (3): 357-366.

Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad Hospitalarias. Hospital Virgen del Camino. Servicio Navarro de Salud. Pamplona.

ABSTRACT

Background. To analyse the knowledge, conduct and opinions concerning confidentiality of the medical and nursing personnel who attended the 13 seminars given on this subject at the *Virgen del Camino* Hospital in Pamplona in the year 2002.

Methods. Distribution before the start of each seminar of a survey of 11 closed questions to be completed anonymously.

Results. Ninety-three percent (93.0%) of the 244 professionals attending the seminars responded to the survey (128 doctors and 99 nurses). Ninety-two point one percent (92.1%) of the professionals understand what privacy is, but 58.1% do not know any of the laws that regulate it. Eighty-seven point five percent (87.5%) know when it is legitimate to access the data on a patient, but contrary conduct is recognised in a percentage that increases with age, from 12.5% in the group under 31 years old to 51.9% in those over 50 years of age. More correct practices were recolected amongst nursing personnel even when they show less theoretical knowledge about these questions. Forty-nine point seven percent (49.7%) of the professionals would join another centre if they wanted their diagnosis not to be divulged amongst their colleagues, and 92.2% consider informal comments made in the corridors to be the most frequent way of breaking confidentiality in the hospital.

Conclusion. It seems timely to call attention to ethical and legal responsibility in our hospital and to encourage reflection amongst professional about this questions of confidentiality in order to improve this key dimension of health care.

Key words. Confidentiality. Survey. Health professionals. Hospital.

Correspondencia:

Marga Iraburu Elizondo

Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la

Calidad Hospitalarias

Hospital Virgen del Camino

Irunlarrea, 4

31008 Pamplona

Tfno. 848 429535

E-mail: mirabure@cfnavarra.es

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas hemos asistido a un cambio radical en la manera de entender la relación clínica, evolucionando desde el concepto del paciente como mero receptor del acto médico, hasta el modelo actual que le reconoce el derecho a gestionar su cuerpo, su vida y también su intimidad.

En nuestro país este cambio de paradigma quedó plasmado en la Ley General de Sanidad de 1986¹. A partir de ese momento la persona enferma recuperó derechos tradicionalmente relegados a un segundo plano ante la prioridad de restablecer su bienestar físico. De este modo pudo escapar de la tiranía tecnológica y fue llamado a incluir sus valores, sus prioridades, su manera de entender la vida en las decisiones que le afectaban.

La intimidad se reconoce como un derecho fundamental del individuo, ligado al honor y a la libertad, en el artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos² y en el artículo 18 de la Constitución española de 1978³, y como tal está fuertemente custodiado en nuestro ordenamiento jurídico que contempla incluso penas de cárcel para quien lo vulnera (Código Penal, arts. 197-201)⁴.

A pesar de todo ello, los ataques más o menos conscientes contra la intimidad de las personas son frecuentes, dentro y fuera del ámbito sanitario.

La historia clínica es sin duda uno de los documentos personales de contenido más comprometedor, incluyendo en ocasiones informaciones que el paciente ni siquiera ha compartido con las personas que más quiere. 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.

Es también una realidad que en la actualidad la mayor parte de los centros sanitarios están implementando programas de historia clínica informatizada (HCI) como herramienta de trabajo de los profe-

sionales 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 de inalterable por el paso del tiempo, es 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, de uno u otro modo, en la tarea asistencial.

Todo ello aconseja el desarrollo de políticas institucionales destinadas a promover la correcta utilización de dicha herramienta y, en general, una mayor concienciación de los profesionales sobre el adecuado tratamiento de la información que los pacientes ponen en sus manos al abrigo de una confianza que no pueden traicionar.

En el año 2002 se celebraron en el Hospital Virgen del Camino (HVC) de Pamplona seminarios sobre confidencialidad destinados a médicos y personal de enfermería. En el presente trabajo se exponen los resultados obtenidos del análisis de una encuesta pre-seminario dirigida a los asistentes cuyo objetivo era explorar los conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios en relación a este tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Hospital Virgen del Camino es un hospital terciario docente de 500 camas, centro de referencia en la Comunidad Foral de Navarra para la atención infantil y obstétrico-ginecológica, y para algunas especialidades quirúrgicas. En él trabajan 507 enfermeras y 405 médicos de los que 79 son médicos internos residentes (MIR). En el año 2000 comenzó la implantación progresiva de la HCI como herramienta de trabajo clínico.

El Servicio de Medicina Preventiva y Gestión de la Calidad Hospitalarias como responsable de la implementación de la

HCI en el centro, y de acuerdo con la dirección del hospital, puso en marcha un proyecto de mejora consistente en impartir seminarios a los profesionales sanitarios sobre aspectos éticos y legales de la confidencialidad y del derecho a la intimidad. Dichas sesiones fueron acreditadas por la Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.

Se organizaron 13 seminarios (10 para facultativos y 3 para el personal de enfermería) de dos horas de duración, impartidos durante los meses de abril, mayo y junio de 2002. La inscripción fue libre hasta completar grupos de 35 personas como máximo.

El Servicio responsable de los cursos elaboró una encuesta (Ver Anexo) que constaba de 11 preguntas cerradas destinadas a explorar tres dimensiones: conocimientos (Preguntas 1 a 6), comportamientos personales en la práctica (Preguntas 7 a 9) y opiniones sobre la situación de la confidencialidad en el hospital (Preguntas 10 y 11). Al final de la misma se solicitaba al encuestado información referente a su edad, sexo y servicio al que pertenecían: médico, quirúrgico o central.

La encuesta fue previamente validada en un grupo de 21 profesionales sanitarios. Esta prueba piloto permitió reconocer y corregir errores en el diseño inicial del test así como calcular el tiempo de cumplimentación.

Al inicio de cada seminario, se distribuyó el cuestionario entre los asistentes, invitándoles a cumplimentarlo de manera anónima tras informarles de los objetivos de éste.

La información obtenida se analizó con el programa estadístico Epiinfo versión 6. Para cada variable se calculó la correspondiente distribución de frecuencias. La comparación de variables cualitativas se realizó mediante el test de Chi cuadrado y el nivel de significación estadística se estableció para un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

De los 244 profesionales sanitarios que asistieron a los seminarios, 227 (93,0%) contestaron a la encuesta, correspondiendo a 128 médicos y 99 enfermeras. La distribución de los encuestados según las categorías de sexo, grupo de edad y servicio queda reflejada en la tabla 1. Ambos colectivos presentan una distribución similar en lo referente a la edad y servicio al que pertenecen, observándose diferencias significativas en cuanto al sexo: el 94,9% de las enfermeras son mujeres frente al 57,0% de los facultativos.

El 92,1% de los encuestados sabe definir qué es la intimidad (Pregunta 1) -siendo este porcentaje significativamente mayor en el grupo de médicos (96,9%) que en el de enfermería (85,9%) - y el 94,3% del conjunto sabe como podría vulnerarla (Pregunta 4), sin objetivarse diferencias entre ambos colectivos.

En lo referente a qué historias clínicas puede acceder de forma legítima un profesional de la salud (Pregunta 3), el 80,2% del total responde acertadamente encontrándose diferencias significativas entre ambos colectivos: 87,5% de los médicos contesta correctamente frente al 70,7% del personal de enfermería (Fig. 1, conocimientos).

Tabla 1. Distribución de las variables de clasificación de los profesionales encuestados.

	Sexo*		Servicio*			Grupos de edad*				
	Hombre	Mujer	Médico	Quirúrg.	Central	<31	31-40	41-50	51-60	>60
Médicos (n=128)	41,4%	57,0%	54,7%	17,2%	23,4%	12,5%	25,8%	39,1%	21,1%	0,8%
Enfermería (n=99)	3,0%	94,9%	48,5%	18,2%	24,2%	12,1%	27,3%	45,5%	13,1%	1,0%
Total	24,7%	73,6%	52,0%	17,6%	23,8%	12,3%	26,4%	41,9%	17,6%	0,9%

(*) Las sumas de los parciales pueden no coincidir con los totales por faltar en algunas encuestas esa información.

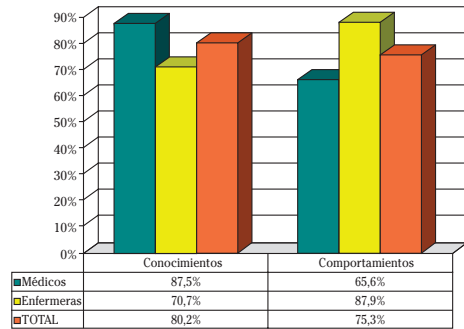


Figura 1. Porcentaje de respuestas correctas en relación al acceso a la información clínica del paciente.

En la pregunta 2 se ofrecen varias posibilidades acerca de con quién es lícito compartir la información relativa a los pacientes, contestando de manera correcta el 78,0% de los encuestados sin encontrar diferencias entre los dos grupos profesionales (Fig. 2, conocimientos).

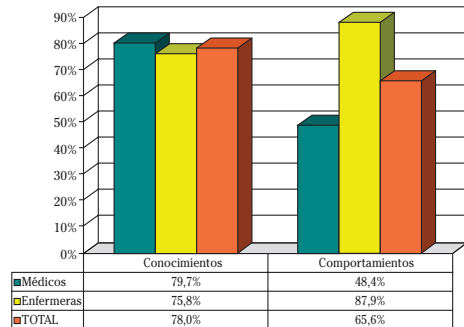


Figura 2. Porcentaje de respuestas correctas en relación a la divulgación de la información clínica del paciente.

Por otra parte, un 58,1% de los profesionales declara no conocer ninguna de las leyes que regulan el derecho a la intimidad del paciente (Pregunta 5). En cuanto a las penas derivadas de un mal uso de la información clínica (Pregunta 6), el 59,5% sabe que pueden incluir cárcel mientras que el 26,9% desconoce si esto conlleva algún castigo. No se encontraron diferencias en este punto entre médicos y enfermeras.

Ante una situación concreta de querer obtener información, por interés propio, sobre la salud de un amigo ingresado (Pre-

gunta 7) la mayoría de los encuestados (75,3%) le preguntaría directamente al paciente, aunque se detectan diferencias significativas entre ambos colectivos: un 87,9% de las enfermeras lo haría frente a un 65,6% de los médicos (Fig. 1, comportamientos). Solicitaría esta información directamente al médico responsable el 26,6% de los facultativos y el 11,1% del personal de enfermería. El porcentaje de respuestas correctas disminuye en los médicos de manera significativa en los distintos grupos de edad, desde un 87,5% en los menores de 31 años hasta un 40,7% en los mayores de 50, no observándose diferencias significativas conforme a la edad en el colectivo de enfermería (Fig. 3).

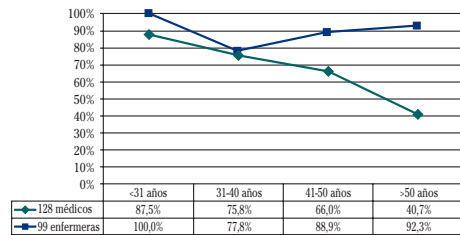


Figura 3. Porcentaje de profesionales que actúa correctamente cuando quiere saber, por interés propio, qué le pasa a un amigo ingresado en su hospital.

Cuando un compañero, también por interés propio, solicita información al encuestado sobre un conocido (Pregunta 8) el 65,6% de los profesionales sanitarios refirió que no se la daría, siendo esta negativa significativamente más frecuente entre el personal de enfermería (87,9%) que entre los médicos (48,4%) (Fig. 2, comportamientos). De nuevo en este punto, la edad en el colectivo de facultativos origina diferencias significativas, oscilando desde un 62,5% de negativas en el grupo de menos edad (<31 años) hasta un 37,0% en los mayores de 50 años (Fig. 4). El sexo también influye significativamente: no le facilitaría a su compañero datos sobre el paciente el 52,1% de las mujeres médicos frente al 45,3% de los hombres. En el colectivo de enfermería, por el contrario, el aumento de la edad se acompaña de un mayor porcentaje de respuestas correctas (Fig. 4).

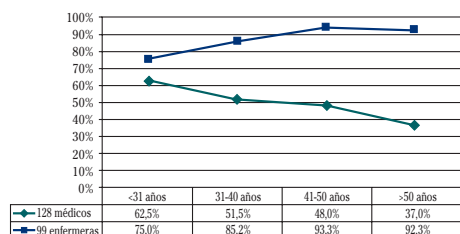


Figura 4. Porcentaje de profesionales que actúa correctamente ante la petición indebida de información por parte de un compañero.

En ninguno de estos dos supuestos (Preguntas 7 y 8) el servicio al que pertenece el profesional influye de manera significativa en los resultados.

Ante la petición de un amigo de mirar si ha sido citado para una exploración (Pregunta 9), el 48,5% de los profesionales sanitarios consultaría exclusivamente sus citas, el 22,5% le preguntaría al médico responsable y un 10,6% le respondería que no puede hacerlo, siendo este porcentaje significativamente mayor entre las enfermeras: 20,2% frente al 3,1% de los médicos.

En el caso de padecer una enfermedad cuyo diagnóstico no quisieran que fuera divulgado (Pregunta 10), el 49,7% de los profesionales sanitarios optaría por ser tratado en otro centro sanitario. No hay diferencias entre médicos y personal de enfermería.

Preguntados sobre cuál consideran que es la vía más frecuente de divulgación de datos sensibles de salud (Pregunta 11) un 92,2% considera que es “el cotilleo de pasillo” sin encontrar diferencias entre ambos colectivos.

Al analizar los resultados agrupando a los encuestados por sexo, se observa que el colectivo femenino mejora el porcentaje de respuestas correctas en el terreno conceptual respecto al porcentaje obtenido por enfermería, pero empeora en las preguntas 7 y 8 (comportamientos).

DISCUSIÓN

Intimidad deriva del superlativo “intimus”, es decir, lo más interior del interior

de cada persona. Es por tanto el ámbito reservado 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.

En diversas sentencias del Tribunal Constitucional se recoge que: “*El derecho a la intimidad personal es necesario, según las pautas de nuestra cultura, para mantener una calidad mínima de vida humana*”.

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.

El desarrollo de un marco jurídico-normativo sobre la protección a la intimidad ha sido extraordinariamente intenso en los últimos 15 años a nivel internacional, comunitario, estatal y autonómico⁵. Ha habido también en nuestro país sentencias duras en este terreno: el Tribunal Supremo condenó en el año 2002 a un médico residente por compartir con su madre datos de una paciente⁶ y una sentencia de la Audiencia Nacional anuló la Orden Ministerial de 18 de diciembre de 2000 que regulaba el funcionamiento del sistema de información sobre nuevas infecciones por VIH⁷ por considerar que no garantizaba de manera adecuada la intimidad de los interesados.

A pesar de ello, en nuestro estudio, como en una investigación canadiense realizada en médicos de familia⁸, una elevada proporción del personal médico y de enfermería desconoce cualquiera de las leyes que regulan este ámbito así como las penas que pueden recaer sobre quien vulnere la intimidad de otro.

Llama también la atención la distinta actitud que parece observarse en los dos colectivos en relación al deber de confidencialidad y la discordancia entre conocimientos y comportamientos. Los resultados muestran que el personal médico maneja unos conceptos más claros sobre la definición de la intimidad o lo que constituye un acceso legítimo a la información

y, sin embargo, esto no se traduce en un mejor comportamiento en la práctica. Este colectivo es más proclive a satisfacer el deseo, de un compañero o el suyo propio, de conocer el estado de salud de un paciente amigo, sin tener en cuenta la obligación de solicitar la autorización de éste antes de acceder a sus datos.

En nuestra investigación este comportamiento, dentro del colectivo médico, aumenta conforme aumenta la edad del facultativo y es más frecuente entre los hombres, hecho ya referido en la literatura⁹. Quizá esto vaya unido a un sentimiento más arraigado del hospital como espacio propio, la mayor confianza y complicidad con los compañeros o una mayor laxitud en el cumplimiento de unas normas no vividas como relevantes en nuestra cultura. Llama la atención que el personal de enfermería, sin embargo, refiere prácticas más respetuosas con la confidencialidad en los grupos de más edad.

La incursión en la vida de los demás es un hecho cotidiano en nuestra sociedad. Existe un interés desmedido por noticias que conlleven cierto morbo, circunstancia siempre presente en un proceso de enfermedad. Es frecuente asistir a todo tipo de comentarios en la calle, en las casas, en los medios de comunicación. Estamos acostumbrados a que los programas televisivos, la radio y los rotativos, sensacionalistas o no, nos mantengan puntualmente informados del estado de salud de los personajes públicos.

La "cultura" de comentar lo que sólo a otro pertenece no se detiene en la puerta del hospital a pesar de que guardar secretos forma parte de la esencia del hacer médico desde hace más de 2.500 años: "*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*" (Juramento hipocrático). Esta exigencia hipocrática, trasladada posteriormente a los códigos deontológicos de todas las profesiones sanitarias, ha dejado de ser un deber auto-impuesto por la ética profesional para convertirse en un mandato legal que emana del reconocimiento de la sobe-

ranía del paciente sobre su vida y su intimidad. Así 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"¹⁰ en su capítulo III, 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*".

Este nadie significa nadie. En este terreno el profesional sólo puede hacer lo que el paciente desee: no debe informar a ninguna persona –sea la pareja del afectado, la madre, el hijo o un médico amigo– 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 sólo se puede considerar que el enfermo autoriza tácitamente aquellas incursiones en su intimidad que sean necesarias para recibir una adecuada atención sanitaria.

La Ley General de Sanidad de 1986¹, en el punto 5 del artículo 10, obligaba: "*A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento*". Como vemos, el legislador consideró que la familia tenía que ser informada de la situación del enfermo independientemente de la opinión de éste. Quizá la intención de acabar con un esquema proteccionista que daba poca importancia a la información provocó que se rebasaran los límites de la intimidad del paciente dejando ésta expuesta al conocimiento de sus allegados. La posterior Ley 41/2002 derogó dicho punto estableciendo, como hemos visto, que sólo el titular puede autorizar o denegar la información a otros.

En el punto 7.2, la ley 41/2002 dice: "*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*". En este sentido el HVC, entre otras medidas, puso en marcha estos seminarios que

fueron impartidos en pequeños grupos precisamente porque su objetivo no era la mera transmisión de conocimientos, sino también crear un espacio que facilitara la reflexión de los profesionales sanitarios sobre estos temas. De hecho, esta vertiente interactiva fue de suma importancia para que los asistentes expresaran sus dudas o sugerencias, plantearan problemas derivados de la práctica clínica y pudieran analizarlos a tenor de lo escuchado en el seminario.

En lo referente a la seguridad, desde un punto de vista informático, el programa de HCI debe ajustarse a lo dispuesto en el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio¹¹ por el que se aprobó el Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan datos de carácter personal y además, como hemos visto, el centro tiene que promover actuaciones destinadas a mejorar el tratamiento de la información por parte de todos los trabajadores.

En un estudio llevado a cabo en este hospital sobre la opinión de los profesionales respecto a la HCI destacaba que el 87,3 % de los encuestados opinaba que la HCI suponía un peligro para conservar la confidencialidad de los datos del paciente¹². Otros estudios de similares características arrojan resultados parecidos, destacando siempre la desconfianza de los profesionales hacia estas nuevas herramientas de trabajo clínico^{13,14}. Sin embargo, en nuestra actual encuesta, la práctica totalidad de ambos colectivos de profesionales coinciden en señalar el comentario informal de pasillo como la vía más frecuente de divulgación de información reservada, muy por encima de la HCI o de la libre circulación de resultados de estudios complementarios. Estos datos hacen suponer que aun extremando las medidas de seguridad de los programas informáticos, el factor más importante para garantizar la confidencialidad es la sensibilización de los profesionales que les llevará a manejar con cautela la información de sus pacientes. La misma conclusión se desprende de una investigación realizada en Dinamarca sobre las conversaciones mantenidas en los ascensores por empleados

de un hospital en presencia de personas ajenas a la organización¹⁵.

En nuestro estudio, el hecho de que la mitad de los encuestados, en el caso de ser pacientes y desear preservar su intimidad, optaran por recurrir a otro hospital muestra que los profesionales sanitarios son conscientes de que la confidencialidad no es una cuestión bien tratada en su ámbito de trabajo a pesar de los códigos éticos y a pesar de las leyes. En este sentido, los estudios sobre confidencialidad realizados de manera simultánea en profesionales y pacientes^{16,17} muestran cómo éstos dan una importancia mayor a estos temas que los propios profesionales.

Somos conscientes de la limitación de esta investigación debido fundamentalmente al número de encuestas analizadas que suponen, respecto al total de profesionales sanitarios del hospital, una pequeña muestra: el 34,35% de los médicos de plantilla, el 20,25% de los MIR y el 19,52% del personal de enfermería. Por ello, sería oportuno emprender nuevos estudios que permitan dibujar el estado real de esta cuestión en el terreno de la asistencia sanitaria.

El derecho a la intimidad se muestra como uno de los derechos más frecuentemente vulnerados en la sociedad y no parece aventurado afirmar, a la vista de nuestros resultados y de estudios anteriores^{18,19}, que el ámbito sanitario tampoco está libre de culpa. En este sentido el Comité de Ética Asistencial del HVC viene organizando desde el año 2000 cursos de formación en Bioética dirigidos a todos los trabajadores del centro, incluyendo la confidencialidad entre los temas abordados, y se han llevado a cabo, además, otras actuaciones a nivel institucional: mesas redondas, carta recordando el deber de confidencialidad que se entrega para su lectura y firma a cualquier persona que firme un contrato de trabajo en el hospital, etc.

Es de esperar que estas iniciativas estén contribuyendo a incrementar la sensibilidad de los profesionales hacia esta cuestión, dimensión clave a la hora de ofrecer una atención clínica de calidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boletín Oficial del Estado. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº 102, de 29 de abril de 1986.
2. <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm> (visitado el 28/04/2006).
3. <http://www.congreso.es/funciones/constitucion/indice.htm> (visitado el 28/04/2006).
4. Boletín Oficial del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE nº 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 Clin (Barc)* 2002; 118: 18-37.
6. Condena a un médico cuya indiscreción provocó una violación del secreto profesional. Vista: 27/03/2001. Tribunal Supremo, Sala de lo Penal. Sentencia nº: 574/2001.
7. 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 nº 11, de 12 de enero de 2000.
8. SHRIER I, GREEN S, SOLIN J, DUARTE-FRANCO E, GUIBERT R, BROUSSEAU G, KHANLOU N. Knowledge of and attitude toward patient confidentiality within three family medicine teaching units. *Acad Med* 1998; 73: 710-712.
9. LAKO CJ, HUYGEN FJ, LINDENTHAL JJ, PERSOON JM. Handling of confidentiality in general practice: a survey among general practitioners in The Netherlands. *Fam Pract* 1990; 7: 34-38.
10. 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. BOE nº 274, de 15 de noviembre de 2002.
11. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal. BOE nº 151, de 25 de junio de 1999.
12. 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.
13. BOOTH N. Sharing patient information electronically throughout the National Health Service. *BMJ* 2003; 327:114-115.
14. GADD CS, PENROD LE. Assessing physician attitudes regarding use of an outpatient EMR: a longitudinal, multi-practice study. *Proc AMIA Symp* 2001: 194-198.
15. UBEL PA, ZELL MM, MILLER DJ, FISHER GS, PETERS-STEFANI D, ARNOLD RM. Elevator talk: Observational study of inappropriate comments in a public space. *Am J Med* 1995; 99: 190-194.
16. WEISS BD. Confidentiality expectations of patients, physicians, and medical students. *JAMA* 1982; 247: 2695- 2697.
17. 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.
18. MLINEK EJ, PIERCE J. Confidentiality and privacy breaches in a university hospital emergency department. *Acad Emerg Med* 1997; 4: 1142-1146.
19. PÉREZ-CÁRCELES MD, PERENIGUEZ JE, OSUNA E, PÉREZ- FLORES D, LUNA A. Primary care confidentiality for Spanish adolescents: fact or fiction? *J. Med Ethics* 2006; 32: 329-334.

Anexo

CONFIDENCIALIDAD. ENCUESTA PRE-SEMINARIO

*Agradecemos cumplimente esta ENCUESTA ANÓNIMA marcando con una X la respuesta que **mejor responde**, según su criterio, a la pregunta formulada.*

- 1- ¿QUÉ SE ENTIENDE POR INTIMIDAD?
 - Lo relacionado con la sexualidad y datos "sensibles" de salud.
 - Aquello que sólo compartimos con quien nosotros decidimos
 - NS / NC

- 2- DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA CONFIDENCIALIDAD ¿QUÉ SERÍA MÁS CORRECTO HACER?
 - Lo que conozco de mis pacientes no debo decírselo a nadie
 - Puedo compartir la información referente a mis pacientes con los demás profesionales implicados en su asistencia
 - Puedo compartir la información de mis pacientes con mis compañeros advirtiéndoles que es información reservada y que no debe ser difundida
 - NS /NC

- 3- ¿A QUÉ HISTORIAS CLÍNICAS PUEDE ACCEDER UN PROFESIONAL DE LA SALUD?
 - A la de los pacientes que ha tratado directamente
 - A la de los pacientes tratados en su servicio
 - A los pacientes tratados en su hospital, considerando el hospital como una unidad asistencial
 - A los que precise por motivos asistenciales o estudios protocolizados.
 - NS /NC

- 4- SE PUEDE VULNERAR LA INTIMIDAD DE UN PACIENTE:
 - Por divulgar datos contenidos en su Historia Clínica
 - Por acceder a sus datos clínicos sin motivo asistencial justificado
 - Por ambas actitudes
 - NS /NC

- 5- ¿DE CUÁL DE ESTAS LEYES CONOCE SU CONTENIDO? Puede cruzar más de una respuesta.
 - Ley General de Sanidad (1986)
 - Ley Foral de Salud (1999)
 - Ley de Protección de datos de carácter personal (1999)
 - De ninguna

- 6- EL MAL USO DE LA INFORMACIÓN PUEDE CONLLEVAR:
 - Multas
 - Inhabilitación
 - Prisión
 - Todas las opciones anteriores
 - NS /NC

- 7- POR INICIATIVA PROPIA, USTED QUIERE SABER QUÉ LE PASA A UN AMIGO INGRESADO ¿QUÉ HARÍA EN ESE CASO?:
- Preguntarle a él directamente
 - Preguntar al médico responsable
 - Consultar su Historia Clínica
 - Todas las opciones son legítimas
 - NS /NC
- 8- SI UN COMPAÑERO DEL HOSPITAL, POR INTERÉS PROPIO, LE PIDE INFORMACIÓN SOBRE UNO DE SUS PACIENTES, CONOCIDO SUYO, ¿QUÉ HARÍA EN ESE CASO?:
- Dársela
 - Dársela recordándole que guarde confidencialidad
 - Negársela
 - NS /NC
- 9- UN AMIGO LE PIDE QUE MIRE SI HA SIDO CITADO PARA UN TAC, ¿QUÉ HARÍA EN ESE CASO?:
- Le diría que no puedo hacerlo
 - Le preguntaría al médico responsable
 - Consultaría su Historia Clínica
 - Consultaría sólo sus citas
 - NS /NC
- 10- SI PADECIERA UNA ENFERMEDAD CUYO DIAGNÓSTICO NO QUISIERA QUE FUERA DIVULGADO, ¿QUÉ HARÍA EN ESE CASO?:
- Iría a mi médico de Atención Primaria
 - Me trataría en mi centro de trabajo
 - Me iría a un hospital distinto al mío
 - Me sería indiferente el lugar en el que me trataran
- 11- CUANDO EL DIAGNÓSTICO DE UN COMPAÑERO SE DIFUNDE POR EL HOSPITAL ¿QUÉ VÍA DE DIVULGACIÓN CONSIDERA QUE ES LA MÁS FRECUENTE?:
- El “cotilleo” de pasillo
 - El acceso indebido a la Historia Clínica en formato papel
 - El acceso indebido a la Historia Clínica Informatizada
 - La libre circulación de análisis y exploraciones

Estaríamos interesados en la información solicitada abajo, que no pretende identificar al encuestado sino valorar las respuestas en función de dichas variables. MUCHAS GRACIAS

EDAD < 30 31-40 41-50 51-60 >60

SEXO Mujer Hombre

SERVICIO Médico Quirúrgico Centrales