

2. Las excepciones clásicas a la teoría del consentimiento señalan aquellas situaciones en las que se considera justificada la no obtención del consentimiento informado en un caso determinado. El sanitario que quiera apelar a ellas carga con la prueba de demostrar fehacientemente que su aplicación constituye el «mal menor» desde el punto de vista moral. Son las seis siguientes:

1. Urgencia vital que requiere actuación profesional inmediata y no existe tiempo o posibilidad de comunicarse con el paciente.

2. Incompetencia del paciente, lo que obliga a que el proceso de consentimiento informado se realice con sus representantes.

3. Grave riesgo para la salud pública, lo que puede incluso legitimar actuaciones sanitarias coactivas, aunque no corresponde al médico adoptarlas por su cuenta.

4. Imperativo legal o judicial.

5. Renuncia expresa, voluntaria e informada, a recibir información o a tomar decisiones, delegando tales funciones en el sanitario, aunque el paciente es el que tiene finalmente que consentir o no al procedimiento diagnóstico o terapéutico.

6. «Privilegio terapéutico»: aquella situación en la que el médico le oculta información al paciente o no le pide su consentimiento para una actuación diagnóstica o terapéutica porque estima que ello le produciría al enfermo un daño psicológico grave.

3. Las herramientas de aplicación práctica que permiten realizar un proceso de consentimiento informado son fundamentalmente tres:

1. Las técnicas de entrevista clínica y relación de ayuda, que permiten estructurar el encuentro médico-paciente de una forma metodológicamente adecuada.

2. Los protocolos de evaluación de la competencia o capacidad, que nos permiten saber cuándo un paciente no está en condiciones de tomar decisiones y son por tanto otros los que deben hacerlo en su lugar.

3. Los formularios escritos de consentimiento informado, que sirven para apoyar el proceso oral –si están bien diseñados–, para registrarlos y monitorizarlos y, por último, para probar legalmente que se dio información y se obtuvo el consentimiento.

Como se decía al principio, la atención primaria no es necesariamente ajena al empleo de formularios escritos. De hecho, puede tener contacto con los formularios escritos de consentimiento informado por tres vías distintas.

Una, porque los pacientes lleguen a la consulta para que se les explique el contenido de un formulario escrito que el especialista del ambulatorio a quien habían sido derivados les ha ordenado, sin dar más explicaciones, que traigan firmado cuando vuelvan para hacer la prueba o intervención en cuestión. En esta circunstancia, el contacto del médico de primaria con el formulario obedece a un mal uso del formulario por parte del especialista, que ha pervertido totalmente su sentido. Ello no quiere decir que aquél pueda obviar su responsabilidad moral, que consiste, por un lado, en ayudar al paciente a comprender el sentido de lo escrito, y por otro, en señalar al especialista lo inadecuado de tal actitud poniendo en marcha para ello los procedimientos que se estimen oportunos.

La segunda consiste en que los equipos de atención primaria y los especialistas ambulatorios consensúen algunos procedimientos diagnósticos o terapéuticos que requieren formularios escritos y decidan un procedimiento de uso del formulario. Tal uso podría consistir, por ejemplo, en que, ante la oferta de indicación de una prueba de ese tipo, el médico de familia debe de facilitar al paciente la lectura y discusión del formulario, hasta que todo se comprenda adecuadamente y se tome una decisión final. Una vez hecho esto el paciente será derivado al especialista que tenga que efectuar la prueba o intervención, quien volverá a revisar con el paciente la información y obtendrá finalmente su consentimiento, firmando ambos el formulario. La tercera vía es mediante la puesta en marcha de formularios escritos para su uso en determinadas procedimientos de uso directo en atención primaria. Por ejemplo, el test del VIH².

Bibliografía y comentarios

1. Simón Lorda P, Concheiro Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica. I y II. Med Clin (Barc) 1992; 100: 659-663 y 101: 174-182.
2. Sobre el test de VIH ya hemos propuesto un modelo de formulario en otro lugar. Cif. Simón Lorda P, Barrio Cantalejo IM. Bioética, información e infección por VIH. FMC en Atención Primaria 1994; 1 (5): 299-309.

jo IM. Bioética, información e infección por VIH. FMC en Atención Primaria 1994; 1 (5): 299-309.

Confidencialidad y secreto médico

M.T. Delgado Marroquín

En términos generales, el principio de la *confidencialidad* hace referencia al derecho del paciente, y al deber que tiene el médico, de guardar silencio sobre todo aquello que conozca en el ejercicio de su profesión.

Este deber obliga al médico y a toda persona que, por su profesión (enfermeras, auxiliares, estudiantes, administrativos, celadores...) o situación personal (cónyuges, hijos etc.), tengan conocimiento de materias objeto de secreto, siendo responsabilidad del médico que atiende al paciente que estas personas conozcan y cumplan su deber¹.

La evolución histórica de la relación médico-enfermo hasta la actual relación equipo de profesionales de la salud-individuo que solicita un servicio, ha influido, de alguna manera, en el alcance y contenido del término confidencialidad. En las instituciones sanitarias, a la historia clínica de un paciente tienen acceso muchos profesionales que, con rectitud de intención, eso en principio no se duda, pueden llegar a conocer muchos datos pertenecientes a la esfera más íntima de la persona. Ésta tiene el derecho de saber quién y qué datos sobre sí misma son conocidos e, igualmente, el derecho a que éstos sean respetados². Una más de las instituciones sanitarias en las que un individuo es atendido por un equipo multidisciplinario es el centro de salud³.

Marco legal de referencia

El secreto profesional, y el médico en particular, está legislado tanto civil⁴ como penalmente⁵. La ley también especifica los casos en los que debe revelarse el secreto profesional⁶ y las penas derivadas de no hacerlo⁷.

Marco deontológico de referencia

Desde el Juramento Hipocrático hasta nuestros días, todos los códigos deontológicos han recogido el secreto

médico como un deber de primer orden en el ejercicio de la medicina⁸. El Código de Ética y Deontología Médica⁹ constituye la regulación más detallada y precisa del secreto médico en nuestro país. Dedica todo un capítulo, el IV, al secreto médico, refiriéndose a él además en otros artículos.

Marco ético de referencia

De todo lo anterior podemos concluir que, en general, se acepta que el secreto médico es una obligación inquebrantable, excepto en determinadas situaciones que lo limitan como derecho de la persona:

1. Cuando hay consentimiento por parte del paciente.
2. Cuando revelarlo suponga un bien para el enfermo.
3. Cuando sea imprescindible para la protección de terceras personas.
4. Por imperativo legal.

No obstante, siguen planteándose dilemas éticos respecto al segundo y tercer puntos fundamentalmente (conflictos de jerarquización entre principios éticos)¹⁰, y respecto al cuarto punto en lo referente a cuánta información sobre un paciente debe darse al ser requerida por la autoridad competente.

Como vemos, el dilema se plantea una vez más al tener que establecer una jerarquía entre los cuatro principios clásicos: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia. En este sentido, resulta siempre útil la aplicación de un método adecuado de análisis de casos, que considere, además de estos principios, las circunstancias concretas de cada situación, las consecuencias de los posibles cursos de acción y los problemas que derivan de su ejecución.

En general, la posibilidad bien fundada de que se perjudique seriamente a terceras personas concretas (no a terceros en general) constituye la justificación ética más importante para divulgar información confidencial¹¹. En muchos casos la persona que se beneficiará o resultará protegida si se divulga la información es un miembro de la familia (probablemente también paciente del mismo médico de APS al que se le plantea el dilema). Sin embargo, cualquier intento de conseguir el objetivo buscando sin divulgar información confidencial debe ser considerado éticamente correcto. Utilizaremos 3

ejemplos tomados de la literatura¹² para apoyar lo expuesto:

Caso 1: un varón de 46 años que corre un riesgo inminente de infarto de miocardio le pide a su médico de cabecera que no le diga nada a su esposa.

Caso 2: un varón de 32 años al que se le diagnostica corea de Huntington pide al médico que no informe a su esposa al respecto. El médico sabe que la esposa quiere tener hijos.

Caso 3: un varón de 43 años ha de ser tratado de gonorrea 10 días después de volver de un viaje de negocios. El paciente insiste en que no se informe a su mujer.

El caso 1 no sería un ejemplo de revelación justificada del secreto médico, salvo en circunstancias insólitas. El caso 2 presenta una «mayor justificación»; respecto al caso 3, contaría con la mejor justificación, siempre que se haya intentado solucionar el problema sin revelar datos confidenciales, sin éxito.

Para terminar, expondremos algunas situaciones concretas que plantean dilemas éticos respecto a cuestiones de confidencialidad en APS:

Actuaciones imprudentes debidas al desconocimiento de las normas legales y deontológicas por parte de los diferentes miembros del equipo. Los diferentes estamentos sanitarios reciben formación sobre ética y deontología profesional durante la educación pregrado. No suele incluirse formación explícita sobre responsabilidad sanitaria y normativa legal durante la carrera. Por otra parte, el personal no sanitario que forma parte de los equipos de APS puede no estar al corriente de su deber de sigilo. Además, hay que recordar que desde el pasado 24 de mayo la revelación del secreto profesional constituye un delito penado por la ley. En este sentido, la práctica, no excepcional, de hacer comentarios sobre las personas atendidas en consulta y sus circunstancias en áreas abiertas al público de los centros sanitarios, o celebrar sesiones clínicas en las salas de café, donde tiene acceso personal no sanitario, probablemente no conocedor del deber de discreción, constituyen comportamientos poco recomendables, que pueden acarrear consecuencias graves.

Historia clínica y confidencialidad en su elaboración, acceso, conserva-

ción, informatización y reclamaciones judiciales¹³. Desde un punto de vista médico y legal, la historia clínica tiene como sujeto al paciente y se elabora en beneficio suyo. Es el resultado de la actuación del o de los profesionales que ponen sus conocimientos al servicio del enfermo; de éste, que proporciona su persona y su información, y de la institución sanitaria, que proporciona el marco físico y los medios necesarios para la atención. A efectos éticos y jurídicos el paciente tiene derecho a acceder a su historia y a que ésta se custodie debidamente, garantizando su intimidad. Igualmente el médico está obligado «a solicitud y en beneficio del enfermo» a proporcionar a otros colegas los datos necesarios para el diagnóstico y seguimiento. En este mismo sentido, aunque en distinto plano, habría que considerar con delicadeza la elaboración de informes a los servicios de inspección del INSALUD cuando nos demandan sobre la situación clínica y la capacidad laboral de los pacientes.

En cuanto a la informatización de datos de la historia clínica, ningún médico debería participar en la creación ni el mantenimiento de sistemas de elaboración, archivo o informatización de datos clínicos sin la garantía de que se respetará el derecho del paciente a la intimidad, exponiéndose en caso contrario a posibles reclamaciones, extensivas a la dirección del centro, como responsable último de su correcto funcionamiento¹⁴. Algunos autores se plantean la duda de si el acceso rápido y sencillo a los datos médicos de una persona mejora realmente su atención sanitaria o meramente «agiliza el papeleo», llevando, eso sí, un riesgo importante de comprometer la esfera privada de los pacientes¹⁵.

Respecto a los problemas procesales de la historia clínica, el profesional debería ser prudente y no proporcionar más datos que los estrictamente relacionados con el litigio, manteniendo confidencial el resto de la historia clínica del paciente, pudiendo atenerse al artículo 445 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal si los datos solicitados son manifiestamente inconducentes para la comprobación de los hechos objeto de sumario.

Atención a pacientes adolescentes que reclaman su derecho a la intimidad¹⁶. Surge el conflicto cuando un adolescente que vive en casa de sus

padres (habitualmente también atendidos por el mismo médico de cabecera) presenta una problema de salud y se niega a que éstos sean informados. A la hora de tomar una decisión, habría que considerar, entre otras circunstancias, que el adolescente es una persona, con todas sus consecuencias éticas y legales, su nivel de madurez y el hecho de que violar la confidencialidad puede constituir una barrera para que acceda a la debida atención sanitaria, en ésta y en futuras ocasiones.

*Seropositividad VIH y confidencialidad*¹⁷. El dilema surge cuando un paciente VIH positivo se niega a advertir del peligro de infección a las parejas identificables que ha tenido o tiene y que no sospechan esa posibilidad. Respecto a la pareja actual, lo importante sería la posibilidad de prevenir el contagio y, de haberse producido éste, iniciar el abordaje terapéutico lo antes posible. En estos casos, el profesional tiene el «privilegio de revelar» –dada la posibilidad bien fundada de que resulten perjudicadas seriamente personas concretas–, no una imposición legal de alertar.

Bibliografía y comentarios

1. Para más información sobre las causas, objeto, extensión y fundamentos del secreto médico es interesante el capítulo de Gisbert Calabuig J. El secreto médico. En: Polaino Lorente A, editor. Manual de bioética general. Madrid: RIALP, 1994; 298-310.
2. Dentro de los derechos fundamentales de todas las personas, también de las que son atendidas en centros sanitarios, está el derecho a la intimidad, que supone la posibilidad de saber qué datos sobre uno mismo, quién y a quién pueden ser desvelados, incluyendo familiares, amigos y personal sanitario y paramédico. Algunas Cartas de Derechos del Paciente elaboradas por escrito y proporcionadas en centros hospitalarios extranjeros recogen explícitamente este derecho. No acostumbra ser el caso en España, aunque sí se considera de forma implícita en la normativa administrativa y legal, fundamentada en disposiciones deontológicas. Para más información, es interesante la ponencia de los profesores Moya Pueyo V, Abenza Rojo J, Ladrón de Guevara L. Los derechos del enfermo. Libro de ponencias de las XI Jornadas Médico-Forense Españoletas. Badajoz, noviembre 1983.
3. La atención primaria de salud (APS) constituye un ámbito de trabajo con per-
- sonalidad propia. Los profesionales de APS nos preocupamos de la salud de las personas ya antes de que se encuentren enfermas (en este sentido el registro de hábitos y estilos de vida puede ser imprescindible), si bien los cuidados al enfermo crónico y al paciente en situación terminal recaen igualmente bajo nuestra responsabilidad. Tampoco debemos olvidar la dimensión comunitaria de nuestra actividad. Por otra parte, se ofrece una atención integral e integradora. Las personas que acuden a la consulta viven en su familia, con sus condiciones socioeconómicas y relatan vivencias y conflictos a lo largo de sus múltiples visitas en el tiempo. Precisamente este tipo de relación prolongada en el tiempo constituye uno de los elementos específicos de la relación médico de cabecera-individuo, permitiendo el manejo de los valores, más importantes que los hechos a la hora de tomar decisiones. Estas características distintivas de la APS van a determinar algunas de las situaciones conflictivas que se plantean respecto al secreto médico. Por esta razón, se ha propuesto la formación de un grupo de trabajo sobre cuestiones de confidencialidad en APS.
4. Constitución Española de 1978: arts. 18, 20 y 36. Ley Orgánica de Protección Civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, de 5 de mayo de 1982. Ley General de Sanidad de 1986: arts. 10.3 y 61. – Normativas especiales: RD 426/80 sobre Extracción y Transplante de Órganos. RD 1910/84 sobre Receta Médica. Ley 35/88 sobre Técnicas de Reproducción Asistida. RD 944/78 sobre Ensayos Clínicos. Ley 5/1992 sobre Regulación del Tratamiento Informatizado de los Datos de Carácter Personal. Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social.
5. Nuevo Código Penal: Título X, Capítulo primero: Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio. En concreto el art. 199 punto 2 regula el secreto profesional.
6. a) Derecho Penal: arts. 259, 262, 410, 417, 421 y 445 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. b) Enfermedades de declaración obligatoria: anexo de la Resolución de la Dirección de Salud Pública de 22 de diciembre de 1981.
7. Art. 716 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal – arts. 326 a 332 y 576 del Código Penal. Para más información, acúdase a los textos legales y/o a los artículos: García Miró F. Legislación y secreto médico. Jano 1992; 43: 1567-1570. Secreto en la esfera médica. En: García Macho R, editor. Secreto profesional y libertad de expresión del funcionario. Valencia: Tirant Lo Blanch, 1994; 94-123.
8. En el artículo de Gutiérrez Maldonado J. La deontología. Jano 1992; 43: 1573-1577, se recogen y comentan los diferentes códigos deontológicos en lo referente al secreto médico.
9. Presentación del nuevo Código de Ética y Deontología Médica. Jano 1990; 38: 2020-2028. Herranz G. Comentarios al código de ética y deontología médicas. Pamplona: Eunsa, 1993.
10. Ante estos dilemas, la fórmula propuesta por el Prof. Gisbert Calabuig es la derivada de la respuesta a dos preguntas: a) al revelar el secreto, ¿beneficio al paciente? Una respuesta positiva podría justificar, desvelar datos confidenciales, respetando en lo posible la autonomía del paciente. b) Al revelar el secreto, ¿hay un beneficio social cierto? Si el beneficio es cierto y no sólo probable, el principio de justicia justificaría revelar el secreto.
11. Bioética. Bol Sanit Panam 1990; 108 (5-6): 605.
12. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. Clinical ethics. Nueva York: MacMillan, 1986.
13. Muy interesantes al respecto las aportaciones de D.ª María Castellano Arroyo en la sección Comisión Deontológica de la revista Aragón Médico, marzo 1996: 26-29.
14. Pérez Vicente A, Bueso Magriña C, Jabour Neemi SH. El secreto profesional y la informática. Jano 1992; 43: 1561-1564.
15. Confidentiality of information on NHS network must be addressed. BMJ 1996; 312: 579 (editorial).
16. Aporta consideraciones interesantes el artículo: Silber TJ. Consideraciones éticas en el tratamiento médico del paciente adolescente. Jano 1989; 37: 839-840.
17. Existe mucha bibliografía al respecto. En castellano son interesantes, entre otros, los artículos: Gracia D. Los médicos y el sida. Problemas éticos de la asistencia médica a enfermos de sida. Jano 1989; 36: 2261-2266. Bayer R, Gostin L. Aspectos legales y éticos relativos al sida. Bol Sanit Panam 1990; 708 (5-6): 473-488. Castillo García A. El secreto médico. Cuadernos de Bioética 1996; 2: 202-209.

La relación clínica con el paciente difícil

M.N. Martín Espíldora

En un seminario sobre bioética en atención primaria¹, se elaboró un listado con los temas considerados de alto interés para su trabajo por los participantes. El que obtuvo mayor puntuación fue el de «relación médico-paciente» y en segundo lugar «relación con el paciente problemático». En cierto modo, parece extraño que sean éstas las cuestiones que más preocupan a los médicos de atención primaria, a pesar de los años de ro-