



Original

Valoración de la importancia de la confidencialidad y del manejo adecuado de la historia clínica en el servicio de urgencias hospitalarias



Amparo Ruiz Carbonell^{a,*}, Florencia Laffont Oscoz^a, Begoña Navarro Lluesma^a, Alexander Sammel^b, Ginés Gómez Úbeda^a y Miguel Ángel García García^c

^a Servicio de Urgencias, Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto, Valencia, España

^b Servicio de Emergencias Sanitarias, Castellón de la Plana, Castellón, España

^c Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de febrero de 2025

Aceptado el 28 de mayo de 2025

On-line el 15 de julio de 2025

Palabras clave:

Servicio de urgencias hospitalarias

Confidencialidad

Sistemas de información hospitalaria

Datos de salud del paciente

RESUMEN

Antecedentes y objetivo: los profesionales sanitarios a veces olvidan sus obligaciones sobre el secreto profesional y la confidencialidad. Vulnerarlos está penado por ley. Llevamos a cabo un trabajo con el fin de evaluar el grado de conocimiento sobre el uso del secreto y la confidencialidad de la información médica de los pacientes en la práctica asistencial de los profesionales del servicio de urgencias hospitalarias de un hospital de segundo nivel. **Material y métodos:** se ha diseñado una encuesta anónima de preguntas sobre la actividad diaria en el servicio de urgencias, relacionadas con la confidencialidad. Van destinadas a evaluar, por parte de todos los grupos profesionales implicados en la atención de los pacientes en urgencias, 4 aspectos: el grado de percepción de los trabajadores acerca de la confidencialidad; los conocimientos en confidencialidad y los deseos de obtener esos conocimientos; la percepción de intercambio o búsqueda de información no permitida; y la percepción de los medios físicos para salvaguardar la intimidad. Se usaron los tests estadísticos chi-cuadrado, t de Student y ANOVA, con un nivel de significación estadística de $p < 0,05$.

Resultados: respondieron a la encuesta 100 trabajadores de todos los grupos profesionales. Los conocimientos en confidencialidad fueron adecuados (69,25% de respuestas positivas), y la percepción de intercambio de información no permitida y medios físicos para salvaguardar la intimidad fueron menos buenos (55 y 55,9% de respuestas positivas).

Conclusiones: el manejo de la confidencialidad en el servicio de urgencias de nuestro hospital tiene un amplio margen de mejora.

© 2025 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Assessment of the importance of confidentiality and appropriate management of the clinical history in the Hospital Emergency Department

ABSTRACT

Keywords:

Emergency service hospital

Confidentiality

Hospital information systems

Patient generated health data

Objective: Healthcare professionals sometimes forget their obligations regarding professional secrecy and confidentiality. Violating them is punishable by law. We carried out a study to evaluate the degree of knowledge about the use of secrecy and confidentiality of patients' medical information in the care practice of the professionals of the Hospital Emergency Service of a second level hospital.

Methods: An anonymous survey was designed with questions about daily activity in the Emergency Department related to confidentiality. They tried to evaluate, by all the professional groups involved in the care of patients in the Emergency Department, 4 aspects: the degree of workers' perception of confidentiality; knowledge in confidentiality and the desire to obtain that knowledge; the perception of unauthorized exchange or search for information; and the perception of physical means to safeguard privacy. The statistical tests chi-square, t-Student and ANOVA were used, with a level of statistical significance of $p < 0.05$.

Results: 100 workers from all professional groups responded to the survey. Knowledge of confidentiality was adequate (69.25% of positive responses), and the perception of unauthorized information exchange and physical means to safeguard privacy were less good (55 and 55.9% of positive responses).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ampruizcar@gmail.com (A. Ruiz Carbonell).

Conclusions: The management of confidentiality in the emergency department of our hospital has a large room for improvement.

© 2025 The Author(s). Published by Elsevier España, S.LU. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introduction

La historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, y está destinada a garantizar una asistencia adecuada del mismo¹. En un corto periodo de tiempo se ha pasado de elaborarla en formato papel a digital. Este proceso ha sido muy positivo para el acceso rápido y la integración de toda la documentación clínica, pero supone un reto en relación con la protección de datos y la confidencialidad de esta²⁻⁴. Según nuestro código deontológico, el sanitario solo debe acceder a la historia clínica por motivos profesionales y justificados que pueden ser asistenciales, científicos, estadísticos, docentes, periciales o de investigación, debiendo observar el principio de vinculación asistencial⁵.

Es habitual que los profesionales sanitarios olviden sus obligaciones sobre el secreto profesional y confidencialidad. Pero no solo es un derecho de los pacientes, también una obligación de los profesionales sanitarios; y el vulnerarlo está penado por ley, por lo que es importante ser conocedores de los límites que no debemos sobrepasar en nuestra labor asistencial. La Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente, en su artículo 7, defiende que toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos relevantes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por ley¹.

En la actualidad, el reto es importante. Las nuevas tecnologías permiten transferir grandes volúmenes de información a gran velocidad, con la posibilidad de ataques informáticos. También la saturación de los servicios sanitarios hace trabajar con rapidez a los trabajadores sanitarios, con comportamientos controvertidos (como acceder a la historia de pacientes que no estamos atendiendo, comentar casos atendidos en los pasillos o en redes sociales, etc.) que pueden poner en peligro la confidencialidad y la intimidad de la información de nuestros pacientes.

La atención en el servicio de urgencias tiene aspectos diferenciales: se debe tener acceso rápido a información clínica de pacientes; la atención es frecuentemente multidisciplinar; puede haber dificultad de acceso a áreas reservadas en las que tratar con el paciente y sus familiares, información sensible; etc. Surge el interés en mejorar la confidencialidad por parte de los profesionales de urgencias, centrado en el manejo adecuado de la historia y la valoración de medios arquitectónicos, materiales y tecnológicos para preservarla.

Métodos

El objetivo de este trabajo fue evaluar el grado de conocimiento sobre el uso adecuado del secreto y la confidencialidad de la información médica de los pacientes en la práctica asistencial de los profesionales del servicio de urgencias hospitalarias de nuestro hospital de segundo nivel dentro de la Comunidad Valenciana.

Para ello, se creó un cuestionario para valorar el secreto profesional y la confidencialidad dentro del servicio de urgencias. Este cuestionario se dirigió a los profesionales habituales de este servicio, sanitarios y no sanitarios. Las preguntas se desarrollaron por deliberación de los miembros del equipo del estudio, intentando recoger aspectos de la práctica diaria. Se planteó realizar un estudio observacional transversal con los resultados de las encuestas respondidas.

El estudio fue valorado por el Comité de Ética para la Investigación del Hospital de Sagunto, y obtuvo un informe favorable sobre su realización. No se solicitó consentimiento explícito a los profesionales

participantes en el estudio porque, al entregarles el cuestionario se les indicó que sus datos y respuestas se manejarían de forma anonimizada, y que con ellos se realizaría un trabajo de investigación que se enviaría a valorar para publicación en una revista biomédica.

Se repartieron los cuestionarios entre el personal que trabaja en urgencias a través de *Google Docs*. Se enviaron varios mensajes de recordatorio para animar, no obligar, a la cumplimentación de estos.

Se redactaron solo preguntas cualitativas:

- Varias preguntas iniciales de filiación: grupo profesional, género, grupo de edad (menor de 31 años, entre 31 y 40, entre 41 y 50, y mayor de 50), antigüedad en el servicio (menor de 5 años, entre 5 y 10, entre 11 y 15, y mayor de 15);
- Y preguntas posteriores, para intentar responder al objetivo del cuestionario, planteadas como dicotómicas (con respuesta «sí»/«no») o categóricas formuladas en el sentido de escala de tipo Likert⁶ con puntuación entre 1 y 10; las respuestas se manejaron como una variable categórica ordenada: de 1 a 3 (nada o poco), entre 4 y 7 (valor intermedio), y de 8 a 10 (mucho o siempre).

Las preguntas formuladas referidas al tema de estudio se agruparon en 4 dimensiones:

- D1: «Percepción de confidencialidad». Las preguntas incluidas (4) son: 6, 27, 28 y 29.
- D2: «Conocimientos en confidencialidad y deseos de obtener esos conocimientos». Las preguntas indicadas (4) son: 7, 8, 30 y 31.
- D3: «Percepción de intercambio/búsqueda de información no permitida». Las preguntas incluidas (9) son: 9, 10, 11, 12, 21, 22, 23, 24 y 25.
- D4: «Percepción de medios físicos para salvaguardar la intimidad». Las preguntas incluidas (9) son: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 26.

Según la intención con que se plantearon, fueron formuladas en sentido positivo si la respuesta afirmativa o la puntuación mayor implicaba un comportamiento adecuado. Las preguntas de tipo Likert (por ejemplo, la 6: «¿Respetas lo suficiente el secreto profesional?») tuvieron una puntuación de 2 cuando la respuesta fue entre 8 y 10; la puntuación fue de 1 cuando la respuesta fue entre 4 y 7; y de 0 puntos cuando la respuesta fue de 1 a 3. Las preguntas con respuesta dicotómica (por ejemplo pregunta 7 «¿Has recibido formación sobre confidencialidad cuando cursaste estudios sanitarios?») se puntuaron con 2 cuando la respuesta fue «sí» y 0 cuando fue «no».

A la inversa, preguntas formuladas en sentido negativo fueron aquellas en que una respuesta afirmativa o de mayor puntuación implicaban un comportamiento inadecuado. Por ejemplo, pregunta 9 «¿Te ha llegado información médica de pacientes atendidos en tu mismo turno?», si la respuesta fue entre 8 y 10 se puntuó con 0; y si fue entre 1 y 3, se puntuó con 2. De forma análoga, con las preguntas dicotómicas (por ejemplo, pregunta 17 «¿Dejas el ordenador funcionando con tu tarjeta electrónica activa, aunque no lo estés usando?») se puntuaron con 0 si la respuesta fue afirmativa, y 1 cuando fue negativa.

Se valoró el porcentaje de respuestas adecuadas (puntuación de 2 en preguntas formuladas en sentido positivo, y de 0 en preguntas con sentido negativo). Se calculó la nota en cada dimensión sumando las valoraciones de cada pregunta incluida, y se obtuvo una puntuación en porcentaje frente a la máxima nota obtenible. Por ejemplo, obtener 6 puntos en una dimensión de 4 preguntas supuso una puntuación de:

$[6/(2 \cdot 4)] \cdot 100 = 75\%$. De forma similar, se calculó el global de cada cuestionario.

Las variables numéricas se valoraron con medias y desviación estándar (DE). Las variables categóricas se describieron con porcentajes con estimación puntual e intervalo de confianza al 95%.

El tamaño poblacional conseguido nos permitió usar pruebas estadísticas paramétricas. Al comparar 2 variables categóricas se usó la prueba chi-cuadrado. Al comparar una variable categórica frente a otra continua se usaron las pruebas t de Student (2 categorías) y ANOVA (más de 2 categorías). Se estableció el nivel de significación estadística si $p < 0,05$.

Se confeccionaron gráficos de sectores, barras, barras apiladas y de caja para representar la información obtenida. En gráficos de barras apiladas, las respuestas adecuadas (puntuación de 8 a 10 en preguntas formuladas en sentido positivo, o puntuación de 1 a 3 de preguntas en sentido negativo) se identificaron en los gráficos de barras con el color verde; las respuestas inadecuadas (puntuación de 1 a 3 en preguntas formuladas en sentido positivo, o de 8 a 10 en preguntas en sentido negativo) en color rojo; y las respuestas intermedias en color amarillo. En las preguntas formuladas para responder «sí» o «no» las respuestas se contabilizaron como adecuadas (verde) o inadecuadas (rojo) según el sentido de la pregunta, y no hubo respuestas intermedias.

Se realizó en primer lugar una descripción de las características basales de los encuestados. A continuación, se describieron los resultados de todas las respuestas de forma gráfica; y a continuación, de forma concreta, las respuestas a las preguntas que parecieron más relevantes. También se indicaron las preguntas con porcentajes más bajos de respuestas positivas (menor del 50%). En último lugar, se realizó un análisis bivalente de subgrupos (en función de grupos profesionales, grupos de edad, antigüedad profesional y género). La naturaleza exploratoria del trabajo no ameritó, a juicio de los autores, la posibilidad de realizar un análisis multivariante.

El análisis matemático y los gráficos se realizaron con el programa SPSS v 15.0, Stata/BE 18.0 y Excel v. 2017.

Resultados

Se recogieron un total de 100 encuestas entre los trabajadores del servicio de urgencias, de un total de 156 profesionales adscritos a este servicio (64,1% de exhaustividad de cumplimentación del cuestionario), que correspondieron a:

- 7 administrativos (7/9 administrativos que trabajan en urgencias = 77,8%),
- 18 celadores (18/32 = 56,25%),
- 35 enfermeras (35/61 = 57,4%),
- 25 médicos (25/29 = 86,2%),
- 2 trabajadoras de limpieza (2/5 = 40%),
- 4 miembros del equipo de seguridad (4/15 = 26,7%), y
- 9 técnicos de cuidados auxiliares en enfermería (TCAE) (9/25 = 36%) (fig. A, Apéndice).

El 68% de los profesionales tuvieron una edad mayor de 40 años. Un 52% de profesionales trabajaron en el servicio urgencias menos de 5 años. Las mujeres supusieron el 73% de los profesionales que respondieron a la encuesta (tabla 1). Hay una relación estadísticamente significativa ($p = 0,001$) entre el grupo de edad y el haber recibido formación en confidencialidad durante los estudios previos, de tal

modo que el 75% de los menores de 30 años ha recibido formación, frente al 34,6% en mayores de 50 años.

En la pregunta 6 «¿Respetas lo suficiente el secreto profesional que estás obligado a guardar en tu puesto asistencial?», incluida dentro de la dimensión D1 «Percepción de confidencialidad», la evaluación fue favorable (mucho o siempre) en 94 respuestas. Dicha valoración fue mayoritariamente positiva en todos los grupos profesionales, aunque la respuesta de valor intermedio fue más frecuente en los médicos⁴ con diferencias que no alcanzan significación estadística (fig. 1). La valoración por subgrupos no arrojó diferencias estadísticamente significativas.

Dentro de esa D1 la pregunta 29 «¿Cuánto crees que puede mejorar la confidencialidad del puesto de trabajo?» tuvo un porcentaje escaso (7%) de respuestas positivas.

En relación con la pregunta 7 «¿Has recibido formación sobre confidencialidad cuando cursaste tus estudios sanitarios?», incluida en la dimensión D2 «Conocimientos en confidencialidad y deseos de obtener esos conocimientos», se obtuvieron 41 respuestas negativas. En todos los grupos hubo profesionales sin formación en confidencialidad; el porcentaje fue del 100% entre administrativos y personal de limpieza, 27,8% en celadores y 44% en médicos (fig. 2) ($p < 0,001$). A la inversa, los grupos de enfermería, personal de seguridad y TCAE recibieron mayoritariamente formación en confidencialidad durante sus estudios.

La valoración de esta pregunta 7 por grupos de edad mostró porcentajes mayores de formación en confidencialidad en trabajadores más jóvenes (75% en menores de 30 años, y 87,5% entre 31 y 40 años) y menores porcentajes con trabajadores de mayor edad (54,8% entre 41 y 50 años, y 34,6% en mayores de 50 años) con significación estadística ($p < 0,001$). Las respuestas para grupos de antigüedad en urgencias fueron similares, con porcentajes mayores de formación en los llegados a urgencias en fechas más recientes, también con $p < 0,05$. Las mujeres tienen un porcentaje de formación menor que el de hombres (53,4 vs. 74,1%), sin diferencia estadísticamente significativa.

En la D2, la pregunta 8 «¿Se recibió formación en confidencialidad tras tus estudios?», solo la recibió un 36% de los encuestados.

La descripción de las respuestas a la pregunta 9, «¿Te ha llegado información médica de pacientes atendidos en tu mismo turno que no estaban a tu cargo?», incluida en la dimensión D3 «Percepción de intercambio/búsqueda de información no permitida», mostró 50 respuestas claramente inadecuadas («mucho» o «siempre»), 33 con un valor intermedio, y solo 17 con un valor bajo («poco» o «nada»). Casi todos los médicos y enfermeras pensaron que tienen ese problema en grado al menos moderado, con distribuciones más equitativas entre los 3 grupos de respuestas en las restantes categorías excepto el personal de limpieza, para el que el problema no existió, con diferencia estadísticamente significativa entre grupos ($p < 0,001$). Los grupos profesionales con porcentajes de respuestas inadecuadas más altos fueron medicina y enfermería (fig. 3).

La valoración de esta pregunta 9 por grupos de edad parece mostrar porcentajes mayores de respuestas más inadecuadas en los más jóvenes (75% en menores de 30 años, y 58,3% entre 31 y 40 años) y menos respuestas inadecuadas entre los grupos de mayor edad (52,4% entre 41 y 50 años, y 30,8% en mayores de 50 años) sin diferencias significativas. Las valoraciones de esta pregunta frente al género (55,6% en hombres y 47,9% en mujeres de respuestas más inadecuadas) y los grupos de antigüedad en urgencias tampoco obtuvieron diferencias significativas.

En la D3 se encuentran porcentajes bajos de respuestas positivas en otras 2 preguntas: la 10 «¿Te ha llegado información de pacientes atendidos en otro turno?» (24% de respuestas favorables, «nunca o casi nunca»), y la 12 «¿Facilidad de que los pacientes escuchen información de otros pacientes?» (26% de respuestas favorables).

En la dimensión D4 «Percepción de medios físicos para salvaguardar la intimidad», la caracterización de las respuestas a la pregunta 17, «En tu jornada laboral, ¿dejas el ordenador funcionando con tu tarjeta de trabajo activa o perfil de usuario, aunque no lo estés utilizando?», halló 56 respuestas adecuadas («poco» o «nada»), 24 con valor intermedio, y 20 con respuestas inadecuadas. Los grupos profesionales

Tabla 1
Descripción de características basales de los profesionales incluidos en la encuesta

Género	Mujeres	73	Hombres	27
Grupo de edad	<30 años	8	31–40 años	24
			41–50 años	42
			>50 años	26
Antigüedad en urgencias	<5 años	52	5–10 años	22
			11–15 años	11
			>15 años	15

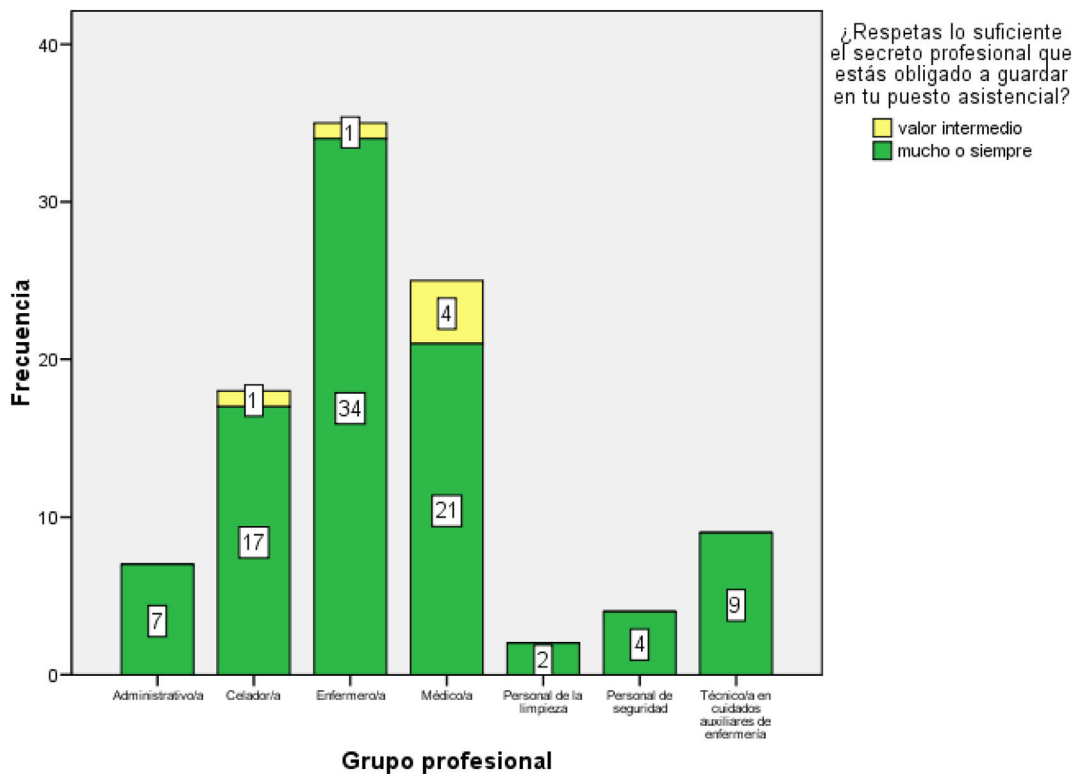


Figura 1. Gráfico de barras apiladas de valoración del respeto del secreto profesional en relación con el grupo profesional.

que reconocen conductas adecuadas con menor frecuencia son administrativos (42,9%), enfermeros (45,7%) y médicos (48%), aunque las diferencias no llegan a ser significativas (fig. 4). En la valoración por otros subgrupos, el grupo de edad menor a 30 años tienen respuestas más favorables de este aspecto en un porcentaje menor

(37,5%) que los otros subgrupos (superiores al 50%); las mujeres tienen un porcentaje de respuestas favorables inferior al de hombres (49,3 vs. 74,1%); y los que llevan trabajando menos de 5 años en urgencias tienen respuestas más favorables (61,5%) que en grupos de edad mayor; las diferencias no alcanzan en ningún caso significación estadística.

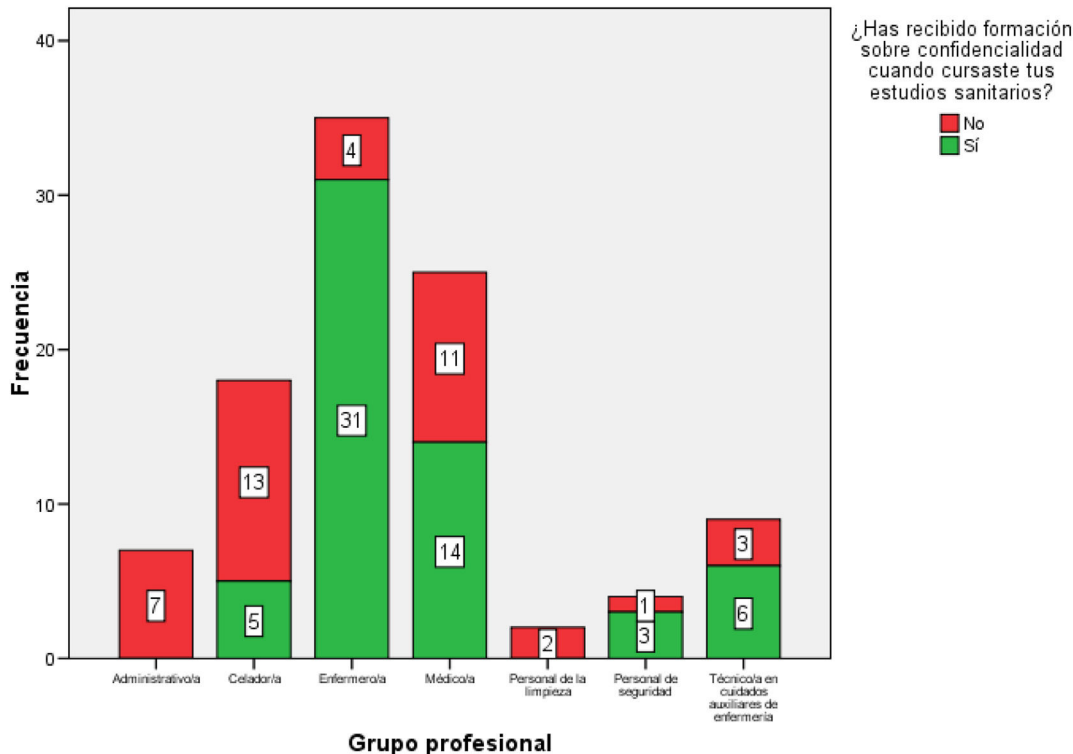


Figura 2. Gráfico de barras apiladas sobre la presencia de formación en confidencialidad al cursar estudios sanitarios entre los distintos grupos profesionales.

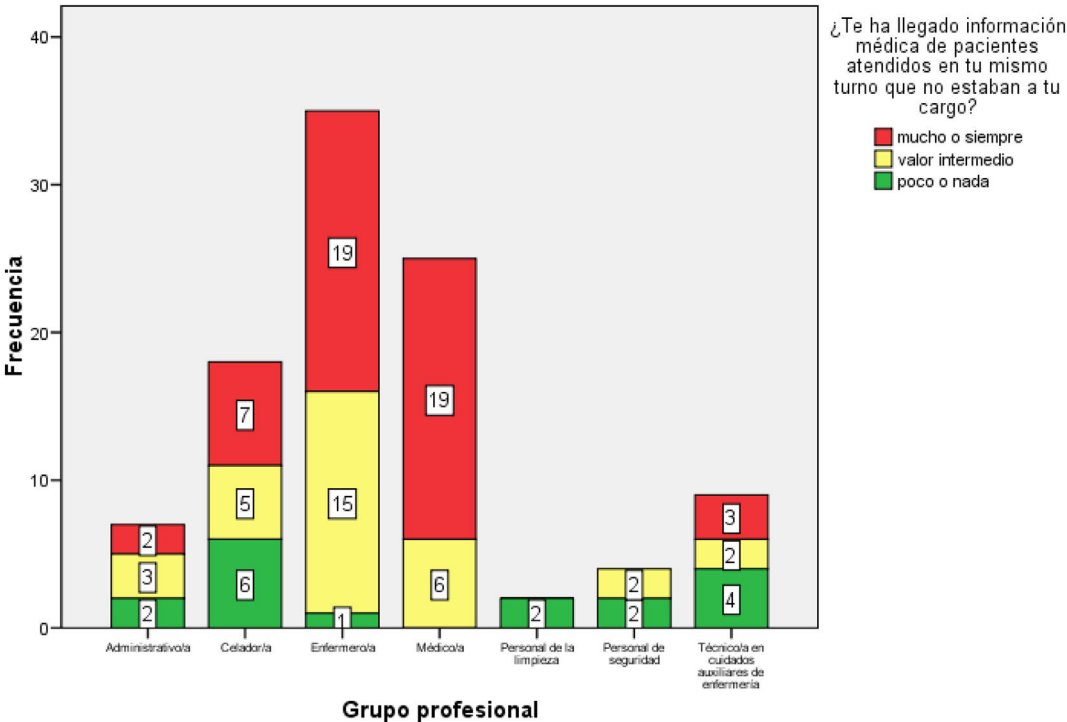


Figura 3. Gráfico de alcance de información de pacientes no a tu cargo en tu mismo grupo en los distintos grupos profesionales.

Varias preguntas incluidas en la D4 tienen porcentajes bajos de respuestas positivas: la 15 «¿Sencillez de acceso visual a información privada en pantallas por parte de pacientes?», con 14% de respuestas positivas (nunca o casi nunca); la 16 «¿Existe un protector de pantalla para proteger información de pacientes?», con 23% de respuestas afirmativas; y la 18 «¿Es habitual encontrar documentación de pacientes atendidos con anterioridad», con un 18% de respuestas positivas (nunca o casi nunca).

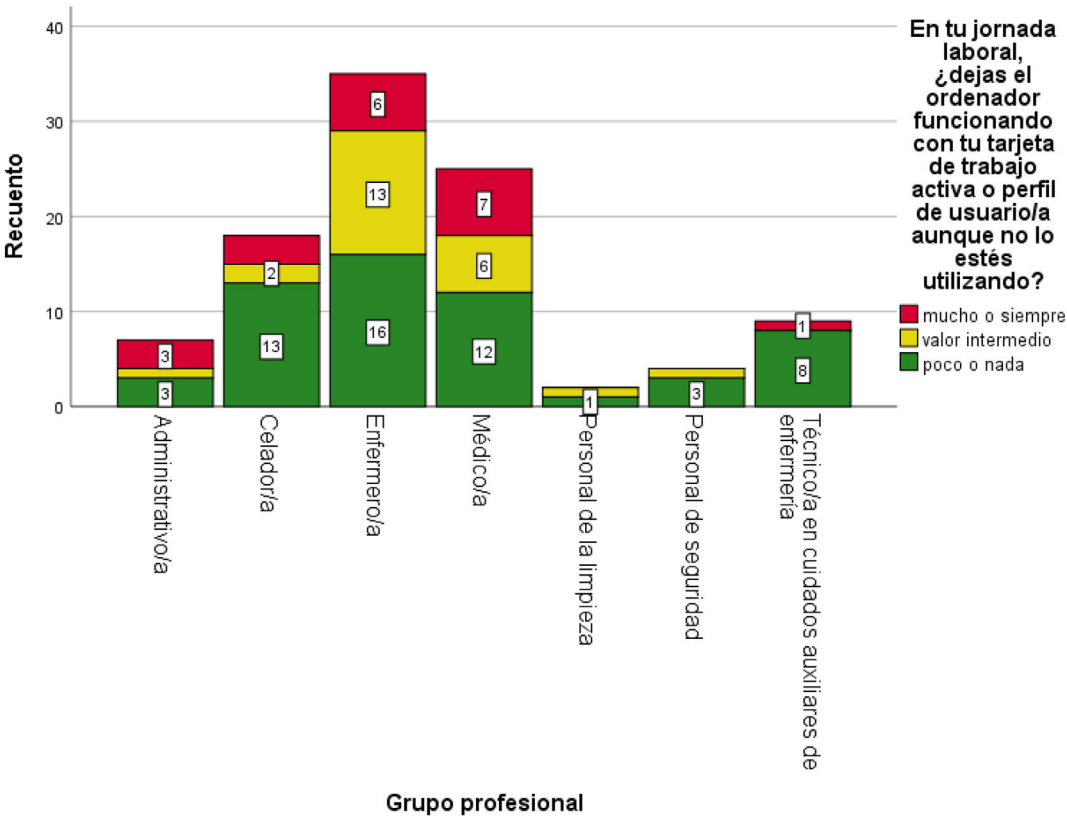


Figura 4. Gráfico de barras apiladas sobre las respuestas a la pregunta 17 «En tu jornada laboral, ¿dejas el ordenador funcionando con tu tarjeta de trabajo activa o perfil de usuario/a aunque no lo estés utilizando?» entre los distintos grupos profesionales.

La valoración global de las distintas preguntas, englobadas dentro de su dimensión, se refleja en la [figura 5](#) (y [tabla A](#), Apéndice). Las 4 preguntas incluidas en la D1 tuvieron porcentajes de respuestas muy variables: adecuadas e intermedias en el 100% de respuestas a la pregunta 6 «Respeto suficiente del secreto profesional», y menor del 50% en la pregunta 29 «¿Cuánto crees que puede mejorar la confidencialidad en el puesto de trabajo?». Otras preguntas con más del 50% de respuestas inadecuadas fueron la 8: «¿Se ha recibido formación con confidencialidad tras finalizar tus estudios?» (D2), la 9 «¿Te ha llegado información de pacientes atendidos en tu turno?» (incluida en la D3), la 15 referente a la «Sencillez de acceso visual a información privada en pantalla por parte de los pacientes», y la 16 sobre la «Presencia de protector de pantalla para proteger información de pacientes» (estas 2 últimas incluidas en la D4). El aspecto de esa figura parece indicar mucha variabilidad en el porcentaje de respuestas adecuadas dentro de las preguntas de cada dimensión.

Se encontró un porcentaje total de respuestas adecuadas del 58,5%. La dimensión D2 («Conocimientos en confidencialidad») arrojó un valor más elevado (69,3%), y la D3 («Percepción de que hay intercambio de información no adecuado») tuvo un menor porcentaje de respuestas adecuadas, 55%. Los profesionales de seguridad tuvieron un porcentaje global más elevado (65,1%) mientras los médicos tuvieron el porcentaje menor (51,7%) ([tabla B](#), Apéndice).

La comparación de la puntuación global arrojó datos similares. La estimación global da una media de 67,7 (DE 9,5) con un valor mínimo de 48 y máximo de 88. Las comparaciones de cada dimensión entre grupos profesionales arrojan diferencias significativas en las dimensiones 2 y 3, pero no en las restantes. Las distribuciones de puntuaciones en los distintos grupos profesionales estuvieron muy solapadas, con valores centrales algo mayores en personal de seguridad (media de 72,96) y algo menores en médicos (media de 62,57) ([tabla C](#) y [fig. B](#), Apéndice). Los análisis de subgrupos, de valoración del porcentaje de respuestas adecuadas y de la puntuación global, en relación con los grupos de edad, los grupos de antigüedad en urgencias o género, no arrojan diferencias significativas.

Discusión

Los hallazgos de nuestro estudio indican que el manejo de la confidencialidad en urgencias de nuestro hospital tiene un amplio margen de mejora. Estos datos parecen estar de acuerdo con la teoría expresada en algunos trabajos internacionales⁷. Los aspectos iniciales en los que podrían recaer esos esfuerzos deberían apoyarse en las preguntas con mayor porcentaje de respuestas inadecuadas. Se debería mejorar la formación en confidencialidad tras finalizar los estudios. También se debería recordar la importancia de que cada profesional

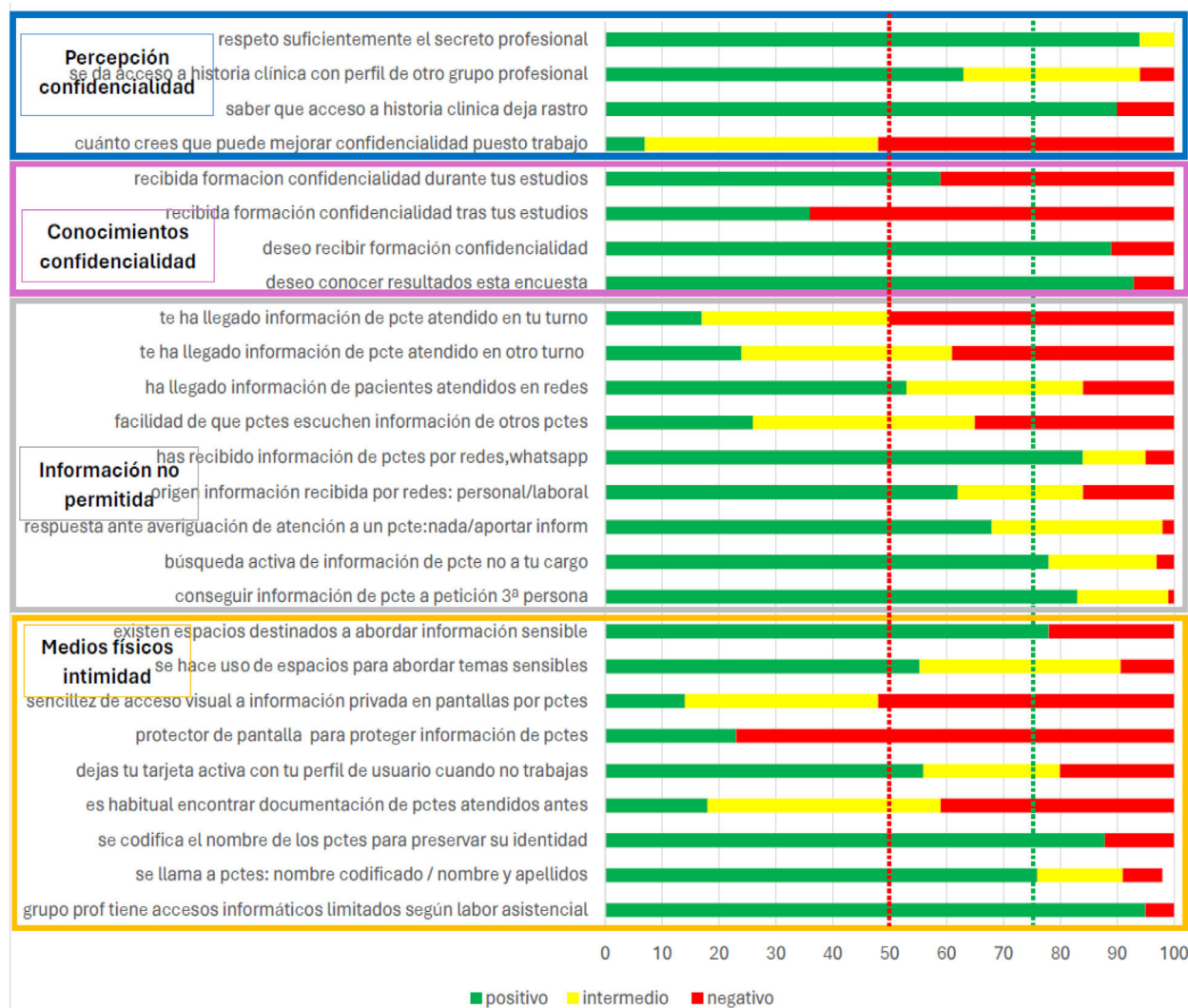


Figura 5. Gráfico de barras apiladas del número de respuestas obtenidas en cada pregunta, dentro de cada dimensión. Los porcentajes de respuestas adecuadas (verde) superiores al 75% indican un resultado adecuado. Porcentajes de respuesta verde <50% muestran un resultado inadecuado.

use su sesión, y no dejarla abierta para que otro profesional realice su trabajo, por la posibilidad de dejar abierta esa ventana a la indiscreción. También los profesionales sanitarios debemos ser conscientes de la importancia de mantener el secreto profesional, que se nos impone por ley¹. Por tanto, el manejo de datos de la historia clínica, en formato electrónico y en otras presentaciones (papel, pruebas de imagen) debería ser escrupuloso. Y la necesidad de acometer mejoras arquitectónicas, para dificultar, en lo posible, que los pacientes puedan escuchar o ver datos de otros pacientes atendidos, o para hacer más accesible un despacho de información a pacientes y familiares, también es urgente.

- Nuestro trabajo tuvo varios hallazgos significativos:
- La antigüedad de los profesionales en urgencias es baja (52 encuestados llevan menos de 5 años trabajando en este servicio).
 - Los TCAE, pese a ser un grupo numeroso, han declinado su participación en este estudio. Sería interesante valorar el motivo. Para los autores puede haber varios motivos: ¿no se han sentido implicados en el desarrollo del proyecto?; ¿este colectivo tiene la percepción errónea de que el tema de la confidencialidad es algo que no les incumbe? (¿Quizá no perciben su gran importancia?)
 - La baja formación en confidencialidad del grupo de celadores, que no parece considerarse necesaria dentro de los planes de estudio para el desempeño en el puesto de trabajo, sí es, a todas luces, importante en el momento actual de la asistencia sanitaria.
 - Podrían desarrollarse proyectos de formación en confidencialidad a nivel hospitalario para paliar el déficit de formación en este aspecto durante el desarrollo de la vida laboral.
 - El dato, discordante frente a otros grupos, de la alta formación en confidencialidad al personal de seguridad podría deberse a que esa formación es proporcionada por su empresa, externa al sistema sanitario.
 - Es destacable que existe un mayor intercambio de información entre grupos profesionales con mayor acceso a la historia clínica, que es superior al 50% en enfermería y mayor al 75% en medicina. Este dato debe servir de acicate para que estos grupos profesionales sean los primeros en recibir las acciones dirigidas a promover un uso adecuado de la historia clínica.

La búsqueda de trabajos similares al nuestro no mostró estudios análogos dirigidos al tema del manejo de la confidencialidad y de su percepción por el profesional sanitario, sino más bien relacionados con la satisfacción global, y aspectos más concretos como la intimidad (visual y auditiva) y otros aspectos necesarios en cualquier profesional sanitario (respeto, limpieza, disposición a escuchar, preparación profesional, amabilidad, etc.)^{8–10}. La percepción del profesional

sanitario parece también relevante, y puede ser distinta, o incluso complementaria, a la del paciente. Todo ello nos sirve para resaltar el interés y la originalidad de nuestro trabajo.

Pese al interés de nuestro trabajo, este puede tener varias limitaciones. La principal, que se trata de un cuestionario de fabricación propia, con un proceso de deliberación, pero sin la validación presente en cuestionarios aceptados en muchos aspectos de la medicina. El tamaño muestral fue amplio, pero la infrarrepresentación de algunos colectivos pudo restar validez externa a sus hallazgos.

Desde todos los aspectos de la atención sanitaria del paciente, en general, y de la atención del paciente en urgencias hospitalarias, en particular, debemos, los profesionales sanitarios, ser capaces de identificar áreas deficitarias en nuestro funcionamiento habitual, para llevar a cabo las acciones de mejora necesarias, buscando el mayor beneficio para nuestros enfermos. Otra acción futura podría ser la confección de encuestas, de valoración de la privacidad percibida por los pacientes en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

Consideraciones éticas

El estudio fue valorado por el Comité de Ética para la Investigación del Hospital de Sagunto, y obtuvo un informe favorable sobre su realización. No se solicitó consentimiento explícito a los profesionales participantes en el estudio porque, al entregarles el cuestionario se les indicó que sus datos y respuestas semanejarían de forma anonimizada, y que con ellos se realizaría un trabajo de investigación que se enviaría a valorar para publicación en una revista biomédica.

Financiación

Los autores declaran que para llevar a cabo este trabajo no se ha contado con ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses en relación al tema del mismo.

Agradecimientos

Los autores del trabajo quieren agradecer a todo el personal del servicio de urgencias de nuestro hospital su ayuda en la realización del cuestionario, y sus ganas en hacer el trabajo diario cada vez mejor.

Anexos

Tabla A
Descripción de las dimensiones y preguntas del cuestionario, junto con las respuestas positivas, intermedias y negativas obtenidas

Dimensión	Pregunta	Respuestas positivas	Respuestas intermedias	Respuestas negativas
D1. Percepción de confidencialidad	6. Respeto suficiente al secreto profesional	94	6	0
	27. Se da acceso a la historia clínica con perfil de otro profesional	63	31	6
	28. Saber que el acceso a la historia clínica deja rastro	90	–	10
	29. Cuánto crees que puede mejorar la confidencialidad en el puesto de trabajo	7	41	52
D2. Conocimientos en confidencialidad y deseos de obtener esos conocimientos	7. Recibida formación sobre confidencialidad durante tus estudios	59	–	41
	8. Recibida formación sobre confidencialidad tras los estudios	36	–	64
	30. Deseo recibir formación sobre confidencialidad	89	–	11
	31. Deseo conocer resultados de esta encuesta	93	–	7

(Continúa)

Tabla A (Continuación)

Dimensión	Pregunta	Respuestas positivas	Respuestas intermedias	Respuestas negativas
<i>D3. Percepción de intercambio/búsqueda de información no permitida</i>	9. Te ha llegado información de un paciente atendido en tu turno	17	33	50
	10. Te ha llegado información de un paciente atendido en otro turno	24	37	39
	11. Ha llegado información de pacientes atendidos en redes	53	31	16
	12. Facilidad de que pacientes escuchen información de otros pacientes	26	39	35
	21. Has recibido información de pacientes por redes, WhatsApp	84	11	5
	22. Origen de la información recibida por redes: personal/laboral	62	22	16
	23. Respuesta ante averiguación de atención al paciente: nada/aportar información	68	30	2
	24. Búsqueda activa de información de un paciente no a tu cargo	78	19	3
	25. Conseguir información de pacientes a petición de tercera persona	83	16	1
<i>D4. Percepción de medios físicos para salvaguardar la intimidad</i>	13. Existen espacios destinados a abordar información sensible	78	–	22
	14. Se hace uso de espacios para abordar temas sensibles	55	35	9
	15. Sencillez de acceso visual a información privada en pantallas por pacientes	14	34	52
	16. Protector de pantalla para proteger información de pacientes	23	–	77
	17. Dejar tu tarjeta activa con tu perfil de usuario cuando no trabajas	56	24	20
	18. Es habitual encontrar documentación de pacientes atendidos antes	18	41	41
	19. Se codifica el nombre de los pacientes para mantener su identidad	88	–	12
	20. Se llama a pacientes: nombre codificado/nombre y apellidos	76	15	7
	26. Grupo profesional tiene accesos informáticos limitados según labor asistencial	95	–	5

Tabla B

Porcentaje de respuestas favorables en las dimensiones y en los grupos profesionales. Los valores de la columna y fila terminales son estimaciones puntuales, seguidas del intervalo de confianza al 95%

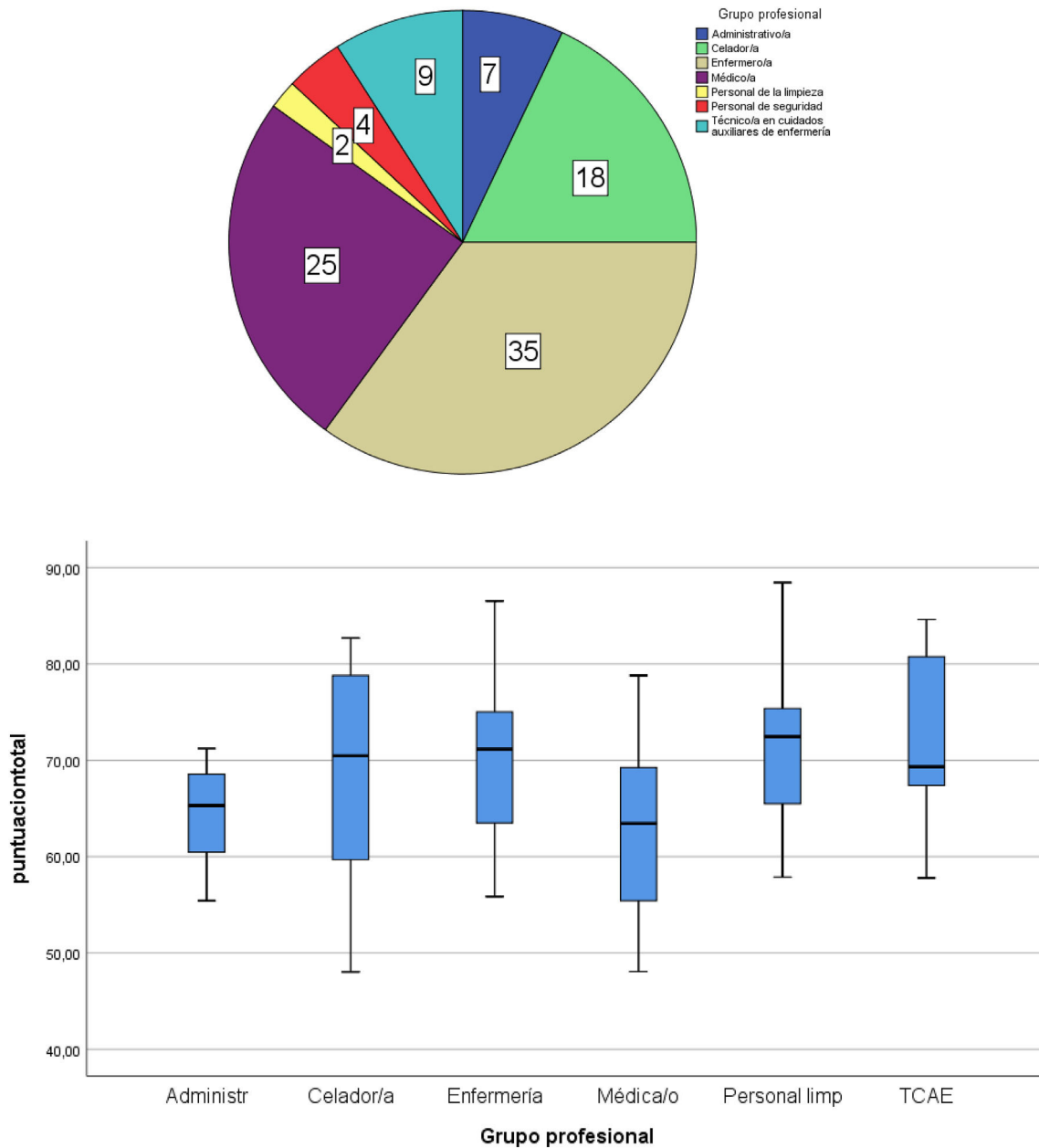
Grupo profesional Porcentajes respuestas positivas	D1 percepción de confidencialidad	D2 conocimientos de confidencialidad	D3 información no permitida	D4 medios físicos de intimidad	Global
<i>Administrativos (7)</i>	67,9	53,6	61,9	50,3	57,5 (18,4–90,1)
<i>Celadores (18)</i>	69,1	58,3	61,1	60,4	61,7 (35,7–82,7)
<i>Enfermeros (35)</i>	62,9	80,7	58,6	56	61,8 (44,9–78,5)
<i>Médicos (25)</i>	61	69	37,3	54,2	51,7 (31,3–72,2)
<i>Limpieza (2)</i>	62,5	50	88,9	47,1	64,4 (1,3–98,7)
<i>Seguridad (4)</i>	56,3	75	72,2	57,4	65,1 (19,4–99,4)
<i>Técnicos de cuidados auxiliares en enfermería (9)</i>	69,4	61,1	70,4	56,8	64,1 (29,9–92,5)
<i>Global (100)</i>	63,5 (53,8–73,4)	69,25 (58,9–77,9)	55 (44,7–65,9)	55,9 (45,7–65,9)	58,5 (48,7–68,7)

Tabla C

Puntuaciones globales obtenidas en cada dimensión y cada grupo profesional. Los valores de la columna y fila terminales son estimaciones puntuales, seguidas del intervalo de confianza al 95%

Grupo profesional Puntuación total	D1 percepción de confidencialidad	D2 conocimientos de confidencialidad	D3 información no permitida	D4 medios físicos de intimidad	Global
<i>Administrativos (7)</i>	71,4	53,6	74,6	55,4	64,3 (59–69,6)
<i>Celadores (18)</i>	73,6	58,3	71	65,6	67,6 (61,9–73,3)
<i>Enfermeros (35)</i>	74,3	80,7	68,7	65,3	70,3 (67,6–73)
<i>Médicos (25)</i>	70	69	56	63	62,6 (58,9–66,3)
<i>Limpieza (2)</i>	68,8	50	88,9	60,7	70,1 (11,3–128,9)
<i>Seguridad (4)</i>	68,8	75	83,3	63,4	72,9 (52,8–93,1)
<i>Técnicos de cuidados auxiliares en enfermería (9)</i>	81,9	61,1	78,4	65,4	71,8 (64,6–79,1)
<i>Global (100)</i>	73,3 (70,6–75,9)	69,23 (64,9–73,6)	68,2 (64,8–71,6)	63,9 (61,1–66,8)	67,7 (65,8–69,6)

Figura A. Gráfico de sectores que muestra el número de participantes en la encuesta de cada grupo profesional.



Bibliografía

1. 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. [consultado 24 Feb 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2002/BOE-A-2002-22188-consolidado.pdf>.
2. Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, 294. Boletín Oficial del Estado; 2018. p. 1-99 [consultado 24 Feb 2025]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>.
3. Agencia Española de Protección de Datos. Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad; [consultado 17 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-12/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf>.
4. Agencia Española de Protección de Datos. Decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo; 2019. [consultado 17 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.aepd.es/sites/default/files/2019-10/infografia-decalogo-personal-sanitario.pdf>.
5. Código de Deontología Médica 2002. Guía de ética médica. Organización Médica Colegial de España. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2002 [consultado 24 Feb 2025]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/main/files/minisite/static/828cd1f8-2109-4fe3-acba-1a778abd89b7/codigo_deontologia/.
6. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archiv Psychol*. 1932;140:1-55.
7. Geiderman JM, Moskop JC, Derse AR. Privacy and confidentiality in emergency medicine: obligations and challenges. *Emerg Med Clin North Am*. 2006;24(3):633-56.
8. Burillo-Putze G, Expósito-Rodríguez M, Cinesi-Gómez C, Piñera-Salmerón P. Satisfacción de los usuarios de las urgencias hospitalarias. *Gaceta Sanit*. 2013;27(2):185.
9. Parra Hidalgo P, Bermejo Alegría RM, Más Castillo A, Hidalgo Montesinos MD, Gomis Cebrián R, Calle Urrea JE. Factores relacionados con la satisfacción del paciente en los servicios de urgencias hospitalarios. *Gac Sanit*. 2012;26:159-65.
10. Mozota Duarte J, Moliner Lahoz J, García Noaín A, Moreno Mirallas MJ, Fernández Moros RW, Rabanaque Hernández MJ. Percepción de intimidad de los pacientes atendidos en los servicios de urgencias hospitalarios de Aragón. *Emergencia*. 2013;25:445-50.