

## Foro de debate 2. Aspectos bioéticos en la relación médico-paciente en Atención Primaria

Moderador: José Francisco Díaz Ruiz

Médico de Familia. Grupo de Bioética y Humanidades Médicas SEMERGEN.

### El secreto médico y sus limitaciones en la consulta diaria

Antonio Hidalgo Carballal

Médico Forense. Grupo de Bioética y Humanidades Médicas de SEMERGEN.

La Constitución española de 1978, reconoce como derecho fundamental de todos los ciudadanos la garantía de su honor e intimidad personal y familiar, como muestra de la trascendencia que en nuestra comunidad tiene la privacidad y la importancia otorgada al deber de confidencialidad.

Esta obligación de discreción, adquiere connotaciones muy especiales en un ámbito tan delicado a estos efectos como es el constituido por la actividad sanitaria en su más extenso sentido.

El secreto médico como núcleo clásico y básico de la profesión médica, ha acompañado a nuestra ciencia y arte desde los comienzos de su historia, como garantía social de la profesión e instrumento de defensa de este derecho del paciente, estando ya presente en el Juramento Hipocrático del año 43 a. C. y persistiendo hasta la actualidad tanto en las normas legales (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica) (Ley 44/2003, de 21 de Noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias) (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal) como en las deontológicas (Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina; Oviedo, 4 de abril de 1997) (Código de Ética y Deontología Médica de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la Organización Médico Colegial de 10 de septiembre de 1999), siendo considerado igualmente como un indicador de calidad asistencial.

La información proporcionada al médico por parte del enfermo, es puesta a su disposición con un fin muy concreto, permitiéndosele el acceso a su intimidad en base al deseo de obtener una respuesta médica ante el problema

clínico planteado. Es la especial naturaleza de esta demanda lo que da lugar a que se sobreentienda la obligación de silencio para todo el equipo asistencial y administrativo, que extendiéndose más allá del fallecimiento del paciente, abarca toda la información derivada de la actuación prestada en relación a los datos clínicos relativos al proceso patológico del paciente y a su estancia en el centro sanitario, con especial mención respecto de las circunstancias de cuyo conocimiento generalizado pudiese derivarse un perjuicio para sí mismo o para terceras personas. Debiendo así limitarse el acceso de terceros no autorizados a la información en cuestión, mediante la adopción por parte de los centros sanitarios de las medidas oportunas para ello, elaborando normas y procedimientos protocolizados que lo garanticen, valorando en particular el fenómeno de la informatización de la consulta y la historia clínica electrónica.

Mención específica merece el tema de la actividad docente, la investigación científica y la producción literaria, exigiéndose en estos supuestos garantizar el completo anonimato del paciente, debiendo preservar los datos identificativos, separándolos de los de carácter clínico asistencial.

Las únicas restricciones del secreto médico (secreto absoluto versus relativo) quedan perfectamente definidas en la legislación en cuanto a la denuncia de delitos (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículos 262 y 355), declaración como testigo o como perito (Constitución española, artículo 118. Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículos 410, 417.2º, 420 y 445) y declaración de enfermedades infectocontagiosas.

Desde la perspectiva deontológica, no deberá mantenerse la confidencialidad en aquellas situaciones en las que de ello se provoque un perjuicio para el paciente, para terceras personas o para el propio médico.

La vulneración de este deber profesional al margen de las excepciones presentadas, da lugar a conductas punibles tipificadas en nuestro ordenamiento penal dentro de los capítulos del Código Penal dedicados a los delitos de infidelidad en la custodia de documentos y violación de secretos (artículos 413 a 418).

Las dificultades y limitaciones a que debe enfrentarse el Facultativo en su actividad diaria en relación con to-

dos los aspectos expuestos, exigen la completa involucración de la Administración en cuanto a su resolución.

## El consentimiento informado también en AP. Ideas principales

Antonio Martínez Maroto

Abogado Gerontólogo. Máster en Bioética. Coordinador del Grupo de Ética y Legislación de la Sociedad. Española de Geriatria y Gerontología.

### Consentimiento Informado

Es un proceso de diálogo, desarrollado en el marco de la relación sanitario-paciente, según el cual una persona con capacidad de decisión recibe una información comprensible y suficiente para sus necesidades, que le capacita para participar voluntaria y activamente en la toma de decisiones respecto a los procedimientos diagnósticos o terapéuticos a realizar o a los cuidados a recibir, como consecuencia de su enfermedad o motivo de consulta. Alude a las relaciones sanitario-paciente y afecta también a la relación terapéutica y a la asistencial.

1. Información como proceso que se construye entre sanitario y paciente basado en el principio de autonomía personal.

2. El consentimiento informado tiene dos vertientes claras. Una ética y otra jurídica. Su vertiente ética es reciente, no así su vertiente jurídica, en la que el consentimiento es tan antiguo como el Derecho mismo: la autonomía personal ha tenido siempre capital importancia en el Derecho:

- Tiene importante relación con la figura del contrato (la relación médico-paciente es también contractual), y todos ellos deben formularse de acuerdo a la teoría general de las obligaciones jurídicas.

- El derecho a la autonomía (poder de autodeterminación de la persona, Federico de Castro), es un derecho natural del ser humano.

- Sin autonomía no hay consentimiento.

- Proviene de la cultura general del Derecho, que se ha transplantado al campo de la ética.

La teoría del consentimiento informado se hace extensiva en los años 60 en EE.UU. Y llega a Europa en los años 80. Tiene su base en el principio de la autonomía personal, que afirma que la persona es capaz de decidir por sí misma aquello que le es más conveniente en cada momento concreto. Surge por: el sentido de la libertad que invade toda la vida, el movimiento de los derechos humanos, el desarrollo de los derechos del consumidor, la importancia creciente de la investigación y la defensa de los derechos contra posibles abusos en general.

3. En España queda recogido en la Ley General de Sanidad (14/1986), y es en el Convenio relativo a Derechos Humanos y Biomedicina (Oviedo, 1997) en el que se consagra la superioridad de la voluntad humana sobre el interés la ciencia o cualquier otro. El referente principal del consentimiento informado es la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

4. Comprende 2 exigencias básicas: Informar y obtener la adhesión libre de la persona a lo formulado. El paciente debe percibir adecuadamente:

- Qué quiere hacer el sanitario.
- Qué objetivos tiene marcados.
- Qué medios va a emplear.

5. El deber de informar está ligado a la dignidad personal. Con él, se refuerza la autonomía y se destierra el paternalismo.

6. La persona decide libremente, pero se presupone la capacidad efectiva de poder tomar decisiones libremente en base a la plena.

Capacidad jurídica, lo que no es siempre posible en todas las personas.

Sin contar con la voluntad del paciente, incurrimos en algún tipo de ilegalidad de la que se van a derivar diferentes responsabilidades. Puede existir responsabilidad civil con relativa frecuencia.

La teoría del consentimiento informado no es privativa de la medicina especializada ni de las decisiones importantes, es una componente transversal que afecta a todas las relaciones sanitarias, incluso a las relaciones asistenciales, de ahí que la aplicación del consentimiento informado a la atención primaria es incuestionable, cuestión aparte es identificar consentimiento informado con un protocolo de papeles y firmas.

## La relación médico-paciente desde el punto de vista del paciente

M.<sup>a</sup> Dolores Navarro

Subdirectora de la Fundación Biblioteca Josep Laporte.  
Directora del Observatorio Salud y Mujer.

La relación entre médico y paciente se ha basado, tradicionalmente, en una comunicación en la que el médico representaba la competencia técnica y el acceso a los conocimientos médicos, así como a los recursos sanitarios; mientras que el paciente asumía un papel más pasivo, de dependencia del médico y en el que se producía un traspaso de la responsabilidad en la toma de decisiones del paciente al facultativo.

Hoy en día, el paciente está más informado sobre temas de salud en general, situación que le ayuda en el mo-

mento de decidir sobre aspectos relacionados con su salud y calidad de vida. De esta forma, la relación establecida entre médico y paciente pasa a ser un proceso más compartido.

El intercambio de información que se produce durante la consulta o visita médica, representa uno de los momentos más importantes de dicha relación. Sin embargo, durante la consulta se produce algo más que un simple intercambio de información: el paciente acude por un problema de salud al que el médico intenta dar solución. Esta situación, así como las características de la información personal que se comparte durante la visita, hace que tanto médicos como pacientes, cuenten con una serie de derechos y deberes o responsabilidades en las que se ha de basar la relación que establecen entre sí.

El médico ha de tratar con respeto a su paciente, cuidar de su intimidad, ofrecer información que se entienda, proporcionar pautas a seguir y garantizar la confidencialidad de todo lo que acontezca en la visita o esté relacionado con ella. El paciente, por su parte, también ha de tratar con respeto al profesional, favorecer la colaboración que se le solicite, proporcionar información adecuada y precisa sobre lo que le ocurre y garantizar el cumplimiento con el tratamiento o plan terapéutico prescrito.

De hecho, si se produce un buen nivel de comunicación entre ambos y se intercambia la información necesaria, será más probable conseguir una buena respuesta al problema de salud o situación que generó la consulta. En general, el paciente que se siente bien tratado, se mostrará más satisfecho con la visita y presentará una actitud más positiva hacia la conducta o el plan de tratamiento a

seguir, lo que favorecerá, a su vez, una mejor y más rápida respuesta o solución ante el problema de salud.

Además de los aspectos generales que favorecen una buena relación, como podrían ser, una actitud abierta, positiva, de cara a dar y recibir la información necesaria, habilidades comunicativas o la percepción que se tiene del otro, el grado de satisfacción con la consulta se verá afectado por aspectos como establecer un buen clima de diálogo antes de entrar en temas concretos de diagnóstico o tratamiento, apoyar y valorar las acciones o actitudes positivas del paciente respecto a su situación, animarlo a continuar, valorando los pequeños logros o avances y mostrar interés por sus comentarios, dudas o preocupaciones.

El lenguaje corporal también es importante a este nivel, por ejemplo, asintiendo con la cabeza mientras se escucha o se escribe, mostrando una actitud atenta, interesada por el paciente, sonriendo en algún momento, mirando a los ojos y, en definitiva, mostrándose cercano.

Se podría decir que las condiciones necesarias para establecer una buena relación médico-paciente y, por lo tanto, para mejorar el nivel de satisfacción de ambos con la consulta, serían la existencia de un ambiente abierto y de confianza, con una planificación de los pasos a seguir, mostrando interés por los comentarios y la opinión del otro y con un espacio para la comunicación.

Para conseguir este nivel de relación, es necesario que tanto médicos como pacientes puedan prepararse para ese encuentro: la consulta o visita médica, tanto en habilidades comunicativas, como en la gestión del tiempo y de la complejidad que alcanzar un buen estado de salud conlleva.