

Módulo 1

Máster en valoración médica de la incapacidad laboral y dependencia

Tema 2.

Responsabilidad profesional en secreto médico.



Juan Siso Martín

Licenciado en Derecho

Doctor en Derecho Público

Profesor de Derecho Sanitario en la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos

Interlocutor de Protección de Datos del Ayuntamiento de Madrid

Anteriormente Directivo de la Seguridad Social y Profesor de la asignatura "Seguridad Social" en la Universidad de Salamanca

INDICE

Tema 2.	0
2.1. Presentación.....	2
2.2. La intimidad y sus variantes.....	4
2.2.1. Precisiones conceptuales.	4
2.2.2. El bien jurídico protegido.	4
2.2.3. Intimidad corporal.	5
2.3. La confidencialidad y sus matices.....	6
2.3.1. Breve mención histórica.....	6
2.3.2. Relevancia social de la confidencialidad.....	6
2.3.3. El titular de la información y su poder de disposición.....	7
2.4. El secreto médico	8
2.4.1. Evolución del Secreto.	8
2.4.2. El marco actual de la preservación.	9
2.4.3. Pero ¿por qué nos olvidamos, a veces, de nuestra obligación de sigilo?.....	9
2.4.4. ¿Es absoluta la obligación de secreto?.....	9
2.4.5. Preservar, revelar y sus variables.....	10
2.4.6. La información a terceros, distintos del paciente.....	11
2.4.7. Regulación legal del Secreto Médico	12
2.5. Los datos sanitarios y su tratamiento informático.....	16
2.5.1. Planteamiento general.	16
2.5.2. Principios básicos de protección de archivos informatizados.....	16
2.6. Recomendaciones a los Profesionales	18
2.7. Reflexión final	21
2.8. Normativa de aplicación.....	22
2.8.1. Ámbito general.....	22
2.8.2. Ámbito sanitario	23
2.9. Bibliografía recomendada	24

2.1. Presentación

La relación con los usuarios y pacientes en el sector sanitario es particularmente sensible a las vulneraciones del derecho a la intimidad personal, no sólo en su aspecto de intimidad corporal, sino también en lo que respecta a la obligada confidencialidad de la información clínica sobre los ciudadanos. Este es, precisamente, el ámbito del secreto médico.

Es necesario comenzar por deslindar conceptos fronterizos pero perfectamente diferenciados, para centrarnos, después, en el objeto de estas páginas: la figura del Secreto Médico y la eventual responsabilidad de los profesionales en caso de inobservancia de su preservación. Veamos:

- ✦ **PRIVACIDAD.** En su concepto como derecho exigible, nos permite excluir determinados aspectos personales de intromisiones ajenas no deseadas. Un club privado o una propiedad privada son realidades conocidas con las que nos encontramos diariamente.
- ✦ **INTIMIDAD.** Es la esfera interior de la privacidad, de mayor preservación y a la que dejamos acceder, solamente, a personas de nuestro círculo íntimo. En un club privado únicamente a unas pocas personas las consideramos amigos íntimos. Tiene varias manifestaciones el término intimidad: referida a nuestro cuerpo o a nuestra información, fundamentalmente, este es el terreno del secreto profesional, como ha sido apuntado.
- ✦ **CONFIDENCIALIDAD.** Así como la intimidad es un derecho, la confidencialidad es una obligación de preservar la primera y el terreno en el que se hace la confidencia. Secreto profesional es, precisamente, el mantenimiento a cubierto de aquella información íntima de alguien, que conocemos por razón del desempeño profesional.

Estos conceptos adquieren una especial relevancia en el medio evaluador, en donde la información sanitaria es la herramienta imprescindible para determinar la procedencia, o no de las prestaciones y en el primer caso fijar su contenido y alcance. Cuando datos íntimos de la persona se manejan a estos efectos precisan de tratamiento y precauciones especiales.

Conviene adelantar ya que la obligación general del profesional sanitario es la de preservar, si bien, ocasionalmente y por concretos motivos, está obligado a declarar y no goza del llamado privilegio testimonial, como veremos en su momento.

Vamos a abordar el análisis jurídico de los conceptos de Intimidad y Confidencialidad, entendiendo sumida (a efectos expositivos) la Privacidad en la primera de ellas, para concluir con un apunte sobre el Secreto Médico y una referencia a la protección de datos, como una moderna manifestación de la confidencialidad sobre los documentos de los ciudadanos, en poder de la Administración.

Iremos viendo aquellos aspectos que abarca la obligación de Secreto Médico, en cuanto a la información clínica y que se va a mostrar en tres campos conexos pero perfectamente diferenciados:

- ✦ Acceso a la información, sólo por las personas autorizadas.
- ✦ Manejo, por aquellas, de la información bajo condiciones legales.
- ✦ Preservación de la información para evitar acceso por personas no autorizadas.

En cualquier manera estas páginas pretenden ser una llamada de atención, una sensibilización acerca del ineludible respeto a la intimidad de aquellas personas que precisan de la acción de la Administración, orientada a una prestación pública. Junto al obligado respeto de la intimidad física se sitúa el cumplimiento de la normativa sobre confidencialidad, secreto y protección de datos personales, como iremos viendo. En el texto que se ofrece aquí se van incorporando criterios y recomendaciones para entender la relevancia del secreto médico y facilitar su protección. Veremos que los datos sanitarios sobre los que trabaja el profesional son legalmente considerados como "sensibles" y objeto de la más alta protección. El órgano de la Administración se encuentra obligado no sólo a gestionar adecuadamente los trámites conducentes a la comprobación de existencia, o no, del derecho a la prestación, sino también a hacerlo en condiciones de obligada confidencialidad.

2.2. La intimidad y sus variantes

2.2.1. Precisiones conceptuales.

La Intimidad es uno de los valores personales objeto de la más alta protección por su directa derivación de la dignidad de la persona. Una definición sumamente expresiva del concepto Intimidad la formuló el juez Cooley en 1873. La consideraba "the right to be let alone" traducida por algún autor, con finísima percepción de su sentido, como el "derecho a ser dejado en paz". Mazeaud¹ disiente de esta defensa a ultranza de la Intimidad y formula un curioso planteamiento: ¿Qué tiene que esconder el hombre que vive de acuerdo con la ley? Si nuestra existencia debe de ser transparente ¿no sería deseable que habitáramos una casa de cristal? La casa de cristal no es, sin embargo, más que un ideal utópico: no podría albergar, en realidad, más que a una sociedad de robots.

En su sentido más sencillo la Intimidad supone, simplemente, el acceso reservado, bien a la exposición de nuestro cuerpo o partes del mismo, o de pensamientos o información de alguien, En esta última acepción es como encuentra un engarce perfecto con la Confidencialidad, como barrera que impide el acceso a los datos íntimos de las personas. La única forma de levantar esas barreras es obtener la autorización del titular de la información, o encontrarnos en alguno de los supuestos legales en los que se puede actuar sin esa autorización.

Intimidad y Confidencialidad son conceptos muy próximos, pero no siempre debidamente diferenciados, siendo, sin embargo, perfectamente diferenciables: Si alguien accede, fuera de las condiciones de autorización, a un archivo sanitario comete una violación de la Intimidad (respecto del titular de la información indebidamente accedida) y el centro en donde reside el archivo (sus responsables) incurre en un quebrantamiento del deber de Confidencialidad por custodia deficiente.

2.2.2. El bien jurídico protegido.

Estamos tratando derechos fundamentales, que no son otra cosa que derechos humanos positivizados² en el sentido de aquellos que, derivados de la dignidad de la persona, han sido incluidos por el legislador en la Constitución y con ello dotados de un status especial. Los derechos fundamentales no valen sino lo que valen sus garantías, en certera expresión de Hart³.

El tratamiento legal del derecho a la Intimidad, con su consideración como derecho fundamental⁴ y el hecho de que la información a preservar (o parte de ella) es entregada por su propio titular al profesional sanitario, nos llevan a concluir que la relación entre Intimidad y Confidencialidad reside en que la primera es el bien jurídico protegido mediante la observancia de la segunda.

¹ Autor citado. La protection de la vie privée. Kayser. París 1984. Página primera.

² Fernández Herrero Tejedor. La Intimidad como derecho fundamental. Colex. Madrid 1998.

³ Autor citado. The concept of law. Oxford 1975. Página 176.

⁴ artículo 18.1 de nuestra Constitución

2.2.3. Intimidad corporal.

EXÁMENES Y EXPLORACIONES

Con apoyo en el sentimiento de pudor de las personas exige este derecho cautelas y atenciones específicas en las exploraciones por parte de los profesionales sanitarios, para el respeto necesario de aquella. El hecho de que el paciente permita, a los profesionales sanitarios, el acceso a su cuerpo no quiere decir que renuncie a su intimidad. Esto no debe olvidarse jamás, pues ese acceso ha de llevarse a cabo bajo el principio de proporcionalidad, es decir de forma adecuada y si excesos innecesarios. Se sigue manteniendo el derecho a la intimidad aún a disposición del médico que ha de examinarlos.

La exploración debe hacerse en condiciones de intimidad mediante el uso de cortinas o biombo, en habitaciones con la puerta cerrada y con acceso sólo permitido a personas autorizadas, tras llamar a la puerta. Una vez abierta la puerta es aconsejable que sólo se vea el biombo, tras el cual está el paciente. Al paciente, a su vez, ha de explicársele qué se le va a hacer y para qué, descubriendo sólo lo necesario. Estas menciones, tan evidentes, no siempre son observadas.

GRABACIÓN Y DIFUSIÓN DE IMÁGENES

Es factible la obtención de fotografías o vídeos de pacientes, siempre tras la autorización por los mismos, una vez explicado el motivo de dicha obtención y el medio de exposición o difusión que se va a hacer de ello. No olvidemos que la imagen tiene la consideración de dato personal, desde el punto de vista de protección legal y que se pone en juego el derecho a la intimidad de la persona fotografiada o filmada. Debe procurarse, en la medida de lo posible, la pixelación o difuminación de aquellas partes de la imagen (el rostro) que permiten identificar directamente a la persona, para obtener, de este modo, su anonimato.

2.3. La confidencialidad y sus matices

2.3.1. Breve mención histórica.

"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."

En este juramento sacerdotal (Hipócrates), formulado hace 2200 años, reside, a pesar de su antigüedad, el origen del actual debate sobre la Confidencialidad. La existencia de este Juramento y de su poder vinculante trae su razón de ser en el principio de confianza y de fidelidad que sustentan la relación *Médico – Paciente*.

Hemos de ver, más adelante, que esta formulación elemental, que colmaba la obligación de secreto con el simple no decir, se encuentra hoy muy superada y precisa de matizaciones sin las cuales queda incompleta.

El arranque legal del Secreto Médico podemos situarlo, en su actual, concepción en el fallo del Parlamento de París de 13 de Julio de 1573 que condenó a un farmacéutico que reveló el padecimiento de una persona, deudora de honorarios al profesional. Se basó la condena en el Juramento de la Sorbona cuyo artículo 38 impide al profesional sanitario revelar, bajo ninguna circunstancia, los secretos de sus pacientes.

Experimentan, más adelante, las ciencias un avance notorio, parejo al alejamiento de la concepción religiosa anterior de la Medicina y adquiere la relación médico paciente tintes nuevos apareciendo el primer Código Deontológico en los albores del siglo XIX⁵. En dicha época se consideraba la enfermedad como un fenómeno, consecuencia de parámetros científicos y alejada de aquellas anteriores concepciones mágicas o religiosas. Al lado de las enfermedades objeto de explicación científica aparecen las llamadas "enfermedades secretas" como la tuberculosis o las enfermedades de transmisión sexual, que motivaban la existencia de profesionales especialistas que se distinguían con el rótulo, en sus consultas, precisamente, de especialistas en enfermedades secretas.

2.3.2. Relevancia social de la confidencialidad.

Es preciso dejar constancia de que esta relación (bilateral), conformada entre un profesional de la Sanidad y un paciente, recibe consecuencias, en caso de quebrantamiento de las obligaciones que contiene, que alcanzan, no sólo al profesional que contraviene su obligación de secreto, sino, además, al contexto social afectando de un modo indirecto al interés general, por estar inserta, dicha relación, en el terreno del bien común. Si el paciente no puede confiar en su médico es la relación social general, en definitiva, la que se resiente y esta situación puede generar problemas que afecten a la población en su conjunto, que no transmite la información relativa a su salud a los profesionales y no obtiene, con ello, el resultado del trabajo de aquellos. Es inevitable el recordar a Laín Entralgo cuando afirmaba que en la quietud del gabinete del médico con su paciente, en realidad hay tres elementos: las dos personas mencionadas y la sociedad en su conjunto.

⁵ Percival. Code of institutes and precepts, adapted to the preprofessional conducts of physicians and sùrgenos.

2.3.3. El titular de la información y su poder de disposición.

Es la persona a la que se refiere la información y quien tiene la capacidad de decidir, como regla general, a quién se le puede facilitar información, cual, cuanta, cómo y cuándo. Cualquier usuario tiene derecho a decidir el grado de difusión de la información que a él se refiere. A esta dimensión de la autonomía personal se la denomina autonomía informativa. Las personas vinculadas al paciente por cualquier modo (matrimonio, relación sentimental, parentesco, condición de allegado...) necesitan de la autorización del titular de la información para acceder a la misma y el médico conocedor de ello ha de tener especial cuidado en la observancia de este principio. Sólo puede excepcionarse en la especial situación en la que el titular de la información, precisa de representante, por sus particulares condiciones y es a aquel a quien ha de informarse.

El uso de la información del paciente por el profesional sanitario ha de sujetarse a tres principios:

1. El de autonomía decisoria, antes mencionado, según el cual el usuario decide sobre el acceso, uso y destinatarios de la información.
2. El de finalidad. Contesta a la pregunta de para qué se va a utilizar la información, con un amplísimo abanico de posibilidades: asistenciales, de evaluación, reconocimiento de prestaciones, investigación, planificación, inspección...
3. El de proporcionalidad que exige que la información sea la adecuada (y no otra) la necesaria (y no más) para la obtención de la finalidad perseguida.

2.4. El secreto médico

Al referirnos al Secreto Médico estamos haciendo alusión a una variante del secreto profesional y en este sentido podemos encontrar diversas acepciones para un mismo término, según lo cual es posible interpretar el secreto, bien como un privilegio de ciertos profesionales, o bien como la exigencia, a los mismos, de preservación de aquello que hayan conocido por el ejercicio de aquella profesión. En el último de los sentidos mencionados esta exigencia puede ser formulada por el titular de la información objeto de la preservación o por la sociedad en su conjunto, que plasma esta exigencia en normas jurídicas.

Su fundamento se encuentra en la relación de confidencialidad entre el Médico y el Paciente. El profundo conocimiento que precisa el primero respecto del segundo hace que éste se encuentre desvalido en la relación entre ambos. Este respeto es, por otra parte, el presupuesto de la confianza de la sociedad en los profesionales y el entorno sanitario.

La ubicación del secreto en la confidencialidad trajo un cambio conceptual y normativo. En principio existía la obligación profesional del Médico de guardar secreto (el Juramento Hipocrático es el ejemplo evidente), pero sin el correlativo derecho del paciente. El Secreto Médico se asentaba en obligaciones deontológicas, no legales. Hoy con la obligación de confidencialidad, el secreto es exigible como un derecho del titular de la información, a que acceda sólo quien debe y a que se maneje bajo condiciones legales. De este modo, la exigencia de confidencialidad del usuario se complementa, en un solapamiento absoluto, con la obligación de secreto de quien recibe la confidencia. Este es el modo de que sea eficaz la protección. Un derecho no es nada sin un sistema de garantías que lo sustente.

Zubiri Vidal⁶ define el Secreto Médico como aquel que “nace del ejercicio de la profesión médica y es la suma del secreto natural y del confiado. Es natural por cuanto interviene algo cuya revelación redundaría en perjuicio del cliente. Es confiado por el hecho de que se otorga a una persona, con la condición previa, explícita o implícita de no revelarlo a nadie”.

Un hito importante en esta materia de depuración de responsabilidades de los profesionales lo constituyeron los Estatutos de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales que crean las Comisiones de Deontología, Derecho Médico y Visado, ubicándolas en los Colegios Provinciales con el cometido de asesorar a la Junta Directiva correspondiente en materia de responsabilidad de los profesionales. El Código de Deontología Médica vigente⁷ es instrumento de capital importancia, para el conjunto de la profesión y para la Organización Médica Colegial, a la hora de analizar la temática de la Confidencialidad y el Secreto desde el punto de vista de los profesionales.

2.4.1. Evolución del Secreto.

En el Juramento Hipocrático ya se recogía la obligación del médico de guardar silencio acerca de aquello que, en su ejercicio profesional, hubiera conocido de algún paciente. Hoy esta obligación ha sufrido una expansión en el ámbito objetivo y en el subjetivo.

En el primero de ellos por el hecho de que para preservar la confidencialidad ya no basta al médico con callar. En el segundo debido a que estas obligaciones alcanzan ya a otros trabajadores del Sistema, incluso no sanitarios, relacionados con la práctica asistencial. Se trata, en este caso, de aquello que se ha dado en llamar “el secreto compartido”, es decir aquel que alcanza al conjunto de los miembros de un equipo, por la información que conoce y comparte el grupo de trabajo.

⁶ El Secreto Médico a través de los tiempos. Discurso leído en el acto de recepción en la Real Academia de Medicina de Zaragoza. 1966.

⁷ Julio de 2011.

2.4.2. El marco actual de la preservación.

La complejidad de la situación presente, en la que se inserta el secreto sanitario, puede ser comprendida con la mención de los siguientes elementos:

- ✦ Creciente expansión de los medios en los que la información sanitaria es utilizada; asistenciales, de investigación, de gestión etc.
- ✦ Incremento, en todos los órdenes, de los propios datos relativos a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, en el marco de una asistencia de mayor calidad.
- ✦ Necesidad de disposición inmediata de la información sanitaria, como herramienta imprescindible para optimizar la asistencia.

Disposición automatizada de información sensible, como consecuencia de lo anterior, con múltiples vías de acceso a la misma y por muy diversas personas.

2.4.3. Pero ¿por qué nos olvidamos, a veces, de nuestra obligación de sigilo?.

No se sustenta dicha inobservancia, evidentemente, en la intención de causar daño a la persona a la que la información se refiera, sino otros factores que podemos resumir de este modo:

- ✦ Un primer motivo sea, tal vez, la poca importancia que históricamente, en nuestro medio social, se ha dado a la preservación de la información, frente a otros valores. Su quebrantamiento no era percibido como fallo de importancia.
- ✦ Ha contribuido, también, el entendimiento de la relación con los pacientes bajo óptica paternalista. El médico era el que dimensionaba el secreto y determinaba a quien informaba, con qué contenido y bajo qué condiciones.
- ✦ No hay que olvidar, por otra parte, que sólo en casos concretos la persona valora la preservación de su información sanitaria. Es frecuente asistir socialmente a conversaciones en las que alguien participa su situación, con lujo de detalles, a los que escuchan el relato. Como es evidente este apartado se conecta con el primero que se acaba de exponer.

2.4.4. ¿Es absoluta la obligación de secreto?.

Hay que comenzar este punto con un posicionamiento, de finalidad aclaratoria, y consiste en dejar constancia de que la obligación de preservar la Confidencialidad respecto del paciente es intensa como pocas para el médico, pero que admite situaciones en las que se puede (e incluso se debe, como veremos más adelante) quebrantar el secreto. Se trata de aquellos casos, especialmente delicados, en los que hay intereses superiores en juego, que se verían dañados de mantener el secreto a ultranza.

Históricamente se ha pasado, es preciso destacar, del respeto sagrado al interés individual del paciente, hasta la consideración actual de primacía de los intereses sociales sobre el individual. Esta tesis exige sin embargo la existencia de limitaciones y de concreciones respecto de cuando concurren los intereses superiores, en definitiva de regulación legal de los supuestos en aras a la necesaria seguridad jurídica, que obliga a sacrificar el interés individual.

No existe incumplimiento de la obligación de sigilo, cuando concurre alguna de las situaciones siguientes:

- ✦ Actuar en cumplimiento de un deber procesal penal (declarar en un proceso cuando sea llamado como testigo o como perito).
- ✦ Obligación de denunciar hechos delictivos, de los que haya tenido conocimiento por su ejercicio profesional: lesiones de una pelea, malos tratos...
- ✦ Obrar en evitación de grave daño al propio paciente o a un tercero.
- ✦ Concurrencia de enfermedades infecto contagiosas de declaración obligatoria.

El Código Deontológico Médico vigente, en su artículo 30, recoge, como veremos más adelante, aquellos supuestos, en este sentido, en los cuales el médico queda relevado de responsabilidad al revelar la información que posee sobre su paciente.

2.4.5. Preservar, revelar y sus variables

Tras el precedente del Juramento Hipocrático, he de hacer una observación y es la de que en un principio el Secreto (la confidencialidad) era una obligación del médico y por ello era éste quien ponía los límites y el alcance de la preservación. Era el terreno natural del sigilo (profesional e incluso sacramental). Se trataba, es preciso dejar constancia de ello, de un deber discrecional y el médico, por ejemplo, no era citado a testificar (salvo contadas excepciones) sobre el contenido del Secreto. Gozaba del llamado "privilegio testimonial" No existía, siquiera, el delito de revelación de secretos.

Es en el Siglo XIX cuando se produce un giro radical en esta cuestión y el Secreto comienza a considerarse como un derecho subjetivo del titular de la información preservada. Esta concepción alcanzaría, más adelante, a la relación clínico asistencial, en la cual (bajo el principio de autonomía) es el paciente quien decide respecto de su propia información. Se trata de lo que se llama un Derecho – Deber. El derecho subjetivo general un deber correlativo.

OBLIGACION DE GUARDAR

Es el terreno natural del Secreto Profesional u obligación de preservar datos íntimos a los que se tiene acceso por razones profesionales. Alcanza a la reserva de los datos respecto del conocimiento indebido de ellos por terceras personas y por supuesto a la publicación de datos personales, en medios de difusión pública, que permitan la identificación de personas cuya intimidad se debiera preservar, o el facilitar a dichos medios la información directamente (datos sanitarios de un famoso, por ejemplo). Quiero solamente mencionar, en este concreto asunto, la difícil situación de algunos colectivos profesionales respecto de la información que manejan, como los médicos evaluadores, los forenses o los médicos de prisiones, que conocen información íntima de personas respecto de las cuales pueden estar, ocasionalmente, obligados a informar a las autoridades, planteándose el problema de los límites de esta información respecto de su obligación de secreto hacia los pacientes.

OBLIGACION DE DECLARAR

Como contrapartida de la anterior obligación surge este deber en aquellas situaciones en las que hay intereses en juego de superior entidad a los de la persona cuya intimidad hay que preservar. Este es el caso de la situación sanitaria de un enfermo infecto-contagioso, que genera un peligro social; el de la obligación de denunciar, por los profesionales sanitarios, los delitos en los casos previstos por las normas, como forma de colaborar con la Justicia o la declaración ante los tribunales en concepto de testigo para dar a conocer a dichos órganos judiciales determinada información que precisan.

Los facultativos pueden verse, así, a pesar de lo que sobre el Secreto Médico he mencionado, obligados a declarar en algunas ocasiones. Así en el Proceso Penal no se incluye a estos profesionales entre los que están dispensados de la obligación de declarar, como lo hace, por ejemplo, respecto de abogados, procuradores, eclesiásticos ministros de culto y funcionarios públicos. Ha de hacerlo, también, cuando representa intereses de la Administración y se solicita su pericia o testimonio. Se evidencia, pues, la ocasional situación de conflicto entre la obligación de Secreto y la de colaboración con la Justicia.

Un caso particular se da cuando el facultativo conoce una información del paciente que de no ser revelada originará un grave perjuicio a un tercero. Supuesto típico del paciente afecto de SIDA, en el que se plantea el dilema de si el médico debe de poner, o no, este hecho en conocimiento de la pareja del infectado. Pugna evidente entre el respeto a la confidencialidad de su paciente y la preservación de la salud del tercero.

CRITERIOS DE PONDERACIÓN

Para decidir si ha de prevalecer la preservación de la confidencialidad o la protección de terceros (por los riesgos que pudieran correr) en el supuesto anterior, procede la ponderación de dos criterios: el de la probabilidad de producción del daño y el de la magnitud de éste.

A medida que la probabilidad de causar el daño sea mayor, aumenta la obligación de no mantener la confidencialidad, en igual forma disminuye el deber de preservar conforme nos acercamos a situaciones de daños de salud importantes. La combinación de ambos criterios nos aproxima a la obligación de informar. Un daño de baja probabilidad de contagio o transmisión y leve repercusión en la salud de la persona a contagiar (una gripe) es el extremo opuesto de otro daño de alta probabilidad de contagio o transmisión y grave repercusión en la salud de la persona a contagiar (un SIDA). Con multitud de supuestos intermedios, la actitud del profesional sanitario, sin embargo, admite planteamientos muy diferentes en el primero y en el segundo caso, en los que (sobre todo en el segundo) su primera y obligada opción es tratar de persuadir al paciente de que asuma la responsabilidad de informar a su pareja, o de no querer hacerlo que adopte las necesarias precauciones para evitar el contagio o la transmisión.

Algún autor, como Elizari, muestra los casos en los que el médico, en estos casos, queda obligado a declarar. Sucede cuando se dan estos extremos:

- ▶ Situación de riesgo real y grave.
- ▶ Negativa expresa del paciente a informar a su pareja.
- ▶ Tercera persona identificable y contactable.

Debo hacer unas prevenciones, no obstante, para concluir este apartado y es que la intimidad de las personas es un derecho objeto de protección constitucional y que en materia de protección de datos los sanitarios se encuentran entre los llamados "sensibles" y son objeto de la más alta preservación. Por ello, siguiendo los tres pasos de Elizari, habría de añadirse una cautela adiciones y sería solicitar la autorización judicial para levantar la confidencialidad.

2.4.6. La información a terceros, distintos del paciente

El principio general a tener en cuenta es que el titular de la información es el paciente o ciudadano al que va está referida y que, en principio es aquel quien decide los destinatarios de dicha información y las condiciones de acceso a la misma. Hay varios supuestos:

INFORMAR A PERSONAS VINCULADAS AL PACIENTE

Quienes lo estén, por razones familiares o de hecho, recibirán la información de forma condicionada a la voluntad de su titular, como ha quedado expresado. El paciente puede, incluso, prohibir el acceso a la información. No obstante cuando el paciente carezca de

condiciones para entender o valorar la información, se facilitará ésta a su representante legal, si lo tiene, o en su defecto a persona vinculada al paciente. En cualquier caso habrá de informarse a éste conforme a su capacidad de entender. Cuando el paciente haya fallecido, las personas a él vinculadas pueden acceder, con carácter general y causa suficiente, a la información clínica salvo que aquel lo hubiera prohibido, de forma escrita, en vida.

2.4.7. Regulación legal del Secreto Médico

La Constitución Española, en su artículo 20.1.d) recoge que: la ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional... En el artículo 24.2, inciso final, vuelve a mencionar el secreto profesional afirmando que: La ley regulará los casos en que, por razón del parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos.

Esta previsión constitucional, sin embargo, no ha sido objeto de cumplimiento más que de forma dispersa, descoordinada y fragmentaria, como vamos a ver.

La Ley 14/1986, General de Sanidad, entre los derechos de los ciudadanos respecto de las administraciones sanitarias recogía, en su artículo 10, el de la Confidencialidad respecto de la información relativa a su proceso e incluso a su estancia en centros sanitarios. En el artículo 61 de dicha norma se plasmaba el deber de reserva respecto de la información que contienen las historias clínicas. Hoy en la Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente, se declara la obligación de los centros sanitarios de garantizar la Confidencialidad de los datos sanitarios y de restringir el acceso exclusivamente a los supuestos permitidos en la Ley.

En otro ámbito el Código de Deontología y Ética Médica recoge en su artículo 27 lo que podríamos considerar el planteamiento base del secreto como obligación deontológica:

1. *El secreto médico es uno de los pilares en los que se fundamenta la relación médico-paciente, basada en la mutua confianza, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio profesional.*
2. *El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica.*
3. *El hecho de ser médico no autoriza a conocer información confidencial de un paciente con el que no se tenga relación profesional*

Completa estas afirmaciones el Código en el resto del citado artículo y en los siguientes 28 y 29, para exponer en el artículo 30 los casos y condiciones en que puede romper su obligación de secreto, en los casos siguientes:

1. *El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del Colegio si lo precisara, en los siguientes casos:*
 - a. En las enfermedades de declaración obligatoria.
 - b. En las certificaciones de nacimiento y defunción.
 - c. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o un peligro colectivo.
 - d. Cuando se vea injustamente perjudicado por mantener el secreto del paciente y éste permita tal situación.

- e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.
- f. Cuando sea llamado por el Colegio a testificar en materia disciplinaria.
- g. Aunque el paciente lo autorice, el médico procurara siempre mantener el secreto por la importancia que tiene la confianza de la sociedad en la confidencialidad profesional.
- h. Por imperativo legal (partes de lesiones o requerimientos judiciales, entre otros)

Las menciones al Secreto Médico abundan en múltiples disposiciones, de distintos ámbitos normativos. Hacer referencia a todas ellas excedería el espacio disponible en estas páginas. Haré referencia, apuntada ya la normativa deontológica, a otros espacios normativos en los que se encuentran y mencionaré las más significativas, alguna de las cuales ya ha sido objeto de obligada referencia.

A/ NORMATIVA CIVIL Y ADMINISTRATIVA

- ✦ La Constitución defiende el Secreto Profesional y anuncia una futura Ley sobre ello, aún no promulgada.
- ✦ La Ley 1/1982, de Protección Civil del Honor y la Intimidad, no concreta sobre el Secreto Médico, si bien recoge la figura de la intromisión ilegal cuando se revelan datos privados de una persona, conocidos a través de la actividad profesional.
- ✦ La Ley 14/1986, General de Sanidad, reconoció el derecho al respeto de la Intimidad y a la Confidencialidad.
- ✦ La Ley 15/1999, de Protección de Datos, admite que los profesionales sanitarios accedan a la información de sus pacientes y establece regulación al respecto.
- ✦ La Ley 41/2002, Básica de Autonomía del Paciente, texto de referencia actualmente en materia de derechos y obligaciones de los pacientes, expresa la obligación de los centros sanitarios de preservar la información que poseen de sus pacientes.
- ✦ Existen otras normas en campos sanitarios específicos, de las que cito algunas representativas:
 - a. Ley 30/1979 de Extracción y Trasplante de órganos garantiza el anonimato de donante y receptor.
 - b. El Real Decreto 2409/1986 garantiza el secreto de consulta a mujer que solicita una interrupción de su embarazo.
 - c. La Ley 35/1988, de Técnicas de Reproducción Asistida, garantiza el secreto de las personas intervinientes en estas técnicas y de las circunstancias concurrentes en los hijos así nacidos.
 - d. El Real Decreto 223/2004 garantiza la estricta Confidencialidad a las partes en un ensayo clínico y protege la información relativa al mismo del acceso por terceros no autorizados.

B/ NORMATIVA PENAL

El primer antecedente se sitúa en el Código de 1822 en lo relativo a la obligación de secreto, respecto de los eclesiásticos, médicos, abogados, barberos, etc.

El Código vigente, de 1995, recoge en su Título X los Delitos contra la Intimidad de las personas y del domicilio. Conviene al menos mencionar las conductas (tipos) que considera delictivas y de las cuales se hace un resumen.

Las conductas básicas van referidas a cualquier persona (no necesariamente profesional sanitario), respecto de cualquier información y consisten en:

- ✦ Apoderarse de información reservada de otra persona.
- ✦ Alterar o modificar la información en perjuicio de tercero.

Hay un plus de agravación cuando, además, concurren especiales circunstancias:

- ✦ Se difunde, cede o revela la información anteriormente citada
- ✦ El autor del delito tiene la condición de responsable de los ficheros
- ✦ Se trata de datos sensibles (los de salud siempre los son) o su titular es menor o incapaz
- ✦ Existe un móvil lucrativo en la acción delictiva

Hay cualificación especial en el delito cuando concurren determinadas condiciones en el autor:

- ✦ Tiene condición de autoridad o funcionario público, que prevaliéndose del cargo divulga la información fuera de los casos permitidos por la ley.
- ✦ La persona que por su profesión u oficio conoce y revela indebidamente la información reservada
- ✦ El profesional que quebrante el sigilo debido.

Es preciso destacar que estos delitos tienen la condición de perseguibles a instancia de parte, es decir para proceder contra el autor es necesaria la denuncia de la persona perjudicada. El perdón del ofendido, consecuentemente, extingue la acción o la pena.

Bajo otro punto de vista, más adelante, el código Penal recoge los artículos dedicados a la infidelidad en la custodia de documentos:

Supuestos especificados por el autor

- ✦ Autoridad o funcionario público que, a sabiendas, ocultare, destruyere o sustrajere documentos a su cargo.
- ✦ Destruir o alterar los medios que impiden el acceso a la información reservada, o consentir estas conductas con otras personas.

Acceder, o permitir el acceso, a datos a cargo del responsable del archivo

Conviene llamar la atención acerca de la severidad con que el Código Penal castiga conductas como el simple acceso indebido a una historia clínica por un profesional de la sanidad. Esta conducta lleva aparejada una pena de hasta tres años de prisión, y ya hay alguna condena en ese sentido.

C/ LEY DE ENJUICIAMIENTO CRIMINAL

Es en este espacio normativo en donde se introduce, con particular contundencia, la obligación de declarar, ya expuesta, del médico e irrumpe este deber frente al de preservar la información y mantener el secreto.

En su artículo 262 dispone que:

Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuviesen noticia de algún delito público estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente o al funcionario de policía más próximo al sitio...

En el siguiente artículo recoge una curiosa precisión:

La obligación... no comprenderá a los Abogados ni a los Procuradores respecto de las instrucciones o explicaciones que recibieran de sus clientes. Tampoco comprenderá a los eclesiásticos o ministros de cultos disidentes respecto de las noticias que se les hubieren revelado en el ejercicio de las funciones de su ministerio.

Esta formulación legal sitúa al profesional de la Medicina en notoria desventaja con otros profesionales. Cualquier médico está en posición de ser conocedor de un hecho delictivo, pero hay situaciones en las que este conocimiento puede ser frecuente (un servicio de urgencias) u obtenido en una situación de especial confidencia (por un enfermo mental a su psiquiatra).

La razón del diferente trato dispensado respecto de Abogados, Procuradores y Eclesiásticos puede deberse, como apunta Fernando Herrero Tejedor, a que en la actuación de éstos quiere la ley proteger, de forma refleja, derechos fundamentales, como son, respectivamente, el derecho de defensa y el derecho a la libertad religiosa. Lo cierto es que estos profesionales son titulares de un derecho al secreto profesional, a su favor, cosa que en el caso del médico no ocurre.

2.5. Los datos sanitarios y su tratamiento informático

2.5.1. Planteamiento general.

La Constitución española consagra los derechos a la intimidad, la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal como derechos fundamentales, con el fin de preservar la esfera íntima de las personas de cualquier invasión no deseada o de un acceso autorizado, por un manejo indebido de la información. Los documentos sanitarios, en su realidad actual, son objeto de informatización para mejorar el acceso a ellos y optimizar su almacenamiento y conservación, con evidente beneficio para todas las partes implicadas: los profesionales, los pacientes y las instituciones sanitarias. La experiencia actual viene demostrando además que, contra los temores de años atrás, el tratamiento automatizado aumenta la seguridad de su preservación.

Los ciudadanos tienen derecho a una gestión de las prestaciones adecuada en lo técnico (aspectos clínico y jurídico) pero además a que cuanta información sensible sobre ellos se maneje por este motivo sea tratada de forma escrupulosa para preservar su intimidad en cumplimiento del deber de confidencialidad de la Administración hacia ellos. Este deber conviene enfatizar que no es una fineza añadida a la gestión prestacional, sino un deber ineludible, constituido en obligación jurídica al más alto nivel de protección.

El Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, sobre protección de datos automatizados considera a la información sanitaria referida a pacientes como objeto de alta protección. El secreto es un deber de todo el personal que acceda a ella y la confidencialidad el velo protector de los datos de salud de usuarios y pacientes. Intimidad y confidencialidad tienen un amplio tratamiento en la protección de datos personales, correspondiendo a su titular el control del uso y destino de los mismos. Este planteamiento conlleva la exigencia a terceros de determinadas conductas. El manejo de la información automatizada pone en escena determinados comportamientos de acción u omisión de los profesionales dirigidos a la obligada preservación de los datos, en materias como:

- ✦ Recogida u obtención de la información
- ✦ Almacenamiento y tratamiento
- ✦ Posibilidades y control del acceso
- ✦ Conocimiento de quién accede, a qué accede y para qué lo hace

2.5.2. Principios básicos de protección de archivos informatizados.

La informatización de los datos aumenta su manejabilidad y la eficiencia de la información, pero una mayor accesibilidad supone el eventual peligro de accesos o tratamiento indebidos de aquella. Ha de lograrse un equilibrio entre la protección de la información y la usabilidad de la misma.

Es preciso, por ello, instrumentar un sistema que, garantizando la protección de la información, no suponga la aplicación de medidas tan estrictas que, aún controlando accesos o usos inadecuados, perjudiquen la funcionalidad y eficiencia de la información a manejar. Este equilibrio entre seguridad y usabilidad admite la aplicación de unas reglas básicas, sobre las

que los profesionales no deben olvidar que el manejo de la información se hace hoy en equipos plurales y multidisciplinares:

Pueden concretarse estas reglas en que el profesional sanitario debe cumplir dos obligaciones básicas, en relación con la información sanitaria de los ciudadanos que conoce por su trabajo:

- ✦ Sólo debe acceder a aquella información de personas relacionadas con la atención que les presta, sea por una relación asistencial o de gestión de cualquier prestación que tenga como referente la salud. Es conocido, este principio, en Derecho Sanitario, como el Principio de Vinculación.
- ✦ Esa información "vinculada" debe preservarla, bajo obligación de secreto profesional en el modo que vengo explicando, absteniéndose de conductas que pudieran perjudicar esta preservación.

2.6. Recomendaciones a los Profesionales

Dirigidas a quienes prestan sus servicios a los ciudadanos objeto de evaluación. A modo de compendio y respecto de la necesaria preservación de la información se exponen seguidamente 25 observaciones a considerar.

- 1.** Las personas usuarias tienen derecho a que se garantice la confidencialidad de los datos personales recogidos en su documentación clínica y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. No debe olvidarse nunca un principio esencial en esta materia, cual es el repetido Principio de Vinculación, conforme al cual cada profesional sólo puede acceder a los datos de aquellos usuarios o pacientes con los que tiene relación por su desempeño. No se puede quebrantar esta regla general ni siquiera para simple lectura de información.
- 2.** En el desarrollo de nuestra intervención tenemos el deber de mantener el secreto profesional para salvaguardar la intimidad de las personas usuarias y la confidencialidad de su información. Estamos obligados a no revelar ni difundir información personal, tanto de forma directa o indirecta, incluso a familiares de las personas usuarias u otros miembros del Centro/servicio/empresa que no estén autorizados a acceder a la misma. Este deber se extiende más allá de la prestación de servicios o relación profesional, e incluso del fallecimiento de la propia persona usuaria.
- 3.** El principio general de acceso a datos sanitarios es que se requiere la autorización del paciente para acceder a sus datos. Existe aquella, aún cuando no se haya formulado expresamente, en aquellos casos en los que el ciudadano ha solicitado una prestación y el uso de los datos se dirige a determinar el derecho, o no, a la misma, o cuando simplemente solicita la asistencia sanitaria. Cuando el manejo de la información sea para finalidad distinta (investigación, docencia...), necesita nueva autorización o proceder a la disociación de la información, es decir separar la información de los datos que puedan permitir la identificación de su titular.
- 4.** Nuestro acceso a la información conservada en los ficheros (tanto físicos como en soporte informático) debe limitarse a lo estrictamente necesario para la prestación del servicio que estemos llevando a cabo.
- 5.** La información personal solo podrá utilizarse para el fin con el que ha sido autorizada y en ningún caso para finalidades distintas a las relativas a la gestión de la correspondiente prestación.
- 6.** Los datos personales deben ser pertinentes, exactos, adecuados, correctos, actualizados, veraces y no excesivos.
- 7.** Los profesionales hemos de cumplir y respetar las medidas de seguridad, técnicas u organizativas que se establezcan con el fin de cumplir el deber de secreto y garantizar la confidencialidad de toda la información relativa a las personas usuarias.
- 8.** El acceso informático ha de ser personalizado mediante la identificación con clave de acceso. De este modo se impiden accesos improcedentes y se identifican los indebidos. La clave de acceso debe ser secreta y objeto de especial preservación, de modo que nada más que su titular la conozca. Ha de cambiarse periódicamente.
- 9.** La información debe tener distintos niveles de protección. No es lo mismo la información personal administrativa que la clínica, que debe disponer de sistemas de cobertura especial.
- 10.** Deben establecerse distintos niveles de acceso a la información en función de la responsabilidad profesional de quien quiera acceder a aquella y la finalidad del acceso.

11. A la información puede acceder también personal sanitario no médico e incluso no sanitario, pero siempre en función de sus responsabilidades concretas y limitado al contenido estricto de su función, para utilizar la información: trabajadores sociales, administrativos, o informáticos. Acceden a los que se llama el "secreto derivado" y que, naturalmente, obliga también a estos profesionales.

12. Hay que diferenciar el motivo del acceso y poner distintos niveles de protección. No es lo mismo acceder para mera lectura o consulta, que hacerlo para modificar la información disponible o añadir otra nueva.

13. Ha de desarrollarse el sistema de huella electrónica o de trazabilidad, que permita, además de identificar a través de la clave a quién ha accedido, conocer a qué información ha accedido y si ha descargado, modificado, anulado etc. algún archivo.

14. El titular de la información es la propia persona usuaria. Por tanto, ha de ser ella quien participe en los procesos de consentimiento, sin que sea sustituida en este proceso de toma de decisiones por ninguna otra persona cercana o familiar o profesional correspondiente, salvo en los casos de incapacidad. La información al titular, sobre el uso de su información, ha de ser una constante.

15. Es frecuente que familiares o personas próximas al paciente por cualquier motivo se interesen, de buena fe, por el estado de salud de aquel y soliciten información. Deben ser remitidos al paciente para que sea él quien les informe, o en su caso autorice al médico a informar. Como regla general sólo así es posible y no debe hacerse nunca en desconocimiento del titular de la información.

16. La información que se transmita a los tribunales no ha de ser ilimitada e incondicionada, sino adecuada a la necesidad judicial. El deber de colaborar con la justicia ha de conciliarse con la obligación de secreto profesional. El profesional a quien el tribunal solicita información, que él posee, de un paciente, ha de facilitarla en cumplimiento de aquel deber, pero la información a trasladar ha de ser la procedente y ajustada a la necesidad del tribunal, sin liberar información innecesaria.

17. Cuando una compañía aseguradora solicite información de aquello que conocemos por nuestro desempeño profesional, hay que contar con la autorización del paciente y en todo caso transmitir la información con austeridad

18. Es necesario generar una cultura de respeto a la intimidad física y de la información de las personas, potenciar acciones de sensibilización y de formación a los profesionales.

19. La información se transmite en muchas ocasiones de forma oral y algunas veces a través de conversaciones en lugares públicos. Cuidado con ascensores, cafeterías o salas generales. No debe ser oída la información confidencial por quien no debe acceder a ella.

20. Otro elemento que debe ser objeto de especial atención es uso de las modernas tecnologías de comunicación: el uso indiscriminado del teléfono o una ubicación inadecuada de las impresoras o de fax puede producir fugas no deseadas en la información. En los correos electrónicos debe incluirse, al pie del documento, una cláusula de confidencialidad, por si se diera error en la transmisión, respecto de su destinatario.

21. El papel que se usa en las impresoras ha de ser objeto de atención por dos motivos diferentes. Debe ponerse, en los envíos, una carátula con la identificación del destinatario y bajo ésta la información sensible en otro papel, de modo que no quede a la vista la información sensible. Si se usa papel desechado, con uso anterior, cuidado con lo que contenga el reverso. Tirar sin miramientos todos los que contengan información confidencial, evitando un segundo uso.

22. Es recomendable diseñar, aplicar y mantener actualizado un protocolo de preservación de la confidencialidad, adaptado a cada unidad que maneje documentación sanitaria. El peligro de filtración o mal uso de la información se debe con frecuencia a la falta de diseño de los circuitos por los que fluye aquella y a la indefinición de roles profesionales.

23. Es conveniente recoger por escrito el procedimiento de autorización y control de los accesos a la documentación, definiendo los siguientes asuntos: Niveles de acceso a la información (examinar, modificar, borrar). Quienes pueden acceder a cada nivel. Control de accesos (trazabilidad de la información) con claves y registros.

24. No olvidar, por último, que los cursos extremos: facilitar generosamente la información o negarla sistemáticamente (un defecto o un exceso de celo), no son nada recomendables. Medir casuísticamente es difícil, pero es la opción legal necesaria.

25. Los instrumentos idóneos para garantizar un uso correcto de la documentación son un documento de seguridad y un responsable de este cometido. A falta de ellos puede ser suficiente el protocolo antes aludido y la designación de una persona del equipo como interlocutora de protección de datos (planteamiento de dudas, mejoras...) con una orientación utilitarista y huyendo de reparto de cuotas de poder.

2.7. Reflexión final

La singularidad del modelo evaluador reside en que quien tiene el problema no tiene la solución o, al menos, la capacidad de buscarla. El solicitante de la prestación es la parte débil y quien precisa del conocimiento, el interés y la dedicación de la otra parte para obtener una prestación imprescindible. El evaluador asume una alta responsabilidad social consistente en discernir quien debe tener acceso a una prestación y a quién no le corresponde. Que no le falte al primero y que no se le asigne indebidamente al segundo. Ese equilibrio es la base de la posibilidad social (jurídica y económica) de existencia y sostenibilidad de un sistema prestacional.

El atender, por parte de los profesionales sanitarios, a cuestiones concurrentes con el objetivo evaluador (como la preservación del secreto), trae consigo cuestiones de la mayor relevancia en muy diversos terrenos: legal, ético, deontológico, sociológico etc.

Este cumplimiento integral de las obligaciones de distinta naturaleza, exige atender al inexcusable respeto de los derechos del paciente insertos en la práctica que hacia él se dirige. Derechos entre los cuales se incluyen aquellos objeto de la máxima protección al tratarse de derechos constitucionalmente reconocidos.

Es evidente que este complejo formato introduce numerosas exigencias al profesional pero aporta elementos ajenos al ámbito científico que humanizan y dignifican la profesión sanitaria.

2.8. Normativa de aplicación

2.8.1. Ámbito general.

International

- ✦ Convenio del Consejo de Europa para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, de 4 de abril de 1997: artículo 10.
- ✦ Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea, de 7 de diciembre de 2000: artículos II-67 y II-68.
- ✦ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13 de diciembre de 2006): artículo 22.

Espacio comunitario

- ✦ Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

Derecho español

- ✦ Constitución española: artículo 18.
- ✦ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- ✦ Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- ✦ Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
- ✦ Ley de Enjuiciamiento Criminal: artículos 262 y 462.
- ✦ Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre): artículos 197-201, 413-418, 20.5 y 20.7.

2.8.2. **Ámbito sanitario.**

Derecho español

- ↳ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad: artículo 10.
- ↳ Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de
- ↳ Ley 44/2003, de 12 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias: artículos 4, 5 y 8.
- ↳ Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia: artículo 4.
- ↳ Código Deontológico Médico de Julio de 2011

2.9. Bibliografía recomendada

ALVAREZ-CIENFUEGOS SUAREZ, J.M. Legislación aplicada a datos sanitarios. Seminario: Protección de datos en el ámbito de la salud. Madrid, 4 de julio de 1996.

ALVAREZ-CIENFUEGOS SUAREZ, J.M. y LÓPEZ DOMINGUEZ, O., Secreto Médico y Confidencialidad de Datos Sanitarios. En DE LORENZO Y MONTERO, R. (Coordinador General) Plan de formación en responsabilidad legal profesional. Unidad didáctica número 4. Madrid. Edicomplet. Asociación Española de Derecho Sanitario. 1998.

BROMBERG, J., HIRSH H. . Medical Records and Hospital Reports. "Medicine and Law" vol. I, nº 3, 1982.

CASTELLANO ARROYO, M. Problemática de la Historia Clínica. Seminario conjunto sobre Información y Documentación Clínica. Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, septiembre 1997.

CASTELL ARTECHE, J.M. . El derecho a la confidencialidad. Protección de datos. Derecho a la intimidad. El secreto médico. Mesa redonda. Cuarto Congreso de Derecho y Salud. Los derechos de los usuarios de los servicios sanitarios. San Sebastián, noviembre 1995.

Código de ética y deontología médica Consejo General de Colegios de España. 1990.

Código deontológico de enfermería española.

CRIADO DEL RIO, T., Aspectos Médico legales de la Historia Clínica. Colex. 1.999.

COLELLA, U. HIV-Related information and the tension between confidentiality and liberal discovery. "The Journal of Legal Medicine", vol. 16, nº 4, 1995.

Consejo General del Poder Judicial, Ministerio de Sanidad y Consumo. Información y Documentación Clínica: Actas del Seminario conjunto sobre Información y Documentación clínica. (I y II). Madrid, septiembre 1997.

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978.

CONVENIO RELATIVO A LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOMEDICINA. 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. Consejo de Europa. Oviedo, abril 1997.

DE ANGEL YAGUEZ, R., Responsabilidad Civil por Actos Médicos, Problemas de Prueba. Civitas Ed. 1.999.

DE LORENZO, R. Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional. Edit. Asociación Española de Derecho Sanitario, 1997.

DE LORENZO Y MONTERO, R. Y MEGIA SALVADOR, I. El Seguro de Responsabilidad Civil de Profesionales de la Sanidad. En DE LORENZO Y MONTERO, R. (Coordinador General) Plan de formación en responsabilidad legal profesional. Unidad didáctica número 5. Madrid. Edicomplet. Asociación Española de Derecho Sanitario. 1999.

FRIGOLA VALLINA, J., ESCUDERO MORATALLA, J.F. . La cláusula de secreto profesional en el Código Penal de 1995, "Actualidad Penal", nº 24, 1996.

GRACIA GUILLEN, D. . "Fundamentos de bioética". Eudema Universidad, 1989.

HEREDERO HIGUERAS, M. . La protección de datos de salud informatizados en la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre. "Derecho y Salud", vol. 2, nº I, 1994.

HERRANZ RODRIGUEZ, GONZALO, "El Código de Ética y Deontología Médica" en DE LORENZO Y MONTERO, R. (Coordinador General) Plan de formación en responsabilidad legal profesional. Unidad didáctica número 6. Madrid. Edicomplet. Asociación Española de Derecho Sanitario. 2000.

ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS DE MADRID, La Responsabilidad Civil y Penal del Médico. Varios Autores. Madrid. 1.999.

LOPEZ DOMINGUEZ, O. . Intimidación, Secreto e Informática en el Mundo Sanitario. I Congreso Nacional de Derecho Sanitario.

MARTINEZ-PEREDA RODRIGUEZ, J.M. . La protección penal de secreto médico en el Derecho español. •"Actualidad Penal", nº 10, 1996.

Ministerio de Sanidad y Consumo, Subsecretaría de Sanidad y Consumo. Información y Documentación Clínica: documento final del Grupo de Expertos. Madrid 1998.

MORALES PRATS, F. . Confidencialidad, intimidad e informática: la protección de los datos del paciente. Perspectiva jurídico-penal. "Jornadas sobre los derechos de los pacientes, 1990" Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1992.

MUÑOZ CONDE, F. Falsedad documental y secreto profesional en el ámbito sanitario. "Derecho y Salud", vol. 4, nº 2, 1996.

ROMEO CASABONA, C.M. CASTELLANO ARROYO, M. La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. "Derecho y Salud", vol. I nº 1, 1993.

SANCHEZ CARO, J. Historia Clínica: Conflicto y propuesta de algunas soluciones. Seminario Conjunto sobre Información y Documentación Clínica. Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, septiembre 1997.

SISO MARTÍN, JUAN. Responsabilidad Sanitaria y Legalidad en la Práctica Clínica. Edita Escuela andaluza de Salud Pública. Granada 2003.

SISO MARTÍN, JUAN Las variables jurídicas del ejercicio de la Medicina. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid, 2008.

SOLA RECHE, E. Algunos problemas relativos al derecho a la intimidad del paciente VIH+. "Derecho y Salud", vol. 3, nº 1, 1995.

SOLA, C. De. Privacidad y datos genéticos. Situaciones de conflicto (I) y (II). "Revista de Derecho y Genoma Humano", nº 1 y 2, 1994 y 1995