

La confidencialitat en l'àmbit hospitalari

Domingo Pañella¹, Pau Rosique², Francesc Sala²

¹ Comissió de Deontologia. Col·legi de Metges de Barcelona.

² Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital General de Vic.

Introducció

La relació metge-malalt es fonamenta en la confiança d'aquest envers el seu metge, és a dir, en el manteniment en secret d'allò que coneixem en l'exercici de la nostra professió.

Que és la confidencialitat?

La confidencialitat és un dret del pacient i per tant un **deure dels professionals i institucions**, que cal complir per preservar la intimitat de la informació.

La dificultat per preservar la confidencialitat en l'àmbit sanitari ve donada, perquè existeix una important variabilitat d'un professional a un altre. L'establiment de les garanties mínimes de la mateixa, i la dinàmica de treball en equip, sovint també multidisciplinària, en són els reptes principals.

Tot un seguit de definicions extretes de la Gran Enciclopèdia Catalana, ens poden ajudar a situar aquest concepte de la Confidencialitat.

Confidencial: 1.- relatiu o pertanyent a la confidència,

2.- inclinat a la confidència

Confidència: acció de confiar

Confident: dit de qui rep les confidències d'algú

Confiar: 1.- remetre, lliurar a algú amb confiança,

2.- fer saber en confiança, 3.- posar, tenir confiança

Secret: 1.- No revelat a la generalitat, reservat, confidencial, que el qui ho sap no ha de divulgar, 2.- Allò ignorat de la generalitat, que el qui ho sap no ha de divulgar

Secret professional: obligació d'un professional de no divulgar allò que ha conegut per raó del seu ofici i amb relació al servei, si no és amb consentiment del qui ho pot autoritzar, llevat dels casos que preveu la llei.

No obstant cal recordar la norma 33 del vigent Codi de Deontologia - Normes d'Ètica Mèdica que diu: *"L'autorització del pacient a revelar el secret no obliga el metge de fer-ho. En tot cas, el metge sempre ha de tenir cura de mantenir la confiança social envers la confidencialitat mèdica"*.

No sembla difícil entendre, doncs aquest concepte, la dificultat està en conjugar-lo en clau de grup. Els secrets són compartits.

Per altra banda, existeixen multitud de documents, tant internacionals, com comunitaris i nacionals de caire jurídic, civil, laboral, social, administratiu... que parlen de confidencialitat, entre ells i sense cap ordre de prioritat:

- Declaració Universal dels Drets humans
- Directiva C E E
- Constitució espanyola
- Llei General de Sanitat
- Estatut dels treballadors
- Drets del malalt
- Codis deontològics dels col·legis professionals
- Llei orgànica de Protecció de dades de caràcter personal

En tots i cada un d'aquests documents, la confidencialitat es presenta com un concepte, intrínsec amb la tasca de cadascú i el seu àmbit laboral, però en cap d'ells s'arriba a la concreció, fet lògic per altra banda, donat l'àmbit genèric d'aplicació dels mateixos.

L'evolució de la societat en tots els àmbits en els darrers temps ha portat a considerar el respecte a l'autonomia de la persona com el pilar fonamental de les relacions humanes així com el respecte a les normes socials, culturals, religioses, educatives, que emmarquen, modelen i omplen de contingut l'autonomia de cadascú. Aquesta premissa ha d'orientar la nostra tasca en una direcció clara: preservar la intimitat i confidencialitat de les persones.

Un cop contemplat el marc normatiu a nivell social, laboral i jurídic on es fa referència a la preservació de la intimitat de les persones i de la confidencialitat de les dades dels pacients, caldrà valorar en el dia a dia de la tasca sanitària, com es desenvolupen aquests temes.

Nivells de confidencialidad

En una primera valoració es poden diferenciar dos **Nivells de confidencialitat:**

Correspondència: Domingo Pañella i Mora
Comissió de Deontologia
Col·legi de Metges de Barcelona
Passatge de la Bonanova, 47
08017 Barcelona
Tel. 93 418 88 88
Fax 93 418 60 48

1) Estructural: ve condicionada per l'arquitectura, l'organització sanitària, els circuits de treball, la tecnologia... Constituirà el marc de la relació assistencial.

Arquitectura: Bastants dels dispensaris, hospitals..., on es porta a terme la tasca sanitària han quedat desfasats en alguns aspectes, entre ells el de la intenció de preservar la intimitat de les persones. Sovint la seva antiguitat està d'acord amb la medicina de l'època, on prevalia el criteri paternalista a l'autonomista, en altres, el criteri economicista prioritza altres interessos. Els espais sanitaris que se'n deriven, disten molt de garantir la més mínima intimitat i confidencialitat dels pacients: grans sales d'espera comuns a varis dispensaris, habitacions dobles o múltiples, manca de llocs destinats a la informació de pacients i familiars, serveis d'urgències massificats, box d'urgències separats per cortines, àrees assistencials i no assistencials barrejades...

Organització sanitària: L'estructura sanitària de la medicina pública ha comportat en els darrers anys una massificació que per ella mateixa i per molts motius evidents fracturen continuament la intimitat i confidencialitat dels usuaris. La interrelació entre entitats asseguradores (SCS, mútues...) i els seus proveïdors tant des del punt de vista professional com d'informació, moltes vegades té lloc sense una delimitació clara de les dades necessàries per aquesta gestió.

Circuits de treball: A vegades condicionats pels punts anteriors i, moltes altres, degut a la rutina de la feina, en la tasca diària del professional de la sanitat hi ha molts punts d'inflexió on es fractura la confidencialitat en funció d'una dubtosa "major eficàcia" i, moltes vegades, comoditat, que no justifica la violació d'un dret fonamental de la persona. Ex: documentació a l'abast de tothom, històries clíniques sense control, discussió de casos en llocs públics, informació als passadissos, trasllats de pacients (amb la història) per àrees no assistencials...

Tecnologia: Els avenços tecnològics, obren una porta sense límits definits encara a la possibilitat d'informació compartida, però, per qui? quan? i amb quina finalitat?. El neguit per l'ús o l'abús de les dades personals ja ha sensibilitzat l'opinió pública. Per tant l'aplicació i obligat compliment de la "lleï de protecció de dades de caràcter personal" és una realitat en l'àmbit sanitari. De totes formes les grans possibilitats de la informàtica en el tractament de dades ha de ser aprofitat des del punt de vista tant assistencial, com científic i de gestió per millorar els resultats que ha de rebre l'usuari en quant a qualitat, quantitat, fiabilitat i rapidesa.

2) Relacional: Aquest nivell és el punt central de la praxi mèdica, la relació "equip terapèutic-pacient" centrada en el pilar bàsic de relació "metge-malalt". Les bases d'una relació assistencial confidencial vindran marcades per maximitzar la capacitat autònoma del pacient i limitar la informació a persones alienes (tant de l'àmbit sanitari com no).

Per maximitzar l'autonomia del pacient la informació és bàsica. Un pacient poc o mal informat no pot prendre

cap decisió sobre la seva malaltia. Hem de potenciar les decisions compartides entre malalt i metge.

La condició de malalt no rebaixa la dignitat de la persona i cal respectar els seus drets. Intimitat i confidencialitat es vulneren sovint per aspectes organitzatius i d'actitud dels professionals.

En l'àmbit sanitari actual cada cop pren més protagonisme l'equip terapèutic, entenent com a tal el conjunt de professionals assistencials que intervenen en el "procés" de la malaltia, com el personal d'infermeria, especialistes consultors..., és en aquest punt on la figura del metge responsable, de l'interlocutor vàlid, ha de quedar ben identificada pel pacient. Ha de quedar molt clar **qui** dona la informació (preferiblement sempre el metge responsable) i **a qui** es dona. S'ha de tenir cura per part de l'equip terapèutic de conèixer la persona de confiança en qui delega el pacient.

El personal d'infermeria es troba en una posició privilegiada per establir relacions més cordials i properes amb els pacients, on la comunicació és més oberta ja que tenen un contacte més perllongat i intens. Això suposa un clar benefici en la relació terapeuta-malalt, però a la vegada exigeix un alt grau de responsabilitat en garantir la confidencialitat.

L'accés a la documentació clínica del pacient cal que es limiti a aquelles persones que intervenen d'una manera directa en el seu procés terapèutic. Totes les dades clíniques s'han de considerar informació "sensible". La informatització de les dades clíniques a un hospital permet l'accés a tot el personal sanitari de la institució (acotant-ne diferents nivells d'accés), perquè sinó no seria operatiu. Per això, cal que quedi constància de qui ha accedit a les dades, per poder en cas necessari preguntar el perquè.

Una relació assistencial que respecti els drets de confidencialitat i intimitat de les persones es fonamenta en vetllar per la correcció ètica de les pràctiques sanitàries, que ha de ser una responsabilitat compartida entre tots els professionals, cadascú des de la seva posició.

Proposta de línies de treball

És aquí on els Comitès de Bioètica Assistencial poden portar a terme una tasca, gens fàcil i d'ampli abast, que consisteix en contextualitzar la confidencialitat dins el seu àmbit d'actuació, és a dir adaptant-la al seu entorn immediat, fent que:

- es promogui la formació de tot el personal del seu àmbit en aquest tema
- s'evidenciïn les mancances que l'entorn pugui presentar tant des del punt de vista estructural com relacional
- es proposin possibles solucions de tipus col·legiat a aquestes mancances
- es promogui l'acceptació de documents de consens o acords de mínims, en el que hi participin tots els actors implicats

- es desenvolupin mecanismes que garanteixin la inviolabilitat de les dades, sigui quin sigui el format d'emmagatzemament (suport paper, suport informàtic)
- es defineixin dels circuits assistencials, administratius, financers, de gestió
- es vetlli, perquè les dades de l'història clínica del malalt segueixin exclusivament circuits assistencials.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Broggi M.A. La relación médico-enfermo. Fundamentos y cambios. *Quadern CAPS*, 1993; 19; 27-30.
2. P.Cantorini. *AIDS e Segretezza Professionale*. Padova. Liviana Ed. 1989; 51-71.
3. Curiel Herrero J. La confidencialidad y el Secreto Profesional en la Historia Clínica. *Medicina Clínica*. Barcelona, 1997; 108; 143-145.
4. Cuyás M. El derecho a la intimidad y el derecho a la verdad. *Labor hospitalaria* 1988; 210; 296-300.
5. Dunn P.M. Medical Ethics: An Annotated Bibliography. *Annals of Internal Medicine*, American College of Physicians, 1994; 121; 627-632.
6. Drets del malalt usuari de l'hospital. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Cyan Ed. Barcelona, 1989.
7. Gracia D. La relación medico-enfermo en España. Balance los últimos 25 años. *Todo Hospital*, 1989; 62; 23-26.
8. López Azpitarte E. El secreto profesional en la asistencia hospitalaria. 1986; 199; 45-49.
9. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de protección de Datos de carácter personal. BOE 298/99; 23750
10. Martí J.A., Buisan L, Vilardell F. El secreto profesional en medicina. (Ética y Medicina). Espasa-Calpe, Madrid 1988; 81-115.
11. OMS. Declaración para la promoción de los derechos de los pacientes en Europa (Jornadas europeas sobre derechos de los pacientes). SEASUS, 1995; Vol1, núm. 1; 19-25.
12. Romeo Casabona C.M. La reforma penal ante las nuevas tecnologías de la información. *Folia Humanística*, 1987; 25; 601-625.
13. Saura Sucar M. Acceso al usuario de la Sanidad Pública a su historia clínica. SEASUS, 1995; Vol1, núm. 1; 12,13.