

## CONSIDERACIONES SOBRE EL SECRETO PROFESIONAL MÉDICO

Juan José Rodríguez Sendín

Secretario General del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.

### Introducción

Buenos días, celebro poder celebrar esta jornada y hacerlo en esta ocasión con los amigos y compañeros de la Comisión para las Libertades Informáticas (CLI) y de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP)

La OMC es la casa de todos los médicos y debe constituirse en un foro permanente que integre toda la riqueza y sensibilidades en torno a lo profesional y lo científico, tanto sanitarias como de los profesionales médicos.

*El secreto médico es una promesa de silencio singular integrada en la práctica de la medicina desde hace miles de años. Hablar del secreto profesional es hacerlo de uno de los pilares sobre los que descansa la relación entre médico y paciente y, por tanto, su valoración y análisis puede hacerse desde el punto de vista del médico o desde el paciente pero ambos enfoques deben resultar complementarios: el secreto médico es un **deber del médico** que responde a un **derecho fundamental** del enfermo y ambos deben ser preservados. De no darse tal complementariedad, me atrevo a afirmar que el secreto médico es una fuente de conflictos, por tanto, un **elemento ajeno al proceso de colaboración** que ha de darse entre el médico y el ciudadano que reclama su ayuda.*

Y es el que secreto aparece vinculado íntimamente con los que se presentan como **derechos fundamentales** de la persona enferma y que se concretan en el derecho a la **información**, el derecho a no ser sometido a tratamiento alguno sin su **consentimiento** y el derecho a la **intimidad**.

La Constitución califica la **protección de la intimidad de la persona** como un derecho

fundamental, inviolable apoyado en su dignidad como ser humano. Pero el **derecho a la intimidad** es difícil de definir porque afecta a la esfera más profunda de la personalidad y por lo tanto a sus elementos más estables y permanentes, pero también a sus componentes cambiantes, modificables, fruto de la coyuntura, de la sensibilidad personal y social. La intimidad la determina cada cual y podemos concretarla como *aquella información personal que correspondiendo a un individuo concreto, utilizada desde fuera del mismo o por un tercero puede determinar su libertad y comportamiento como ser humano*. En ella se incluye todo lo espiritual, íntimo y reservado de una persona o un grupo, en especial de la familia. Así se considera toda la información relativa a la salud y a las relaciones afectivas, sexuales, de raza, religión, ideas políticas, etc.

Todo lo cual es manifestado durante el hecho asistencial cuya confidencialidad es garantizada por el secreto médico, así el paciente puede revelar todas sus **verdades y todas sus miserias** confiando en la lealtad del médico. Sin tal garantía de confianza, la relación entre médico y enfermo, y con ella el propio ejercicio de la medicina, no serían posibles. Sin embargo ¿Cómo tiene que responder el médico a tal confianza? ¿O acaso el secreto médico es una responsabilidad que podemos compartir con otros? O por el contrario es la respuesta personal e intransferible que un paciente espera de un profesional tras hacerle depositario de su intimidad en el transcurso del acto médico. Porque aunque la obligación derivada de ese secreto corresponda a todos aquellos que la conozcan como consecuencia de su desempeño, no puede inferirse de ello, que la información íntima que el paciente ofrece a un médico deba compartirse con todos aquellos que puedan participar de su proceso asistencial.

Solo es del paciente el derecho de transferir a otra persona lo relacionado con su intimidad y en consecuencia idéntica confianza. Y así salvo en los casos determinados por Ley la obligación de guardar secreto es una obligación individual que solo se transfiere a otro cuando lo hace el único dueño del derecho sobre la misma que es el paciente.

En la actualidad existen diversas **causas** que legitiman al profesional sanitario para

**levantar el secreto médico**, algunas legalmente previstas, como los supuestos de requerimiento por los tribunales de justicia o las enfermedades de declaración obligatoria, y otras referentes a situaciones que se presentan en la práctica y que ofrecen mayor o menor grado de consenso entre la doctrina, como son los casos de los procedimientos disciplinarios colegiales, o cuando el propio enfermo lo consiente, etc.

**¿Por qué hablamos de secreto médico?** Porque es al médico al que, salvo en casos excepcionales, el paciente entrega la información íntima. Es el médico el que recibe la información que le ofrece el paciente o la descubre en los estudios que realiza tras el consentimiento del mismo y tras entregar y recibir su confianza. Es más en algunos casos el paciente necesita y determina que el médico gestione, dosifique, decida no solo sobre la información íntima sino y también sobre su salud. Y esto no es una imagen bucólica, como pueden pensar todos aquellos que no tienen relación con ella.

En otras palabras, nos hallamos ante un **instrumento** preventivo, curativo, paliativo y de consuelo de primera magnitud del que va a servirse el médico. Lo que todo ciudadano y futuro paciente elige, necesita, conoce y acepta y, en ningún caso, debe constituir un instrumento de aprovechamiento o de defensa ni del profesional ni de los administradores.

¿Qué pasa para que algo tan antiguo, tan viejo, sobre lo que ya se escribía hace 25 siglos, tenga tanta actualidad y preocupe tanta gente?. Y es que no estamos ante un **concepto nuevo**, aunque ha evolucionado en el tiempo, pero sí ante la necesidad de un control permanente y una mayor regulación de su cumplimiento, por cuanto repercute sobre **derechos** esenciales de los pacientes que precisan una mayor concreción, al estar sometidos en los últimos tiempos a una mayor cantidad de **riesgos**.

**Quería hacer cuatro reflexiones sobre otros tantos puntos de conflicto del secreto médico y la primera en relación a la HISTORIA CLINICA Y EL SECRETO MEDICO**

El secreto médico se recoge y guarda en la historia clínica. Por ello la historia clínica es intrínsecamente confidencial, a la vez que imprescindible para la adecuada asistencia del enfermo a lo largo de toda su vida, realizada especialmente por su médico de cabecera, gestor general de su salud y la de su familia.

**La historia clínica es un documento tan sensible como necesario del que el médico es depositario y responsable.** Y así por ejemplo en el Sistema Nacional de Salud, las historias clínicas se han mantenido hasta ahora bajo la dependencia directa del centro y bajo la tutela profesional y moral de los médicos.

Recientemente, sin embargo, las Administraciones sanitarias han creado la "historia clínica única de salud y centralizada", nuevo método que pretende utilizar los datos clínicos como fuente de información para alimentar los instrumentos de gestión y, a tal fin, centraliza la información de la salud de los ciudadanos en un único lugar, y la mantiene con unos niveles de seguridad mucho mayores que los que actualmente dispone cada una de las historias individuales que las componen, pero evidentemente infinitamente más atractivos para el afán de lucro de nuestra sociedad actual al igual que los riesgos derivados de su uso inadecuado o delictivo.

Los diferentes proyectos conocidos de historia centralizada pasan de ser historia clínica a ser historia de salud, -yo la llamaría historia vital ó bibliografía íntima- y así la mantienen dispuesta para emitirse (sin autorización de los pacientes ni control de los médicos) por la red informática a requerimiento de las necesidades o conveniencias profesionales, sanitarias ó administrativas. No sólo el médico sino otras personas con intereses ajenos a los pacientes podrían desde cualquier terminal acceder o asaltar -- depende del caso-- los datos clínicos confidenciales. La concentración de la información estimula y facilita las intromisiones interesadas y multiplica el alcance de los errores y accidentes inevitables.

**Desprotege en suma la intimidad.** El honor y la intimidad, son en si mismos derechos o libertades fundamentales y debemos dudar de la calidad del derecho a la libertad, cuando es sometido a riesgos frente a las potenciales agresiones a la dignidad y a la libertad de la

persona, provenientes de un uso inadecuado del tratamiento mecanizado de los datos de salud de las personas. Información relativa a la salud cuya nueva dimensión se aborda de una manera clara en el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, suscrito en Oviedo el 4 de abril de 1.997

La "historia de salud única y centralizada" puede quebrar principios básicos de la bioética, como, por ejemplo, el de "**beneficencia y no maleficencia**" del enfermo (debido a que el mayor riesgo de pérdida de la intimidad acrecienta la probabilidad de daños — físicos, económicos, laborales, morales, familiares, sociales— del paciente) o el de "**autonomía**" debido a la falta de consentimiento, incluso de conocimiento, de los enfermos y desconsideración del derecho de los ciudadanos a tener secretos que son un sostén del libre albedrío. Y por otra parte, socava a fondo la **relación entre médico y enfermo**; Pero no solo del enfermo sino de su familia y hasta de su descendencia. También puede constituir un **riesgo para la salud** de algunas personas que susceptibles por comprometidas públicamente, o temerosas porque lleguen a conocer los peligros de la "historia de salud única y centralizada" podrían ocultar datos necesarios para el diagnóstico y tratamiento de sus padecimientos.

Todos los **riesgos** anteriores pueden ser gratuitos si no hay razón administrativa, económica, epidemiológica, sanitaria ni mucho menos asistencial que aconseje concentrar la información identificando a las personas. Más aún, la proporción de los datos y circunstancias registrados por el médico en un documento clínico que pueda ser provechosa para otros sectores asistenciales o gestores es muy pequeña. Dicho de otro modo, una pequeña parte y solo de la información clínica del paciente está justificado que salga del centro en el que se produjo, y sólo cuando se requiera, nunca sistemáticamente.

El concepto de confidencialidad y su aplicación en la vida privada del que forma parte el secreto médico son únicamente comprensibles y realizables en una sociedad moderna y democrática que fomenta en el individuo la afirmación de la persona y la conciencia de sus derechos. Tales cualidades se trasladan como hemos visto a la práctica

médica de la que forman unidad indivisible desde sus inicios.

La **insuficiente regulación del secreto** médico puede provocar temor del médico ante el desconocimiento de sus derechos, repercutiendo negativamente en la preparación, elaboración y eficacia de su actividad y en la calidad de la asistencia sanitaria. Pero además la situación atenta contra la recomendación necesaria a los pacientes para que informen a su médico, oportuna y verazmente, de **todo lo relacionado** con su estado de salud.

Los **problemas de los médicos** surgen diariamente en relación al secreto no por la violación voluntaria del mismo y si por la inseguridad de las situaciones nuevas y su deficiente regulación y en especial por sus resistencias a revelar las confidencias de su paciente o a poner en peligro las mismas. Y así en la España moderna y democrática, en relación a la denominada historia electrónica y centralizada algunas autoridades sanitarias han prescindido del debate social y profesional compartido y han decidido solo en función los intereses del momento, actuando con desproporcionada dureza, sobre médicos que, en defensa del secreto profesional y la confianza de sus pacientes, se han negado a la concentración de los datos clínicos. Han reaccionado con intolerancia, con medidas abusivas que se pretenden ejemplarizadoras.

Solo es aceptable una "**historia clínica informatizada**" descentralizada si el acceso lo hace un médico debidamente autorizado e identificado con firma electrónica profesional, simultáneamente con la tarjeta sanitaria del paciente. El resto de accesos tanto administrativo como para la investigación debe ser a la historia descabezada o sea sin datos identificativos del paciente.

Al parecer, la "historia clínica única de salud y centralizada" sigue, sin vacilaciones, el camino decidido. **No sería exagerado decir que con ella se pudiera estar conspirando contra la intimidad de los enfermos y, por tanto, contra la libertad y la dignidad de los ciudadanos españoles.**

Mi segunda aportación es la preocupación de la Organización Colegial en la defensa de la indivisibilidad del binomio **"intimidad del paciente-secreto médico"**, con la seguridad y garantías de los sistemas de investigación y de los ensayos clínicos con seres humanos" en los que es necesario que prevalezca por encima de cualquier otro interés la confidencialidad y el respeto a la intimidad de las personas que participan. Admitiendo las excepciones debidas a intereses generales muy específicos y motivados, pero también imponiendo controles especialmente rigurosos cuando la situación así lo aconseje.

La existencia de auténticos «mapas genéticos», en los que se pueden leer las características y las señas de identidad de una persona, unido a la existencia de la historia de salud centralizada, constituirán un objeto muy apetecible por ejemplo para empresas con interés por los datos genéticos de sus empleados o de sus clientes, con el fin de establecer las condiciones de su relación o de anular la misma, o por cualquier estructura de poder que pueda beneficiarse de ellos. **Por lo cual las nuevas tecnologías aplicadas a la medicina van a demandar de la sociedad un reforzamiento del secreto médico.**

Preocupa el acceso a los resultados de los análisis genéticos y el control de los mismos, incluso en relación con los familiares de las personas analizadas. También preocupa el uso que de la misma se pueda realizar y la transmisión a terceros ajenos al interés sanitario. Al igual que con la historia de salud es muy preocupante la dimensión familiar de la información genética obtenida que agudiza el problema. Por lo que será preciso determinar las medidas que garanticen la necesidad de pruebas y exámenes de salud en relación a los fines que se pretendan alcanzar

**La tercera y penúltima cuestión que les planteo es La Insuficiencia Del Desarrollo Legislativo**

*Los avances tecnológicos y el progreso social produce cambios tan bruscos y frecuentes que no hay tiempo de adaptación y respuesta a los mismos. De forma que es mas rápido el devenir de acontecimientos nuevos que la capacidad de respuesta para adaptarnos a los mismos y limitar sus riesgos.*

No quiero yo hacer ninguna intromisión en un campo del que no soy experto pero si ofrecer la opinión, a propósito del desarrollo legislativo en esta materia que ha clarificado las cosas pero desde mi punto de vista lo ha hecho de forma insuficiente y asistimos a una gran exposición de leyes, normas, modificaciones, interpretaciones disgregadas que provocan inseguridad

Así, en el artículo 61 de la Ley General de Sanidad, de 1986, se establecía que, en *"cada área de salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada paciente deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica"*.

**Este artículo fue derogado** dieciséis años después, en la Ley de Autonomía del Paciente, pues se concreta al máximo todo lo relacionado con la historia clínica y el acceso a la misma, en uno de cuyos apartados se determina que *"el personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al **deber de secreto**"*. Lo que es claramente insuficiente no en cuanto al establecimiento de obligaciones sino en cuanto a la **regulación** del **acceso** a la información confidencial, la **imposibilidad de control** de las mismas así como en la **identificación de responsabilidades** en caso de incumplimiento

También para ratificar lo dicho, basta con repasar la exposición de motivos de la Ley de Autonomía del Paciente donde expresamente reconoce la insuficiencia que manifestamos. En ella se lee que *"la atención que a estas materias (derechos y deberes de los pacientes) que otorgó en su día la Ley General de Sanidad supuso un notable avance... Sin embargo, el derecho a la información, como derecho del ciudadano cuando demanda la atención sanitaria, ha sido objeto en los últimos años de diversas matizaciones y ampliaciones por leyes y disposiciones de distinto tipo y rango, que ponen de manifiesto la*

*necesidad de una reforma y actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad.*

Así, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión.

En defensa de la confidencialidad había ya establecido la Directiva comunitaria 95/46, de 24 de octubre, en la que, además de reafirmarse la defensa de los derechos y libertades de los ciudadanos europeos, en especial de su intimidad relativa a la información relacionada con su salud, se apunta la presencia de otros intereses generales como los estudios epidemiológicos, las situaciones de riesgo grave para la salud de la colectividad, la investigación y los ensayos clínicos que, cuando estén incluidos en normas de rango de ley, pueden justificar una excepción motivada a los derechos del paciente..."

**No cabe duda en estamos ante un nuevo panorama, que precisa regulación legislativa, al menos, en lo que se refiere al mantenimiento de la intimidad del paciente** aunque el ejercicio médico, en lo que constituye su esencia, siga fundamentado en unos principios básicos que apenas han variado con el tiempo.

**La cuarta y ultima reflexión con la quiero terminar es sobre la validez de las normas deontológicas que los médicos nos otorgamos**

El Juramento Hipocrático del siglo V antes de Cristo abre el vigente Código de Ética y Deontología Médica del Consejo General de Colegios Médicos, que data del año 1999 y uno de cuyos capítulos, el cuarto, está dedicado al **Secreto Profesional del Médico**. *Un secreto que, incluso, obliga más allá de la muerte del paciente*. De todos modos, y pese al escaso tiempo pasado desde su aprobación, se trata de un capítulo que precisa de **revisión y actualización constante**, para ajustarlo más a las nuevas circunstancias que rodean el ejercicio profesional, como es el trabajo en equipo y la utilización de los medios informáticos para la conservación y transmisión de información. Un cambio totalmente necesario, por cuanto estos códigos de ética y deontología se conforman como normas de

**convivencia** aceptadas por el sentir social y profesional, pero deben cambiar cuando éste lo hace y, por tanto, evitar suspicacias de aplicación de normas internas de la medicina para actuaciones con repercusión externa a la profesión. De ahí, y es el momento por el que atravesamos, que debemos evitar el crecimiento de la **litigiosidad** en las relaciones **médico/paciente**, con todo el peso negativo que comporta, como es la pérdida de confianza entre las partes que buscan un mismo fin.

Pero en el fondo, estamos ante el dilema que se produce entre la fuerza coactiva que, a la hora de actuar, se deriva de los principios contenidos en un Código, que obliga en conciencia, y la vinculada a la Ley, que se impone hasta por encima de la conciencia personal. **Bien es verdad que, por principio, el secreto profesional tiene que ver más con la conciencia, aunque su trasgresión debe ser sancionado por la ley.**

De ahí que, en algún momento y por determinados grupos, se cuestione la validez jurídica de la deontología.

Aspecto que no siempre es así. Según ha explicado Gonzalo Herranz en alguno de sus trabajos:

- a) Hay países, pocos, en que **no existe código deontológico** ni la profesión tiene potestad alguna sobre el control de su normativa ética y los jueces son los encargados de velar por el cumplimiento de la legislación promulgada por el Estado en relación con los derechos, deberes y obligaciones de los profesionales.
- b) Por el contrario, existen países en donde el código deontológico tiene **rango de ley**, lo que imposibilita el planteamiento de conflictos entre la norma deontológica y la legislativa.
- c) En un tercer apartado se situaría el **modelo británico**, en donde un organismo autónomo, independiente tanto del **gobierno** como de la **asociación médica nacional**, y en cuya composición entran médicos y no médicos, ejerce la autoridad última en materia de conducta profesional de los médicos.
- d) Por último, existe el **modelo continental**, en el que la jurisdicción disciplinaria corporativa está asignada a instituciones de derecho público, como los Colegios de

Médicos, a las que corresponde promulgar y actualizar los códigos deontológicos, pero cuya acción disciplinaria queda abierta a un posible recurso final ante los órganos ordinarios de administración de justicia. Este último modelo es el que caracteriza el ámbito en que se mueve la deontología médica en España. **Que posiblemente debería de reforzar sus posiciones con la incorporación de expertos no médicos incluso escuchar y ser escuchados con mas frecuencia a otros representantes de la sociedad civil**

Aunque pueda parecer una digresión en relación con el tema que nos ocupa, merece la pena preguntarse, **¿Qué tiene más valor ante los pacientes el secreto profesional recogido en el enunciado de una ley o el desarrollado en un código deontológico?**.

Al igual que no es posible separar en el secreto médico el deber del médico del derecho que tiene el paciente al mismo, desde mi punto de vista, existe tal imbricación entre la ley y el código deontológico que no puede entenderse lo uno sin lo otro. Diríamos en una separación virtual, que *con preferencia la Ley garantizaría el derecho del paciente a que el médico le responda adecuadamente y el código se preocuparía de depurar y mejorar el deber de los médicos para ofrecer la mejor respuesta.*

En todo caso, la Ley y el código deontológico deben permitir transmitir a los ciudadanos la total seguridad de que sus derechos fundamentales en relación con la asistencia sanitaria se encuentran plenamente garantizados y protegidos. *Uno la ley actuaría como referencia obligada de derechos reclamables -mínimos- y el código deontológico mucho más exigente en la aplicación de la primera, como referencia de niveles superiores de derechos exigibles al médico. Todo apunta a que, de cara al paciente, las garantías mínimas del secreto las otorga la ley y que cuando hablamos de precauciones máximas las brinda el código deontológico.*

Y aunque a pesar de los años, aún queda mucho camino por recorrer en este terreno, la concreción de los derechos y de los deberes de los pacientes debe clarificar situaciones que no pueden quedar en manos de la buena voluntad de las partes.

Muchas gracias

**Juan José Rodríguez Sendín** es médico y secretario general del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.