

INFORME DEL COMITÉ ASESOR DE BIOÉTICA (CAB) DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LAS ÁREAS 2 Y 5 ,DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD A LA CONSULTA SOBRE EL ACCESO DE PERSONAL AUXILIAR A INFORMACIÓN CONFIDENCIAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS RESIDENTES DE UNA RESIDENCIA DE ANCIANOS

En la sesión del CAB celebrada el pasado 24 de octubre de 2002 se acordó por unanimidad dar respuesta, en los términos que a continuación se transcriben, a la consulta planteada por la Dra. X, del Servicio de Prevención y Salud del Ayuntamiento de Zaragoza, sobre acceso de! personal auxiliar a información confidencial de las historias clínicas de los residentes de la "Residencia Y" de Zaragoza. El contenido de dicha respuesta es textualmente el siguiente:

I. ANTECEDENTES

En la sesión del Comité Asesor de Bioética de las áreas 2 y 5 de Zaragoza (CAB) celebrada el día 25 de septiembre de 2002 en la biblioteca del Centro de Salud Actur Sur, se puso en conocimiento de los miembros del Comité la recepción de una consulta presentada al mismo con relación a la solicitud hecha por los auxiliares de la Residencia Y de Zaragoza (dependiente del Centro de Salud Z) de conocer las enfermedades de los residentes, tras haberse producido un accidente biológico con uno de los ancianos, afectado por una Hepatitis C.

La consulta fue presentada en forma y lugar correctos por la Dra. X, del Servicio de Prevención y Salud del Ayuntamiento de Zaragoza. Se admitió a trámite el 25 de septiembre de 2002 por considerar los miembros del CAB que entraba dentro de sus competencias el análisis de la cuestión planteada, dadas sus importantes connotaciones éticas, y por afectar el problema a personas atendidas y bajo la responsabilidad de los profesionales sanitarios de uno de los centros de salud del área 2 de Zaragoza. Se procedió a la valoración del problema y a la respuesta a la consulta, cuya redacción final fue aprobada en la sesión del CAB celebrada el 24 de octubre de 2002 en el Centro de Salud Actur Sur de Zaragoza.

II. HECHOS

El problema sobre el que se solicitó asesoramiento se planteó de la siguiente manera: *"Con motivo de un accidente biológico, ocurrido en la Residencia Y con una residente con Hepatitis C, los auxiliares solicitan conocer las enfermedades de los residentes, a lo que les decimos que no ha lugar, ya que aplicando las medidas de protección universal y vacunación preventiva para aquellas otras enfermedades susceptibles de ello, están protegidos.*

El conocimiento de las enfermedades no está motivado por actuación sanitaria sino por prevención y seguridad de ellos mismos".

III. CONSIDERACIONES

1. El motivo alegado para acceder a información confidencial de los enfermos -la protección del personal auxiliar ante posibles enfermedades infecto-contagiosas- no justifica la ruptura de la confidencialidad de dicha información ni el quebrantamiento del deber de secreto por los médicos responsables de la asistencia de los pacientes ni sus responsables a nivel institucional.

La protección de los trabajadores que atienden a personas internadas en centros sanitarios y sociales pasa por la aplicación de las medidas de protección universal por parte de todo el personal que, por motivo de su actividad, entre en contacto con secreciones o fluidos corporales que, en el caso de ser los pacientes portadores de alguna enfermedad, pudieran contagiarla a quien se expusiera a dicho contacto. Las medidas de protección universal en estos casos deben ser siempre aplicadas, independientemente de que se conozca o no la patología que presenta el enfermo. Es éticamente correcto solicitar formación sobre ellas y la posibilidad material de aplicación de dichas medidas. En este sentido, y remitiéndonos a lo que disponga el Servicio de Prevención y Salud con competencias en el problema planteado, cabría, quizás, hacer una especificación. Muchas veces surgen este tipo de situaciones, en las que se produce una contraposición entre el respeto a la intimidad de la persona enferma (principio de autonomía) y prevención de una enfermedad en el trabajador (principio de no- maleficencia). Esta contraposición es más hipotética que real, habida cuenta de que la aplicación de las medidas preventivas de protección universal es el único modo de proteger al trabajador de un posible contagio respetando el principio de no-maleficencia, sin necesidad, por tanto, de quebrantar la confidencialidad de la

información sanitaria de los pacientes y respetando su intimidad y su autonomía. Se suele poner el ejemplo de un paciente con tuberculosis. El razonamiento sería éste: Si no se puede acceder a los diagnósticos de las enfermedades de los pacientes, o al menos a los de aquellos que tengan enfermedades infecto-contagiosas, por si alguna de las personas que están internadas en la institución tuviera una tuberculosis, ¿deben ir todos los trabajadores protegidos con mascarillas? A este respecto, hay que puntualizar que existen enfermedades, y enfermedades de *tratamiento obligatorio*, que son excepcionales, como es el caso de la tuberculosis pulmonar. Ante la mera sospecha de que una persona presente una tuberculosis pulmonar activa (esto es, enfermedad actual, con tos y expectoración en la que se aerosolizan bacilos de Koch que pueden infectar a las personas que los respiren), se actúa como si realmente estuviera infectada, mientras no se demuestre lo contrario, al practicar las pruebas pertinentes, habiendo de aislar al paciente en una habitación individual; toda persona que entre en dicha habitación debe hacerlo protegido con mascarilla y, en el caso de que el paciente precisara salir de la habitación, debería hacerlo llevando siempre puesta su mascarilla. Es evidente que estos pacientes son derivados siempre al hospital hasta la resolución de su enfermedad activa, y no constituyen, por tanto, un buen ejemplo para la cuestión que se planteaba en la consulta.

2. Es muy importante la puntualización recogida en el último párrafo de la consulta: *"el conocimiento de las enfermedades no está motivado por actuación sanitaria, sino por prevención y seguridad de ellos mismos"*. De todos es sabido que en las instituciones sanitarias y parasanitarias todos los trabajadores que como consecuencia de su relación laboral lleguen a conocer información personal sobre los pacientes en ellas atendidos, quedan obligados por un deber de secreto, compartido o derivado. Pero estar bajo este deber de secreto no justifica a ningún profesional a acceder a información confidencial sobre una persona, ni a solicitarla. Es sólo la situación de *confidente necesario* para asegurar la atención sanitaria de los enfermos lo que justificaría a un profesional a acceder a dicha información, en la medida en que ésta fuera necesaria para cumplir con las funciones que tenga asignadas, y sólo en virtud de las competencias que le son propias.

3. Las consideraciones realizadas hasta este punto han sido realizadas desde la perspectiva ética, que es la que compete al Comité al que ha sido remitida la consulta. No obstante, estas consideraciones son acordes con la normativa vigente sobre la cuestión, que únicamente pasamos a enumerar: Preceptos constitucionales (artículo

18, puntos 1 y 4, artículo 105, apartado b); Tratados y Acuerdos Internacionales (a destacar el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la biomedicina -conocido como el Convenio de Oviedo-artículos 10 y 26); Leyes Civiles (Ley Orgánica 1/1982 de 2 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidación Personal y Familiar y a la Propia Imagen); Leyes Administrativas (Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad: artículos 10.1 y 61; Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; Ley Orgánica 3/1986 de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública: artículos 2 y 3; normativas sobre información y documentación sanitaria de las Comunidades Autónomas -Aragón no tiene, hasta la fecha, regulación específica sobre el tema-); Leyes laborales, Ordenaciones y Recomendaciones (Ley 31/1995 de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, en particular el artículo 22, que regula la voluntariedad u obligatoriedad de los reconocimientos médicos a los trabajadores; Recomendaciones de la Secretaria del Plan Nacional del SIDA, relativas a los profesionales sanitarios portadores de los virus VIH, VHB y VHC -Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998-); finalmente leyes procesales, que no vienen al caso, y leyes penales (el Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, que en el Título X, Capítulo 1, artículos 197 a 201, trata de forma singular el descubrimiento y la revelación de secretos).

En referencia a los Códigos Deontológicos, conviene recordar que el Código de Ética y Deontología médica de la Organización Médica Colegial, aprobado el 25 de septiembre de 1999, dedica todo un capítulo, el IV (artículos 14 al 17), al deber de secreto profesional. También deben tenerse en cuenta los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, artículo 64, puntos 3 y 4, y artículo 65) que recogen las infracciones y sanciones del secreto profesional.

IV. CONCLUSIÓN

De todo lo expuesto hasta este punto se concluye que la respuesta dada a la solicitud por parte de los médicos responsables de la asistencia de los residentes de la Residencia Y, negándose a dar dicha información, es correcta.