

Base Ético-Legal del Secreto Profesional en la profesión Enfermera

Autor: González Menéndez, Francisco Javier (Enfermero).

Público: Enfermería, Alumnos de Enfermería. **Materia:** Ética y Legal. **Idioma:** Español.

Título: Base Ético-Legal del Secreto Profesional en la profesión Enfermera.

Resumen

El secreto profesional (SP) se define como el deber ético, legal y deontológico de custodiar toda la información que obtengamos en el ejercicio de nuestra profesión. La ruptura del mismo produce un atentado contra la intimidad, dignidad, privacidad y libertad del paciente. Se hace relevante que los profesionales de la enfermería cumplan el deber del secreto profesional, respetando el derecho a la intimidad del paciente y facilitando el establecimiento de una relación de confianza.

Palabras clave: secreto profesional, confidencialidad, privacidad, ética, enfermería.

Title: Ethical-Legal Basis of Professional Secrecy in the Nursing profession.

Abstract

Professional secrecy (SP) is defined as the ethical, legal and deontological duty to safeguard all the information that we obtain in the exercise of our profession. The rupture of the same one produces an attack against the privacy, dignity, privacy and freedom of the patient. It is relevant that nursing professionals fulfill the duty of professional secrecy, respecting the right to privacy of the patient and facilitating the establishment of a relationship of trust.

Keywords: professional secrecy, confidentiality, privacy, ethics, nursing.

Recibido 2018-07-31; Aceptado 2018-08-02; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098188

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

En España, la Atención Sanitaria, se presta actualmente a través de equipos multidisciplinares lo que hace que la información referente al estado de salud de los pacientes sea compartida por el mismo, es decir, profesionales sanitarios y no sanitarios. La calidad de esta depende de la posibilidad de acceder a la información, hoy en día esa calidad ha aumentado gracias a la informatización de la Historia Clínica (HC). La mayor accesibilidad a la información puede llevar al peligro de que pueda acceder a ella personas que no estén interviniendo directamente en la Atención Sanitaria del paciente o bien personas que, aun interviniendo en la asistencia, no necesiten acceder a toda la información para prestar la misma.

De esta forma podemos establecer que, si el número de personas que acceden a la HC del paciente y la facilidad que tienen para acceder a ella son mayores, el riesgo de vulneración del derecho a la **confidencialidad** de los datos de carácter personal también va a ser mayor. Por tanto, es necesario, hacer hincapié en la importancia del SP, eso sí, sin desacreditar la Asistencia Sanitaria¹.

Es necesario definir los conceptos de intimidad y confidencialidad ya que se encuentran estrechamente relacionados con el mismo. Antes de ello cabe destacar que la intimidad y la confidencialidad son **derechos fundamentales** que persiguen garantizar la esfera de la intimidad de las personas frente a la acción y conocimiento de los demás. Ambos derechos se complementan con el derecho a la protección de datos¹.

La Real Academia Española (RAE) define a la intimidad como “*zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia*”; y define a la confidencialidad como “*lo que se dice o se hace en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas*”. Lo confidencial puede hacer referencia a la intimidad, pero su esencia radica en evitar la difusión, siendo más común su empleo en lo relacionado con documentos hechos o noticias².

La intimidad, como derecho de la persona, es un concepto reciente (no aparece hasta el siglo XX). En la Legislación Española no fue contemplado hasta la publicación de la Constitución en el año 1978^{3,22}. El ámbito de lo personal está

protegido por el ordenamiento jurídico, siendo así limitado el acceso a la esfera de intimidad de las personas, y, además, reconoce el derecho a la confidencialidad de los datos, es decir, quienes hayan consultado datos íntimos de otra persona no pueden utilizarlos ni revelarlos sin autorización expresa del interesado o de una ley¹.

Confidencialidad e intimidad se complementan con el derecho a la protección de datos de carácter personal para otorgar a su titular un poder de control sobre ellos, así como sobre el destino y uso de los mismos, con el fin de evitar su tráfico ilícito y lesivo¹. De todas formas, la realidad de esta sociedad en la que vivimos es que se trivializa con este tipo de cuestiones, especialmente en que la intromisión en la vida de otras personas parece algo cotidiano e inherente a la condición humana; Kant afirmaba que *“los hombres tienen afición por los cotilleos y los secretos suelen servir para amenizar sus conversaciones”*².

El alto valor que se le otorga a la confidencialidad en cuanto al SP reside en los siguientes tres elementos⁴:

- **Autonomía:** se relaciona con la confidencialidad ya que la información personal pertenece al paciente y no debe ser dada a conocer a otro sin su consentimiento. Cuando un individuo revela información personal a un profesional sanitario, éstos se ven obligados a mantenerla confidencial, a menos que el individuo en cuestión les permita divulgarla.
- **Respeto:** hacia los demás. Una de las formas más importantes de mantener el respeto hacia el paciente es mantener su privacidad. En el contexto médico con gran frecuencia, la privacidad está comprometida, pero el respeto es la razón principal para evitar otras intromisiones innecesarias en la vida privada de una persona. Se debe tener cuidado al determinar qué información personal desea mantener en secreto y cuál está dispuesto a revelar a otros por parte del paciente.
- **Confianza:** parte esencial en la relación profesional sanitario-paciente ya que, para recibir atención sanitaria, el paciente debe revelar información personal que no querría que nadie más supiera. El paciente quiere tener una buena razón para confiar en que el profesional no revelará la información, siendo la confianza la base de esta relación con el paciente. La base de esta confianza son las normas éticas y legales de confidencialidad que se espera que respeten los profesionales de salud. En caso de que el paciente no entienda que la información entregada se mantendrá en secreto podrá retener información personal, pero, por consiguiente, obstaculizará los esfuerzos del equipo sanitario por realizar intervenciones eficaces o lograr ciertos objetivos de salud pública.

En el mundo sanitario la protección de la intimidad tiene mayor importancia aún que en el común de la sociedad. El hecho de que un paciente necesite revelar datos o aspectos que forman parte de su intimidad para recuperar su salud no significa que esté renunciando a su propia intimidad, es más, espera que esta sea protegida¹¹. Por otra parte, es necesario recalcar que el SP en el ámbito sanitario es uno de los pilares básicos sobre los que se asienta la relación profesional-paciente ya que, como sanitarios, acceden a datos personales y de salud pertenecientes a la esfera más íntima de la persona, pudiendo suponer la estigmatización o discriminación del paciente la divulgación de los datos⁶.

OBJETIVOS

- **Objetivo principal:**
 - Conocer la base ético-legal del Secreto Profesional en la profesión Enfermera.
- **Objetivos específicos:**
 - Definir los conceptos de confidencialidad e intimidad y su importancia en el trabajo Enfermero.
 - Conocer las implicaciones ético-legales de la Enfermería ante los datos confidenciales que proporcionan los pacientes.
 - Determinar la importancia de la enfermería ante el Secreto Profesional.

MÉTODO

La metodología llevada a cabo se basa en una revisión bibliográfica retrospectiva a través de diferentes bases de datos de Ciencias de la Salud, durante el período de búsqueda comprendido entre mayo de 2018 y julio de 2018

La estrategia de búsqueda y selección de artículos se fundamentó en el empleo de MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptor en Ciencias de la Salud) en bases de datos y repositorios y el empleo de lenguaje libre en las mismas.

Se procedió a la lectura del título y resumen y, si éstos se ajustaban al tema elegido, se comprobaba si el documento cumplía con los criterios de inclusión (mediante los cuales se pretende justificar la elección de los mismos) y si los cumplía se seleccionaba como fuente bibliográfica, en caso de no cumplirlos se descartaban. Una vez seleccionadas las fuentes bibliográficas se procedió a la lectura completa del texto para poder realizar la extracción de información.

La Tabla 1 muestra los criterios de inclusión:

Tabla 1. Criterios de inclusión. Elaboración propia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Antigüedad máxima de 5 años, exceptuando aquellos documentos que han sido realizados por organismos de notoria importancia y de los que no se han publicado copias más recientes o que son de consulta imprescindible por ser básicos en el marco de este trabajo.
Idioma español, portugués o inglés.
Estudios y publicaciones realizadas en seres humanos en edad adulta, ancianos y niños, sin que se haga distinción entre sexos.
Estudios y publicaciones de carácter multidisciplinar (enfermería, medicina y derecho).
Artículos cuyo título y resumen contengan información relativa al secreto profesional en la enfermería.
Artículos cuyo título y resumen contengan información sobre el papel de la enfermería en el secreto profesional y la confidencialidad de los datos del paciente.
Artículos que contengan información relativa al código deontológico de la enfermería.
Artículos que contengan información relacionada con la ética profesional en la enfermería.

La Tabla 2 muestra los criterios de exclusión:

Tabla 2. Criterios de exclusión. Elaboración propia.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Estudios y publicaciones de carácter epidemiológico cuyos resultados no sean significativos.
Artículos de opinión.

Se llevó a cabo una consulta utilizando bases de datos y repositorios científicos como *Pubmed*, *Cuiden*, *Dialnet*, *Fisterra*, *Scielo*, *Clinical Key* y *Nure*. Para realizar la búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos y así poder obtener resultados relevantes y relacionados con el tema a estudio, se ha utilizado el vocabulario estructurado del MeSH y DeCS, así como lenguaje libre, los cuales han sido combinados con los operadores booleanos "AND", "NOT" y "OR" (los dos últimos se han utilizado para la búsqueda, pero no se han obtenido resultados válidos para el presente trabajo)

Se llevó a cabo una consulta preliminar en el buscador Google Académico para sondear la cantidad de artículos disponibles sobre el tema a estudio, introduciendo las palabras claves: "secreto profesional" y "enfermería". Este motor de búsqueda no se ha usado para realizar el presente trabajo.

También se ha utilizado lenguaje libre, el cual se limitó a los términos "ética profesional", "confidencialidad"; "secreto profesional", "deontología" y "enfermería". Además de la búsqueda realizada en bases de datos, repositorios y bibliotecas

virtuales se ha realizado una búsqueda libre en páginas web de contrastada calidad científica, revistas científicas y libros en formato físico.

En la Tabla 3 (**Anexo 1**) se muestran los DeCS y MeSH utilizados para la realización de la búsqueda bibliográfica.

DESARROLLO:

1. EL SECRETO PROFESIONAL:

Para comenzar debemos entender el concepto de secreto el cual es definido por la RAE como: *“la prohibición moral de descubrir o revelar hechos ocultos, cuya naturaleza exige que no se divulguen, noticias o informaciones recibidas confidencialmente”*. A su vez, el SP, desde un punto de vista jurídico es la: *“obligación que tiene una persona de no divulgar las confidencias que recibe como consecuencia de su profesión y por los servicios prestados”*⁷. Todos los profesionales que, por razón de sus servicios, reciban este tipo de confidencias tienen el deber del SP. Generalmente la violación del SP tiene una mayor trascendencia en aquellas profesiones como los abogados o el personal sanitario ya que implica un mayor perjuicio para el titular del secreto⁷.

Otra definición del SP, ampliamente aceptada por la comunidad Científica, es la de: *“aquello que se mantiene oculto a los demás y surge del ejercicio de la profesión”*, es decir, en el caso del profesional sanitario, de la comunicación profesional con el paciente, por tanto, constituye una obligación moral para el profesional de salud guardar en secreto las confidencias conocidas en el ejercicio de la profesión⁸. Se pueden distinguir tres tipos de secretos¹¹:

1. **Secreto Natural:** el que nos obliga en virtud de la naturaleza misma o noticia conocida.
2. **Secreto Prometido:** obliga por fidelidad de la palabra dada y por la amistad.
3. **Secreto Confiado o Pactado:** el cual es consecuencia de una promesa explícita realizada antes de recibir la confidencia de lo que se oculta.

Es este último tipo de secreto el que nos ocupa en este trabajo ya que, es el que pasa a ser estrictamente profesional, cuando se ha confiado una información a una persona a quien su profesión obliga a asistir a los demás con sus consejos y cuidados⁹.

En nuestros días y, en cuanto al desarrollo de los medios de comunicación, existen archivos en la HC que guardan información referente a estilos de vida, incluyendo cuestiones íntimas y resultados de las investigaciones que se realizan; además el trabajo en equipo hace muy difícil mantener un concepto cerrado del SP haciéndose necesaria una confidencialidad compartida o derivada⁸. Por otra parte, es necesario hablar sobre el Secreto Médico del cual podemos encontrar dos tipos⁹:

- **Secreto Médico Compartido:** conocido por varias personas en beneficio de la colaboración requerida para llegar al adecuado tratamiento asistencial.
- **Secreto Médico Derivado:** consecuencia inevitable de la complejidad que tienen actualmente los centros asistenciales.

La discreción se ha considerado desde siempre una cualidad importante en el desarrollo de la Enfermería y, desde que esta profesión se ha empezado a reconocer, ha figurado el deber de mantener el SP sobre la información obtenida en el ejercicio profesional. En 1893, Florence Nightingale redacta su juramento en el cual deja una gran enseñanza: *“Consideraré como confidencial toda información que me sea revelada en el ejercicio de mi profesión, así como todos los asuntos familiares de mis pacientes”*².

Anteriormente ya se ha mencionado que la confidencialidad, considerada como derecho de los pacientes, es algo relativamente reciente, el ejercicio de la medicina ha conllevado siempre un deber de respeto a la dignidad de estos. El secreto médico a través de la historia ha tenido una evolución y pudiendo describirse en tres etapas.¹⁰

La primera etapa, en la época mitológica, en la que el médico era considerado como un sacerdote. Existía la obligación sagrada de guardar secreto¹⁰. Más adelante, la segunda etapa, en la época Hipocrática, surge el concepto de “deber de sigilo” como algo ligado a la actividad profesional del médico¹⁰. El Juramento Hipocrático dice que el SP no es tanto un

derecho del individuo, si no, un deber del profesional: *“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 trascender, lo callaré, teniéndolo por secreto”*¹¹.

La tercera y última etapa, la Época Moderna, se caracteriza por una posición de respeto al secreto médico y una posición de tolerancia hacia su incumplimiento, hasta finales del siglo XIX donde se empezó a considerar delito la revelación confidencial¹².

Con todos estos datos se puede apreciar que, desde la antigüedad, la confidencialidad en el ejercicio de la medicina quedaba protegida por juramento, además no se limitaba solo a los aspectos clínicos, sino, a todo lo que era inherente a la dignidad de la persona y al respeto que esta merece⁸. Por ello, se puede decir, que el SP se evidencia en la historia de la medicina como uno de los principios que tienden a crear un perfil ético del profesional de la salud¹². Además, está fundamentado en el *“derecho de toda persona a su intimidad, privacidad y confidencialidad”*, derechos que están protegidos por la Constitución de 1978, el Derecho Civil y la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal, siendo el SP un mínimo exigible en cada una de nuestras actuaciones profesionales¹².

Por otra parte, el SP también ha sufrido una evolución con relación a su obligatoriedad. Por un lado, se defiende que el secreto debe darse en todas las circunstancias, siendo conocido como deber absoluto y basándose en el interés individual. Por el otro lado, la sociedad actual, limita dicho secreto declarando la obligación moral de guardar el secreto médico siempre que no derive en un grave daño social, surgiendo así el concepto de **secreto relativo**, en el cual es el interés público el que prima⁹.

Una de las cualidades más importantes en la Enfermería es la discreción. Desde que se considera a la Enfermería como tal se han desarrollado ciertas normas que han sido agrupadas en **códigos**. En cuanto al Código Deontológico de Enfermería lo referente al SP se ve recogido en los artículos 13, 19, 20 y 21 del mismo. En ellos se recoge el deber de la Enfermera de informar a la familia si el paciente no está preparado para recibir la información, el deber de guardar el SP de los datos conocidos por el ejercicio de su profesión, el deber de informar sobre los límites del SP y, en el caso de ser necesario romper el secreto, tener presente que su primera preocupación es el paciente y debiendo reducir al mínimo los daños al mismo².

En cuanto al derecho a la confidencialidad de los datos de carácter personal es necesario que el paciente, que es titular de los datos, pueda disponer lo que estime oportuno sobre la comunicación o difusión de sus datos a un tercero¹. Por tanto, a la hora de facilitar la información asistencial de los pacientes, se debe tener en cuenta que el único que puede decidir a qué persona o personas se puede informar es el paciente¹. El cumplir esto es una forma de garantizar el derecho a la confidencialidad de sus datos¹.

Es por ello que, las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, serán informadas en la medida que éste lo permita de manera expresa o tácita. Así mismo, el paciente, en virtud del poder de disposición que tiene sobre sus datos, puede prohibir que se facilite información a cualquier persona, en cuyo caso deberá hacerlo constar por escrito, para que cualquier profesional pueda tener conocimiento de dicha prohibición¹.

De todas formas, existe una excepción, cuando el paciente, según el criterio médico carezca de la capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, en cuyo caso se pondrá la información en conocimiento de su representante o, en su defecto, de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho¹.

Cuando la intimidad y confidencialidad del paciente es vulnerada en un centro sanitario, el ordenamiento jurídico establece mecanismos de protección para el titular de este derecho, el cual puede exigir responsabilidades a quienes hayan quebrantado su derecho¹. Por tanto, un incumplimiento de la normativa en esta materia puede derivar en la exigencia de responsabilidad a los profesionales y a los responsables de los centros sanitarios¹.

La responsabilidad que puede conllevar la vulneración de estos derechos puede ser: administrativa, civil, penal y deontológica, pudiendo exigirse una indemnización por vía civil e incluso, si la infracción es constitutiva de delito, la imposición de una pena que lleve aparejada prisión e inhabilitación¹.

2. MARCO DEONTOLÓGICO DEL SECRETO PROFESIONAL:

En los diferentes textos que he consultado para realizar el presente trabajo he podido observar que, el deber de cumplir el SP, se percibe desde una obligación ética y jurídica⁹. Entre los textos más importantes que regulan las normas éticas relativas al SP figuran: el Juramento Hipocrático, la Declaración de Ginebra, el Código Deontológico de Enfermería,

el Código Internacional de la Enfermería y el Juramento de Florence Nightingale, los cuales son más específicos de la profesión enfermera⁹.

Las primeras referencias a la confidencialidad, las cuales fueron las primeras pinceladas de un código ético enfermero, se encuentran en la denominada “Etapa de Profesionalización”, recogido en el “*Juramento para enfermeras de Florence Nightingale*”. Fue redactado en 1893 por Lystra Eggert Gretter y una Comisión del Colegio Farrand del Hospital Harper de Detroit con Nightingale como inspiradora. En el transcurso del escrito puede leerse “*juro no transgredir el derecho de mis pacientes, a su privacidad y confidencialidad, reconocimiento de que la intimidad del ser humano constituye uno de sus valores más preciados*”¹³.

Décadas más tarde y, a raíz de las grandes matanzas cometidas al pueblo judío en la Segunda Guerra Mundial, fueron juzgados y condenados médicos y militares en el Juicio de Núremberg, dando como resultado el 20 de agosto de 1947 el Código de Núremberg, código deontológico que sugiere una serie de recomendaciones en la experimentación con seres humanos, poniendo énfasis en el consentimiento informado (CI)¹⁴.

Justo un año después, en 1948, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos, con el fin de proteger el derecho primario y fundamental y el derecho a la vida de toda persona. Es más, encuentran sentido y fundamento a los demás derechos del hombre como son la salud y la autonomía¹⁴.

En 1953 se retoma la elaboración del primer Código Ético Internacional de Enfermería por el Consejo Internacional, cuyo desarrollo se había iniciado en 1923 en Canadá (siendo paralizado por la Segunda Guerra Mundial). En este código se garantiza la confidencialidad de la enfermera en su capítulo “*La enfermera y el Individuo*”, donde se cita textualmente: “*La enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba, y utilizará la mayor discreción para compartirla cuando sea necesario*”¹³.

Posteriormente en Finlandia, en el año 1964, la Asociación Médica Mundial (AMM) emite la llamada Declaración de Helsinki, un código deontológico que establece unas recomendaciones para las investigaciones clínicas. Cabe destacar que éste es el documento más importante al respecto de la ética de la experimentación en seres humanos. Una de las partes más importantes del mismo es en el que se clasifican las investigaciones en terapéuticas y no terapéuticas, haciendo particular referencia a las experimentaciones en los países en vías de desarrollo, mencionando los consentimientos en relación con las personas imposibilitadas y haciendo referencia a las publicaciones como un deber ético, para autor y editor¹⁴.

En 1986, el Consejo General de Enfermería (CGE), designa un Comité conformado por profesionales enfermeros que ejercían la profesión en diferentes ámbitos para que elaborasen un primer proyecto que, posteriormente, fue sometido a la opinión general del colectivo de enfermería. De esta manera, el primer Código Deontológico de la Enfermería Española, fue aprobado con fecha 14 de julio de 1989, siendo modificado en 1998¹⁵.

En el citado Código se establece que el cumplimiento de este “*tendrá carácter obligatorio para todos los profesionales de enfermería del Estado. Cualquier vulneración del mismo dará lugar a la inmediata exigencia de responsabilidades disciplinarias en los términos previstos en los Estatutos de la organización Colegial*”¹⁵.

En el capítulo III de dicho código, cuando se trata el tema de los “Derechos de los enfermos y de los profesionales de enfermería”, en su artículo 19 dice: “*La Enfermera guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya llegado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo*”. Así mismo, el artículo 20, se dice: “*La enfermera informará de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público*”. Por último, en el artículo 21, se recoge lo siguiente: “*Cuando la Enfermera se vea obligada a romper el secreto profesional por motivos legales, no debe olvidar que, moralmente, su primera preocupación ha de ser la seguridad del paciente y procurará reducir al mínimo indispensable la cantidad de información revelada y el número de personas que participen del secreto*”¹⁵.

3. MARCO ÉTICO DEL SECRETO PROFESIONAL:

Para comenzar a redactar el amplio marco ético que delimita al SP es necesario saber qué es lo ético y qué es lo moral; la RAE define a lo ético como: “*conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida*”. Por otra parte, la RAE, define a lo moral como: “*perteneciente o relativo a las acciones de las personas, desde el punto de vista de su obrar en relación con el bien o el mal y en función de su vida individual y, sobre todo, colectiva*”.

El objetivo material de la ética es el acto humano, es decir, el acto realizado de manera consciente y libre. Su objetivo formal es la rectitud moral; de esta manera la ética persigue con el acto el fin bueno y correcto. Para que un acto sea considerado moral debe realizarse conforme a la naturaleza humana, es decir, la ética estudia la moralidad de los actos humanos¹⁴.

La ética desempeña un papel vital en el proceso de toma de decisiones dentro de la práctica profesional, además la aplicación de los puntos de vista moral resulta cada vez más compleja, debido a la multiculturalidad del mundo en el que vivimos hoy en día, de ahí que, como profesionales sanitarios, debamos estar bien formados en los diferentes valores y creencias¹⁶.

Es necesario y muy importante definir el concepto de Bioética, el cual se entiende como: “*estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y principios morales*”¹⁷. En el año 1974 se inicia el debate sobre los principios de la Bioética, momento en el que se crea el Congreso Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de Comportamiento en Estados Unidos. En el año 1978 se publica el *Informe Belmont* donde se establecen los cuatro principios éticos que deben guiar la experimentación científica con seres humanos; este informe sólo se refiere a las cuestiones éticas que surgen en el ámbito de la investigación clínica¹⁸. Un año después, en 1979, Tom L. Beauchamp (miembro de la Comisión Nacional), y James F. Childress, publican su famoso libro “*Principios de Ética Biomédica*” y reformulan estos principios para que puedan ser aplicados a la ética asistencial¹⁸. Estos principios son:

- **Respeto de la Autonomía:** Para Beauchamp y Childress, el individuo autónomo es el que “*actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido*”¹⁸. Un ser autónomo no tiene por qué seguir sus propios deseos o inclinaciones ya que la autonomía es un concepto que admite grados por eso, para Beauchamp y Childress, una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace intencionadamente, con comprensión y sin influencias controladoras que determinen su acción¹⁸.

La autonomía de una persona es respetada cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a elegir y realizar acciones basadas en sus valores y creencias¹⁸. Por tanto, el respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y voluntariedad y a potenciar la participación del mismo en la toma de decisiones¹⁸.

- **No Maleficencia:** este principio hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente, siendo su máxima el principio “*Primum non Nocere*” (lo primero no dañar¹⁸).

Lo que solicita este principio es “No dañar”; una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Beauchamp y Childress, en el diseño del principio de no maleficencia, se centran en los “*daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses*”¹⁸.

- **Beneficencia:** este principio consiste en prevenir y eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que el principio de la no-maleficencia implica la ausencia de acción, el principio de la beneficencia incluye siempre la acción¹⁸. En este caso Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia¹⁸:

- **Beneficencia positiva:** requiere la provisión de beneficios.
- **Beneficencia de utilidad:** requiere un balance entre los beneficios y los daños.

Cuando estos autores hablan del principio de beneficencia se refieren a los actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina, es decir, antes de realizar un tratamiento sobre un paciente estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos¹⁸. Además, dicen que el principio de beneficencia es una exigencia y no una mera invitación a la acción, por ello es importante distinguir en qué circunstancias hacer el bien es una exigencia¹⁸.

- **Justicia:** Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando a una persona se le niega el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente¹⁸.

Con todos estos puntos anteriormente explicados podemos extrapolar que, para poder desarrollar un código de ética enfermera, se debe constituir necesariamente una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería. Para ello debe considerarse⁷:

- Al hombre como un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente y participa como miembro de una comunidad.
- A la sociedad como un conjunto de individuos, que en nuestro país se constituye en un Estado Social y Democrático de derecho, que promueva como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la justicia, la igualdad, la libertad y el pluralismo político.
- A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.
- A la Enfermería, como un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, a nivel individual o colectivo.
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad.
- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio y responsable.
- La aplicación y reconocimiento de estos principios éticos en el ejercicio profesional.
- La práctica de una conducta de respeto a los derechos humanos.

En definitiva, el Ejercicio Enfermero requiere de una fuerte concienciación sobre los valores que se sustenta a diario, los cuales son fundamentales: la libertad, la salud, la dignidad y, por supuesto, la vida humana. Todos ellos requieren que los profesionales de la Enfermería fundamenten con razones de carácter ético las decisiones que tomen en su ejercicio profesional⁷.

4 MARCO LEGAL DEL SECRETO PROFESIONAL:

La importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales se pone de manifiesto al constatar el interés que han demostrado por los mismos casi todas las organizaciones internacionales con competencia en la materia¹⁹.

La primera regulación que surge para las profesiones sanitarias en España se produce a mediados del siglo XIX, de la mano del Reglamento para las Subdelegaciones de Sanidad Interior del Reino, de 24 de julio de 1848, el cual determinaba que el ejercicio de las profesiones de Medicina, Farmacia y Veterinaria estaba comprendido dentro de la rama de la Sanidad²⁰.

En la Ley de 28 de noviembre de 1855, sobre el Servicio General de Sanidad, se instituyeron los Jurados Médicos Provinciales de Calificación, que tenían por objeto: prevenir, amonestar y calificar las faltas que cometieran los profesionales en el ejercicio de sus facultades, regularizar sus honorarios, reprimir los abusos y establecer una severa moral médica¹⁹.

En cuanto a los textos legales el SP está recogido principalmente en el artículo 18 de la Constitución Española de 1978, en el artículo 10 de la Ley General de Sanidad y en el Código Penal¹. El personal sanitario en el desempeño de su labor asistencial debe limitarse a acceder a aquellos datos de los pacientes a los que atiende, es decir, sólo si participa en el tratamiento y diagnóstico podrá consultar la historia clínica¹. Por otra parte, las personas que para el desarrollo de sus funciones necesitan manejar datos de los pacientes, limitarán su acceso a los datos pertinentes¹. Los profesionales deben abstenerse tanto de realizar accesos para los que no estén autorizados como de divulgar los datos de carácter personal que pudieran conocer relacionados con el paciente¹.

Cuando los profesionales (sanitarios o no sanitarios), conocen legítimamente datos de una persona en el ejercicio de sus funciones, no deben revelarlos sin el consentimiento de este, ya se trate de datos estrictamente sanitarios o personales¹. Esta obligación de SP persiste incluso cuando finaliza su actividad profesional¹.

A continuación, se exponen los supuestos donde no existirá incumplimiento de la obligación de sigilo o reserva¹:

- **Cuando se actúa en cumplimiento de un deber procesal-penal:** como puede ser la obligación de denunciar un delito. La legislación sanitaria recoge un supuesto concreto de levantamiento de la confidencialidad en cumplimiento de los deberes de comunicación y denuncia en el caso de abusos, vejaciones y malos tratos que afectan a niños, mujeres, personas mayores, personas con discapacidad física, psíquica o sensorial.

- **Cuando se comunican casos de enfermedades infectocontagiosas:** cuya declaración es obligatoria, o si fuera preciso adoptar medidas especiales en materia de Salud Pública.
- **Cuando se obra para evitar un daño grave:** en un intento de proteger los derechos y libertades del propio paciente o de terceras personas.

Por otra parte, nos encontramos la Ley 14/1986 de 25 de abril, es decir, la Ley General de Sanidad la cual únicamente se refiere al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, no afronta su regulación, aunque prevé, como competencia del Estado, la homologación de programas de formación postgraduada, perfeccionamiento y especialización de personal sanitario, así como la homologación general de los puestos de trabajo de los servicios sanitarios²⁰. En definitiva, la Ley General de Sanidad, es una norma organizativa, cuyo objetivo primordial es establecer la estructura y funcionamiento del Sistema Sanitario Público en el nuevo modelo territorial y político del Estado que deriva de la Constitución de 1978²⁰.

En el *Artículo 10* de la Ley General de Sanidad se ampara al SP: *“todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias”*²⁰:

- A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones Sanitarias Públicas y Privadas que colaboren con el Sistema Público.
- Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

De todas formas, el derecho a la información como derecho del ciudadano cuando demanda atención sanitaria, fue objeto de diversas modificaciones y ampliaciones por Leyes y disposiciones de distinto tipo, lo cual ponía de manifiesto la necesidad de una reforma y de la actualización de la normativa contenida en la Ley General de Sanidad²¹. Es por ello que surge la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que califica a los datos relativos a la salud de los ciudadanos como datos especialmente protegidos, estableciendo un régimen riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión²¹. Esta Ley en sus *Artículos 7 (Datos Especialmente protegidos)*, *9 (Seguridad de los Datos)*, *10 (Deber del Secreto)* y *11 (Comunicación de los datos)* regula la protección de datos. Creo necesario recalcar el *Artículo 10* de dicha Ley²²:

- *“El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al SP respecto de los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aún después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo”.*

Cabe destacar que en el *Artículo 44* de ésta misma Ley se describen los tipos de infracciones derivadas del incumplimiento de este deber, dividiéndolas en: leves, graves y muy graves²².

Con posterioridad se publica la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, la cual está basada en la Ley General de Sanidad¹⁹. Su objetivo principal es la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los Centros y Servicios Sanitarios (públicos y privados), en materia de autonomía del paciente, de información y de documentación clínica¹⁹. Esta Ley consta de seis capítulos, veintitrés artículos y nueve disposiciones adicionales relacionadas con el deber de efectuar estadísticas, registros, protocolos y otros documentos relacionados con el proceso asistencial que se realice¹⁹. Existen varios artículos en esta Ley donde se recoge información relacionada con el SP y la HC; estos son¹⁹:

- **Artículo 2: principios básicos:**
 - *“La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientaran toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información clínica.*

- *“La persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida”.*
- **Artículo 7: el derecho a la intimidad:**
 - *“Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”.*
 - *“Los Centros Sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.*
- **Artículo 16: usos de la Historia Clínica:**
 - *“La Historia Clínica es un instrumento destinado a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realicen el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la Historia Clínica como instrumento fundamental para su adecuada asistencia”.*
 - *“El acceso a la Historia Clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la Historia Clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos”.*
 - *El personal que accede a los datos de la Historia Clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.*
- **Artículo 19: derechos relacionados con la custodia de la Historia Clínica:**
 - *“El paciente tiene derecho a que los Centros Sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las Historias Clínicas. Dicha custodia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente ley”*

La Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal dio finalmente especial relieve a la tutela de los derechos fundamentales y procuró diseñar con especial medida el recurso al instrumento punitivo allí donde estaba en juego el ejercicio de cualquiera de ellos, como puede ser la integridad moral y la nueva regulación de los delitos contra el honor^{20,23}.

El quebrantamiento del SP queda regulado en el Título X del Código Penal: *“Delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio”*, donde en su primer capítulo, en el artículo 199, se recoge lo siguiente²⁰:

- *“El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses”.*
- *“El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses, e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años”.*

Por otra parte, es importante resaltar el artículo 197.2 del Código Penal sobre los Delitos contra la Libertad Informática, también conocidos como *“Habeas Data”*, el cual es un delito que atenta a la intimidad de las personas mediante una conducta típica que va referida a la realización de un uso ilegítimo de los datos personales que están en programas informáticos, electrónicos o telemáticos²⁰. Estos son datos reservados que pertenecen única y exclusivamente al titular; el problema reside en que no se encuentran dentro de su ámbito de protección directa, es decir, directamente custodiados por el titular, sino que están inmersos en bases de datos, en archivos, cuya custodia aparece protegida en orden a la autorización de su inclusión, supresión, fijación de plazos, cesión de información, etc., de acuerdo a la legislación de protección de datos, delimitando la titularidad y manejo y cesión de la información contenida en los mismos de manera clara²⁰.

Según lo anteriormente expuesto queda claro que, la divulgación de información de un paciente está regulada y sancionada, así y todo, según el artículo 201.1 del Código Penal: *“Para proceder por los delitos previstos en este capítulo será necesaria una denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando aquella sea menor de edad, persona con discapacidad necesitada de especial protección o una persona desvalida, también podrá denunciar el Ministerio Fiscal”*²⁰. Dicho artículo también dicta lo siguiente: *“el perdón del ofendido o de su representante legal, en su caso, extingue la acción penal sin perjuicio de lo dispuesto en el segundo párrafo del número 5º del apartado 1 del artículo 130”*²⁰.

Por último, y centrando la atención en los profesionales de la enfermería, según el contenido del Capítulo 4 del Título XIX, de la Infidelidad en la Custodia de Documentos y de la Violación de Secretos, más concretamente en el artículo 417, se dice: *“La autoridad o funcionario público que revelare secretos o informaciones de las que tenga conocimiento por razón de oficio o cargo y que no deban ser divulgados, incurrirá en la pena de multa de doce a dieciocho meses e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de uno a tres años”*²⁰.

DISCUSIÓN

Los ciudadanos comienzan a exigir un mayor respeto a su intimidad en un mundo que, cada vez es más transparente y de fácil acceso debido a los adelantos tecnológicos. Es por ello que la permanente sensación de estar expuesto a la intromisión en la vida personal de las personas cobra una mayor fuerza, sobre todo en situaciones de fragilidad (como es en el caso de los pacientes), siendo urgente la sensibilización por parte de los profesionales de la Enfermería para poder afrontar la convivencia con los mismos²⁴.

El SP es inherente a la relación entre el profesional enfermero y el paciente ya que de él depende la confianza de la relación que establezcan. Este deber del SP está fundamentado en unos pilares éticos muy sólidos, estando recogido en todos los Códigos Deontológicos de las profesiones sanitarias. Además, como ya hemos visto, el incumplimiento del SP es un delito tipificado y castigado por la ley, hecho que reafirma el derecho de los pacientes a la intimidad y confidencialidad²⁵.

De todas formas lo que se observa en la práctica enfermera diaria y, tras realizar una exhaustiva búsqueda, he podido comprobar que las infracciones relacionadas con la confidencialidad de los datos de los pacientes son frecuentes y, sobremedida, se han producido en las Salas de Espera y Recepciones de los Hospitales y Centros de Atención Primaria, manifestando datos personales a oídos de todos los presentes, datos como: nombres de los pacientes, síntomas, resultados de determinadas pruebas, etc. De esto podemos extrapolar que, el entorno físico: ubicación de la consulta, posición del asiento, diseño de las Salas de Espera y de las Consultas, etc.; contribuye a las violaciones de confidencialidad²⁶.

Lo más acertado para evitar las infracciones anteriormente citadas sería organizar instalaciones para mejorar la confidencialidad, de tal manera que se consiguiera evitar ser oídos por el resto de los pacientes y familiares que aguardan turno²⁶.

Entre otras medidas para conseguir evitar la violación de la confidencialidad de los pacientes se pueden destacar: sillas colocadas a una distancia adecuada o de espaldas a la Recepción, música de fondo, separación de las áreas de Recepción de las zonas de espera (de la cola), proveer de revistas u otro método de distracción a los pacientes y familiares que estén esperando en la Sala de Espera, etc²⁶.

Por último, me gustaría discutir respecto a las infracciones más frecuentes que se cometen en el deber del SP, destacando las violaciones de la confidencialidad relativas a la custodia de la HC y la consulta de datos clínicos por parte del personal que NO participa en la Atención Clínica del paciente²⁷. Uno de los grandes errores que se cometen para que sucedan estas infracciones es la de dejar las carpetas que contienen registros médicos y enfermeros abiertos en los mostradores de los Controles de Enfermería, los cuales también acostumbramos a dejarlos sin vigilancia en los carros de medicación²⁷.

Otro error muy común es el de dejar los ordenadores de trabajo encendidos con las sesiones abiertas, dejando al descubierto los registros con datos confidenciales de los pacientes²⁷. En cuanto a la atención en Consultas nos encontramos con que se realizan multitud de reconocimientos con las puertas abiertas, en presencia de familiares y de otros pacientes que están en la Sala de Espera.

Esto no es un simple hecho de problemas arquitectónicos, va más allá, es un problema de actitudes morales y éticas de los profesionales que atienden a los pacientes²⁸. Por tanto, sería conveniente, que las directivas de las instituciones elaboraran políticas y metodologías de atención al paciente más íntimas, para facilitar el cumplimiento del SP y respetar la intimidad del paciente consiguiendo así facilitar la formación de los profesionales²⁸.

CONCLUSIONES:

- El secreto profesional es una exigencia ética y legal dentro del ámbito de las Ciencias de la Salud.
- La revelación de datos personales de los pacientes puede afectar a su derecho de intimidad, considerado un derecho fundamental.
- La relación sanitario-paciente debe estar fundamentada en la confianza y el respeto a la dignidad de las personas.
- Cuando no se respeta el secreto profesional se pone en riesgo la relación sanitario-paciente.
- La enfermera tiene la responsabilidad de respetar la confidencialidad del paciente.
- La enfermera debe saber llevar a cabo el buen cumplimiento del secreto profesional.
- Todos los sanitarios deben tener una adecuada formación respecto al secreto profesional.

ANEXOS

ANEXO 1: Tabla 3. Búsqueda con DeCS y MESH. Elaboración propia.

DeCS	MESH
Ética	Ethics
Confidencialidad	Confidentiality
Privacidad	Privacy
Enfermería	Nursing

Bibliografía

1. Junta de Castilla y León [sede web]. Castilla y León: Comisión de Bioética de Castilla y León; 2010 [acceso 17 de julio de 2018]. Guía de Intimidad, Confidencialidad y Protección de Datos de Carácter Personal. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/bancoconocimiento/guia-intimidad-confidencialidad-proteccion-datos-caracter-p>
2. Fernández MA, Álvarez T, Ramiro JM, Martínez S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. Cuadernos de Bioética [Internet]. 2014 [acceso 7 julio de 2018]; 19; p. 59–66. Disponible en: <http://www.aebioetica.org/rtf/04-BIOETICA-65.pdf>
3. Beltral J, Collazo E, Gervás J, González-Salinas P, et al. Intimidad, confidencialidad y secreto. Guías de Ética en la Práctica Médica. Fundación de Ciencias de la Salud. Organización Médica Colegial (OMC). Madrid. 2005. [acceso 17 de julio de 2018]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_confidencialidad.pdf
4. Williams J. Manual de Ética Médica. Asociación Médica Mundial. Tercera ed. 2015.
5. Junta de Castilla y León [sede web]. Castilla y León: Comisión de Bioética de Castilla y León; 2013 [acceso 19 de julio de 2018]. Derechos relativos a la intimidad y confidencialidad de los datos relativos a la salud. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/derechos-deberes/derechos-paciente/derechos-relativos-intimidad-confidencialidad-datos-relativ>
6. García Sanz J. El Secreto Profesional en el Ámbito Sanitario [Internet] 1; 1ª Edición. Dykinson. 2005 [acceso 22 de julio 2018]. Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/1324/el-secreto-profesional.pdf>
7. Moreno García J.A. Secreto Profesional y Profesionales de la Investigación Privada. Rev de Jurisprudencia [Internet]. 2011; [acceso 22 de julio 2018]. Disponible en: http://www.elderecho.com/tribuna/civil/Secreto-profesional-profesionales-investigacion-privada_11_328930003.html
8. Lescaille Taquechel M. El secreto profesional y su relación con enfermería. Rev Cub Enfermer [Internet] 2007 [acceso 22 de julio 2018] 23 (2) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000200005
9. Ferrer Colomer, M. Secreto profesional. Veracidad y consentimiento informado. España: Ariel. 2001. p. 125-39.
10. Muncio JA, Santander F, Andrés M, Pérez A, Núñez A, Elizarán I, et al. Confidencialidad de la historia clínica. Análisis de la situación actual y áreas de mejora en el uso y manejo de la misma. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. 2009; Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/AEV000061.pdf>
11. Sánchez Carazo C. La intimidad y el Secreto Médico. 1ª Edición. España: Díaz de Santos. 2000. p. 69-105.
12. Ortiz Vázquez M, Lleó Jiménez G, Zulueta Yate, M. La Relatividad del Secreto Profesional en la Medicina Legal. Rev Hum Med [Internet]. 2013. [acceso 23 julio 2018]; 13(3). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202013000300010
13. Nieves García R.M, Oterino Faundez L, Cayón Díaz M. Guárdame un secreto. 1ª edición. Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria. 2015. p. 249-43.
14. Gloria Fraile C. Ciencia, Ética y Enfermería. Cienc.Enferm. [Internet], 2002. [acceso 24 julio 2018]; 8(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100002
15. Resolución 32/1989 del Consejo General de Enfermería de España, de 14 de julio de 1989. Código Deontológico de la Enfermería Española. [acceso 24 julio 2018]. Disponible en: <https://www.codegra.es/images/documentos/ComisionDeontologica/01-Codigo-Deontologico.pdf>
16. Beltrán Aroca C.M. Debilidades en la Guarda del Secreto Profesional Médico en la Práctica Clínica. [Tesis Doctoral]. Córdoba: Universidad de Córdoba. 2016.
17. Reich W. Encyclopedia of Bioethics. Vol 1. Macmillan. 1995.
18. Siurana Aparisi, J.C. Los Principios de la Bioética y el Surgimiento de una Bioética Intercultural. [Internet]. 2010. [acceso 26 julio 2018].; 22(1), p. 121-57. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006
19. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica. B.O.E. nº 274, de 15 de noviembre de 2002, Sección I. Disposiciones generales, Departamento Jefatura del Estado. p. 40126-132. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2002-22188
20. Ley 44/2003 de 21 de noviembre, Ordenación de las Profesiones Sanitarias. B.O.E. nº 280, de 22 de noviembre de 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340&p=20140328&tn=0>

21. Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. B.O.E. nº 298, de 14 de diciembre de 1999, Sección I. Disposiciones generales, Departamento Jefatura del Estado. p. 43088-99. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
22. Constitución Española de 1978. B.O.E., núm.311 de 29 de diciembre de 1978, p. 29313-424. Sección: I. Disposiciones generales. Departamento: Cortes Generales. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>
23. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal. B.O.E. nº 281, de 24 de noviembre de 1995, Sección I. Disposiciones generales, Departamento Jefatura del Estado. p. 33987-34058. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
24. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2006. [acceso 26 julio 2018]; 29 (3). p. 49-59. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000600006
25. Delgado Marroquín Mª T. Confidencialidad y Secreto Profesional. [Internet]. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. 2013. [acceso 26 julio 2018]. Disponible en: <http://www.institutodebioetica.org/cursoetica/modulo4/Unidad%204%20Confidencialidad%20y%20Secreto%20Profesional.pdf>
26. Scott K, Dyas JV, Middlemass JB, Siriwardena AN. Confidentiality in the Waiting Room: an observational study in general practice. Br J Gen Pract. [Internet]. 2007. [acceso 26 julio 2018]. 57(539). p. 490-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17550676>
27. Beltrán CM, Girela E, Collazo E, Montero M, Muñoz MC. Confidentiality Breaches in Clinical Practice: what happens in hospitals? BMC Med Ethics [Internet]. 2016. [acceso 26 julio 2018], 17 (1). p. 52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27590300>
28. Rodríguez Salguero GL. La confidencialidad en el Ámbito de la Salud y sus Valores implícitos: Secreto, Intimidad y Confianza. Trabajo de Fin de Grado. Departamento de Bioética. 2009. [acceso 26 julio 2018]. Disponible en: http://www.bioeticaunbosque.edu.co/Investigacion/tesis/SALUD/GLORIA_LUCIA_RODRIGUEZ.pdf