



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**Grado en Enfermería**  
**Trabajo de Fin de Grado**

# **El secreto profesional en el personal de enfermería: revisión bibliográfica y estudio descriptivo**

**Autor: Irene Milla Peinado**

**Tutor: Prof. Dr. Jesús López Ortega**

**Edificio B3, el 9 de Junio de 2015**



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**Grado en Enfermería**  
**Trabajo de Fin de Grado**

**EL SECRETO PROFESIONAL**  
**EN EL PERSONAL DE**  
**ENFERMERÍA: REVISIÓN**  
**BIBLIOGRÁFICA Y ESTUDIO**  
**DESCRIPTIVO**

**Autor: Irene Milla Peinado**

**Tutor: Prof. Dr. Jesús López Ortega**

**Edificio B3 - 9 de Junio de 2015**

## **AGRADECIMIENTOS**

El presente trabajo de Fin de Grado fue realizado bajo la supervisión de Don Jesús López Ortega, a quién me complace expresar mi más profundo agradecimiento, por hacer posible la ejecución de este trabajo. Igualmente, de agradecer su tiempo, serenidad y entusiasmo.

Gracias, por todo su gran apoyo.

A mis padres, hermano y familia por brindarme todo su apoyo a lo largo de este trayecto y hacer posible que se cumpla uno de mis mayores sueños.

A mis amigos, por acompañarme en la persecución de este objetivo, por formar parte de una de las experiencias más fascinante vivida hasta ahora, el Grado en Enfermería.

## ÍNDICE:

<b>1. RESUMEN /ASBTRACT.....</b>	<b>6</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1. Aproximaciones conceptuales al Secreto profesional: autonomía, libertad, intimidad, privacidad y confidencialidad.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. Marco legal, bioético y deontológico del secreto profesional...</b>	<b>10</b>
2.2.1. <i>Legislación referente al secreto profesional.....</i>	<i>10</i>
2.2.2. <i>Principios bioéticos.....</i>	<i>14</i>
2.2.3. <i>Regulación deontológica del secreto profesional.....</i>	<i>17</i>
<b>2.3. Supuestos prácticos en los que se puede eximir el secreto profesional.....</b>	<b>19</b>
<b>2.4. Justificación del estudio.....</b>	<b>21</b>
<b>3. OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1. Objetivo principal.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2. Objetivos secundarios.....</b>	<b>23</b>
<b>4. METODOLOGÍA.....</b>	<b>24</b>
<b>5. RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1. Resultados de la revisión bibliográfica.....</b>	<b>27</b>
5.1.1. <i>Intimidad, privacidad y confidencialidad.....</i>	<i>27</i>
5.1.2. <i>Secreto profesional en UCI.....</i>	<i>28</i>
5.1.3. <i>Secreto profesional en atención primaria (AP).....</i>	<i>28</i>
5.1.4. <i>HCI en la práctica clínica enfermera.....</i>	<i>30</i>
5.1.5. <i>Carencia de conocimientos en el personal de enfermería.....</i>	<i>30</i>
<b>5.2. Resultados del estudio observacional descriptivo.....</b>	<b>32</b>
<b>6. DISCUSIÓN.....</b>	<b>35</b>
<b>7. CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>43</b>
<b>9. ANEXOS.....</b>	<b>49</b>
<b>9.1. Anexo I: Cuestionario.....</b>	<b>49</b>
<b>9.2. Anexo 2: Petición de permiso al Comité de Ética.....</b>	<b>53</b>

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS:**

**Art.:** Artículo

**CHJ:** Complejo Hospitalario de Jaén

**CP:** Código Penal

**HCI:** Historia Clínica Electrónica

**SP:** Secreto profesional

**PS:** Profesional sanitario

**TFG:** Trabajo de Fin de Grado

**UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos

## 1) RESUMEN.

**Introducción:** 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. Su ruptura produciría un atentado contra la dignidad, intimidad, privacidad y libertad del paciente. Además, este concepto se extiende hasta después de la muerte porque nuestro deber profesional sanitario es respetar el recuerdo de nuestro paciente, su dignidad y la de su familia. **Objetivo:** Indagar en el conocimiento del concepto de SP en la práctica diaria de Enfermería y estudiar el grado de cumplimiento de este deber en el Complejo Hospitalario de Jaén (CHJ), así como identificar el nivel de conocimientos que poseen los profesionales de Enfermería que trabajan en él y plantear medidas correctoras. **Material y método:** Se realiza una revisión bibliográfica en bases de datos electrónicas. 24.813 títulos y resúmenes fueron recuperados, obteniendo y revisando el texto completo de 32 artículos que finalmente fueron incluidos por contener los criterios de inclusión establecidos. Posteriormente, se lleva a cabo un estudio descriptivo mediante la entrega de un cuestionario a 50 profesionales de Enfermería del CHJ para su autocumplimentación. Se realiza el análisis estadístico mediante el programa SSPS 15.0. **Resultados:** En la realización de nuestro estudio contestó el 100% de la muestra elegida aleatoriamente. El 80% son mujeres. La edad media de la muestra es de 47,78 años. El 76% de los encuestados afirma revelar información relacionada con el paciente, aunque más del 50% del personal de Enfermería conoce los conceptos de SP, confidencialidad e intimidad. Estos datos se corresponden, en general, con los resultados de la revisión bibliográfica. **Conclusiones:** Enfermería en su actividad asistencial quebranta el derecho a la confidencialidad de los usuarios de la salud. Esto es debido al déficit de conocimientos relacionados con la regulación legal y bioética y consecuencias del incumplimiento del deber del SP. Por lo tanto, es necesario aumentar la formación ética de estos profesionales, así como ampliar la investigación sobre estas cuestiones para mejorar la calidad de nuestros cuidados.

**Palabras clave:** *secreto profesional, deontología, confidencialidad, privacidad, bioética*

## **Professional secrecy and nursing: An exhaustive research and descriptive study**

### **ABSTRACT**

**Introduction:** Professional secrecy (PS) is an ethical, legal and deontological code of practice which must be practiced to protect all the information obtained during the exercise of the profession. Breaking this code would produce an attack on the dignity, privacy and freedom of the patient. Moreover, it shall be applied even after death of the convalescent as our professional duty is to respect the memory of our patients.

**Objectives:** The objective of this work is to carry out an investigation of the grade of knowledge of SP concepts in daily nursing practice as well as the degree of fulfillment of this obligation in Jaén Clinic Hospital (JCH). Additionally, several corrective methods will be proposed.

**Methodology:** An exhaustive research was done over different electronic data bases. 24 813 papers were found. This study is based on 32 of these articles which matched the inclusion criteria. Latter, a descriptive study was done by the realization of a questionnaire by 50 nurses who work at JCH. The results were analyzed by the SSPS 15.0 software.

**Results:** The questionnaire was answered by the totality of the 50 nurses asked. The 80% were women. The average of their age is 47.78 years. The results of this study reveal that 76% of respondents claim to reveal information related to the patient, although more than 50 % of nurses know the concept of SP, confidentiality and privacy. These results are in concordance with those extracted from the literature review.

**Conclusions:** Nurses in their daily work violate the right to confidentiality of the hospital users. This is consequence of the lack of related regulation and disciplinary actions derived from the breaking of PS. Therefore, it is necessary to increase the ethical training of these professionals, as well as expand research on these issues to improve the quality of our health system.

**Key words:** *professional secret deontology, confidentiality, privacy, bioethics,*

## 2) INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

### 2.1. Aproximaciones conceptuales al secreto profesional: autonomía, libertad, intimidad, privacidad y confidencialidad

Desde hace muchos años, algunos pensadores han reflexionado sobre la dificultad que supone guardar un secreto o respetar la intimidad de otra persona. Sócrates afirmaba que es más fácil mantener un carbón ardiente encima de la lengua que guardar alguna cosa en secreto. Por añadidura, el filósofo I. Kant enunciaba que “Los hombres tienen afición por los cotilleos y los secretos suelen servir para amenizar sus conversaciones: toda confidencia se interpreta como una especie de regalo”.

En el ámbito sanitario, desafortunadamente, también es muy común la revelación de datos sensibles de pacientes, que tendrían que guardarse bajo sigilo, como bien se recoge en códigos deontológicos, Cartas de derechos y distintas legislaciones.

El antecedente del SP en ámbito sanitario se encuentra en el juramento Hipocrático, donde se obliga a preservar los secretos del paciente para que pudiese hablar con libertad de los síntomas, hábitos y actividades<sup>1</sup>.

Entonces, el SP se define como el deber ético, legal y deontológico de reservar toda la información que obtengamos en el ejercicio de nuestro trabajo profesional, bien sea por confesión del propio paciente o por necesidad de averiguar más información para el optimizar la función de cuidar y siempre en relación del bien interno del paciente. En el caso de no ser así, se produciría la ruptura de la confianza depositada en los profesionales produciéndose un atentado contra la dignidad, intimidad, privacidad y libertad del paciente. Además, este concepto se extiende más allá de la vida, puesto que después de la muerte, nuestro deber como enfermeras y profesional sanitario (PS) es respetar el recuerdo de nuestro paciente, su dignidad y la de su familia<sup>2,3</sup>.

Este concepto se expande a toda información relacionada con la intimidad del usuario que se haya conocido ocasionalmente en cualquier prestación sanitaria, en el ingreso del paciente, o por cualquier otra vía<sup>4</sup>.

Como enfermeras, la discreción ha de ser una virtud en la que obremos por bondad acorde, o conforme a nuestra razón independientemente de la ley, pero este concepto no sólo se ciñe a nosotras, sino que afecta a todos los PS y también otros profesionales que deban conocer información del paciente para colaborar en su asistencia. Esto recibe el nombre de “secreto profesional compartido”<sup>5</sup>.

Asimismo, el SP comprende los términos autonomía, libertad, intimidad, privacidad y confidencialidad de la siguiente manera<sup>6</sup>:

- **Autonomía y libertad:** El paciente es una persona digna, única, autónoma y con valores que lo definen. Ser autónomo y libre le proporciona derecho a decidir



cuáles son los límites de acceso a su cuerpo, quién y en qué momento se puede acceder a sus datos personales, y aceptar o negar las propuestas de los profesionales responsables. También, posee derecho de decidir con quién y qué información comparte con los demás, sea relacionada con sus gustos, ideas políticas, sexo o información legal, por ejemplo. La enfermedad pone en peligro esta autonomía, y junto a ella su intimidad, pues comparte con distintos profesionales toda la información (vergonzosa, legal, relaciones sociales, costumbres...), su cuerpo y su psique<sup>7</sup>.

- **Intimidad:** Proviene del superlativo “intimus”, que significa la máxima profundidad del interior de las personas. El acceso limitado de nuestro cuerpo pone en manifiesto la intimidad personal e intimidad física, que es de gran importancia en el campo de la salud. También, la intimidad es el resultado de la interacción del individuo con distintos grupos sociales, por eso el reconocimiento y protección de la intimidad frente a los demás depende del momento histórico y de la función de estos grupos sociales<sup>3</sup>.

Los pacientes esperan que se les trate con delicadeza, esto es una tarea difícil que observamos en los centros sanitarios y hospitalarios. El paciente no puede mantener esta cautela de su propio cuerpo, ya que médicos o enfermeras necesitan el acceso a él para explorarlo, observarlo, realizar pruebas, cuidarlo y determinar un diagnóstico. No podemos olvidar las barreras físicas, como las cortinas presentes en los hospitales para separar las camas presentes, habitaciones compartidas o camiones abiertos que son enemigos opuestos a la intimidad del paciente<sup>7</sup>.

- **Privacidad:** Proviene del sustantivo “privacy”. Hasta hace poco tiempo ha sido traducido como intimidad en España. Este concepto fue definido como un derecho por Warren y Brandeis en 1890 por primera vez, que se define por la Real Academia Española como “Que se ejecuta a vista de pocos, familiar y domésticamente, sin formalidad ni ceremonia alguna”. Se considera como un espacio no público que la persona no quiere que sea de corriente conocimiento, por lo que la misma persona gestiona la información de su interior y decide qué comparte o guarda, que sería la intimidad<sup>3,7</sup>.
- **Confidencialidad:** Este término marca los límites por los que circula la información ofrecida por la persona responsable en su derecho de hacerlo, sea íntima o privada. En consecuencia a estos límites, la confidencialidad es el

derecho que tiene el paciente a que se le respete su intimidad y se guarde en secreto, con discreción y prudencia la información confiada en aquellos que participan en su atención asistencial. Al igual que existe “secreto profesional compartido”, también hablamos de “confidencialidad compartida”, ya que son muchos los profesionales que manejan la información de la historia clínica informatizada, datos íntimos o privados del paciente<sup>2</sup>.

Como hemos visto en el punto anterior, para prestar cuidados de calidad tenemos que tener en cuenta los derechos y deberes de nuestros pacientes y los nuestros, como profesionales de la salud, recogidos en la legislación vigente. Ante los datos de los usuarios de la salud debemos respetar su dignidad preservando su derecho a la intimidad<sup>3</sup>.

## **2.2. Marco legal, bioético y deontológico del secreto profesional**

### ***2.2.1. Legislación referente al secreto profesional***

Como ya hemos dicho, la intimidad es un derecho fundamental de la persona, ligado a otros aspectos como son la autonomía y libertad. Puesto que un tema de relevante importancia, el SP se tiene en cuenta como un bien jurídico inexcusable<sup>8</sup>.

Desde mediados del siglo XX, el secreto profesional ha pasado de ser un deber ético en un mandato legal<sup>9</sup>.

Nos encontramos ante una amplia secuencia de normas legales, tanto en el ámbito nacional como internacional, en el que la reglamentación del SP está presente con gran peso en el ámbito legislativo de sanidad.

Respecto al ámbito nacional, algunas de ellas son:

1. Constitución española de 1978
2. Ley Orgánica de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la propia Imagen (1/1982)
3. Ley General de sanidad (1986).
4. Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal (15/1999)
5. Ley Orgánica del Código Penal (10/1995)
6. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (41/2002)

7. Real Decreto de protección de datos de carácter personal (1720/2007).

A nivel internacional, destaca la Asamblea General de las Naciones Unidas publicó el 10 de diciembre de 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Hablaremos en este apartado, sobre todo, de la Ley 41/2002 que tiene su origen en la Ley General de Sanidad, y por último, de las consecuencias que tiene el incumplimiento del SP, plasmadas en el Código Penal (CP).

En primer lugar, la Ley general de Sanidad pone fin al paternalismo, modelo de la relación clínica médico-paciente, en el que el paciente es puro receptor de las actividades que el médico decide ejercer sobre él autoritariamente. Gracias a los postulados en esta ley, el paciente adquiere el derecho de autonomía e información clínica. Además, tiene un carácter organizativo del sistema de salud, estableciendo subsistemas con principios y finalidades en común.

Por eso, a partir de la publicación de esta ley, el paciente recupera los derechos y deberes en todas las administraciones pertenecientes a la salud pública y privada, que participen en sistema público<sup>5</sup>.

El artículo 10 (Art.) de esta ley ampara al SP de la siguiente manera:

- “Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:
- 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 (Art.10.1).”
- “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 (Art.10.3)<sup>10</sup>.

En segundo lugar, la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (41/2002) fortifica la autonomía del paciente respecto a la Ley General de Sanidad, conservando el derecho incuestionable a salud de la población, reservándolo junto el respeto máximo de la intimidad y libertad del usuario, avalando la confidencialidad de toda la información

relacionada con las prestaciones sanitarias que se presentan y sin distinciones de ningún tipo. Las premisas de esta ley tienen como objetivo clarificar la situación jurídica, derechos y deberes de los ciudadanos, organismos sanitarios y PS.

Formada por cinco capítulos, veintiséis artículos, y nueve disposiciones adicionales relacionados con el deber de efectuar protocolos, estadísticas, registros y otros documentos relacionados con el proceso asistencial que se realice, bien administrativo o asistencial.

Por un lado, en el capítulo uno se expone principios básicos en el que en Art. 2.6., en el que se refleja el deber de conservar la información debida respecto a la información y documentación clínica a toda la persona que tenga acceso a ella.

Por otro lado, en el capítulo tres dedicado al derecho a la intimidad, se recoge en al Art.7 el derecho que tiene el paciente de que se proteja los datos de salud relacionados con su salud y la disposición de los centros sanitarios para garantizar este derecho.

Por último, en cuanto a la parte que nos interesa de esta ley en este trabajo, en el capítulo quinto, se alude a la Historia Clínica Electrónica (HCI). De esta manera, solo se puede acceder a la HCI del paciente cuando sea necesario en la realización de las funciones que nos pertenecen para mejorar la calidad de la asistencia, a la misma vez que respetamos los derechos de nuestros usuarios guardando en secreto los datos contenidos en ella.

Aun así, el acceso a la historia con fines de investigación o docencia, por motivos judiciales, epidemiológicos o salud pública, debe respetar el anonimato separando los datos de identificación personal de los clínicos-asistenciales. Sería una excepción la existencia de la autorización del propio paciente o supuestos de investigación de justicia. Este punto se rige por la Ley orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley General de sanidad de 1986.

Algunos de los artículos más importantes relacionados con nuestro trabajo son:

- “Art. 2.7: La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

- “Art. 7.1: Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie puede acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley”
- “Art. 16.6: El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber del secreto”

Ahora, puesto que la divulgación de información relacionada con los datos personales o información relacionada con la salud se considera vulneración de los derechos individuales del paciente, tiene consecuencias jurídicas y profesionales<sup>11</sup>.

Por último, la ley Orgánica del Código Penal tiene pretende garantizar la protección de la privacidad de datos a través de distintos tipos de sanciones, como podemos comprobar en el Art.199.2, que redacta lo siguiente: “El profesional que con incumplimiento 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”

Sin embargo, para aplicar algunas de estas sanciones debe existir previamente una denuncia por parte del afectado, como bien se señala en el Art.201.1, que se reseña:

“Para proceder por los delitos previstos en este capítulo será necesaria la denuncia de la persona agraviada o de su representante legal. Cuando aquélla sea menor de edad, incapaz, o una persona desvalida también podrá denunciar el Ministerio fiscal”.

Pero, en el caso de existir el perdón del afectado, o bien de su representante legal, se extingue la acción penal impuesta (Art. 201.3).

El personal de enfermería también nos podemos ver afectados por el contenido del Capítulo 4 del Título XIX, de la infidelidad en la custodia de documentos y de la violación de secretos, exactamente en el artículo 417, representado a continuación:

“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.

Si de la revelación a la que se refiere el párrafo anterior resultara grave daño para la causa pública o para tercero, la pena será de prisión de uno a tres años e inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de tres a cinco años” (Art.417.1).

“Si se tratara de secretos de un particular, las penas serán de prisión de uno a dos a cuatro años, multa de doce a dieciocho meses y suspensión de empleo a cargo público por tiempo de unos a tres años” (Art.417.2)<sup>5</sup>.

### **2.2.2. Principios bioéticos**

Para definir “bioética” tenemos que definir en primer lugar “ética”. De forma breve, etimológicamente, ética procede del griego “ethos” y significa “carácter o modo de ser” que una persona o grupo va adquiriendo a lo largo de toda su vida. La ética como ciencia reflexiona y trata de comprender las respuestas de los seres humanos ante la vida, sus actitudes y tradiciones, a la misma vez que evalúa su comportamiento moral final. La moral es el objetivo de la ética, pues cuando el ser humano entra en la sociedad se rige a través de unas normas que regulan su comportamiento individual y social para asegurar que concuerde con los intereses de la sociedad<sup>12</sup>.

Tradicionalmente, la ética en el ámbito médico se ha basado en dos principios elementales: "No dañar" y "Hacer el bien", como se puede observar reflejado en el Juramento Hipocrático. Pero a finales del siglo XIX se ha extendido a todas las profesiones de la medicina. En Enfermería, gracias a Florence Nightingale, se le añadieron otros dos principios fundamentales: fidelidad y la veracidad<sup>13</sup>.

Van Ressenlaer Potter, oncólogo norteamericano, en el año 1995, utilizó por primera vez el término bioética para distinguir los problemas éticos que surgen en medicina y biología relacionados con los avances científicos de la ética tradicional<sup>14</sup>.

Tras lo ocasionado por los nazis en el pueblo judío en la Segunda Guerra Mundial, donde fueron condenados médicos y militares, nació el Código de Nuremberg, en 1947, cuyos principales puntos son<sup>15, 16,17</sup>:

- I. El consentimiento voluntario del sujeto humano es esencial
- II. La experimentación en humanos debe ser beneficiosa para la sociedad, no obtenible por otros métodos o medios, y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.

- III. La experimentación en humanos debe basarse en los resultados de la experimentación animal.
- IV. Debe evitarse todo sufrimiento físico y mental innecesario.
- V. No debe experimentarse si es previsible que ocurra la muerte o un daño que incapacite.
- VI. El riesgo de la experimentación no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de ser resuelto con el experimento.
- VII. Debe protegerse al sujeto contra posibilidades, incluso remotas, de daño, incapacitación o muerte.
- VIII. El experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente cualificadas.
- IX. El sujeto humano debe ser libre de interrumpir la experimentación.
- X. El investigador responsable tiene que estar preparado para terminar la experimentación en cualquier fase si continuar el experimento pudiese acarrear como resultado daño, ~ discapacidad o muerte del sujeto de experimentación.

Más tarde, la Asociación Médica Mundial, en 1964, formula la Declaración de Helsinki, que incorpora los principios del Código de Nuremberg y establece dos categorías de investigación adicionales: diagnósticas y terapéuticas o científicas<sup>18</sup>.

En 1978 se formularon en el Informe Belmont una serie de principios bioéticos, para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Pero no se encontraba distinción alguna entre beneficencia y no-maleficencia. Además, el Informe Belmont dejaba a un lado todas las cuestiones éticas relacionadas con la práctica clínica y asistencial, centrándose solamente en la experimentación. Por este motivo, Tom L. Beauchamp y James F. Childress publicaron en 1979, año posterior al Informe Belmont, un libro en el que la mayor novedad era la separación tajante entre no-maleficencia y beneficencia.

Mientras que los autores del Informe Belmont consideran que “hacer el bien” puede entenderse como “no hacer daño”, formulando para ello dos expresiones complementarias al principio de beneficencia, que son no hacer daño y extremar los

posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos, para los autores Beauchamp y Childress hacer un bien no tiene la misma connotación que no hacer daño.

Por este motivo, definen daño como “acción de obstaculizar, dificultar o impedir que se cumplan los intereses de una de las partes por causas que incluyen las condiciones autodefensivas y los actos (intencionados o no) de la otra parte”. En consecuencia, se reconoce universalmente un cuarto principio bioético denominado no maleficencia, en el que se impone no hacer daño principalmente refiriéndose a los daños físicos que terminan en la muerte buscada o causada.

Finalmente, quedan diferenciados cuatro principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia<sup>19, 20,21</sup>.

1. **Autonomía:** Este concepto engloba que las personas deben ser tratadas como agente moral responsable y libre para tomar decisiones, ya que deben ser tratadas como seres autónomos. Nuestra obligación como enfermeras es potenciar y proteger a aquellas personas cuya autonomía se encuentre disminuida. En consecuencia, nacen de este principio dos métodos prácticos: consentimiento informado y toma de decisiones en sustitución del sujeto que no es competente o capaz para realizarlo por sí mismo.

A través del consentimiento informado proporcionamos la información, en un lenguaje claro, que el paciente quiere y necesita saber, cómo y cuándo. La decisión la toma el paciente o tutor legal, en caso de que el paciente no tenga las condiciones físicas o psicológicas necesarias, o sea menor de edad, de forma voluntaria y sin presiones de ningún tipo.

2. **Beneficencia:** La concepción de beneficencia entendida como caridad es rehusada por el Informe Belmont, que es sustituida por obligación. Se define este principio como “hacer el bien” en todas nuestras actuaciones y ayudar a nuestros pacientes aumentando sus beneficios, minimizando los riesgos, garantizando su bienestar y protegiendo sus intereses. En enfermería, practicamos este principio cuando administramos medicación en respuesta a las necesidades del paciente y no conforme a su comodidad, cuando en base a la respuesta de salud y enfermedad del paciente identificamos el diagnóstico correcto, respondemos correctamente a las órdenes médicas, aseguramos su



bienestar y ayudamos a la autorrealización del paciente, así como desarrollar su autonomía.

3. **No maleficencia:** Se basa en la expresión *Primum non nocere*. En cualquier situación, voluntaria o involuntaria, si no podemos hacer el bien a un paciente, nuestra obligación es evitar no hacer daño. Por lo tanto, los PS tenemos que, intencionadamente, abstenernos de realizar acciones que puedan causar daño. Especialmente, si estas acciones buscan, provocan, posibilitan o exponen a la muerte, como afirman los autores Beauchamp y Childress.

De este principio se despliegan una serie de guías de actuación en la práctica clínica, en las que se incluye, entre otras, la obligación de no iniciar o mantener un tratamiento cuando los beneficios no superan a las complicaciones, riesgos o comodidad del propio paciente. Así, como finalizar la vida de una persona a través de actos de comisión u omisión.

4. **Justicia:** Es un derecho fundamental que debe ser proporcionado por la sociedad o por el Estado. Debe entenderse como equidad, y a la misma vez como igualdad en la distribución de los recursos según las necesidades y uso racional de ellos. Por lo tanto, los recursos disponibles deben ser asignados con eficacia y eficiencia. No negar un servicio a alguien, atender según gravedad, o la derivación de un paciente a un especialista cuando es necesario, serían dos ejemplos de justicia en el ámbito sanitario.

### ***2.2.3. Regulación deontológica del secreto profesional***

Desde hace muchísimos años vivimos acuerdo de normas morales que regulan la convivencia en la historia de la humanidad. En un principio, éstas nacían de una naturaleza mixta basada en la religión, ética y justicia<sup>5</sup>.

La exigencia médica del S.P. reflejada en los textos Hipocráticos fue trasladada a códigos deontológicos de distintas profesiones sanitarias. En Enfermería existe un marco ético-jurídico, al que llamamos deontológico, que recoge aquellas normas éticas exigidas y reconocidas universalmente a través de unos valores compartidos por los propios profesionales. Así mismo, las normas jurídicas pertenecen al Derecho quien determina la legitimación jurídica de los actos que realizamos a través del ejercicio de Enfermería.

Por lo tanto, los códigos deontológicos son normas que elaboran los profesionales de esta disciplina para fijar unos mínimos exigibles en las actividades de su competencia y el incumplimiento de éstas conllevan sanciones determinadas<sup>2</sup>.

A lo largo de la historia de la Enfermería han surgido una gran variedad de ellos, pero en todos ellos se exige el deber de reservar cualquier información relacionada con nuestro paciente, ya que desde una visión holística, el incumplimiento del secreto profesional no sólo puede agredir a la persona físicamente sino atentar contra su dignidad.

Desde hace algunas décadas, los Colegios Profesionales, dirigidos por el Consejo General de Enfermería de España, han conseguido tras un duro y complejo trabajo, completar la redacción del Código Deontológico del Consejo Internacional de enfermeras de 1953, en el que en el punto 1 encontramos que “la enfermera mantendrá reserva sobre la información personal que reciba y mantendrá la mayor discreción para compartirla en caso necesario”.

También, en el código de conducta profesional (royal College of nursing, EEUU) se refleja que “toda información acerca de pacientes o clientes debería ser tratada con la mayor reserva y respeto, y en ningún caso divulgada a personas no implicadas directamente en la atención o el tratamiento de la persona a la que se refiere sin su consentimiento, excepto en circunstancias excepcionales”.<sup>5</sup>

Finalmente, a modo de ejemplo, el 14 de julio de 1989 se aprobó el código deontológico de la enfermería española, cuyo Comité estaba compuesto por personal de enfermería de todas las especialidades. Este código amplía con la reivindicación de la discreción otros códigos deontológicos nacidos en España, incluyendo también el sigilo y reserva<sup>22</sup>.

Este código está compuesto por:

- Preámbulo
- Prólogo
- Declaración previa
- Estructura compuesta por 13 artículos formados por 85 artículos y 6 normas adicionales

En el preámbulo, y además en la sexta disposición adicional, se manifiesta la condición obligatoria de este código junto con la potestad de sanción en caso de ser infringido, como puede ser la inhabilitación colegial, y en consecuencia la pérdida del derecho de ejercer esta profesión.

Los aspectos relacionados con el secreto profesional se ven reflejados en los artículos 19, 20 y 21:

- Art. 19: “La enfermera/o guardará en secreto toda la información sobre el paciente que haya ligado a su conocimiento en el ejercicio de su trabajo”
- Art. 20: “La enfermera/o informará al paciente de los límites del secreto profesional y no adquirirá compromisos bajo secreto que entrañen malicia o dañen a terceros o a un bien público”
- Art. 21: “Cuando la enfermera/o 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”

Estos enunciados parecen sencillos de aplicar en el ejercicio diario de nuestra profesión, ya que a través del silencio no saltaríamos la norma, pero es cierto, que a lo largo de nuestra práctica diaria nos encontramos con situaciones que dificultan el desempeño de la teoría.

La responsabilidad profesional de proteger toda información de nuestros pacientes no se puede llevar a cabo en su totalidad, pues debido al trabajo de cuidado llevado a cabo por un equipo interdisciplinar, alguna de esta información va a ser compartida con otros profesionales de la salud. Por ese motivo, nuestra responsabilidad ética es inmensa, pues tenemos que ser competentes y saber discriminar el tipo y cantidad de información que vamos a compartir con otros profesionales que intervengan en el proceso terapéutico y la relación clínica. Este deber compartido lo tienen administrativos, celadores, gestores, enfermeras, médicos, auxiliares, técnicos...Por desgracia, no existe la correcta y necesaria formación correspondiente respecto al SP en todos ellos. También, a veces nos vemos obligados a compartir información con sus familiares o personas relacionadas directamente con el paciente, debido a sus condiciones físicas y psicológicas, y además, la presencia continua de familiares y personas allegadas en los

distintos centros sanitarios dificulta la relación de confidencialidad entre el personal sanitario y el paciente<sup>9</sup>.

### 2.3. Supuestos prácticos en los que se puede eximir el secreto profesional

Anteriormente, hemos hablado de las consecuencias que provoca el incumplimiento del SP, pero siempre existen excepciones que pueden estar justificadas, como vemos en el art. 199.2 del CP. Las situaciones en las que hay justificación de la violación del secreto son<sup>23</sup>:

- **Estado de necesidad:** leemos en el Art. 20 del CP: “el que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesiones un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos: Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se quiera evitar. Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionalmente por el sujeto. Tercero. Que el necesitado no tenga, por su oficio obligación de sacrificarse”.
- **Cumplimiento de un deber:** los deberes que nos afectan como sanitarios son del tipo procesal-penal, en el que tenemos el deber de denunciar un delito, impedirlo y declarar como testigos, y el deber de comunicar la presencia de enfermedades infecto-contagiosas, o que sin embargo afecten a la salud pública. Al igual que en el estado de necesidad, se refleja en el art. 20 del CP, en el que se expone que “el que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo”.

El personal de enfermería se encontrará en distintas situaciones en las que se verá obligado a reflexionar sobre la importancia de la información y la posibilidad de daño que existe, si rompe el secreto profesional. Como siempre, existen situaciones en las que no es fácil decidir si romper o no la confidencialidad, pero si queda claro, que en las situaciones en la que una tercera persona, u otras personas tengan riesgo de sufrir un grave perjuicio, y lo podamos evitar, estaría totalmente autorizado<sup>24, 25</sup>.

Por ejemplo, si atendemos a un paciente en el que es evidente la presencia de un maltrato físico, nuestro deber es denunciarlo, porque el daño que provocamos al violar la confidencialidad es menor al daño que denunciamos, pues estamos protegiendo de

alguna forma la vida del paciente. Después de comprobar los casos en los que estamos expuestos a violar la intimidad del paciente, incumpliendo el deber de confidencialidad, no están justificados (dar los resultados de analíticas a familiares, comentar la salud de un paciente sin pérdida del anonimato con otros compañeros de la profesión, acceso a la historia clínica del paciente en momentos no necesarios...), pero debido a la ignorancia de algunos de los pacientes, en el que la mayoría de las veces no saben por dónde circulan sus datos personales, no existen más imputados por estos motivos<sup>26</sup>.

#### **2.4. Justificación**

Ha llegado el momento de elegir el tema de estudio en el trabajo de fin de grado (TFG), que pone fin al grado de Enfermería. Pero, tengo que confesar que no ha sido difícil elegir el tema de éste.

A lo largo del tiempo que he pasado en distintos servicios hospitalarios, y otros centros sanitarios realizando prácticas clínicas, siempre me ha llamado la atención la forma en la que se maneja la información relacionada con el paciente. Comentarios despectivos hacia algunos pacientes con compañeros de trabajo, visión de historias clínicas digitales en momentos no necesarios para el ejercicio de la profesión, hacer favores a personas conocidas ofreciendo información sobre el estado de los pacientes o centros de salud con espacio insuficiente para una correcta intimidad del paciente.

A veces, incluso, me he sentido incómoda en algunas situaciones. Una de ellas, ha sido cuando he estado realizando alguna intervención de enfermería en algunas habitaciones de diferentes plantas de hospitalización y se ha comentado la situación de otro paciente de la unidad. En algunas ocasiones, se ha nombrado el número de habitación del paciente afectado.

Son ejemplos que me han hecho cuestionar la veracidad de los conocimientos adquiridos en algunas de las asignaturas impartidas en este grado, ya que no he visto, en ningún caso, ninguna consecuencia cuando se ha realizado algunos de estos comportamientos.

Por esta razón, el tema principal de estudio de este trabajo fin de grado es el SP, cuyo objetivo es realizar una revisión bibliográfica para estudiar en profundidad el tema, con el que se pueda beneficiar todo el personal de enfermería, y así llamar la atención sobre

la importancia de la intimidad y la confidencialidad en el rol profesional de la enfermería, y servir como base para la reflexión sobre las posibles consecuencias éticas y legales de la mala praxis, en el abordaje de cuestiones relacionadas con estos conceptos.

### **3) OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo principal**

Revisar el conocimiento existente sobre la práctica del SP en la profesión de Enfermería

#### **3.2 Objetivos secundarios**

1. Conocer el grado de cumplimiento del SP en las enfermeras del Complejo Hospitalario de Jaén.
2. Indagar sobre el nivel de los conocimientos aspectos ético-legales relacionados con la confidencialidad y SP en los profesionales de Enfermería que trabajan en el complejo anteriormente citado.
3. Aportar medidas básicas y recomendaciones a dichos profesionales para proteger el derecho a la confidencialidad e intimidad del paciente.

#### 4) **METODOLOGÍA**

En primer lugar, se llevó a cabo una **revisión bibliográfica** en diferentes bases de datos biomédicas y de Enfermería electrónicas, durante un periodo de tiempo de cuatro meses, comprendido entre el mes de diciembre y el mes de marzo de 2015. Dichas bases de datos fueron: Cuiden, Enfispo, Google Scholar, Medline, Lilacs, Scielo y Cochrane plus.

Para iniciar la búsqueda se utilizaron las siguientes **palabras clave**: “secreto profesional”, “Enfermería”, “confidencialidad” e “intimidad”. También, se usaron las mismas palabras clave en inglés para las bases de datos que lo requerían. Los **operadores lógicos o booleanos** utilizados fueron “AND” y “OR”. Además, para realizar una mayor precisión en la búsqueda se emplearon comillas (“”) para denotar palabras y asteriscos (\*) para obtener más variantes de la palabra principal. Para crear las diferentes cadenas de búsqueda, se combinaron las palabras clave y los operadores booleanos de la siguiente manera:

- “secreto profesional” y enfermería
- Confidencialidad y enfermería
- Secreto profesional y (enfermería o hospital)
- Professional secret OR Confidentiality AND ("NURSE")
- Enfermería and (confidencialidad or intimidad)

Pero, no sólo se buscó en bases de datos electrónicas, sino que complementamos la búsqueda con artículos de la revista española *Metas de Enfermería*, que incluye temas de relevancia científica de todos los ámbitos de enfermería.

Los **criterios de inclusión** fueron:

- Estudios descriptivos, transversales, cualitativos y correlacionales
- Estudios realizados en humanos
- Revisiones bibliográficas y tesis doctorales
- Idioma: español, inglés o portugués
- Texto completo
- Gratuitos
- Comprendidos entre enero de 2000 y diciembre de 2014



- Tema relacionado con SP, confidencialidad e historia clínica en cualquier campo o especialidad de Enfermería

Los **criterios de exclusión** fueron:

- Artículos con más de 14 años de antigüedad
- Artículos no gratuitos
- Ausencia de resumen
- Los temas no coincidían con los objetivos de este trabajo
- Secreto profesional en otras profesiones sanitarias

Tras indagar en las distintas bases de datos con las diferentes cadenas de búsqueda, combinando las palabras clave y los operadores lógicos, se encontró en un principio 24.813 documentos, de los cuáles se revisaron 354 documentos por ser identificados como relevantes. Después, se descartaron 293 por contener algún criterio de exclusión, anteriormente mencionados. Finalmente realizamos una revisión y análisis profundo de los documentos restantes e incluimos 32 documentos para la realización de esta revisión bibliográfica.

A continuación, nos dispusimos a la realización del estudio observacional descriptivo en el CHJ, en el periodo comprendido entre el 26 de abril de 2015 y el 11 de mayo de 2015 con el objetivo de contrastar y apoyar los resultados de la revisión bibliográfica sobre el SP en la práctica diaria de Enfermería. Elaboramos un cuestionario que abarcara todas las dimensiones establecidas en nuestros objetivos y realizamos una prueba piloto para asegurar la fiabilidad y validez del cuestionario y comprobar si realmente las preguntas eran claras y se entendían. Se eligió una pequeña muestra con las mismas características de los profesionales que participaban en el estudio (2% de los casos) y se examinó su función en el campo. Gracias a ello, se rectificaron las respuestas de dos cuestiones, ya que nos cercioramos de que las personas a las que iban dirigidas no las llegaban a entender correctamente.

Antes de comenzar a entregar los cuestionarios aleatoriamente a profesionales para su cumplimentación, se acudió a la Unidad de Apoyo a la Investigación (FIBAO) situada en el Hospital Médico Quirúrgico de Jaén y así, se solicitó permiso al Comité de Ética para llevar a cabo dicho estudio. Para ello, se entregaron dos documentos: cuestionario y solicitud del permiso firmada por el tutor de este trabajo.

La muestra quedó determinada por 50 profesionales de Enfermería. La única característica que tenían que incluir era trabajar en alguna unidad de hospitalización del CHJ. Participaron miembros de las siguientes Unidades de Hospitalización: digestivo, urgencias, cirugía general, quirófano, cardiología, obstetricia, Unidad de cuidados intensivos (UCI) y Unidad de Reanimación post-anestésica (URPA). Se decidió estudiar sólo en personal de Enfermería porque es la titulación para la cual se elabora esta investigación. La tasa de participación fue del 100%.

A los mismos se les entregó un cuestionario diseñado estratégicamente mediante preguntas cerradas para identificar el conocimiento que poseen las enfermeras del CHJ sobre el concepto de SP, leyes que lo contemplan, competencias relacionadas con el código deontológico de Enfermería y demostrar la mala praxis que se realiza en relación a este deber (Anexo 1).

Tras la recogida de la información se realizó un análisis descriptivo de los datos mediante el paquete estadístico SPSS 15.0.

## 5) **RESULTADOS**

En primer lugar, se mostrarán los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica sobre el SP. Estos se han dividido en diferentes temas de abordaje, ya que lo hemos encontrado reflejado desde diferentes perspectivas en los artículos y estudios incluidos en la revisión. Posteriormente, se ilustran los resultados obtenidos del estudio.

### 5.1. **Resultados de la revisión bibliográfica**

#### 5.1.1. *Intimidad, privacidad y confidencialidad*

La intimidad es un derecho del paciente y es obligación de enfermería velar por su respeto para garantizar un cuidado humanizado de calidad<sup>27</sup>.

En primer lugar, se han encontrado algunos estudios en los que los pacientes reflejan una intromisión a su intimidad cuando tienen que exponer su cuerpo al desnudo ante el personal sanitario<sup>28</sup>.

Esta situación les provoca experiencias personales y sentimientos negativos, como vergüenza, pena, dolor, pudor y nostalgia. Aunque estos pacientes no lo manifiestan porque lo consideran oportuno para solventar el problema de salud, por el cual han entrado en contacto con el entorno hospitalario. Sienten que cuando están expuestas al desnudo se produce una violación contra su derecho de intimidad y autonomía<sup>28, 29</sup>.

Por ejemplo, en el estudio de Floralba Arcos O y Solanye Galindo Huertas<sup>30</sup>, denominado “La exposición corporal y el cuidado de Enfermería” se recogen algunas declaraciones de pacientes entrevistados en las que se reflejan estos sentimientos. A continuación:

- “Que cojan y me bañen cualquier personas, a veces, no sé, me da pena porque yo nunca había estado descubierta el cuerpo”.
- “En 60 años de vida que tengo es la primera vez que me ve una mujer desnudo”
- “me sentiría mejor si al examinarme me cubrieran”

En numerosas ocasiones los usuarios no nos manifiestan a las enfermeras estos sentimientos porque admiten que es necesario para los procedimientos terapéuticos. Esto induce al personal de Enfermería a ceñirse a las técnicas y solucionar la situación que compromete la salud del paciente. En consecuencia, en algunas ocasiones, se adopta

una postura paternalista y actuamos de forma autoritaria sobre los usuarios, sin realizar cuidados completamente integrales.

En segundo lugar, se han encontrado estudios descriptivos realizados desde el punto de vista de los profesionales, en los que éstos se ven reflejados en el sentimiento de pudor del paciente, gracias a la empatía de la relación enfermera-paciente. No obstante, la mayoría de los profesionales de Enfermería reconocen la escasez de respeto hacia la intimidad de los pacientes en diferentes circunstancias. La presencia de un gran número de personal sanitario en las habitaciones (estudiantes, MIR, médicos adjuntos, auxiliares de enfermería...), descubrir zonas corporales sin necesidad, valoraciones de Enfermería e información a familiares y pacientes en lugares no privados, habitaciones triples o dobles en las que no se hace un uso correcto de cortinas o biombos, o simplemente la presencia de familiares en las habitaciones fuera de las horas de visita<sup>30</sup>.

Se contemplan poca cantidad de estudios sobre la cuestión de privacidad en el cuidado de enfermería, aspecto que debería de ser importante para la calidad de la asistencia.

### ***5.1.2. Secreto profesional en UCI***

En unidades de cuidados intensivos también se ha demostrado la invasión de la intimidad a través de la especial situación del paciente y de todo el equipo multidisciplinar para vigilar su estado de salud. Además, el poco espacio de la habitación en presencia de familiares dificulta la expresión de los pacientes<sup>31, 32, 33</sup>.

La autonomía de estos pacientes es mínima, pero debido a las condiciones de la unidad y los pacientes hospitalizados en ella, los profesionales se implican más con el paciente y su familia, ya que se ha demostrado una mayor sensación de agrado por parte de los pacientes y familiares en esta unidad<sup>34, 35</sup>.

### ***5.1.3. Secreto profesional en atención primaria (AP)***

En AP también se han detectado una gran cantidad de problemas éticos. En lo que respecta al tema de este trabajo, a diferencia del hospital, el profesional conoce muchos más datos relacionados con la vida del paciente, relacionados con su familia, vida matrimonial y habladurías que se crean en el entorno donde vive el usuario. Por tanto, mantener la privacidad y confidencialidad es una labor difícil, ya que más o menos toda la información que conservamos se comparte con los familiares, acompañantes y

vecindario. Al igual que en el entorno hospitalario, el SP se infringe con más frecuencia en los pasillos del edificio y en las consultas de las HCI ajenas al ejercicio de la profesión<sup>21</sup>.

#### **5.1.4. HCI en la práctica clínica enfermera**

Otra de formar de atentar contra la dignidad, libertad, intimidad y derecho a la confidencialidad común a los profesionales es el acceso indebido a la HCI<sup>36,37</sup>.

Esta permite a Enfermería dejar constancia de la actividad en el ejercicio de la profesión que realizamos, datos personales recogidos de los usuarios, evolución, intervenciones y tratamientos. Por tanto, los registros de Enfermería y la HCI nos ayudan a efectuar nuestras funciones: asistencial, docente, investigadora y gestión. Recoge datos personales de los pacientes, datos subjetivos escritos por los profesionales que registran en ella (médicos, MIR, enfermeras y auxiliares de Enfermería), informes médicos, citas, etc. En realidad, el uso que se hace de la HCI no es exclusivamente el que se debiera, ya que a menudo se accede a ella para usos no derivados de la atención sanitaria<sup>24,38</sup>.

Dada la importancia de la seguridad de la HCI, debido a la información sensible que contiene, resulta curiosa la pobreza de estudios relacionados con la investigación de las competencias que tienen los profesionales sobre ella, tanto en el ámbito hospitalario como en AP. El desconocimiento de las leyes que regulan la HCI y dudas sobre el uso correcto que se tiene que hacer de ella, provocan acciones incorrectas sin tener consciencia de las consecuencias legales que puede tener para el profesional y las consecuencias que provocaría en contra el paciente. No han sido en pocos estudios en los que un gran porcentaje de personal de Enfermería ha admitido que en alguna o varias ocasiones han entrado en la HCI de un paciente para satisfacer la curiosidad y en algunos casos, algunos profesionales reconocen haber cedido su clave personal. Por ejemplo, en el estudio de Marga Iraburu Elizondo<sup>39</sup> donde se examinan los conocimientos, comportamientos y opiniones del personal de Enfermería del Hospital Virgen del Camino de Pamplona, se evidencia que en la tesitura concreta de saber el estado de salud de una persona conocida, un importante porcentaje de los encuestados no le preguntaría directamente al paciente. Es más, se concluye que los profesionales son conscientes de saber que su derecho de confidencialidad sería vulnerado, ya que si

padecieran una enfermedad cuyo diagnóstico no quisieran, el 49,7% de los profesionales sanitarios optaría por ser tratado en otro centro sanitario<sup>40</sup>.

#### ***5.1.5. Principios bioéticos: autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia***

Respecto a los principios bioéticos establecidos para la asistencia sanitaria, que se aplican en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), se ha demostrado en varios estudios que el personal de Enfermería no tiene conocimientos consolidados sobre ellos, pero se aplican igualmente. Como se puede comprobar en el estudio descriptivo “Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería”, realizado por la licenciada Juana Mirtha Porra Casals y las doctoras Ireida Díaz Valladares y Girelda Cordero López<sup>41</sup>, los principios más conocidos son el secreto profesional y la justicia, mientras que la autonomía y la beneficencia no son tan conocidos. Las enfermeras licenciadas tienen más competencias relacionadas con aspectos éticos, debido a que presentan una mayor participación en cursos postbásicos. Por añadidura, podemos apoyarnos en otro estudio descriptivo transversal realizado por Carolina Paez y Elita Gutierrez<sup>42</sup>, en el que se demuestra la escasez de conocimientos relacionados con estos principios.

Por último, el contenido de los Códigos Deontológicos de Enfermería relacionados con los principios éticos, anteriormente mencionados, normas y aspectos legales, también se puede considerar desconocido o equívoco por los profesionales.

#### ***5.1.6. Carencia de conocimientos en el personal de enfermería***

Por un lado, en relación a la confidencialidad, hemos encontrado que muy poco personal de Enfermería conoce las leyes que regulan el derecho a la confidencialidad y el deber del SP, así como las consecuencias penales que conlleva relevar los datos personales de los usuarios de la salud. Además, la mayoría de las Enfermeras no tienen claro el concepto de confidencialidad y SP, ya que estiman que son sinónimos y no encuentran ninguna diferencia entre ellos<sup>42</sup>.

A medida que aumenta la edad de los profesionales más se respeta la confidencialidad, a pesar de la escasez de conocimientos relacionados con el tema. Pero, en general, al igual que la intimidad, se reconoce que el ámbito de la confidencialidad no es un derecho muy respetado desde el punto de vista de los pacientes y profesionales<sup>43</sup>.

Asimismo, ante conflictos éticos, el concepto de confidencialidad es un deber que se asume, sin embargo la carencia de formación sobre aspectos éticos-legales inducen a no saber actuar o actuar erróneamente en determinadas ocasiones. Por ejemplo, en casos de pacientes con VIH+ que pretenden ocultárselo a su pareja sentimental, niños en los que se detecta maltrato infantil o adolescentes consumidores de drogas se ha observado en algunos estudios que los profesionales de Enfermería no guardarían el SP para hacer un bien por la salud del paciente<sup>44,45</sup>.

También, hemos hallado que en la mayoría de las ocasiones en la que surgen ocasionalmente “conflictos de intereses”, una importante proporción de personal acude a un compañero para pedir ayuda y solucionar el aprieto<sup>46</sup>.

Por otro lado, el contenido de los Códigos Deontológicos de Enfermería relacionados con los principios éticos, anteriormente mencionados, normas y aspectos legales, también se puede considerar desconocido o equívoco por los profesionales<sup>3</sup>.

Enfermería es la profesión sanitaria con más oportunidad para ejecutar cuidados humanizados de calidad. Para llegar a la eficacia y eficiencia de estos cuidados, no sólo hay que priorizar las técnicas y procedimientos para complacer las necesidades del ser humano, sino establecer relaciones empáticas con el paciente y aplicar los principios éticos esenciales para no dejar de lado los derechos de nuestros pacientes<sup>47, 30,48</sup>.

Para finalizar, los estudiantes de enfermería son conscientes de ello y sostienen que es de gran importancia realizar la recopilación de datos de los pacientes en un ambiente privado para establecer una correcta relación de confianza con los pacientes. Hacen hincapié en que la adquisición del consentimiento informado de los pacientes para realizar la primera etapa de la proceso de enfermería es fundamental, porque deben ser previamente informados sobre los objetivos de la entrevista y el examen físico, siendo libres de rechazar el procedimiento, así como de retirar su consentimiento en cualquier momento. Por ello, se confirma que los futuros profesionales están preocupados por el enfoque ético de los pacientes y la preservación de sus derechos. Asimismo, presentan dificultad en la práctica relacionada con la HCI que puede provocar sentimientos de inseguridad entre los estudiantes y pacientes. Por ello, se debería aumentar las medidas pedagógicas en aspectos teóricos y técnicos, de comportamiento y de ética en el enfoque de la historia clínica<sup>49</sup>.

## 5.2. Resultados del estudio observacional descriptivo en el CHJ

Contestaron los 50 profesionales de Enfermería que forman la muestra elegida aleatoriamente; el 80% son mujeres, siendo de edad más representativo, el de 45 a 55 años. La edad media de la muestra es de 47,78 años. Los resultados del estudio se muestran a continuación en la Tabla 1.

<b>PREGUNTA 1: ¿Qué considera usted qué es la intimidad del paciente?</b>	<b>%</b>
a) El espacio que mantiene con sus familiares...	0
b) Lo que el paciente considera como privado...	68
c) La protección de la desnudez del paciente ante el personal no sanitario	4
d) Ninguna opción es correcta	24
<b>PREGUNTA 2: ¿Qué se entiende por confidencialidad?</b>	<b>%</b>
a) Deber que tenemos los profesionales...	20
b) Derecho que tienen los pacientes...	78
c) Obligación de compartir información relacionada...	0
d) La información que comparte el personal sanitario...	2
<b>PREGUNTA 3: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera usted que es correcta en relación al secreto profesional?</b>	<b>%</b>
a) Su incumplimiento solo traiciona la confianza de los pacientes depositada en los profesionales	0
b) Su incumplimiento atenta contra la dignidad del paciente y contra la persona única, autónoma...	94
c) Sólo debemos guardar el secreto profesional a los pacientes que atendemos directamente...	6
d) Después de la muerte, podemos comentar todo lo que creamos conveniente...	0
	<b>%</b>



<b>PREGUNTA 4: ¿Qué consecuencias puede tener no cumplir el deber del secreto profesional?</b>	
a) Dieciocho meses de prisión	2
b) Sanción económica, inhabilitación e incluso prisión.	64
c) Solamente sanción económica e inhabilitación en el trabajo por varios meses	8
d) Reclamación al hospital por parte del afectado	26
<b>PREGUNTA 5: ¿Cuáles de estas leyes están relacionadas con la intimidad, datos personales e información sensible del paciente?</b>	%
a) Ley 41/2002, ley General de Sanidad de 1986 y ley Orgánica del Código Penal	38
b) Ley 41/2002 y ley General de Sanidad de 1986	22
c) Ley de Prevención de Riesgos Laborales	0
d) Código Deontológico de la Enfermería Española y Ley 41/2002	40
<b>PREGUNTA 6: El Código Deontológico de la Enfermería Española:</b>	%
a) Permite compartir información de los pacientes con los compañeros de trabajo aunque no sea imprescindible para la asistencia	18
b) Exige revelar toda la información relacionada con el paciente cuando se haya roto el secreto profesional	52
c) Este Código Deontológico no refleja nada relacionado con el secreto y enfermería	4
d) No conozco nada sobre el Código Deontológico	26
<b>PREGUNTA 7: Si un familiar de un paciente le pide el resultado de una prueba, usted:</b>	%
a) Le dirá que debe recoger el resultado el propio paciente	58
b) Le dará el resultado sin problema consultan su HCl, ya que conoce a la familia y conoce que no habrá controversia	8
c) Se lo dará, y encima le recordará que la paciente tiene cita con el especialista la próxima semana	0
d) Le pregunta usted al médico correspondiente del usuario y obedece su criterio	34

<b>PREGUNTA 8: ¿Cuándo comenta usted información relacionada con los datos clínicos o íntimos de los pacientes con su compañero/a?</b>	<b>%</b>
a) En la sala de estar dónde nadie nos escucha y podemos desahogarnos	38
b) En cualquier lado cuando estemos a solas	30
c) En cualquier habitación sin decir el nombre del paciente ni el dato personal del paciente, independientemente de que haya personal no sanitario presente	8
d) No suelo comentar nada	24

**Tabla 1. Resultados del cuestionario**

## 6) DISCUSIÓN

Deriva del principio bioético denominado no-maleficencia el deber del SP. En consecuencia, los usuarios de la salud adquieren unos derechos, que en este caso son el derecho a la intimidad y el derecho a la confidencialidad.

Como ya se ha proclamado anteriormente en este trabajo, en el ejercicio de nuestra profesión adquirimos mucha información de la situación de salud de nuestros pacientes, pero también información relacionada con su familia, preferencias, costumbres y circunstancias. Esta información la podemos obtener a través de las declaraciones del paciente, su entorno o por necesidad para poder llevar a cabo nuestros cuidados u otros procedimientos<sup>48</sup>.

Por lo tanto, debido a la importante información que usamos u obtenemos espontáneamente, el SP es un deber ético que hay que cumplir estrictamente, porque su violación implica una agresión contra la dignidad de la persona. Los pacientes nos entregan toda su confianza, fe, cuerpo, sentimientos e información reservada en lo más interno de su ser<sup>50</sup>.

Nunca prestaremos cuidados de calidad si no conocemos los derechos y obligaciones que afectan a nuestros usuarios y a nosotros mismos como PS. El SP es un importante deber nuestro del que debemos ser conscientes de la trascendencia de la información que manejamos y de las consecuencias del uso incorrecto de esta información<sup>51, 45</sup>.

Resulta imprescindible interiorizar esta capacidad para saber delimitar la información que compartimos con el resto de profesionales de la salud. Actualmente, el SP es un deber que comparte todo el personal que interviene en la asistencia sanitaria del paciente, pero evidentemente, solo tenemos que compartir la información esencial que interfiera en la calidad de la asistencia y con el profesional que verdaderamente la requiera<sup>52</sup>.

A lo largo de la realización de la revisión bibliográfica, hemos hallado pocos estudios o artículos que investiguen sobre la mala praxis del SP en el ejercicio de esta profesión. Pero, es cierto, que hay más estudios sobre la violación del derecho de intimidad de los usuarios de la salud. Aun así, podemos considerar que este acto conduzca de alguna manera a la infracción del deber del SP.

De igual modo, hemos observado que los profesionales de Enfermería conocen teóricamente el concepto de intimidad, confidencialidad y SP. Sin embargo, a través de numerosas acciones que realizamos en la práctica diaria no se llega a respetar totalmente los derechos de nuestros pacientes. Tenemos que añadir, que hemos apreciado una carencia de conocimientos vinculados con la regulación legal y deontológica de nuestros deberes, lo que conlleva mala praxis.

En cambio, los principios éticos y bioéticos, recogidos en los diferentes códigos deontológicos de esta disciplina, sí son aplicados y se cumplen, a pesar de que teóricamente no se dominan en su correcta totalidad. Comprendemos que en este acto están implícitos patrones morales establecidos por nuestra ética social, desarrollados desde edades tempranas como cualidades humanas que se manifiestan en nuestro modo de actuar y de pensar. Asimismo, como enfermeras aplicamos los principios éticos que incorporó Florence Nightingale, la Dama de la lámpara, que son la fidelidad al paciente y la veracidad. Así, entendemos que tenemos que cumplir los compromisos y deberes establecidos con el paciente, así como la obligación de asumir errores por omisión, respectivamente. Dentro de estas obligaciones y compromisos que asumimos al entregarnos a nuestro paciente, se encuentra el SP, a través del cual custodiamos sus confidencias<sup>20, 25</sup>.

En la práctica de nuestra profesión podemos observar (o hacer) actos que atenten contra la dignidad de las personas, a veces, sin ser conscientes de ello o sin maldad alguna. También, es evidente que el cotilleo en nuestra sociedad causa morbo, siendo una de las causas que más rompe la confianza entre los lazos que nacen de las relaciones humanas. Por supuesto, es una realidad que en el entorno sanitario también seguimos complaciendo a nuestra naturaleza y se produce una divulgación incorrecta e innecesaria de la información sensible de los usuarios de la salud, incumpliendo así nuestro deber del SP. Interfiere en estos actos la personalidad de los profesionales, influida por la falta de prudencia, conocimientos limitantes y costumbres indebidas. Hablamos de los comentarios en los pasillos, se produce una intromisión en ciertas HCI, uso de imágenes sin el consentimiento de los pacientes, etc.<sup>18, 26</sup>.

Obviamente, podemos observar en nuestra sociedad que la revelación de secretos sobre los demás nos confiere un exceso de valor ante los demás y es un acto que indica amistad y confianza, ya que sacamos a luz información que solo nosotros, o muy poca gente

conoce. Además, somos tan conscientes de ello, que muchos profesionales cambiarían de centro si padeciesen algún diagnóstico que no quisieran que se divulgase.

Dada la poca investigación que a lo largo de los últimos años se ha hecho sobre estos aspectos tan importantes para mejorar considerablemente nuestra asistencia como enfermeras, junto con los resultados y conclusiones de los pocos que existen sobre ello, puede ayudarnos a reflexionar sobre la calidad de nuestros cuidados e incentivarnos a aumentar la investigación y realización de diferentes tipos de estudios. Para ello, sería conveniente partir del conocimiento sobre las competencias relacionadas con bioética y ética que poseen los profesionales de Enfermería, así como la cualidad de estos para resolver los conflictos éticos que nacen en el ejercicio de nuestra profesión. De este modo, podremos incidir en la correcta formación para llenar el vacío en los conocimientos de los profesionales que impiden prestar verdaderos cuidados de calidad.

Muchos autores, como José Manuel Ramiro Fernández, Belén García-Mayor Fernández o María Pilar Arroyo Gordo, afirman que para prestar cuidados de calidad, el personal tiene que conocer los derechos y obligaciones, de usuarios de la salud y enfermeras, recogidas en las diferentes legislaciones y Códigos Deontológicos. Pero no solo llegan a esta conclusión estos autores, sino la gran mayoría de los estudios consultados. Entonces, no nos tendríamos que conformar con afirmar la situación en la que se encuentran los trabajadores del sistema sanitario ante estos aspectos y la poca investigación que se ha hecho sobre la dignidad y derechos del paciente, sino actuar sobre el problema. ¿Cómo? Estudiando y formando a los trabajadores del sistema sanitario sobre la importancia del cumplimiento de sus deberes y las consecuencias de la mala praxis relacionada con sus obligaciones.

Por esta razón, quisimos comprobar la situación en la que se encuentra la praxis del SP en nuestro entorno. Sin ir más lejos, en el CHJ. En consecuencia, al igual que en los resultados de la revisión bibliográfica los conocimientos teóricos sobre confidencialidad, SP e intimidad se dominan notablemente. Al contrario, el contenido del código deontológico de la Enfermería española junto con las leyes que regulan el SP y las consecuencias en las que puede finalizar la mala praxis no están tan claro. Por esta razón, se quebranta el derecho a la confidencialidad y se atenta contra la dignidad de los usuarios de la salud.

Hay que dejar constancia de las limitaciones de este estudio. El primero, es que en el complejo Hospitalario de Jaén trabajan alrededor de 1600 profesionales de Enfermería, por lo que la muestra tendría que estar comprendida por 300 personas aproximadamente para que el nivel de confianza fuese del 95%, pero la premura de tiempo y el temor a no alcanzar una tasa de respuesta apropiada a ese nivel de confianza, nos indujo a explorar esta realidad con una muestra algo significativa de la población de estudio. Es un estudio observacional descriptivo a pequeña escala, pero puede servir de iniciativa a futuras investigaciones, ya que los resultados de los aspectos que se han medido coinciden en buena medida con los resultados generales de la revisión bibliográfica. La segunda limitación es el corto periodo de tiempo en el que se ha llevado a debido desarrollar. Estas otras investigaciones podrían ir encaminadas a:

- Estudiar estos mismos conocimientos sobre Medicina, Enfermería y Auxiliar de Enfermería y analizar cómo influye la preparación que sobre la Ética han tenido durante toda su formación en la práctica clínica diaria.
- Examinar las actuaciones del personal de Enfermería del CHJ en distintas situaciones de conflictos de intereses
- Investigar qué unidad especializada cumple más el deber del secreto profesional
- Cómo influye la edad de los profesionales en el cumplimiento del deber del Secreto profesional
- Evaluar la eficacia de los cuidados prestados después de la participación en cursos de formación de cuestiones éticas de Enfermería.

Llegados a este punto, es irrefutable que la inobservancia del derecho a la confidencialidad de los usuarios de la salud y el incumplimiento del deber es una situación habitual que se da en la mayoría de los centros sanitarios.

Se ha comprobado que esta actitud está propiciada por la falta de información que han recibido las Enfermeras sobre bioética y la problemática del secreto profesional. Por tanto, sería recomendable que el personal realizara cursos y seminarios sobre diferentes aspectos éticos en sus correspondientes unidades de trabajo para aplicar verdaderos cuidados de calidad mediante la observación de estos principios y normas. Por ejemplo, a lo largo de la recogida de cuestionarios de nuestro estudio, hemos podido escuchar diferentes testimonios que lo corroboran y ponen en manifiesto la necesidad de una formación continuada en estos aspectos. Algunas de estas declaraciones han sido:

- *“¿Pero existe algún código deontológico de Enfermería?”*
- *“Uf, ¿leyes? No sabía ni que el SP estuviese regulado por ninguna ley, cuanto más que pudiesen encarcelarte si lo incumples”.*
- *“Quien diga que no comenta nada es mentira”*
- *“Madre mía, menos mal que los pacientes no saben ni la mitad de lo que se comenta, que si estaríamos todos encarcelados”.*

Para el aprendizaje de esta materia, se podrían estructurar cursos de formación cada cierto periodo de tiempo en los que se podría incluir el siguiente temario<sup>43,9</sup>:

- Actualización de la legislación vigente relacionada con los derechos y las obligaciones que afectan a los usuarios del sistema sanitario y los trabajadores.
- Situaciones en la que estarían justificados el quebrantamiento del SP: la salud pública o terceras personas están en peligro, contacto con personas que hayan podido ser víctimas de un delito, ordenado por un juicio y mala praxis bibliografías
- Uso correcto de la HCI y deberes de las Enfermeras sobre ella, así como los derechos de los usuarios al acceso de ella
- Aplicación de los principios bioéticos en el método científico enfermero

También, se podría incidir sobre actos que podría interiorizar en su actividad diaria el personal de Enfermería y que tendría mucha repercusión en la custodia de la confidencialidad. A modo de propuesta, serían los siguientes:

- Evitar comentarios relacionados con los pacientes en lugares inadecuados (ascensores, pasillos, habitaciones...) o con personas no acreditadas
- No ofrecer información a personas no autorizadas por el paciente
- Realizar los cambios de turno en voz baja y en un entorno cerrado y privado
- Mantener una máxima discreción a la hora de compartir información de nuestros pacientes con otros profesionales de la salud que vayan a intervenir en el proceso terapéutico.
- Exagerar el cuidado en la utilización de la HCI y documentos en papel en los que se refleje información relacionada con los usuarios

- Evitar el acceso ilegal a HCI
- Preguntar al paciente si quiere ser informado, y a quién más de su entorno familiar o social podemos informar sobre todo lo que le acontece.
- Informar y pedir el consentimiento al paciente cada vez que se vaya a realizar cualquier actividad indiferente al cuidado de Enfermería
- Llamar a la puerta antes de acceder de entrar a las habitaciones o consultas
- Limitar el número de personal dentro de las habitaciones
- Usar métodos físicos que protejan la intimidad del paciente (cortinas, sábanas, biombos...)

También, nos llama la atención las pocas denuncias por parte de los pacientes al sistema sanitario, lo que indica la escasez de conocimientos que tienen los usuarios sobre sus derechos. Casi todos los autores concluyen que hay que formar a los profesionales, pero añadimos que también hay que informar a los usuarios sobre sus derechos. La constancia del conocimiento de los usuarios de la salud sobre sus derechos sería una gran barrera para la proclamación de secretos.

Desde nuestro punto de vista, existen barreras en los centros de atención especializada y AP que siempre se van a oponer a toda la información o formación que recibamos sobre aspectos bioéticos que nos ayuden a mejorar como verdaderas enfermeras. Estos impedimentos son los medios físicos que componen los centros sanitarios, por ejemplo las habitaciones triples, camiones abiertos por la espalda, presencia de familiares de otros acompañantes en la realización de algunos procedimientos, etc. Por este motivo, quizás también tendríamos que plantearnos mejorar estos aspectos que dificultan la intimidad del paciente en los centros sanitarios. Acompañando al paciente al baño (con el camisón casi abierto) no violamos el SP, pero sí mostramos zonas de su cuerpo al resto de personas presentes en la habitación en ese momento, que el paciente no desea enseñar. De igual modo, estamos violando su intimidad, privacidad y confidencialidad mostrando a los demás lo que el usuario ha confiado en nosotros, su cuerpo.

Eliminar estos inconvenientes físicos son medidas correctoras más caras que mejorar la actitud y formación de los profesionales para ofrecer cuidados más eficaces y eficientes en una esfera íntima con el paciente.



Al igual que se concluyó en la consulta pública que realizó la Comisión Europea en el año 2014 y cuyos resultados se publicaron el mes de enero de 2015, consideramos que se precisan mecanismos más fuertes y mejores para asegurar la privacidad e intimidad de los pacientes y así aumentar la confianza de éstos en los PS. Igualmente, se tendría que clarificar el marco regulador que rige el SP<sup>54</sup>.

Deseamos que este trabajo ayude a la reflexión de la situación actual en la que se encuentra el SP.

## **7) CONCLUSIONES**

**1ª.** El SP es un deber de todo el personal sanitario que garantiza el respeto por la autonomía, libertad, intimidad, privacidad y derecho a la confidencialidad, es decir, la dignidad de los usuarios de la salud. Sin embargo, en la práctica sanitaria diaria, el personal de Enfermería comete actos que infringen el deber del SP.

**2ª.** Estos hechos son debidos a la carencia de conocimientos relacionados con el ámbito legal que normativiza el SP y sus correspondientes consecuencias, por lo que conlleva a su omisión.

**3ª.** Se considera necesario el incremento de formación ética de postgrado y realización de sesiones de debate para reflexionar sobre los actos de la realidad de la praxis profesional.

**4ª.** Por último, la elaboración de más estudios en los que se demuestren la transgresión del SP y la inobservancia de la confidencialidad de los usuarios de la salud y las posibles consecuencias de estos actos, sería de gran relevancia para mejorar la calidad de la asistencia.

## **8) REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Torralba F. El respeto a la intimidad en grupos vulnerables. Síntesi. 2005. (9); 1-3.
2. Arroyo MP. Ética y legislación en enfermería: análisis sobre la responsabilidad profesional. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1996.
3. Fernández MA, Álvarez T, Ramiro JM, Martínez S. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. Cuadernos de Bioética [Revista en Internet]. 2008 [citado 2014 dic 1]; 19:(1):59-66. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506504>> ISSN 1132-1989.
4. Iraburu M. Confidencialidad e intimidad. An. Sist. Sanit. Navar [Revista en Internet]. 2006 [citado 2015 Feb 10]; 29 (Supl. 3): 49-59. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v29s3/original5.pdf>.
5. Antón P. Ética y legislación en Enfermería. Barcelona (etc.): Masson, D.L.; 1994.
6. Espinosa J, Castillo A, Barranco L, Acosta M. Ética y bioética en el desempeño de la enfermería. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2010 [citado 2015 May 6]; 16(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/495>.
7. García MdM. Ética y salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998
8. Lescaille M. El secreto profesional y su relación con enfermería. Revista Cubana de Enfermería 2007; 23(2):1.
9. Medina CD. Ética y legislación. Madrid; Valencia: DAE; 2002.
10. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE de 29 de abril de 1986.
11. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y Derechos y Obligaciones en materia de Información y documentación Clínica, BOE de 15 de noviembre de 2002.
12. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid: Triacastela; 2007.
13. Lescaille M, Apao J, Reyes MDLA, Alfonso M. Eticidad del pensamiento de Florence Nightingale. Haban cienc méd [Revista en Internet]. 2013 Dic [citado 2015 Abr 9]; 12(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2013000400021&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2013000400021&lng=es)

- 14.** Amaro MC, Marrero A, Valencia ML, Blanca S, Moynelo H. Principios básicos de la bioética. *Cubana Enfermer* [Revista en Internet]. 1996 [citado 2015 mar 19]; 12(1): 11-12. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S086403191996000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403191996000100006&lng=es).
- 15.** Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. *Rev Cubana Salud Pública* [Revista en Internet]. 2002 [citado 2015 Mayo 06]; 28(2):149-156. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200005&lng=es).
- 16.** Gaudlitz M. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. *Chil. enferm. respir.* [Revista en Internet]. 2008 [citado 2015 Mayo 06]; 24(2): 138-142. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071773482008000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071773482008000200008&script=sci_arttext)
- 17.** Mainetti JA. Ética médica. La Plata (Argentina): Quiron; 1989
- 18.** Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. *Rev Cubana Salud Pública* [Revista en Internet]. 2002 [citado 2015 Mar 24]; 28(2):149-156. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662002000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200005&lng=es).
- 19.** Gómez E. El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico una perspectiva bioética. *Pers bioét* [Revista en Internet]. 2009 [citado 2014 dic 1]; 2(2):145-157. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222008000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-31222008000200006&script=sci_arttext).
- 20.** Beauchamp T, Childress J F. Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, S.A.; 1999.
- 21.** Campos E.L. Relación clínica y problemas éticos en atención primaria, Sao Paulo, Brasil. *Aten Primaria* [Revista en Internet]. 2010 [citado 2015 Mar 10]; 42(8):406-414. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-relacion-clinica-problemas-eticos-atencion-13153797>.
- 22.** Código Deontológico de la Enfermería Española. Resolución 32/1989 del Consejo General de Enfermería Española; 1989.
- 23.** Glorio R, Carbia S. ¿Existe el secreto médico? *Dermatol Argent.* 2010; 16(3):216-218.

- 24.** Álvarez Í. La confidencialidad de la historia clínica y el secreto profesional. Boletín Jurídico de la Universidad Europea de Madrid; 1999.
- 25.** Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. Med Clin. [Revista en Internet]. 2002[citado 2015 Feb 10]; 118(1):18-37. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13025016&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=2&ty=117&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v118n01a13025016pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13025016&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=117&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v118n01a13025016pdf001.pdf)
- 26.** Madrigal MC, Lopera MA, Forero C, García L. El cuerpo: silencioso pero significativo en expresión. Av.enferm. [Revista en Internet]. 2011[citado 2015 Mar 20]; 29(1):67-74.
- 27.** Pupulim JSL, Sawada NO. Los cuidados de enfermería y la invasión de privacidad del paciente: una cuestión ética y moral. Latino-am Enfermería. 2002; 10(3): 433-8.
- 28.** Lenzi JS, Okino N. O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Revista en Internet]. 2002 [citado 2015 feb 2]; 10(3): 433-438. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692002000300018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300018&lng=en).
- 29.** Floralba O, Galindo S. La exposición corporal y el cuidado de enfermería. Cultura de los cuidados [Revista en Internet]. 2010 [citado 2015 Feb 3]; 28: 63-70. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/28pdf/28-063.pdf>.
- 30.** López F, Moreno ME, Pulido ML, Rodríguez M, Bermejo B, Grande J. La intimidad de los pacientes percibida por los profesionales de Enfermería. NURE Inv. [Revista en Internet] 2010 [citado 2014 dic 28]; 7(46):1-12 Disponible en: [http://www.nureinvestigacion.es/originales\\_obj.cfm?id\\_original=123&FilaInicio=1&paginacion=12](http://www.nureinvestigacion.es/originales_obj.cfm?id_original=123&FilaInicio=1&paginacion=12).
- 31.** Santana L, Sánchez M, Hernández E, García M, Eugenio P, Villanueva Á. Necesidades de los familiares de pacientes de Cuidados Intensivos: percepción de los familiares y del profesional. Med. Intensiva [Internet]. 2007 [citado 2015 Feb 2]; 31(6): 273-280. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912007000600002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600002&lng=es).

- 32.** Amorós SM, Arévalo J, Maqueda M, Pérez E. Percepción de la intimidad en pacientes hospitalizados en una Unidad de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva* [Revista en Internet]. 2008 [citado 2015 Feb 3]; 19(4):193-203. Disponible en: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?\\_f=10&pident\\_articulo=13130040&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=142&ty=147&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v19n04a13130040pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13130040&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=142&ty=147&accion=L&origen=zonalectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=142v19n04a13130040pdf001.pdf).
- 33.** Baggio MA, Pomatti DM, Bettinelli LA, Luiz Antonio Bettinelli, Alacoque LE. Privacidade em unidades de terapia intensiva: direitos do paciente e implicações para a enfermagem. *Rev Bras Enferm* [Revista en Internet]. 2011[citado 2015 feb 2]; 64(1): 25-30.
- 34.** Arévalo MJ, Maqueda M, Pérez E, Amorós SM. La intimidad en la Unidad de Cuidados Intensivos: Perspectiva enfermera categorizada desde los sentidos. *Ética de los Cuidados* [Revista en Internet]. 2009 [citado 2015 mar 18]; 2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n3/et6827.php>.
- 35.** Lara P. En lo que respecta a la intimidad y el apoyo familiar: ¿Podemos mejorar la atención sanitaria que prestamos a nuestros pacientes hospitalizados en las áreas de críticos? *Ética de los Cuidados* [Revista en Internet]. 2011 [citado 2015 Feb 2]; 4(7). Disponible en: <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es:80/eticuidado/n7/et7573.php>.
- 36.** Ramiro JM, García B. El derecho a la intimidad y la historia clínica electrónica. *Metas de Enferm*. 2006; 8(10):71-76.
- 37.** Galán JM, De llanos F, Albuquerque E. Cuestiones éticas de enfermería en cuidados paliativos. *Rev ROL Enferm*. 2014; 17(9):568-573.
- 38.** Cerezo M, Gutiérrez JM, Perán S, Gómez G, Carrasco P. Historia clínica informatizada de enfermería en el departamento de Torre vieja salud como instrumento de gestión de calidad. *Enfermería global* [Revista en Internet]. 2009 [citado 2015 Feb 3]; 17:1-8. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/75241/72981>.
- 39.** Iraburu M, Chamorro J, De Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios de un hospital en relación a la confidencialidad. *Anales Sis San Navarra* [Revista en Internet]. 2006 [citado 2014

dic 2]; 29(3): 357-366. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000500005&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272006000500005&script=sci_arttext).

**40.** León J, Manzanera JT, López P, González L. Dudas de enfermería en el manejo de la historia clínica. Aspectos jurídicos. *Enferm. glob.* [Revista en Internet]. 2010 [citado 2015 Feb 2]; (19):1-14. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/107331/101991>.

**41.** Porra JM, Díaz I, López G. Conocimientos y aplicación de los principios éticos y bioéticos en el proceso de atención de enfermería *Rev Cubana Enfermer.* 2001; 17(2):132-8.

**42.** Gutiérrez E, Páez MC. Conocimientos sobre los aspectos ético-legal del personal de Enfermería que labora en la unidad de Emergencia del hospital central universitario "Dr. Antonio María Pineda". Barquisimeto, Abr- nov 2003.

**43.** Estrada JC, Flores L, Noguez D, Bates M, Bautista A, Montesinos Jiménez G. Valores Individuales y Colectivos del Personal de Enfermería en una Institución de Tercer Nivel. *Desarrollo Cientif Enferm*[Revista en Internet]. 2012[consultado 2014 Nov 29]; 20(6):191-195. Disponible en: <http://indexf.publicaciones.saludcastillayleon.es/dce/20pdf/20-191.pdf>.

**44.** Pontes J, Campos EL, Aparecida L. Privacidade e confidencialidade em casos de casais discordantes para sífilis. *Cogitare Enferm.* [Revista en Internet]. 2011[citado 2015 Feb 3]; 16(2):213-8. Disponible en: [http://www.planejamento.mg.gov.br/images/documentos/saude\\_da\\_mulher/S%C3%ADfilis.pdf](http://www.planejamento.mg.gov.br/images/documentos/saude_da_mulher/S%C3%ADfilis.pdf).

**45.** Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. *Metas Enferm.* 2014; 17(1): 70-74.

**46.** Areosa L, Prieto JM, Díaz E, Ocampo P, Dopico P, Manivesa JM. El secreto profesional en la práctica de enfermería.

**47.** Arroyo P. El Secreto profesional. *Metas de Enferm.* 2000; 3(3):03.

**48.** Martínez RM, Oter C, Rubiales MD, Salguero O. El secreto profesional en Enfermería: un caso práctico. *Metas de Enferm.* 2005; 8(9): 49-53.

**49.** Pessalacia JDR, Tavares BM, Faria FC, Oliveira S, Souza CC. Perception of nursing students about behaviors and ethical aspects involved in patient data collection. *Invest Educ Enferm.* 2013; 31 (2):210-217.

**50.** Arroyo MP, Cortina A, Torralba MJ, Zugasti J. *Ética y legislación en Enfermería.* Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 1997.

- 51.** Salcedo RA, Alba A, Zarza MD. La enseñanza de la ética en enfermería como un coadyuvante en la calidad del cuidado. Rev CONAMED. 2008; 13; (4): 39-42.
- 52.** Molina J. El derecho a la confidencialidad y los cuidados de Enfermería. Metas de Enferm. 2007; 10(7): 50-54.
- 53.** Grupo ética de la CAMFiC (Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria). Confidencialidad: el derecho a la intimidad. Reflexiones de la práctica cotidiana. Suplementos del Boletín de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria, É-Reflexions [Revista en Internet].2003 [consultado el 2015 Mar 4];21 págs. Disponible en: [http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etca/confidencialitat\\_cast.pdf](http://www.camfic.cat/CAMFiC/Seccions/GrupsTreball/Docs/etca/confidencialitat_cast.pdf).
- 54.** Sierra R. Privacidad, marco legal y seguridad, retos de la “Msalud. Diariomédico.com. 26 Ene 2015; Área profesional, gestión.



## 9) ANEXOS

### 9.1. Anexo 1: Cuestionario

La cumplimentación de este cuestionario ayuda a cuantificar y comparar la información recogida acerca del papel de enfermería en el secreto profesional. La finalidad de este estudio es demostrar que se podría infringir este deber en la práctica diaria de la actividad asistencial y darlo a conocer para corregir este error. Por lo tanto, para llevar a la práctica los conocimientos representados en este TFG se necesita este test que confirma el resultado de la revisión y ayuda a proponer medidas correctoras.

Por favor, marque con una X la respuesta que considere correcta de las preguntas que se muestran a continuación, teniendo en cuenta que este cuestionario tiene carácter anónimo.

Agradecemos cordialmente su colaboración y participación en este estudio para poder realizar este TFG de Enfermería.

Sexo:..... Edad:.....

#### 1. ¿Qué considera usted que es la intimidad del paciente?

- a) El espacio que mantiene con sus familiares o acompañantes cuando éste tiene visitas hospitalarias
- b) Lo que el paciente considera como privado o aquello que se encuentra en lo más profundo del paciente y que tiene derecho a decidir cuándo, cuánto, qué y con quién comparte la información contenida en él.
- c) La protección de la desnudez del paciente ante el personal no sanitario
- d) Ninguna opción es correcta

#### 2. ¿Qué se entiende por confidencialidad?

- a) Deber que tenemos los profesionales de enfermería de guardar en sigilo todos los datos clínicos de salud o enfermedad relacionados con el paciente.

- b) Derecho que tiene el paciente de que se guarde en silencio toda la información que ha confiado en los profesionales de la salud, sean datos personales, datos sensibles de salud o declaraciones personales.
- c) Obligación de compartir información relacionada con el paciente solamente con compañeros que participan también en la atención asistencial de este paciente.
- d) La información que comparte el personal sanitario relacionada con los datos personales de los pacientes

3. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera usted que es correcta en relación al secreto profesional?

- a) Su incumplimiento solo traiciona la confianza de los pacientes depositada en los profesionales sanitarios.
- b) Su incumplimiento atenta contra la dignidad del paciente y contra una persona única, autónoma, libre y con valores que lo definen y es un deber ético que compartimos todos los profesionales de la salud de reservar en silencio toda la información sobre datos personales e información sensible que obtengamos en el ejercicio de nuestra profesión.
- c) Sólo debemos guardar el secreto profesional a los pacientes que atendemos directamente, el resto de información que obtenemos en nuestro ejercicio profesional del resto de los pacientes no es nuestra responsabilidad mantenerla en secreto.
- d) Después de la muerte, podemos comentar todo lo que creamos conveniente acerca de la situación de nuestro paciente, porque ya no nos va a oír.

4. ¿Qué consecuencias puede tener no cumplir el deber del secreto profesional?

- a) Dieciocho meses de prisión
- b) Sanción económica, inhabilitación e incluso prisión. Nunca se llevarán a cabo si no existe previamente una denuncia por parte del afectado
- c) Solamente sanción económica e inhabilitación en el trabajo por varios meses
- d) Reclamación al hospital por parte del paciente afectado.

5. ¿Cuáles de estas leyes están relacionadas con la intimidad, datos personales e información sensible el paciente?

- a) 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, ley General de Sanidad de 1986 y ley Orgánica del Código Penal (10/1995).
- b) 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 y ley General de Sanidad de 1986.
- c) Ley de Prevención de riesgos Laborales
- d) Código Deontológico de la Enfermería Española y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información

6. El Código Deontológico de la Enfermería Española:

- a) Permite compartir información de los pacientes con los compañeros de trabajo aunque no sea imprescindible para la asistencia
- b) Exige revelar toda la información relacionada con el paciente cuando sea haya roto el secreto profesional por motivos legales
- c) Este código deontológico no refleja nada relacionado con el secreto y enfermería
- d) No conozco nada sobre el Código Deontológico de la Enfermería Española.

7. Si un familiar de un paciente le pide el resultado de una prueba, usted:

- a) Le dirá que debe recoger el resultado el propio paciente
- b) Le dará el resultado sin problema consultando su HCI, ya que conoce a la familia y conoce que no habrá controversia.
- c) Se lo dará, y encima le recordará que la paciente tiene cita con el especialista la próxima semana.
- d) Le pregunta usted al médico correspondiente del usuario, y obedece su criterio

8. ¿Cuándo comenta usted información relacionada con los datos clínicos o íntimos de los pacientes con su compañero/a?

- a) En la sala de estar dónde nadie nos escucha y podemos desahogarnos
- b) En cualquiera lado cuando estemos a solas
- c) En cualquier habitación sin decir el nombre ni dato personal del paciente, independientemente de que haya personal no sanitario presente
- d) No suelo comentar nada

## **9.2. Petición de permiso al Comité de Ética**

ALTÍSIMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE JAÉN Y PRESIDENCIA DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

Dr. Jesús López Ortega, mayor de edad, Profesor Titular de Universidad, adscrito al Departamento de Enfermería de la Universidad de Jaén, Edif.B3- 266 y provisto D.N.I.nº25950970-R, respetuosamente

Expone:

1.-Que como una de sus tareas habituales está tutorizando un Trabajo de Fin de Grado (TFG) de la alumna D<sup>a</sup> Irene Milla Peinado, matriculada en el Curso 4º de la Titulación de Grado en Enfermería.

2.- Que el proyecto de TFG lleva por título “El secreto profesional ante el conocimiento de Enfermería”, un estudio descriptivo del que se desprende la necesidad de obtener información del personal de enfermería que trabaja en Unidades de Hospitalización del CHJ-Hospital MQ, a través de un cuestionario breve de 8 preguntas que es totalmente anónimo y que pretende indagar acerca de su conocimiento y observancia del Secreto Profesional.

Por todo lo anteriormente expuesto

Solicita:

La correspondiente autorización de la Dirección Gerencia del Complejo Hospitalario de Jaén, así como del Sr. Presidente de la Comisión de Investigación del mismo para, de conformidad con los objetivos, material y métodos del estudio, poder acceder al campo de estudio y obtener la información necesaria para esta investigación declarando expresamente mi compromiso para el cumplimiento estricto de las obligaciones éticas, de anonimato y confidencialidad, que corresponden a las tareas investigadoras en los Centros Sanitarios.