

Osstelba

OSASUN
TEKNOLOGIEN
EBALUAZIOA

EVALUACIÓN DE
TECNOLOGÍAS
SANITARIAS



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA
DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

INFORME DE EVALUACIÓN

D-09-03

**CONFIDENCIALIDAD DE LA
HISTORIA CLÍNICA.
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL
Y ÁREAS DE MEJORA EN EL USO
Y MANEJO DE LA MISMA**

Proyecto de Investigación Comisionada

Noviembre 2008

INFORME DE EVALUACIÓN

D-09-03

CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y ÁREAS DE MEJORA EN EL USO Y MANEJO DE LA MISMA

Proyecto de Investigación Comisionada

Noviembre 2008

Municio Martín, José Antonio
Santander Cartagena, Fernando
López de Gauna Ibarra, Pedro
Núñez Hernández, Antonio
Iruin Sanz, Álvaro
Martínez Rodríguez, Sagrario
Garitano Iruetagoiena, Milagros
Ogueta Lana, Mikel
Latorre García, Kepa

Maíz Olazabalaga, Enrique
Andrés Álvarez, Maite
Pérez Alonso, Adelina
Elizarán Arruabarrena, Iñaki
Gutiérrez Alonso, Elena
Izar de la Fuente Santamaría, Maribel
López de Heredia, Jon
Chueca Ajuria, Ana

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO
SAILA

DEPARTAMENTO DE SANIDAD
Y CONSUMO

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia

Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Vitoria-Gasteiz, 2009

Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Financiación: Beca de Investigación Comisionada 2006. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. N° expediente 2006/02

Este documento debe ser citado como:

Municio JA, Santander F, Andrés M, Pérez A, Núñez A, Elizarán I, Iruin A, Gutiérrez E, Latorre K, Maiz E, López de Gauna P, Martínez S, Izar de la Fuente M, Garikano M, López de Heredia J, Ogueta M y Chueca A. *Confidencialidad de la historia clínica. Análisis de la situación actual y áreas de mejora en el uso y manejo de la misma*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2009. Informe n.º: Osteba D-09-03.

El contenido de este documento refleja exclusivamente la opinión de las personas investigadoras y no son necesariamente compartidas en su totalidad por quienes han realizado la revisión externa o por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

Edición: 1.ª Octubre 2009

Tirada: 80 ejemplares

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco
Departamento de Sanidad y Consumo

Internet: www.euskadi.net/sanidad/osteba

Edita: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco
c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

Fotocomposición: Gráficas Varona, S.A.

Impresión: Gráficas Varona, S.A.

ISBN-13: 978-84-457-2913-7

D.L.: Vi. 102-2009

Investigador principal

José Antonio Municio Martín. Otorrinolaringólogo. Comité de Ética Asistencial. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Miembros del equipo de investigación

Fernando Santander Cartagena. Psiquiatra. Comité de Ética Asistencial. Centro de Salud Mental Gasteiz-este. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Maite Andrés Alvarez. Abogada. Organización Central Osakidetza/Svs. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Adelina Pérez Alonso. Técnico de gestión. Organización Central Osakidetza/Svs. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Antonio Núñez Hernández. Técnico de gestión. Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián (Gipuzkoa).

Iñaki Elizarán Arruabarrena. Médico de Familia. Centro de Salud Matiena. Abadiño (Bizkaia).

Álvaro Iruin Sanz. Psiquiatra. Gerente de Salud Mental (Gipuzkoa).

Elena Gutiérrez Alonso. Documentación Clínica. Comité de Ética Asistencial. Hospital de Basurto. Bilbao (Bizkaia).

Felipe Aizpuru Barandiaran. Unidad de Investigación. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Kepa Latorre García. Unidad de Investigación. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Enrique Maíz Olazabalaga. Pediatra. Centro de Salud Galdakao-Usánsolo (Bizkaia).

Pedro López de Gauna Ibarra. Atención al cliente. Ambulatorio de Portugalete (Bizkaia).

Sagrario Martínez Rodríguez. Enfermera. Comité de Ética Asistencial. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Maribel Izar de la Fuente Santamaría. Enfermera. Centro de Salud Olárizu. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Milagros Garikano Iruretagoiena Médico de Familia. Comité de Ética Asistencial. Centro de Salud Ordizia (Gipuzkoa).

Jon López de Heredia. Pediatra. Comité de Ética Asistencial. Hospital de Cruces. Barakaldo (Bizkaia).

Mikel Ogueta Lana. Médico de Familia. Responsable del programa e-Osabide. Organización Central Osakidetza. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Ana Chueca Ajuria. Enfermera. Comité de Ética Asistencial. Unidad de Calidad. Hospital de Galdakao-Usánsolo (Bizkaia).

Investigadora contratada

Catalina Martínez Carazo. Socióloga. Vitoria-Gasteiz (Álava).

Revisores externos

Julian Salvador Blanco. Jefe de Sección U.G.S. Hospital de Basurto (Bizkaia).

Julio Audicana Uriarte. Servicio de Cuidados Intensivos. Galdakao-Usánsolo (Bizkaia).

M.^a Ángeles Baile Acosta. Técnico del Servicio de Ordenación y Acreditación Sanitaria. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz (Álava).

Coordinación del Proyecto en Osteba

José Asua Batarrita. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Osteba. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz (Álava).

ÍNDICE

GLOSARIO DE SIGLAS	9
RESÚMENES ESTRUCTURADOS	13
1. INTRODUCCIÓN	21
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	27
3. MATERIAL Y MÉTODOS	31
4. RESULTADOS.....	37
4.1. Grupos focales	39
4.1.1. Grupo de pacientes.....	39
4.1.2. Grupo de Atención Primaria	41
4.1.3. Grupo de Atención Especializada-Hospitales	44
4.1.4. Grupo de Salud Mental	49
4.1.5. Grupo de Gestión de Atención Primaria	54
4.1.6. Grupo de Gestión de Atención Especializada-Hospitales	56
4.2. Observación directa.....	59
4.3. Encuestas.....	61
4.3.1. Participación	61
4.4. Resultados de la encuesta	66
4.4.1. Conocimientos	66
4.4.2. Comportamientos.....	90
4.4.3. Opiniones	104
4.4.4. Comentarios	137
5. DISCUSIÓN.....	141
6. CONCLUSIONES	151
7. RECOMENDACIONES	155
BIBLIOGRAFÍA.....	159
ANEXO	165

GLOSARIO DE SIGLAS

3-S Osabide: Programa Informático de Historia Clínica en Atención Primaria.

AS 400: Aplicación informática instalada en todos los hospitales de Osakidetza, que actúa como base de datos e interactúa con otras aplicaciones informáticas.

AAC: Área Atención al cliente.

DUE: Diplomado Universitario de Enfermería.

HC: Historia Clínica.

LOPD: Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

JUAP: Jefe Unidad Atención Primaria.

PDA: Personal Digital Assistant.

TRAAC: Técnico Responsable Área Atención al cliente.

RESÚMENES ESTRUCTURADOS

RESUMEN ESTRUCTURADO

Título: CONFIDENCIALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL Y ÁREAS DE MEJORA EN EL USO Y MANEJO DE LA MISMA

Autores: Municio JA, Santander F, Andrés M, Pérez A, Núñez A, Elizarán I, Iruin A, Gutiérrez E, Latorre K, Maiz E, López de Gauna P, Martínez S, Izar de la Fuente M, Garikano M, López de Heredia J, Ogueta M y Chueca A

Palabras clave Mesh: Medical Records , Confidentiality , Privacy

Otras palabras clave: historia clínica, confidencialidad

Fecha: noviembre 2008

Páginas: 176

Referencias: 68

Lenguaje: español, resúmenes en inglés y euskera

ISBN: 978-84-457-2913-7

INTRODUCCIÓN

Se entiende por confidencialidad lo que se hace o se dice en confianza, con seguridad recíproca entre dos o más personas. La confianza es fundamental en cualquier relación humana y más aún en situaciones de dependencia o vulnerabilidad como son las relaciones clínicas. La confidencialidad se refiere a los límites que rodean las informaciones sensibles compartidas y cómo guardar y preservar esos límites. La historia clínica es el vehículo que soporta la información recogida durante la asistencia sanitaria por lo que la protección de esos datos será uno de los pilares que sustenten la calidad de esa asistencia.

OBJETIVOS

Conocer las opiniones y actitudes de los profesionales de Osakidetza en relación a la confidencialidad de la historia clínica para poder establecer, en relación con estos resultados, áreas de mejora en su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se ha realizado en tres fases: En una primera fase se revisó la literatura más relevante, se discutió sobre el tema en grupos de trabajo específicos para los diferentes ámbitos laborales (Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Gestión), y se realizaron cinco grupos focales (con pacientes, profesionales de Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Gestión). Además, se mantuvo una observación directa en algunos ámbitos sanitarios. Con la información obtenida tras todos estos pasos se construyó un cuestionario que, en una segunda fase, fue enviado a una muestra aleatoria estratificada por categoría profesional y ámbito laboral de todos los trabajadores de Osakidetza. En total, se enviaron 3.367 encuestas de las que

recogimos 824 encuestas válidas. Con la información de estas encuestas, y tras su análisis estadístico y la discusión correspondiente, se ha procedido a realizar las recomendaciones oportunas.

Análisis económico:

SÍ

NO

Opinión de expertos:

SÍ

NO

RESULTADOS

Se han transcrito, resumidos, los comentarios realizados en los grupos focales y lo observado directamente. El contenido fundamental, que son los resultados de la encuesta, se ha dividido en hallazgos relacionados: con «conocimientos» que los profesionales tienen en relación con este tema de la confidencialidad, con «actitudes» en situaciones en las que pueda existir algún conflicto a la hora de preservar la confidencialidad y, por último, con «opiniones» sobre las dificultades que pueden encontrar en su quehacer diario para mantener este deber de confidencialidad. Todos los resultados se han presentado mediante gráficos para hacer más sencilla su consulta. Además se han añadido, ordenados por temas, los comentarios libres realizados en los cuestionarios.

Hemos encontrado una clara demanda de formación e información aunque diferente según el grupo profesional o el ámbito laboral. La sensibilización sobre este tema es mayor en Salud Mental. Donde más problemas encontramos es en la Atención Especializada. La gran mayoría está de acuerdo en que el problema fundamental para preservar la confidencialidad de los datos clínicos es el factor humano, siendo el cotilleo el factor más preocupante. Los encuestados prefieren la historia clínica electrónica a la clásica en papel.

RECOMENDACIONES

Es preciso insistir en la formación de los profesionales, implicando y responsabilizando a los mandos intermedios en la transmisión de la información. Sería interesante contar con los Comités de Ética Asistencial para crear grupos de trabajo en cada centro que analicen los puntos conflictivos y busquen posibilidades de mejora.

LABURPEN EGITURATUA

Izenburua:	HISTORIA KLINIKOAREN KONFIDENTZIALITASUNA. GAUR EGUNGO EGOERAREN ANALISIA ETA BERONEN ERABILPENEAN ETA MANEUIAN HOBETU BEHARREKO ALDERDIAK
Egileak:	Municio JA, Santander F, Andrés M, Pérez A, Núñez A, Elizarán I, Iruin A, Gutiérrez E, Latorre K, Maiz E, López de Gauna P, Martínez S, Izar de la Fuente M, Garikano M, López de Heredia J, Ogueta M y Chueca A
Mesh gako hitzak:	Medical Records , Confidentiality , Privacy
Beste gako hitz batzuk:	historia klinikoa, konfidentzialtasuna
Data:	2008ko azaroa
Orrialdeak:	176
Erreferentziak:	68
Hizkuntza:	gaztelania, laburpenak ingelesez eta euskaraz
ISBN:	978-84-457-2913-7

SARRERA

Konfidentzialtasuna hitzaz konfiantzan egiten edo esaten dena ulertzen dugu, elkarrekiko segurtasunaz bi lagun edo gehiagoren artean. konfiantza funtsezkoa da edozein giza harremanetan eta are gehiago menpekotasun edo zaurgarritasuneko egoeretan, esate baterako, harreman klinikoe-tan. Konfidentzialtasuna partekaturiko informazio pribatuak inguratzen dituzten mugei dagokie, muga horiek nola gorde eta babestu behar diren alegia. Historia klinikoa da asistentzia sanitarioan jasotako informazioa daraman garraibidea; horrexegatik, datu horien babesa asistentziaren kalitate bermatzen den oinarrietako bat da.

HELBURUAK

Osakidetzako profesionalen irizpideak eta jarrerak ezagutzea historia klinikoaren konfidentzialtasunari dagokionez, lortzen diren emaitzen arabera gai honetan hobetu beharreko arloak zein diren ezartzeko.

MATERIALA ETA METODOAK

Ikerlan hau hiru fasetan gauzatu da: lehen fase batean literatura garrantzitsuena aztertu zen, gaiari buruz eztabaidatu zen, taldeka, lan eremu desberdinetarako eraturiko lan talde espezifikoe-tan (Lehen Mailako Atentzioa, Atentzio Espezializatua, Osasun Mentala eta Gestioa) eta 5 talde fokal eratu ziren (Lehen Mailako Atentzioko, A. Espezializatuko, Osasun Mentaleko eta Gestio profesionalekin eta pazienteekin. Gainera, behaketa zuzen bat egin zen eremu sanitario batzuetan. Urrats hauetan guztietan lorturiko informazioarekin, itaun sorta bat elaboratu zen, eta gero, bigarren fase

batean, Osakidetzako langile guztien maila profesional eta lan eremuaren arabera sailkaturiko lagin aleatorio bati helarazi zitzaion. Guztira 3.367 inkesta bidali ziren eta horietatik 824 baleko inkesta jaso ziren. Inkesta horietako informazioarekin eta barauen analisi estatistikoa egin eta eztabaidatu ondoren, dagozkion gomendioak egiteari ekin zaio.

Analisi ekonomikoa:

BAI

EZ

Adituen iritzia:

BAI

EZ

EMAITZAK

Idatzirik jaso dira, laburbilduta, talde fokaletan eginiko iruzkinak eta zuzenean sumatutakoa. Funtsezko edukia, hau da, inkestaren emaitzak, ondoko hauekin erlazionaturiko hainbat aurkikuntzatan banakatu dira: profesionalak konfidentzialtasunaren arazoari buruz daukaten «ezagutza» mailarekin; konfidentzialtasuna gordetzeko orduan gatazkaren bat sor litekeen egoeretan hartzen diren «jarrerekin» eta, azkenik, konfidentzialtasunaren erantzukizuna egunero bete behar horretan ager daitezkeen zailtasunei buruzko «iritziekin». Emaitza guztiak grafikoen bidez aurkeztu dira, kontsulta errazagoa izan. Gainera, gaika ordenaturik, galdeketetan eginiko iruzkin libreak gehitu dira.

Prestakuntza eta informazio eskari ugari eta zalantzagabea aurkitu dugu, nahiz eta desberdina talde profesional edo lan eremuaren arabera. Gai honekin erlazionaturiko sentikortasuna handiagoa da Osasun Mentalean. Eragozpen gehien aurkitu ditugun arloa Atentzio Espezializatua izan da. Gehiengo handi batek partekatzen duen irizpidea da datu klinikoen konfidentzialtasuna gordetzeko arazorik larriena giza faktorea dela, hain zuzen zurrumurruek lirateke faktorerik kezkarria. Inkestatuek nahiago dute historia kliniko elektronikoa paperezko euskarri klasikoan eginga baino.

GOMENDIOAK

Azpimarratu beharra dago profesionalen prestakuntzak daukan garrantzia, maila ertaineko agintarien ardurapean jarriz informazioa transmititzeko eginkizuna. Interesgarria litzateke Etika Asistentzialeko Batordeekin lankidetzan jardutea eta zentro bakoitzean lan taldeak sortzea puntu gatazkatsuak analizatu eta hobetzeko aukerak bila ditzaten.

STRUCTURED SUMMARY

Title: CONFIDENTIALITY OF CLINICAL HISTORIES. ANALYSIS OF THE CURRENT SITUATION AND AREAS FOR IMPROVEMENT IN THEIR USE AND MANAGEMENT

Authors: Municio JA, Santander F, Andrés M, Pérez A, Núñez A, Elizarán I, Iruin A, Gutiérrez E, Latorre K, Maiz E, López de Gauna P, Martínez S, Izar de la Fuente M, Garikano M, López de Heredia J, Ogueta M y Chueca A

Key words Mesh: Medical Records, Confidentiality, Privacy

Other keywords: clinical history, confidentiality

Date: November 2008

Pages: 176

References: 68

Language: Spanish, Abstract in English and Basque

ISBN: 978-84-457-2913-7

INTRODUCTION

Confidentiality is understood to refer to what is done and said in confidence, with reciprocal trust between two or more people. Trust is a fundamental aspect of any human relationship and even more so in situations of dependency or vulnerability, such as clinical relations. Confidentiality refers to the restrictions to the sharing of sensitive information should be subjected and on how to keep and maintain these limits. Clinical histories are the support on which information gathered in patient care is kept and therefore the protection of such data must be a basic requirement in order to ensure the quality of the care provided.

AIMS

To determine, in accordance with these results, the opinions and attitudes of Osakidetza (Basque health service) professionals with regard to the confidentiality of clinical histories with the aim of establishing those areas in which their management might be improved.

MATERIALS AND METHODS

This survey has been carried out in three stages: In the first stage, a) the most relevant literature was reviewed, b) the subject was discussed in specific workgroups corresponding to several different areas (Primary Care, Specialised Care, Mental health and Management) and c), five focus groups were formed (with patients, Primary Care professionals, Specialised Care, Mental Health and Management). Moreover, direct observation was maintained in a number of health care areas. With the information obtained during the three stages, a questionnaire was drawn up and sent to a random sample of all the workers in the Basque health service, stratified according to professional category

and work area. In total, 3,367 questionnaires were sent, of which 824 valid questionnaires were returned. Following the statistical analysis and discussion of the information obtained from these questionnaires, suitable recommendations were drawn up.

Economic analysis: YES NO Expert opinion: YES NO

RESULTS

A summary was made of the comments made in the focus groups and the results of direct observation. The basic contents, consisting of the results of the survey, were divided into discoveries relating to: the «awareness» of professionals of the need to ensure confidentiality, their «attitudes» in situations in which maintaining confidentiality is not easy and, lastly, their «opinions» about the difficulties they have fulfilling their confidentiality obligations in their daily work. All the results were presented in the form of charts to facilitate their comprehension. Moreover, a number of additional comments made by some of the professionals who filled in the questionnaire were added and sorted according to subject matter.

We found a clear demand for training and information, although this varied according to professional group or work area. The awareness of the importance of this subject is greater in Mental Health. The area in which the highest number of problems were found was in Specialised Care. A large majority of health professionals are in agreement with the fact that the basic problem of maintaining the confidentiality of clinical records is the human factor, and that the most worrying aspect is the problem of gossip. The professionals who answered the questionnaire prefer electronic clinical histories to traditional printed records.

RECOMMENDATIONS

It is necessary to emphasise the importance of training professionals, involving middle management and making them responsible for passing on information. It would be interesting to work with Care Ethics Committees to create workgroups in each centre in order to analyse points of conflict and to search for potential areas for improvement.

1. INTRODUCCIÓN

La aparición de leyes sobre protección de datos y derechos de los pacientes ha creado un nuevo marco legal de actuación para el personal que maneja datos especialmente sensibles como son los relativos a la salud. Esta situación implica la necesidad de adaptación de las organizaciones sanitarias a los nuevos conceptos basándose en valores éticos, englobados fundamentalmente dentro del concepto de confidencialidad.

Se entiende por confidencialidad lo que se hace o se dice en confianza, con seguridad recíproca entre dos o más personas. La confianza es fundamental en cualquier relación humana y más aún en situaciones de dependencia y vulnerabilidad como son las relaciones clínicas. La confidencialidad se refiere a los límites que rodean las informaciones sensibles compartidas y cómo guardar y preservar esos límites.

RECUERDO HISTÓRICO

Aunque la confidencialidad considerada como derecho de los pacientes sea algo relativamente reciente, el ejercicio de la medicina ha conllevado siempre un deber de respeto a la dignidad de éstos. Ya en la época mitológica, en la que el médico era considerado como un sacerdote, existía una obligación «sagrada» de guardar secreto (secreto de oficio o secreto de médicos).

En la época hipocrática aparece el concepto de «deber de sigilo» como algo ligado a la actividad profesional del médico. Esto supone una concepción beneficente-paternalista en la que el médico juzga la información que debe o no desvelar (incluso al propio paciente) pudiendo callar todo lo que para él suponga provocar algún daño al paciente. Esta es la base del «privilegio terapéutico» o excepción a la información, vigente aún en nuestros días.

En la Edad Media se afianza el «deber de secreto» también como actuación beneficente-paternalista en la que el médico no informa ni

al propio paciente, manteniendo el «secreto de oficio» en la enseñanza de la medicina y en las normas contra el intrusismo.

En el siglo XVIII la relación médico paciente pasa a ser menos autoritaria o paternalista. Con el desarrollo del pensamiento liberal, el deber de secreto del médico tiene por objetivo velar por los intereses del paciente, lo que hace que aparezca un paternalismo suavizado en el que algunos médicos ilustres de la época postulan que la información dada al paciente puede actuar en beneficio de éste, observando que un paciente informado se recupera mejor de su enfermedad.

Ya en el siglo XIX, las ciencias se hacen cada vez más abiertas y menos iniciáticas. El secreto médico se va desvirtuando al intervenir en la relación sanitaria otros agentes (enfermería, familia, autoridad civil, etc.). Es en este momento cuando aparecen los códigos deontológicos profesionales en los que queda reflejada la importancia del secreto profesional e incluso empieza a aparecer ya en los textos legales, pasando de ser un deber de beneficencia autoimpuesto a ser una exigencia social y legal. En España el código penal de 1822 incluye ya el castigo por la revelación del secreto médico.

El importante cambio social del siglo XX con el gran desarrollo tecnológico, la implantación de los sistemas públicos de salud, la mayor conciencia sobre los derechos humanos, la introducción del trabajo en equipo dentro de la medicina, la aparición de las compañías de seguros, las aberraciones en la investigación biomédica —cuyo culmen es la experimentación con seres humanos en los campos de exterminio nazis— hacen que se conceptualice el derecho a la intimidad y el derecho a defenderse y denunciar a quienes lo violen. Se pasa así del *secreto como deber* de beneficencia autoimpuesto por el médico a la *confidencialidad como derecho* del paciente. A finales del siglo XX este proceso de progresivo abandono de posiciones paternalistas se ve acelerado por la enunciación del Principio de Autonomía y del derecho al Consentimiento Informado, reflejando así los planteamientos

éticos de la sociedad actual y su apuesta por el desarrollo de una conciencia autónoma.

SITUACIÓN ACTUAL

El respeto a la confidencialidad es exigible a todos como ciudadanos y de manera más específica y reforzada a *todos* los profesionales que intervienen en la relación clínica. En la medida en que la asistencia sanitaria se ha ido haciendo más compleja e intervienen mayor número de profesionales nace también el «secreto compartido», por el que están sujetos al deber de confidencialidad todos los profesionales, sanitarios o no, que forman parte del equipo asistencial, sea cual sea su cargo o función. Además, en el contexto actual en el que el enfermo se convierte en usuario de un determinado servicio sanitario, surge también el «deber institucional o secreto derivado», es decir, el derecho y el deber de garantizar la confidencialidad de los datos personales por parte de la institución correspondiente.

La introducción de nuevas tecnologías, tanto en el campo del archivo y soporte de la información clínica como en el uso de equipos médicos, hace que los datos puedan ser más vulnerables ya que permiten tanto un acceso individual como un trato masivo de estos datos. Las enormes ventajas que aportan las nuevas tecnologías no son discutibles pero la necesidad de establecer líneas de actuación para garantizar la confidencialidad, la integridad y la seguridad de los datos deben ir parejas a la implantación de estas nuevas tecnologías.

Las nuevas situaciones implican nuevas preguntas y demandan nuevas respuestas y adaptaciones de la organización sanitaria. Los principales garantes de una eficaz protección de los datos de salud son los profesionales, las instituciones y la administración sanitaria. Actualmente la situación en cualquiera de estos ámbitos puede decirse que es de confusión. Existe por ejemplo confusión entre términos tales como «confidencialidad» y «medidas de

seguridad». Algunos documentos, relativos al uso de la historia clínica, elaborados por la Comisión Central de Documentación Clínica han tenido poco impacto en el ámbito asistencial. Algunas terminologías introducidas en el campo clínico procedentes del mundo de la informática y las medidas de seguridad específicas sobre ficheros informatizados están contribuyendo a aumentar esta confusión. Entre muchos profesionales clínicos se habla de desconfianza y de miedo a la pérdida de la confidencialidad que pueden suponer algunos soportes o algunas cesiones de datos.

MARCO LEGAL

Aunque la confidencialidad está ya presente como derecho y deber en la Constitución Española de 1978 y posteriormente en la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de Abril), es a partir del «Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina», ratificado por España en julio de 1999 y vigente desde el 1 de enero de 2000, cuando se concreta y se especifica este concepto en la legislación española con dos leyes fundamentales: La «Ley orgánica de protección de datos de carácter personal» (Ley 15/1999 de 13 de Diciembre) y la «Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica» (Ley 41/2002 de 15 de Noviembre).

Estas leyes suponen un giro autonomista en la definición del derecho a la intimidad. La ley de protección de datos de carácter personal instituye «el derecho a que se requiera el previo consentimiento para la recogida y uso de datos personales, el derecho a saber y ser informado sobre el destino y uso de esos datos y el derecho a acceder, rectificar y cancelar dichos datos». Es por tanto el titular del derecho —es decir, el paciente— el que asume la gestión y el control de sus datos de salud. Pero esto supone también un «deber de calidad» para los terceros que manejan o conservan estos

datos personales (profesionales sanitarios, el centro sanitario, los responsables del fichero...) de forma que deben garantizar su veracidad, actualidad, diligencia en el manejo y control y conservación adecuada. El paciente debe poder decidir por sí mismo, como concreción de su derecho de autonomía, en qué condiciones procede revelar esos datos referidos a su propia vida o salud.

La ley básica de autonomía del paciente subraya la importancia que tienen los derechos de los pacientes dentro de la relación clínico-asistencial basándose en el principio de autonomía. El desarrollo de esta ley viene resumido en el enunciado de sus principios básicos: «La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su *intimidad* orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica». Garantiza por tanto el respeto a la confidencialidad y la intimidad a la vez que regula el acceso a la historia clínica tanto de los pacientes como de los profesionales u otros terceros.

Es importante evidentemente el conocimiento de estas leyes así como de las normas emanadas de ellas por parte de los profesionales y de las instituciones ya que sería imposible en caso contrario garantizar su respeto y cumplimiento. Una organización como Osakidetza, que maneja gran cantidad de datos de este tipo, ha de facilitar líneas de formación continuada para todo el personal relacionado con el manejo de datos de carácter personal en cualquiera de sus circuitos de actividad: asistencial, sistemas de información y estadística sanitaria, facturación, docencia, etc.

MARCO ÉTICO

La necesidad de mantener la confidencialidad se basa, desde el punto de vista ético, en tres tipos de argumentos:

1. El respeto a la autonomía personal y a la privacidad.

2. Un argumento consecuencialista basado en preservar el marco de confianza necesario en la relación clínica, tanto a nivel individual como social. Si esta confianza se rompiera la relación clínica sería imposible y esto afectaría a todas las partes implicadas.

3. La lealtad en la relación.

El concepto de confidencialidad se articularía por tanto entre los principios de Autonomía y de Beneficencia. Aunque admite excepciones siempre hay que justificar éstas. Los tres supuestos en los que se puede plantear romper el deber de confidencialidad son: evitar daños a terceros, evitar daños a la propia persona y por imperativo legal.

LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica, tanto en papel como informatizada, es el documento que recoge los datos necesarios para garantizar la relación sanitaria. Su objetivo fundamental es facilitar el correcto diagnóstico y tratamiento del problema por el que el paciente acude a los profesionales sanitarios. La protección de los datos de esta historia clínica es uno de los pilares que sustentan la calidad de la asistencia sanitaria. Para mantener la confidencialidad habrá que proteger tanto los datos identificativos como los propiamente sanitarios, ya sean los revelados por el propio paciente como los descubiertos por el sanitario. Y esto afecta a todas las fases en que la historia clínica es utilizada en la asistencia sanitaria: elaboración, custodia, uso y acceso.

Hay algunos principios que recogen los requisitos útiles para facilitar la protección de los datos sanitarios:

- *Principio de pertinencia* (parquedad): Recabar y anotar en la historia sólo la información estrictamente necesaria. Cuando haya que informar a terceros hacerlo sólo de lo imprescindible. Es importante no registrar, si no es imprescindible, detalles

que de revelarse podrían poner en peligro datos sensibles de la intimidad de los pacientes.

- *Principio de transparencia:* Informar al paciente de lo que se anota, quién puede acceder a ello y bajo qué condiciones.
- *Principio de responsabilidad:* Los profesionales deben ser cuidadosos y responsables en el manejo de los datos. Hay que tener también en cuenta que el trabajo en equipo no es excusa para difuminar esas responsabilidades.
- *Principio de protección universal:* Las medidas de seguridad deben ser aplicadas

siempre, en todos los centros y para todos los usuarios.

Si bien el uso y manejo de la información clínica tiene su función primaria en el uso asistencial, hay que tener en cuenta otros usos en áreas tales como: la gestión y planificación sanitaria, docencia e investigación, evaluación sanitaria, causas jurídico-legales o incluso como fondo histórico-documental.

En el contexto social actual el uso y manejo de la historia clínica así como de todo el conjunto de datos relativos a la salud, requiere un análisis que abarque la normativa legal vigente y la práctica clínica, basado todo en unos valores éticos y de respeto a la autonomía de las personas.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

Los últimos cambios normativos han hecho que una gran parte de los trabajadores de los Servicios de Salud comiencen a preocuparse por algunas actitudes que, consideradas como normales por habituales, pueden atentar contra el derecho de los pacientes a su intimidad. Esta sensación de inseguridad ha hecho crecer la preocupación por el tema de la confidencialidad, aumentando constantemente las consultas y las demandas de formación. Pensamos que, en general, los problemas más importantes surgen del conflicto entre el derecho de los pacientes a su intimidad y la necesaria comunicación entre los diferentes sectores del sistema sanitario para garantizar su eficaz funcionamiento. En cualquier caso, creemos que un estudio profundo sobre el estado actual de los temas relacionados con la confidencialidad en diferentes sectores sanitarios —atención primaria, especializada, salud mental y personal de gestión— nos llevarán a conocer los problemas que subsisten de forma que podamos enfocarlos de una manera coherente y uniforme, evitando mensajes contradictorios.

OBJETIVOS

El trabajo va orientado hacia dos *objetivos generales*:

- Conocer las opiniones y actitudes de los profesionales de los diferentes ámbitos y centros de trabajo en relación a la confidencialidad de la historia clínica.
- Establecer áreas de mejora en los aspectos relativos a la confidencialidad en el manejo de la misma.

Todo ello a través de algunos *objetivos específicos*:

- Revisar y actualizar la información disponible sobre la cultura de la confidencialidad y protección de datos de salud y sobre las medidas que los diferentes centros están adoptando en este campo.
- Describir los conocimientos y actitudes de las diferentes categorías profesionales y ámbitos laborales dentro de Osakidetza en cuanto al tema de la confidencialidad y protección de datos de carácter personal relativos a la salud.
- Detectar las áreas críticas o puntos débiles durante el manejo y uso de la documentación clínica desde el punto de vista de los diferentes profesionales de la red.
- Detectar los puntos fuertes o áreas a mantener y reforzar para garantizar la confidencialidad de la información y documentación clínica.
- Describir y clasificar las áreas de mejora y las líneas de acción necesarias para impulsar la cultura de la confidencialidad en todos los ámbitos profesionales implicados en el manejo de datos de salud.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología empleada se dividió en tres fases diferenciadas:

- *Fase I*, que incluyó:
 1. Revisión sistemática de la literatura, extracción de facetas o dimensiones relevantes a explorar.
 2. Discusión en grupos de trabajo de profesionales de Atención primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Gestión.
 3. Realización de grupos focales con: Pacientes, profesionales de Atención Primaria, de Atención Especializada, de Salud Mental y de Gestión.
 4. Observación directa por parte de la investigadora contratada en diferentes ámbitos sanitarios.
 5. Construcción y Validación del cuestionario definitivo por el grupo de trabajo.
- *Fase II*:
 1. Administración del cuestionario.
 2. Análisis de datos y discusión de resultados.
 3. Informe final.
- *Fase III*:
 1. Elaboración de recomendaciones.

3.1. METODOLOGÍA PARA LA FASE I

1. *Revisión sistemática de la evidencia científica*. Con el objeto de evaluar los estudios realizados hasta el momento y disponibles en la literatura médica sobre Confidencialidad e Historia Clínica, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE y EMBASE. Para ello se combinaron términos MeSH y términos no MeSH con los operadores booleanos. La búsqueda se limitó a los artículos disponibles a texto completo desde 2002, habiéndose actualizado la búsqueda hasta junio

de 2008. Se ha limitado la búsqueda a los idiomas español e inglés.

Se planteó la siguiente estrategia de búsqueda bibliográfica:

- exp Medical Records.
- exp Confidentiality.
- 1 and 2.
- limit 3 to (full text and yr=«2002-2008» and (english or spanish)).
- exp Privacy/ or privacy.mp.
- 1 and 5.
- limit 6 to (full text and yr=«2002-2008» and (english or spanish)).
- 4 or 7.

En MEDLINE se han encontrado 332 artículos y en EMBASE 175. Se han seleccionado para su lectura y análisis de texto completo aquellos estudios y revisiones relacionados con opiniones y actitudes tanto de profesionales como de pacientes en relación a la confidencialidad de la historia clínica. Se han excluido los artículos específicos sobre soportes electrónicos de la historia clínica que no estaban específicamente relacionados con aspectos de la confidencialidad de la historia clínica.

Han resultado de interés 21 artículos, de los cuales tres son estudios de casos, 10 utilizan encuestas, dos entrevistas, uno grupos de discusión, dos encuestas y entrevistas, una encuesta y grupos de discusión, una entrevista y grupos focales y uno es un estudio piloto.

La búsqueda en Cochrane se realiza con los términos «historia clínica» y «confidencialidad», y se encontraron tres revisiones completas y dos informes de gestión clínica y sanitaria. Ninguno es seleccionado por no cumplir los criterios de inclusión.

El Comité de Ética Asistencial (CEA) del Hospital de Txagorritxu (Álava) realizó en el año 2002 una encuesta para conocer

la percepción de los trabajadores sobre la confidencialidad de la Historia Clínica. Los resultados del trabajo no están publicados, son de uso interno y se han difundido en ámbitos de Cursos de Formación Continuada. La Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) realizó en el año 1999 una encuesta dirigida a profesionales de Atención Primaria para detectar puntos fuertes y áreas de mejora en cuanto al secreto profesional y confidencialidad de la información clínica. Los resultados están publicados por el INSALUD. Los cuestionarios utilizados en ambos trabajos han sido de interés para la presente beca.

2. *Distribución de los miembros del equipo investigador en grupos de trabajo* de: Atención primaria, Atención Especializada, Salud Mental y Gestión para discutir y concretar los puntos a estudiar y perfilar el cuestionario.
3. *Realización de grupos focales*. Se han realizado varios grupos focales, incluso de usuarios, con el objeto de incorporar posibles consideraciones interesantes que estos hagan al diseño de los cuestionarios. Cada grupo focal contó con un moderador y un observador.
4. *Observación directa*. La investigadora contratada acudió a varios Centros de Salud y a un gran hospital con el objetivo de observar in situ situaciones que podría ser interesante tener en cuenta en el estudio.
5. *Construcción y validación del cuestionario definitivo* por el grupo de trabajo y realización del correspondiente estudio piloto. Un grupo multidisciplinar de sociólogos, documentalistas, expertos en bioética, enfermeras y médicos diseñó el cuestionario a emplear. El cuestionario estaba compuesto por preguntas concretas sobre confidencialidad y uso de la historia clínica. A la hora de elaborarlo se cuidó especialmente la redacción de las preguntas, de tal forma que la propia pregunta no direccionase la respuesta en un sentido

favorable o desfavorable al aspecto que se pretendía valorar. Dichas preguntas contienen un lenguaje suficientemente comprensible para evitar que la no respuesta a una pregunta se atribuya a la falta de comprensión de la misma. Este aspecto es muy importante, ya que hay personas que prefieren responder aunque no entiendan la pregunta, antes de reconocer esa falta de comprensión de la misma. No obstante, este aspecto intentó compensarse asimismo a través de dos formas: 1. Las posibles explicaciones de aclaración que la persona encuestadora podía realizar, caso de ser necesario; 2. La utilización de los grupos focales comentados anteriormente.

3.2. METODOLOGÍA PARA LA FASE II

Se realizó un estudio transversal, observacional, que incluyó la realización de una encuesta (diseñada previamente en la FASE I) dirigida a los profesionales de Osakidetza con el propósito de analizar la actitud y conocimientos sobre los derechos del ciudadano en relación con los datos contenidos en su historia clínica.

- *Población Diana*: Los sujetos de estudio eran los profesionales de atención especializada, atención primaria, y Salud Mental de Osakidetza, en todas sus categorías (médicos, enfermería, administrativos, celadores...).
- *Criterios de Inclusión*: Se incluyeron profesionales de las categorías antes indicadas.
- *Criterios de exclusión*: Se pretendió ser lo menos restrictivo posible en la delimitación de los criterios de exclusión con el objeto de que la población diana a la que extrapolar los resultados fuese lo más extensa posible. Sólo se excluyeron aquellos grupos profesionales con escaso número de elementos: odontólogos y «otros diplomados sanitarios».
- *Técnica de muestreo*: Se obtuvo una muestra aleatoria estratificada por categoría profesional (Auxiliares de enfermería,

celadores, profesionales administrativos, facultativos...) y ámbito profesional (atención primaria, especializada, salud mental) sobre una estructura muestral conformada por todos los trabajadores de Osakidetza que cumplían los criterios de inclusión y no presentaban ninguno de los criterios de exclusión.

Osakidetza contaba en el año 2004 con cerca de 22.500 trabajadores de los cuales un 74,4% desarrollaban su labor en el área hospitalaria, un 20,6% en Atención Primaria y un 1,7% en Salud Mental. Un 25,3% de los trabajadores son personal facultativo, un 32,5% enfermería y un 11,04% se dedican a funciones administrativas.

- *Tamaño de muestra:* Teniendo en cuenta que el resultado será dado en forma de porcentaje, el tamaño muestral parte de estos criterios:
 - Proporción estimada («peor escenario»): 50%.
 - Nivel de seguridad deseado para el intervalo de confianza: 95%.
 - Precisión para el intervalo de confianza: $\pm 3\%$.
 - Tamaño muestral estimado: 1.014. Consideraremos una tasa de no respuesta del 50% con lo que el tamaño inicial estimado es de 1.521 encuestas.

Lógicamente, debido a que el tamaño muestral ha sido obtenido con el «peor escenario» (pues no se conocen otros trabajos previos que orienten en este aspecto), el número de encuestados seleccionado fue mayor que el realmente necesario para ofrecer los datos con la precisión y nivel de seguridad deseados. Se enviaron en total 3.367 encuestas. De todas maneras, este sobremuestreo podrá ser utilizado para compensar el fenómeno de «no respuesta».

- *Aspectos logísticos del trabajo de campo:* Las personas que formaron parte de la muestra se seleccionaron de manera aleatoria a partir de los listados de personal facilitados por Osakidetza. El cuestionario se envió por correo ordinario de manera nominal acompañado de una carta explicativa del propósito general del estudio, solicitando la participación del sujeto y su consentimiento así como garantizando la confidencialidad de los datos y opiniones en él recogidos. Se incluyó, asimismo, sobre franqueado para respuesta. Estaba prevista una segunda y tercera vuelta de recordatorio telefónico a los usuarios que no habían contestado en un plazo prudencial que no se llegaron a realizar por falta de tiempo. Se ha creado una base de datos anonimizada para el posterior tratamiento de las respuestas emitidas.
- *Análisis estadístico:* Las variables cuantitativas se describen como Media \pm Desviación típica caso de que su distribución se ajuste a la curva normal o como mediana, percentil 25 y 75 en caso contrario. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas (n.º) o relativas (%). Se ha calculado la proporción (intervalo de confianza del 95%) de usuarios que conocen los aspectos considerados relevantes. Para el contraste de hipótesis se ha empleado la prueba de Chi² y se ha considerado como significativa una $p < 0,05$.
- *Limitaciones:* las principales limitaciones del estudio provienen del posible sesgo de información generado por la no respuesta y del apretado margen temporal disponible para llevar a cabo el mismo.

3.3. METODOLOGÍA PARA LA FASE III

Labor de síntesis, consenso y elaboración de recomendaciones.

4. RESULTADOS

4.1. GRUPOS FOCALES

4.1.1. Grupo de pacientes

Se realizó el 19 de marzo de 2007 en la Escuela Universitaria de enfermería de Vitoria. A él acudieron siete participantes de los ocho convocados: tres hombres y cuatro mujeres. Todos ellos habían acudido a una consulta la semana anterior a la celebración del grupo de discusión, tanto de Atención Primaria como de Especializada. En este caso se contó con una moderadora y una observadora.

Hay que destacar que hay diferencias importantes entre las opiniones y creencias expresadas por los pacientes y las expresadas por los profesionales de la salud.

Varias de las personas que intervinieron en el grupo aprovecharon la situación para hacer preguntas a la moderadora sobre diferentes aspectos acerca de Osakidetza. Los temas sobre los que preguntaron fueron tan dispares como el acceso a las historias clínicas, el formato de historia clínica electrónica en especializada, el acceso a los datos de historias clínicas de familiares fallecidos (por temas de genética) o diferentes procedimientos que se llevan a cabo en los hospitales.

En general los participantes estaban satisfechos con el servicio de Osakidetza «No he tenido nunca ningún problema» y admiten que, le otorgan mayor importancia a la asistencia recibida, que al tratamiento que puedan recibir sus datos, aunque afirman: «la confidencialidad pues sí, a mi me parece que se debe tener». Aceptan que hasta ese momento nunca se les había ocurrido pensar en la implicación que este tema puede suponer. Aun así, opinan que no todos los profesionales de la salud deberían tener el mismo acceso, sino que debería existir algún tipo de filtro o barrera que asegurasen el acceso únicamente a aquellos profesionales sanitarios que los necesitasen para poder asistir de modo adecuado a sus pacientes. Siendo así, reconocen que la historia clínica de papel es más accesible que la electrónica para profesionales que en

principio no tienen acceso a ellas, por ejemplo celadores.

Por otra parte, opinan que su historia clínica debería estar disponible en cualquier servicio al que el usuario acuda para recibir atención, ya sea en su lugar de residencia, en otras provincias de su misma comunidad o en otras comunidades. Ponen como ejemplo las vacaciones, durante las cuales un usuario puede ponerse enfermo y el profesional que le asista puede necesitar información clínica acerca del paciente. En definitiva, reclaman una historia clínica única para todo el sistema nacional de sanidad.

Además de en la historia clínica, también perciben otras preocupaciones respecto a la confidencialidad. Destacan que en los hospitales se informa delante de terceras personas, ya sean familiares, compañeros de habitación, familiares de compañeros de habitación o personas que están en los pasillos. Uno de ellos afirma: «Un médico no puede salir al pasillo de un hospital e informar delante de toda la gente a los familiares». Sugieren que la información se proporcione por ejemplo en despachos, ya que «nadie se tiene por qué enterar», aunque admiten que parte de culpa la tienen los propios familiares de los usuarios ya que hacen preguntas a los profesionales en las zonas donde otras personas pueden oír. Aceptan que si la situación del usuario es grave prima más el estar informado que la confidencialidad y que los profesionales tienen poco tiempo, lo cual hace que la información sea proporcionada en los pasillos.

En cuanto a dar información en las habitaciones, algunos participantes afirman que si hay cortinas y el profesional que debe informar al paciente habla en voz baja su compañero no tiene por qué enterarse de lo que comentan. A lo que otros participantes contestan que no siempre se informa en voz baja y que no siempre las habitaciones están provistas de cortinas que dividan la habitación.

Respecto a facilitar información clínica a terceros, en primera instancia todos coinciden en que no se debe dar. Algunos participantes

cuentan diferentes experiencias al respecto: padres que tienen hijos mayores de edad y no tienen derecho a ser informados o pedir información sobre un exmarido y que la petición sea denegada. Surge un debate en torno a la posibilidad de dar información a los cónyuges. Algunos participantes opinan que al ser cónyuges se da por supuesto que pueden compartir este tipo de información y que por lo tanto los profesionales de la salud pueden facilitar información clínica en este caso. Otros participantes afirman que el acceso a esa información es personal y no tiene por qué facilitarse a otras personas sin el consentimiento del afectado. En el caso de que el usuario acuda a la consulta con un acompañante, por ejemplo marido o mujer, afirman que se da por supuesto que el usuario consiente que su acompañante tenga acceso a la información que el profesional le proporcionará.

En cuanto a la salud mental, todos coinciden en afirmar que los profesionales de este ámbito de la salud no deben compartir información clínica con nadie. Uno de los participantes compara al psicólogo con un confesor, al cual no se le oculta nada y mantendrá voto de silencio.

Por otra parte, opinan que cuando un paciente pide información contenida en su historia clínica debería tener acceso a ella y de forma rápida. Uno de los participantes afirma que en la consulta de primaria siempre mira la pantalla de su médico para ver qué pone.

Destaca el hecho de que supongan que su historia clínica está disponible en todos los hospitales de la red de Osakidetza, lo que implica la suposición de la existencia de una historia clínica informatizada y común en Osakidetza.

También hay que señalar que está de acuerdo con que se utilicen sus datos para investigación: «Si con lo mío pueden hacer una cosa buena para... para otras personas pues, pues adelante».

Resumiendo y ordenando en «áreas de mejora», «puntos fuertes» y «oportunidades de mejora» lo dicho por los pacientes en este

grupo de discusión obtendríamos los siguientes resultados:

a) *Áreas de mejora*

- «Un médico no puede salir al pasillo de un hospital e informar delante de toda la gente a los familiares».
- Deberían informar siempre en un despacho, «nadie se tiene por qué enterar».
- Informar al enfermo delante de su compañero de habitación. Las habitaciones no siempre tienen cortinas para separar a los pacientes.
- Los propios familiares preguntan al médico en el pasillo (en especializada).
- Cuando un paciente pide información sobre él mismo debería tener derecho a acceder a ella.
- Debería haber más relación entre servicios para que los datos de los pacientes estuviesen allí donde el paciente los necesite, por ejemplo en vacaciones.
- Debería haber más relación entre hospitales de Osakidetza.
- Deberían pasar los informes al hospital de referencia por defecto.

b) *Puntos fuertes*

- «El psicólogo es como un cura [...] cuando te vas a confesar no entra otra persona ahí contigo».
- El n.º 1 ve positivo que cuenten con los pacientes para investigaciones como ésta «A mi me parece bien».
- A los n.º 3 y 4 le parece bien la investigación en la medida en que todos nos podemos beneficiar «Me parece estupendo».
- En primaria no se habla con los pacientes en los pasillos → las estructuras/arquitectura de primaria son más adecuadas para guardar confidencialidad.

- Algunos médicos prefieren informar en el despacho (en especializada).
- Está bien que todo el personal que necesite acceso a los datos para trabajar lo tenga, no sólo los médicos sino también las enfermeras.
- Es normal que no se dé información sobre la ex-pareja.
- Historia Clínica electrónica: Los datos se envían desde especializada a la HC electrónica de primaria; el acceso a los datos del ordenador por personas no autorizadas es más difícil por los códigos y las claves que tienen.

c) Oportunidades de mejora

- «Es importante [...] que se tenga en cuenta el, las historias de un enfermo pues no pueden salir de donde están».
- Mejorar la relación entre hospitales de la red de Osakidetza.
- Las habitaciones de los hospitales no siempre tienen cortinas para separar a los pacientes.
- Lentitud a la hora de pedir documentos para médicos privados.

4.1.2. Grupo de Atención Primaria

Se reunió el 30 de marzo de 2007 en una sala de la Organización Central en Vitoria. Su duración fue de hora y media y contó con la participación de nueve profesionales (médicos, DUEs y personal del área de atención al cliente).

En el grupo de atención primaria se comenta que a los *profesionales* les preocupa más la confidencialidad que a los propios pacientes y que deben proteger la confidencialidad de los pacientes aunque a éstos no les preocupe el tema.

Están de acuerdo en que a los que menos protege el sistema es a los propios profesionales

y en que «La confidencialidad requiere un esfuerzo muy grande por todos» y en que «El mayor condicionante es el factor humano». Reconocen que es un campo en el que deben esforzarse ya que están acostumbrados a no pedir permiso a los pacientes ni para que se desnuden. Además «La confidencialidad nos pone trabas, nos enlentece. Si no tenemos permiso para una cosa x, hay que llamar a informática para que den permiso al sustituto, es decir, que la confidencialidad también exige un esfuerzo por nuestra parte». Opinan que el profesional sanitario tiene mayor responsabilidad que los demás profesionales, pero reconocen que los demás también deben ser responsables. Para lograr crear conciencia de responsabilidad respecto a la confidencialidad tanto en los profesionales sanitarios como los no sanitarios, opinan que se debe educar y recordar la importancia de la misma.

Respecto a la *ley*, comentan que sí se les dan facilidades para tener acceso a ella, como informar de los cambios en Osabide, pero «somos un poco vagos», reconoce uno de los participantes. De hecho, sólo uno de los participantes ha leído varias veces la LOPD, debido a que está en un Comité de Ética. Proponen como solución que se les envíe un resumen de los aspectos más importantes de la ley a sus centros de trabajo.

En cuanto a la *investigación y docencia*, están de acuerdo en que los factores condicionantes son la edad y la experiencia y en que los residentes tienden a hacer comentarios. Es por ello por lo que se pide que los alumnos en prácticas sean de una zona diferente para guardar la confidencialidad. Respecto a la opinión de los pacientes en esto, entienden que, aunque se les pide permiso para hacerles pruebas o para estudios, es probable que acepten porque el médico impone.

Se quejan de que en el modelo de *calidad* la confidencialidad no se tiene en cuenta, aunque reconocen que sí que trabajan este tema gracias a las áreas de mejora. Opinan que se podría adaptar el modelo para que tuviera mayor repercusión en este aspecto

de la asistencia. Admiten que en las auditorias tienen en cuenta la confidencialidad de los datos y que por ello son los médicos los que acceden a las HC y, en el caso de que los auditores sean médicos, podrán acceder a los datos siempre acompañados del JUAP o un responsable.

No en todos los centros de salud siguen el mismo procedimiento para *recoger o entregar documentos de otras personas*. Una de las participantes asegura que en su centro de trabajo sólo se les entrega la documentación a los que enseñan la tarjeta sanitaria del paciente, su DNI o en su defecto una fotocopia de cualquiera de estas dos identificaciones. Otro de los participantes comenta que en su centro de trabajo basta con llevar el parte anterior para confirmar, lo cual no es seguro, según el mismo participante. En caso de que los usuarios se quejen de lo dificultoso que es obtener documentos de otras personas, una de las participantes comenta que les explica que funcionan igual que un banco: de donde no se puede retirar dinero sin una identificación. Consideran que debería existir una normativa escrita en la que apareciese qué hacer en estos casos. No todos los participantes reconocen ser tan estrictos en este aspecto, algunos expresan que en primaria la relación con el paciente es tan cotidiana que se entregan papeles sin que los profesionales se den cuenta de que deberían pedir una identificación.

En cuanto a las bajas de empresas, comenta que probablemente no hay que informar del motivo de la misma a la empresa: «El empresario no tiene por qué saber el motivo de la baja». En cuanto a los justificantes escolares, un pediatra expone que nunca explica en ellos por qué el niño falta a clase.

Con relación a la *historia clínica*, hablan más de la electrónica que de la de papel, aunque ven a las dos como una herramienta de trabajo. Consideran que en la electrónica queda registrado quién accede a las HC, lo cual es una ventaja con respecto a la de papel. Además, la electrónica está más protegida. Comentan que los profesionales pueden acceder a la HC de cualquier persona de la comunidad

vía consultas externas, lo cual puede ser una ventaja para facilitar una buena asistencia, o un inconveniente, porque al entrar sólo a través de consultas externas sólo se tiene acceso a una parte de la información. Otra de las ventajas de la HC electrónica es que muchos profesionales que no deben tener acceso a los datos no pueden hacerlo, se refieren sobre todo al personal no sanitario. Opinan que 3S-Osabide se queda colgado y que el inicio es terrible, pero son conscientes de que es difícil combinar confidencialidad con la protección del acceso a los datos.

Respecto a la HC de papel, según los participantes cualquier persona puede tener acceso a ella; de hecho uno de los participantes comenta que en su caso tienen acceso a las HC los informáticos, el personal de limpieza, el de mantenimiento y el que se encarga de limpiar los cristales.

En las HC puede haber *episodios problemáticos*, como los de tabaquismo o alcoholismo, ya que al usuario le sorprende que aparezcan. También hablan de los episodios confidenciales, a los cuales sólo deberían tener acceso los médicos o DUEs una vez que el propio paciente lo hubiese autorizado.

Respecto al *acceso a los datos*, reconocen que se podrían hacer varias mejoras. Consideran que se debe restringir el acceso a los mismos al personal que no sea clínico y reconocen que ellos mismos deberían tener más cuidado y cerrar los programas informáticos que contienen datos sensibles cuando no están trabajando con ellos. No lo hacen porque reanudar el programa es muy costoso o porque se fían de sus compañeros de trabajo. Creen que prestar más atención a la confidencialidad supondría hacer constantemente cambios de usuario y no merecería la pena.

Son de la opinión de que la centralización de los datos hace que no se guarde tanto la confidencialidad: «Sería terrible tener acceso a toda la red», y detectan como área de mejora el hecho de que en el archivo esté una persona responsable de abrirlo, cerrarlo y custodiar su contenido. En definitiva, creen

que el archivo debería estar custodiado: «No hay que dar facilidades y deben estar bajo llave y deben estar absolutamente controlado el quién va y quién accede».

En cuanto al acceso del personal de administración, no en todos los centros de salud tienen el mismo acceso. Algunos participantes narran que en su lugar de trabajo los administrativos sacan las HC y, sin embargo, otros comentan que en sus centros los administrativos no tienen acceso a las HC. Uno de los participantes interpreta que es una medida de presión de los JUAPs para que se utilice la HC electrónica.

Siguiendo con los centros de salud, los participantes detectan que hay *zonas de trabajo* en las que la confidencialidad es menor. La zona en la que menos atención se presta a la confidencialidad son las AACs (áreas de atención a los clientes): «La confidencialidad se empieza a perder en ventanilla» asegura uno de los participantes. Y es que los pacientes deben comentar en estos lugares, no muy preparados para ello, el motivo de su visita y si el paciente es mayor muchas veces los administrativos tienen que elevar la voz para que les puedan oír. Consideran que la Organización debería plantearse realizar mejoras en las AACs para evitar que los usuarios que están esperando puedan oír lo que se comenta en estos lugares. Proponen que se instalen unas ventanillas como las que hay instaladas en los bancos o en la seguridad social.

Otra de las zonas en las que se pueden oír todo tipo de comentarios son las *colas* que se forman dentro de los centros, por ejemplo, para las extracciones y en las campañas de vacunas. Además opinan que esto se agrava porque los tiempos de espera son largos. En las *salas de cura* el problema es diferente: el personal entra a coger material aunque dentro se esté tratando a un usuario: «Ése es uno de los males comunes de nuestros centros», «A la sala de curas entra todo el mundo, pero así, sin llamar; entran los médicos, las enfermeras, todo el mundo, todo el mundo». A las *consultas* también se entra sin llamar aunque dentro haya un paciente «Por falta de

educación y saber hacer bien las cosas». Otro participante cometen que «Entre los profesionales damos por hecho que con llamar basta», aunque reconoce que con eso no basta.

Respecto a la *arquitectura*, son de la opinión de que no están preparados para poder atender como se debe y además aseguran que en muchas ocasiones la confidencialidad se deja en segundo plano porque no existe espacio suficiente para poder cumplir con ella.

En lo que concierne a los *pacientes*, los participantes son de la opinión de que «Se deberían consensuar las cosas delicadas con los pacientes» y tienen derecho a decidir si quieren que consten en su HC determinados datos. Como se pudo comprobar en el grupo de discusión de pacientes, éstos creen que sus datos son accesibles para cualquier profesional de la salud desde cualquier centro, ya sea de primaria o especializada, y los miembros del grupo de primaria comentan esta creencia, por lo tanto, saben que los pacientes están desinformados y además sostienen que, en general, los usuarios dan menos importancia a la confidencialidad que los profesionales y que «Muchas veces la gente no tiene claro que no tiene que dar explicaciones». Consideran que los pacientes sólo se alarman cuando aparece alguna denuncia en los medios de comunicación, pero que normalmente están tranquilos respecto al trato que se da a sus datos.

En alusión al *cotilleo*, sostienen que en los pueblos la información trasciende en mayor grado fuera del centro porque hay menor sentido de la confidencialidad. Por otra parte, «Independientemente de la profesión, al que le gusta el chascarrillo y cuenta... lo cuenta. Eso es inevitable, hay gente cotilla». Por último, revelan que existen comentarios a la hora del café y son conscientes de que son una predisposición a ofrecer una mala atención.

Admiten que la intimidad de las personas es algo muy importante y que su *deber* es velar por ella, aunque los pacientes no tengan tanto cuidado con su propia confidencialidad. Se dan consejos para salvaguardar la confidencialidad de los pacientes, tales como

tritular documentos confidenciales o, tras tocar una puerta, esperar a que se le deje pasar.

Declaran que «La sobresaturación es una fuente de *problemas*... probablemente con un poco de ganas sí se puede paliar un poco ese problema». También hablan de las recetas y la consulta de enfermería, que están poco organizadas, lo cual puede suponerles problemas. Para mejorarlo sugieren que las recetas se entreguen en la consulta médica; creen que de este modo el procedimiento sería más confidencial.

En cuanto a *Osakidetza*, un participante opina: «En una empresa privada marcan unas pautas y todos pasan por ahí y aquí, que es una empresa pública, todo el mundo pone sus condiciones» lo cual supone un problema. Otro comenta que «Se permite que cada uno trabaje un poco como le parece». Creen que la Organización podría mejorar la situación, sobre todo trabajando con sus profesionales.

Resumiendo lo dicho anteriormente:

a) Áreas de mejora

- La centralización hace que no se guarde tanto la confidencialidad.
- No cierran el programa: Supondría hacer constantemente cambios de usuarios y no merece la pena.
- En el archivo no hay una persona responsable de: abrir, cerrar y custodiar.
- El archivo queda solo mucho tiempo.
- «Muchas veces la gente no tiene claro que no tiene que dar explicaciones».
- «La confidencialidad se empieza a perder en ventanilla».
- «La primera parte sería... poner las AAC de forma que un paciente no le escuche al otro».
- Es un fallo que los pacientes tengan que decir a qué vienen. A la gente mayor hay que hablarles en voz alta: el resto de pacientes lo oyen.
- Se producen muchos tiempos de espera en los que se dan comentarios.
- Sala de curas: La gente entra y sale a coger material aunque haya gente dentro; se entra y se invade la intimidad.
- Consultas: entra la gente sin llamar.
- Información por teléfono: la gente llama para preguntar cuándo es la próxima revisión de la baja, a veces la propia empresa.
- «La sobresaturación es una fuente de problemas... probablemente con un poco de ganas sí se puede paliar un poco ese problema». Problemas de tiempo hacen que la confidencialidad sea más difícil.
- «Independientemente de las profesión, al que le gusta el chascarrillo y cuenta... lo cuenta. Eso es inevitable, hay gente cotilla».
- Arquitectura: físicamente no están preparados para poder atender como se debe; no se guarda la confidencialidad por falta de espacio.
- «En una empresa privada marcan unas pautas y todos pasan por ahí y aquí, que es una empresa pública, todo el mundo pone sus condiciones».
- Poca homogeneidad: las cosas no se hacen igual en todas partes: primaria-especializada, recetas, etc.
- HC electrónica: Poder entrar sólo por consultas externas puede limitar el trabajo del profesional por no conocer toda la información.
- 3S-Osabide: Se queda colgado. El inicio es terrible.
- HC papel: Cualquier persona puede acceder a ella.
- En primaria la relación con el paciente es tan cotidiana que se entregan papeles sin que los profesionales se den cuenta.
- La edad y la experiencia son determinantes, prueba de ello son los comentarios que suelen hacer los residentes.

- Leyes: Sí las envían, pero no se leen.
- «Pensamos que podemos invadirle su cuerpo sin ni siquiera pedirles permiso».
- «La confidencialidad nos incomoda, nos pone trabas, nos entelatece...».

b) *Puntos fuertes*

- La intimidad de una persona es sagrada.
- Hay que velar por la confidencialidad, aunque los pacientes cuenten qué les pasa a cualquiera.
- Triturar todo lo que es confidencial.
- Si una persona pregunta por un paciente se le responde que pregunte a ese paciente.
- «Se deberían consensuar las cosas delicadas con los pacientes».
- Los pacientes creen que la información sobre ellos está disponible en toda la red.
- HC electrónica: queda registrado quién accede. Está más protegida. Aunque sea por consultas externas el profesional puede acceder a la HC de cualquier persona de la comunidad.
- Recoger-Entregar documentos de otras personas sólo si se identifican.
- Auditorias: Son los médicos los que entran en las HC. Aunque el modelo EFQM no habla de confidencialidad sí se trabajan estos temas gracias a las áreas de mejora.
- Los profesionales deben proteger la confidencialidad de los datos, aunque los pacientes no se lo hayan planteado nunca.

c) *Oportunidades de mejora*

- En lo archivos «No hay que dar facilidades y deben estar bajo llave y deben estar absolutamente controlado el quién va y quién accede».
- Tras tocar una puerta de una consulta, sala de curas, etc., hay que esperar a saber si se puede pasar o no.

- Habría que plantearse hacer algo en las AAC para proteger la intimidad.
- Buscar formas para dar citas de forma más confidencial.
- Recoger-Entregar documentos de otras personas: Debería haber una normativa escrita sobre todo esto.
- Hay que educar a las personas y recordar la importancia de la confidencialidad.
- Leyes: Podrían resumir lo más importante y enviarlo a los centros.

4.1.3. Grupo de Atención Especializada-Hospitales

Se realizó el 27 de marzo de 2007 en el Hospital de Txagorritxu, en Vitoria. A él asistieron seis personas: un médico de medicina interna, un cirujano, un celador, una auxiliar administrativa, una supervisora de enfermería y una DUE de una unidad quirúrgica.

El grupo de atención especializada identifica como problemas centrales, entre otros: el factor humano, la estructura de la organización, los circuitos de historias clínicas, la organización y la arquitectura de los centros.

Con respecto a los *profesionales*, admiten que «parte del problema somos nosotros» porque son los que saben cómo acceder a la información. Como consecuencia, prefieren ser atendidos en centros diferentes a su lugar de trabajo, precisamente para evitar que sus compañeros tengan acceso a su información.

Opinan que probablemente los profesionales se centran más en la atención que deben ofrecer al usuario que en su derecho a la confidencialidad. Siendo así, en una situación de urgencia primaria el cuidado del paciente ante la salvaguardia la confidencialidad del mismo. Además, la rutina del trabajo hace que muchas veces se relajen en su deber de confidencialidad.

Admiten que el personal se va concienciando poco a poco, pero saben que aun les queda

camino por recorrer. Por ejemplo explican que, tal vez por falta de *educación* y concientización, existen comentarios inadecuados en la cafetería y en los halls o pasillos.

Respecto a la *ley*, hay contradicciones: algunos afirman que los profesionales sí la conocen, pero que por causas como las prisas, etc. es difícil que siempre se cumpla; otros afirman que tanto el propio centro de trabajo como los pacientes no tienen el conocimiento sobre el tema que sería aconsejable que tuviesen.

En cuanto a la *docencia* comentan que, aunque a todos los residentes se les recuerda que hay que tener mucho cuidado y hasta dónde se puede preguntar, «los estudiantes entran mucho en la intimidad, independientemente de la edad de la gente».

Por lo que se refiere a la *historia clínica* electrónica, están de acuerdo en que tiene sus pros y sus contras. Por una parte, afirman que «no se pierde, siempre sabes dónde está», los filtros consiguen que personas que no estén autorizadas a tener acceso a ellas no lo tengan y que ya hay médicos con PDA, por lo que ellos mismos llevan la información, no hace falta que vayan a buscarla. Por otra parte admiten que «en Internet siempre hay piratas, eh», «Si entran en la NASA, no van a poder entrar aquí». Además pierden mucho tiempo tanto entrando y saliendo del sistema como con los cambios de clave y exponen que hay casos en los que es necesario mayor cantidad y calidad de ordenadores para poder trabajar.

Por el contrario, aseguran que historia clínica en papel es más accesible: «cualquier paciente que pasa puede ver una historia, incluso abierta si la están revisando»; «lo de que no miren dentro es imposible». También comentan que su trazabilidad está menos garantizada, lo cual es un problema, y enfatizan el problema existente en sus itinerarios. Finalizan diciendo «en teoría siempre sabes dónde está» «En teoría, pero eso es una fantasía».

Admiten que la tendencia es que cada vez haya menos papel, y que por lo tanto la historia clínica sea electrónica. Pero hasta que ese

momento llegue proponen algunas soluciones para las de papel, como que no indiquen nombres y apellidos, sino únicamente el número de historia; o transportarlas en recipientes cerrados para que nadie que no deba las pueda abrir. También es cierto que reconocen que ha habido ciertas mejoras, como en el traslado, donde antes se sacaban todas las historias al control de la puerta externa y ahora es un celador el que las recoge consulta a consulta cada mañana.

En cuanto a los *pacientes*, consideran que «el paciente es menos consciente de la necesidad de confidencialidad» y que «los pacientes están muy poco informados respecto a este tema». De igual modo que se observó en el grupo de pacientes, en este grupo de discusión también se cree que, en general, los pacientes están encantados de que los profesionales tengan acceso a la historia clínica. A los usuarios no les preocupa que los profesionales tengan acceso a sus datos, sí les importa, por el contrario, que sus conocidos puedan tener acceso a información confidencial, tanto más cuanto más grave sea el motivo de la visita al profesional.

Comentan que en caso de personas con VIH, sus HC tienen otro nombre y apellidos, precisamente para garantizar la confidencialidad de los datos contenidos, los cuales son especialmente sensibles.

Por lo que se refiere a las *zonas de trabajo*, comentan diferentes aspectos que deberían ser mejorados. Las *consultas* son, según los participantes, los lugares donde más se corre el peligro de falta de confidencialidad debido a que no se cierran con llave y además sufren interrupciones cuando están con los pacientes, lo cual identifican como una falta de respeto hacia el usuario y hacia el propio profesional.

En cuanto a los *quirófanos*, en el hall de los mismos hay un lista en la que aparecen el nombre, diagnóstico, intervención y quirófano de todos los usuarios que van a ser intervenidos; aunque es cierto que sólo tienen acceso a este lugar los profesionales. A la hora de informar a los familiares sale el cirujano y

grita el nombre del paciente o se dice éste por megafonía, por lo que el resto de personas que están esperando se enteran de quién ha sido intervenido.

Respecto a las *urgencias*, en pediatría el intercambio de información entre el médico y los padres se realiza en la sala de espera, uno de los participantes del grupo comenta que siendo así parece que los niños no tengan derecho a la confidencialidad de sus datos.

En lo que a las urgencias de los adultos se refiere, antes se informaba en el mostrador, y actualmente hay una salita para ello. Pero una vez que se sale de ésta hay que dar todos los datos personales en el mostrador, lo cual se oye sin problema desde la sala de espera. Además, la gente que espera se aburre y escucha: «es por aburrimiento, no por que te interese lo que le ocurre». Para que los usuarios sean atendidos se les lleva a los boxes, los cuales están separados por unas cortinillas a través de las cuales se oye todo. Los participantes comentan que no es lógico que esto siga así después de varias reformas.

El problema con las *consultas externas* es que la sala de espera está tan cerca de la consulta que se puede oír todo desde fuera y además algunas consultas se pasan con la puerta abierta. Aseguran que existe un problema de espacio en general. Por otra parte, en las *salas de curas* los trabajadores entran y salen a por material o a por una historia sin avisar, del mismo modo, en las *habitaciones* es corriente que aunque el médico esté explorando las auxiliares entren.

También existen problemas a la hora de facilitar *información por teléfono*. Aunque cada vez ocurre menos: «Cada vez es menos problemático lo del teléfono», hay ocasiones en que se da información sobre un paciente y no se sabe a quién. Admiten que en la mayoría de ocasiones la información que se pide es cómo ha pasado la noche el paciente, pero tienen claro que hay que ser consciente de que cierta información no se puede dar por teléfono. Comentan la experiencia en dermatología, donde se les dice a los pacientes que

llamen cierto día a cierta hora para que les den los resultados. Este servicio sólo se utiliza para dar resultados que sean benignos y sólo se facilita la información al paciente no a los familiares.

Son conscientes de que aunque anteriormente había más *cotilleo*, actualmente todavía hay personas que lo ejercen. Comentan que si un compañero ingresa se entera todo el hospital, lo cual es una situación muy difícil para el ingresado.

También indican que la estructura *arquitectónica* podría mejorar ya que tal y como está se puede oír qué pasa en las consultas y en los boxes de urgencias. En las habitaciones «te enteras a diario de cómo está el de al lado», y comentan que hay consultas con puertas de cristal que además permiten ver lo que sucede dentro.

Consideran además que los profesionales cometen *fallos* que se podrían evitar: dejar en los mostradores volantes de interconsultas o resultados de analíticas, informar a los pacientes en los pasillos, ascensores, etc.

Para terminar, identifican como *problemas* centrales el gran volumen de historias con las que trabajan y su trazabilidad, personas que dejan el ordenador encendido (incluso toda la noche) y el cotilleo.

Como se puede observar, los participantes del grupo de atención especializada son conscientes de que se podría mejorar la situación actual y dan ideas para ello. Coinciden con el grupo de pacientes en que en muchos casos no se respetan los derechos de confidencialidad, porque se considera más importante ofrecer una buena asistencia médica al usuario.

Podemos resumir todo lo comentado en este grupo de la siguiente manera:

a) *Áreas de mejora*

- Ordenador: en enfermería está siempre encendido y con los datos en la pantalla.

- Las HC y los papeles están al alcance de demasiadas personas.
 - «Los pacientes están muy poco informados respecto a este tema».
 - Consultas: Donde más se corre el peligro de falta de confidencialidad.
 - Interrumpir consultas.
 - No se cierran las consultas con llave fuera del horario.
 - Quirófanos: a la hora de informar se entera la sala de espera: el cirujano grita el nombre o se dice por megafonía.
 - Urgencias pediatría: el médico pregunta a los padres en la sala de espera, y estos cuentan qué le pasa al niño delante de los demás.
 - Urgencias: Boxes separados por cortinillas: se oye todo.
 - Consultas externas: Sala de espera muy pegada a consulta → se oye todo.
 - Salas de curas: la gente entra y sale a por material, a por una historia, etc.
 - Muchas veces se da información por teléfono y no se sabe a quién.
 - Trabajan con un volumen muy alto de historias y no pueden estar pendientes.
 - Hay personas que dejan el ordenador encendido, incluso por las noches.
 - Lo más grave: «El trapicheo que hay de historias por todos los sitios, el hablar en los ascensores o el cotilleo».
 - «En dos minutos sabe todo el hospital quién está ingresado» (referido al personal del propio hospital).
 - Compartir habitación: «Te enteras a diario de cómo está el de al lado».
 - Se dejan en el mostrador o en cualquier sitio volantes, interconsultas y/o resultados de analíticas.
 - Dar información en el pasillo o ascensor.
 - HC papel: más accesibles, «Cualquier paciente que pasa puede ver una historia, incluso abierta si la estás revisando».
 - Las claves no se cambian aunque la persona que trabaja con el ordenador sea distinta.
 - El problema central es el factor humano. Falta educación y concienciación.
 - Estudiantes de enfermería comentan con nombres y apellidos.
 - Ley: Tienen falta de información los pacientes y el hospital. No nos lo tomamos en serio.
 - No se pueden parar o hacer más lentos mucho recursos por la confidencialidad.
 - «Las historias las dejamos en cualquier lado todos».
 - El problema son los profesionales, porque saben cómo acceder a toda la información.
 - Rutina en el trabajo: muchas veces no te das cuenta de la falta de confidencialidad.
- b) *Puntos fuertes*
- Algunos pacientes tienen su historia con otro nombre y apellidos por confidencialidad, p. ej. SIDA.
 - En urgencias se da la información en una salita, no en el mostrador.
 - Cuando la información es importante no se da por teléfono, se queda con el paciente o familiar.
 - Antes se cotilleaba más.
 - HC electrónica: hay claves y es más fácil regular; «No se pierde, siempre sabes dónde está».
 - Para recoger documentos se debe enseñar la documentación.
 - Se les comenta a todos los residentes que hay que: tener mucho tacto y saber hasta dónde se puede preguntar.
 - Los profesionales tienen la oportunidad de ser atendidos en lugares distintos a los que

trabajan para evitar que los compañeros se enteren.

- El personal se va concienciando poco a poco.

c) Oportunidades de mejora

- Hay que trabajar la concienciación y la educación para que no se cuente en la calle lo que ese ve en el hospital.
- Hay que ser consciente de que determinada información no se puede dar.
- HC papel: si en vez de llevar nombre y apellidos sólo tuviese el número sería más confidencial. Transportarlas en un recipiente cerrado para que nadie lo pueda abrir. No dejarlas solas y al alcance de cualquiera.

4.1.4. Grupo de Salud Mental

La reunión de este grupo se realizó el 24 de abril de 2007 con la participación de seis personas. Entre los participantes había psiquiatras, psicólogas y DUEs tanto de hospitales como de salud mental extrahospitalaria.

En este grupo de discusión se puede apreciar que los *profesionales* están más sensibilizados. Ya al hacer la recogida de datos les recuerdan a los pacientes que tienen la obligación de guardar la confidencialidad y que cuando hablen con los familiares sólo les comentarán aquellos datos que el paciente les haya consentido previamente.

Una parte de la conversación trata de cómo comportarse cuando se encuentran con un paciente fuera de las instalaciones de su trabajo. En ese caso aseguran que lo correcto es no saludar al paciente, ya que ello podría llevar a que alguien podría relacionar al paciente con un problema de salud mental. Uno de los participantes comenta: «yo prefiero pasar por borde, pero prefiero no saludar a no ser que me saluden, porque alguna vez ya me he buscado problemas».

En cuanto a los profesionales no sanitarios, aseguran que tienen el mismo deber que los sanitarios: no dar datos confidenciales, «pero fíate».

En cuanto a las *relaciones clínicas*, diferencian las existentes entre organizaciones del ámbito sanitario y del no sanitario. En las primeras reconocen un antes y un después. En el pasado no se prestaba tanta atención al tema como ahora: «antes había línea directa con el médico de Michelín» y además se facilitaba todo tipo de información a las mutuas, cosa que actualmente ya no se hace. Hoy en día sólo se hace un informe para el médico de empresa o la mutua si el paciente lo autoriza, lo cual es beneficioso para el tratamiento del usuario ya que, según los participantes, consultar con el paciente qué información dar a terceros afianza la relación terapéutica. Respecto a la relación clínica con organizaciones del ámbito no sanitario opinan que es complicado, y en el caso de toxicomanías es «muy complicado». Por ejemplo, comentan que los servicios sociales no están tan concienciados como ellos, pero que poco a poco lo van consiguiendo. Explican que a veces preguntan más de lo estrictamente necesario porque se implican en la vida del paciente de una forma casi total. Una de las recomendaciones que dan respecto a estos servicios es que destruyan documentación pasado cierto tiempo.

Referente a la *ley*, están de acuerdo en que en su campo de trabajo era necesaria ya que incumbe a trabajadores que antes estaban exentos de mantener secreto profesional, tales como recepcionistas, telefonistas, trabajadores de la cocina y limpieza, servicios sociales, etc. Comentan que «las familias (de los pacientes) están viviendo muy mal» que no se les facilite información de sus seres queridos, aunque hay terapias que exigen comentar información con la familia o con el equipo de trabajo. Por otra parte, «para los pacientes ha sido un gran alivio, además es que se les ve que posturalmente se relajan».

En salud mental existen situaciones en las que, aunque se intente guardar la confidencialidad, esto es difícil. Por ejemplo, en las *sesiones clínicas* todos los que participan conocen a los pacientes, de modo que se sabe de

quién se está hablando. Es por ello por lo que dan por supuesto que se trata de un contexto en el que todos están sujetos al secreto.

En cuanto a la *docencia*, se les recuerda a todos los estudiantes su obligación de guardar secreto y, si alguno no lo cumple, se le recuerda que es punible y como consecuencia cambia de actitud. Una de las participantes comenta que incluso hace 20 años, cuando empezó a trabajar en salud mental, ya le comentaron que no podía comentar nada de lo que viera en el trabajo fuera de él. Este comentario muestra las diferencias existentes respecto a la confidencialidad en los distintos ámbitos de la salud: primaria, especializada. Otro aspecto importante es que en caso de que acuda un residente a completar su formación, si algún paciente no quiere que éste participe de su terapia, tratamiento o consultas, el residente está obligado a abandonar la sala o consulta para no oír ningún dato que el paciente no quiera compartir. Además, hay casos en los que son los propios profesionales los que no permiten que los residentes estén presentes en las consultas con ciertos pacientes, ya que es lo mejor para ofrecer una correcta atención.

Respecto a la *investigación*, reconocen que cualquier recogida de datos de pacientes exige su autorización, aunque los datos nunca estén relacionados con ningún nombre o apellidos. Reconocen que cuanto mejor sea la relación con el paciente menos negativas habrá a colaborar con una investigación, pero que aun así les falta tiempo para poder dar buenas explicaciones al paciente y además aseguran que «ser estricto da más negativas a la investigación».

Al hablar de la *HC*, comentan pros y contras de la *HC* electrónica, pero sólo contras sobre la *HC* de papel. Gracias a la *HC electrónica* los datos están encriptados, el acceso a los datos queda restringido y existe su trazabilidad y además hay episodios confidenciales y claves, por lo que no todos los profesionales tienen el mismo acceso. Resumiendo, un participante indica: «le veo más ventajas que inconvenientes». Aun así, también comentan ciertas desventajas de

este tipo de *HC*, como ver episodios demasiado antiguos como para tener importancia, por ejemplo conocer que un paciente 40 años atrás consumía drogas. Según los profesionales datos de este tipo deberían no ser accesibles o desaparecer, ya que no benefician de ningún modo al paciente. Uno de los participantes opina que otro de los inconvenientes es que obliga a tener dos historias: una escueta y otra elaborada (más personal). Otro opina que sabiendo que otras personas pueden leer la historia, él sólo escribiría en ella los síntomas que pueda tener el paciente, nada más. Por otra parte dejan caer que la *HC* electrónica de salud mental no sería igual que la de primaria o especializada, entonces uno de los participantes argumenta: «si hacemos diferentes las historias de psiquiatría [...] nosotros, que estamos intentando normalizar la enfermedad mental, la estaremos diferenciando».

La *HC de papel*, como ya se ha comentado, no tiene tantas ventajas como la electrónica para los profesionales de la salud mental. Se toman medidas para que personas que no estén autorizadas a acceder a ellas no puedan hacerlo, pero es posible que lo hagan. Por ejemplo, todas deberían estar cerradas bajo llave, pero no lo están, es más, abrir y cerrar todos los días es una pesadez para los profesionales, lo cual les puede llevar a no hacerlo. Además, se pueden hacer fotocopias sin que ello quede registrado en ningún lugar y hay personas que trabajan solas que pueden abrir las historias y leerlas, a lo que un participante argumenta: «yo no creo que sea lo normal que lo hagan, ni que se dé mucho, pero es relativamente fácil».

Como ya se ha comentado con anterioridad, los *pacientes* de salud mental pactan con los profesionales cuál es la información que éstos pueden compartir con sus familiares, lo cual les relaja. De hecho, no comentar esa información con terceros ayuda a crear confianza en el paciente, aunque son pocos los casos en los que el paciente no quiere que su familia conozca, por lo menos, cuál es el tratamiento médico que está siguiendo. Sin embargo, siempre tienden a facilitar información a los servicios sociales ya que opinan que en esos

informes debe aparecer toda la información con todo lujo de detalles, lo cual les puede perjudicar en cierta medida. En cuanto a las toxicomanías, los participantes explican que es algo diferente, ya que este tipo de pacientes creen que su médico puede y debe comentar todo lo que quiera con otras personas, como jueces o su propia familia, lo cual les puede llevar a problemas. Destaca la afirmación de que muchos de los pacientes que no quieren que sus datos consten en ningún lugar se dirigen a la medicina privada.

Respecto a los *familiares*, opinan que no hay que llegar al extremo de no contarles absolutamente nada, puesto que la familia puede ayudar a la mejora de algunos pacientes.

A continuación comentan varias diferencias entre primaria, especializada y salud mental. Opinan que *primaria* guarda mejor la confidencialidad que la especializada, pero que todavía está muy por detrás de la salud mental, por ejemplo, los administrativos piden a los pacientes que hablen más alto, por lo que otras personas puede oír sus comentarios. Esto también ocurre en *especializada*, además no hay despachos en los que poder hablar en privado con los pacientes, de modo que esto se hace en los pasillos, y los profesionales no tienen tanto cuidado como los de salud mental. Aseveran que: «si vas a un hospital el tema de la confidencialidad, bueno, brilla por su ausencia». Respecto a la *salud mental*, siempre ha trabajado con terceras personas para poder ofrecer una buena atención a los pacientes, algo impensable en primaria y especializada. Todo el grupo está de acuerdo en que la confidencialidad es mayor en salud mental. Entre las *buenas prácticas* que comentan está el contrato que firman con el paciente al ingresar en el hospital de día, según el cual el paciente y la familia aceptan que va a haber comunicación. Además avisan de modo más discreto a los pacientes que deben entrar en la consulta: en la primera consulta les llaman por su nombre (sin apellidos), pero en las siguientes con una mirada les basta. Uno de los participantes incluso explica que cuando redacta

un informe se lo enseña al propio paciente antes de enviarlo.

Le dan mucha importancia a no facilitar *información por teléfono*, aunque admiten que las telefonistas dan más información de la que debieran. En realidad no se puede facilitar por esta vía a las mutuas o a la empresa en la que trabajan los pacientes, ni siquiera a sus amigos y familiares.

Entre los *problemas* que se encuentran en su día a día destaca que en algunos casos no poder hablar con terceros entorpece su labor, ya que éstos pueden facilitarles información valiosa para la atención del paciente. Otro de los problemas es que interviene mucha gente de muchas áreas diferentes, lo cual dificulta que se mantenga la confidencialidad ya que ésta se diluye. Comentan que muchas veces hacen consultas de pasillo porque es el propio paciente el que para al profesional en este lugar para realizar una consulta; en ese caso todos están de acuerdo en que se debe explicar al paciente que no se puede hablar de esos temas en el pasillo y por lo tanto postponen la consulta para realizarla en un lugar más adecuado.

Al igual que en primaria, en salud mental los administrativos también piden a los pacientes que hablen más alto o que repitan sus datos en las AAC, lo cual puede suponer que otras personas obtengan información confidencial. Igualmente identifican como problema la eventualidad del personal; y por último opinan que el problema central es el acceso que se puede tener a los datos, su manejo y archivo.

En lo tocante al *cotilleo*, admiten que sí se cotillea pero no en la misma escala que en primaria o especializada. Opinan que más que cotilleo hay intercambio de información, siempre entre las personas del lugar de trabajo, la información nunca sale de las paredes del lugar de trabajo. De hecho comentan: «Somos muy poco dados a eso, no nos interesa», «Han venido políticos y no nos hemos enterado de quiénes eran [...] a veces eso es porque la carga de trabajo es tal que cada uno

se mete en su despacho en sus cosas y no..., bueno, un paciente más», «Tú te enteras de todo pero no por cotilleo, sino por que te encuentras con ello». Admiten que sí existe una tendencia al cotilleo, que cuanto mayor sea el lugar de trabajo mayor tendencia hay pero «Somos conscientes de la carga peyorativa que tiene lo que podemos soltar».

En cuanto a la *arquitectura* de su lugar de trabajo, a diferencia de los otros grupos, en este sí que están conformes con la infraestructura. Los despachos están bien y existen otros lugares, aparte de los despachos, para hablar con los pacientes: «Siempre hay algún sitio para poder hablar, otra cosa es que no lo hagas por comodidad». Generalmente no pasan consulta en las habitaciones y si lo hacen nunca está el compañero de habitación del paciente. Además, comentan varias mejoras que se han realizado tales como la sala de espera, donde antes se podía oír al que pedía cita, y poner puertas donde antes no las había. De hecho, uno de los participantes asegura que los pacientes están encantados con las puertas, aunque haya costado que incluso para pedir cita se cierre la puerta.

Uno de los temas que aparece sólo en este grupo son las *situaciones problemáticas* con las que se encuentran sus participantes, tales como las tendencias suicidas, en las que el paciente comenta al profesional que se quiere suicidar y le pide que no lo comente con nadie: «A veces te sueltan bombas como esta: «estoy pensando irme a la vía del tren, pero te lo digo a ti, no se lo digas a nadie» Oiga, no. Usted ya lo ha dicho, vamos a ver cómo trabajamos con esto». También son problemáticas las situaciones en las que el paciente no quiere que el profesional comente nada con su familia, o en las que se encuentran con pacientes que tienen VIH.

Como en los demás grupos, en éste los participantes también expresan ciertas *dudas* sobre la confidencialidad. Por ejemplo, se preguntan por qué se deben guardar los datos «eternamente» si no son necesarios. También se preguntan quién tiene acceso a sus datos y a las HCs.

Hay que señalar que, al igual que en otros grupos, admiten que cometen ciertos *fallos*, por ejemplo dejar puertas abiertas cuando hablan entre profesionales o intercambian las claves del ordenador.

A lo largo de toda la reunión realizan ciertas *sugerencias*, tales como que haya habitaciones individuales, que en los documentos aparezca un aviso en el que se explique que si no se es el destinatario del mismo no se lea (como en los e-mails), poner a pie de página de los documentos que éstos sólo son válidos hasta cierta fecha, entregar el informe dirigido a la empresa donde el paciente trabaja a éste para que lo lea antes de entregarlo o, una vez que un paciente deje un alojamiento compartido hacer desaparecer todos los documentos que su estancia haya creado, o que estos sean archivados por el propio alojamiento o por Osakidetza.

Todos están de acuerdo en que en salud mental se *debe* guardar más la confidencialidad y que las condiciones de confidencialidad deben estar habladas y pactadas con el paciente con anterioridad.

En resumen, los puntos tratados serían:

a) Áreas de mejora

- Pacientes que se van a la privada para que sus datos no consten.
- En algunos casos no poder hablar con terceros puede ser un entorpecimiento.
- Interviene mucha gente de diferentes áreas → dificulta que se mantenga confidencialidad.
- Muchas veces hacen consultas de pasillo porque el paciente para al profesional y le consulta.
- Los pacientes se cuelan hasta en el despacho de monitores.
- Problema central: Dónde se guardan los datos; Quién tiene acceso a los datos; Cómo circulan los datos.

- Eventualidad de los trabajadores.
 - Sí se cotillea.
 - Dejar las puertas abiertas mientras hablan entre profesionales.
 - Intercambiar claves.
 - HC electrónica: Se pueden ver episodios antiguos, como que hace 40 años consumía drogas; Obliga a tener dos historias: una escueta y otra elaborada.
 - «Si hacemos diferentes las historias de psiquiatría [...] nosotros que estamos intentando normalizar la enfermedad mental la estaremos diferenciando».
 - HC papel: teóricamente todo debería estar cerrado, pero no está; cerrar y abrir todos los días es una pesadez; las personas que trabajan solas pueden abrir y leer todo; puede acceder cualquiera en un ambulatorio y fotocopiarlas.
 - Investigación: Falta de tiempo para explicar bien al paciente.
 - Aunque se comente el tema con los residentes no se sabe si van a guardar secreto.
 - Sesiones clínicas: Aunque se intenta guardar la confidencialidad no siempre se consigue.
 - Muchos compañeros de profesión desconocen la ley y, en general, aunque el personal no clínico conoce la ley, no es muy consciente de que debe cumplirla.
 - En pacientes psiquiátricos graves es posible que la comunicación con terceros sea más beneficiosa que la falta de comunicación.
 - Hay casos en los que sí convendría que la empresa supiera del paciente, para mejorar su situación.
 - Es difícil saber qué se puede y qué no se puede contar → en ocasiones saben más los servicios sociales.
 - Los no sanitarios también tienen obligación de confidencialidad «pero fíate...».
- b) *Puntos fuertes*
- Saber que los profesionales tienen la obligación de guardar confidencialidad relaja a los pacientes.
 - No comentar con terceros ayuda a crear confianza en el paciente.
 - Es más confidencial que especializada porque el paciente sólo está con el médico en la consulta.
 - Al ingresar en el Hospital de Día se hace un contrato en el que el paciente y la familia aceptan que va a haber comunicación.
 - Cómo avisar al paciente para que entre en la consulta: en la primera consulta se dice su nombre sin apellidos, en las siguientes con la mirada basta.
 - Reciben llamadas pidiendo información y no les cuentan nada.
 - Cotilleo: «Somos muy poco dados a eso, no nos interesa».
 - Los despachos están bien, hay lugares para hablar con los pacientes.
 - Generalmente no pasan consulta en las habitaciones y si lo hacen no tiene que estar el compañero.
 - HC electrónica: los datos están allí donde tú enfermes; «Le veo más ventajas que inconvenientes»; historias con datos encriptados; el acceso a los datos queda registrado/Trazabilidad; episodio confidencial.
 - Investigación: cualquier recogida de datos de pacientes exige la autorización del paciente, aunque los datos nunca van con el nombre.
 - Docencia: a los residentes se les comenta el tema e inciden mucho en él.
 - Tiene prioridad lo que diga el paciente frente al residente.
 - La ley aclara más que entorpece; incumbe a otras profesiones que hasta ahora no tenían responsabilidad.

- Sólo se hace un informe para el médico de empresa o la mutua si el paciente lo autoriza.
- Al hacer la recogida de los datos se recuerda a los pacientes que existe la obligación de ser confidencial.
- Comentan con los familiares sólo lo que el paciente les permite.
- No saludan a los pacientes por la calle: «Yo prefiero pasar por borde, pero no saludo a no ser que me saluden, porque alguna vez ya me he buscado problemas».

c) Oportunidades de mejora

- Las condiciones de confidencialidad deben estar habladas y pactadas con el paciente.
- Dentro del ámbito sanitario debería haber habitaciones individuales.
- Poner un aviso en los documentos en el que ponga que si no se es el destinatario no se lea (como en los e-mails).
- Poner a pie de página de un documento que sólo es válido hasta cierta fecha.
- Cuando un paciente deja un alojamiento deberían: desaparecer todos los documentos que su estancia ha creado, ser archivados por el propio alojamiento o ser enviados a Osakidetza.
- Dar el informe para la empresa al paciente para que lo lea y lo entregue él mismo.
- Los informes para pedir cosas puntuales deberían destruirse pasado cierto tiempo.

4.1.5. Grupo de Gestión de Atención Primaria

La reunión de este grupo se realizó el 16 de Abril de 2007 en el Hospital Psiquiátrico de Álava. Participaron nueve personas con los

siguientes cargos: gerente de comarca, director médico, directora de enfermería, JUAP médico, TRAAC, informático 3S, un miembro de la Subdirección de Atención Primaria y un miembro de la Asesoría Jurídica.

En este grupo de gestión en primaria se comenta que no se puede responsabilizar de la falta de confidencialidad sólo a un factor, sino a varios, tales como las infraestructuras, los trabajadores, el presupuesto, Osabide, etc.

En cuanto a los *profesionales* se refiere, uno de los participantes dice: «La confidencialidad de los trabajadores de Osakidetza parece que siempre ha estado en entredicho» y que todos ven áreas de mejora en los centros, AAC, consultas de enfermería, citas telefónicas, etc.; aunque más adelante comentan que la situación no es tan grave. Afirman que entre profesionales se percibe como algo normal comentar asuntos privados de los compañeros, aseguran que prueba de ello es que la mayoría de los profesionales han borrado su teléfono en Osabide. Aseguran que esto ocurre porque cuando los profesionales se convierten en usuarios todo se ve desde otra perspectiva diferente.

Opinan que son ellos mismos los que deben generar el hábito de guardar la confidencialidad y que, del mismo modo que se comprometen a dar una buena atención, se deben comprometer a ser confidenciales.

Esquemáticamente, lo tratado ha sido lo siguiente:

a) Áreas de mejora

- «Accedemos a cualquier cosa y además cotilleamos».
- «La confidencialidad es como el antivirus del ordenador: si lo pones en un nivel muy alto el ordenador se para, no anda nada, si lo pones muy bajo te entran los virus, hay que buscar un punto medio».
- Es posible acceder a los datos tanto en papel como en la HC electrónica.

- «Es absurdo que sólo tengan acceso los de una unidad... a la historia del paciente y que los de fuera de esa unidad no tengan acceso».
 - «Cualquiera que tenga el deseo de obtener una información, la obtiene y no pasa nada».
 - En los centros hay comentarios sobre pacientes y profesionales.
 - En nuestra cultura, el cotilleo está a la orden del día.
 - Por muchos mecanismos que se habiliten en la informática, la debilidad mayor es el boca a boca.
 - La salvaguarda de la información es frágil.
 - No tenemos claro el uso que debemos hacer con los datos que tenemos.
 - En las AACs hacen preguntas innecesarias (en primaria y especializada).
 - La dinámica del trabajo hace difícil ser confidencial.
 - «Mis paredes tienen que estar adecuadas para lo que va a ser mi conducta profesional».
 - «Yo no sé los sanitarios, pero yo que soy de administración, a mí jamás me han dicho que la HC es confidencial».
 - Epidemiología y sanidad siguen pidiendo listados.
 - Dejar los análisis al alcance.
 - No se apaga el ordenador después de las consultas.
 - Se preguntan cosas en las puertas de las consultas.
 - Puertas finas → se oye todo.
 - Urgencias: los pacientes están separados por cortinillas.
 - HC electrónica: «Puede perderse una copia de seguridad».
 - HC papel: los papeles se pueden perder; Aunque no se puede sacar la HC del centro sí que se pueden hacer fotocopias; los archivos están mal conservados.
 - Hay que dar educación. No tenemos cultura de confidencialidad.
 - «Estar en la consulta todo el día pensando en las implicaciones legales que pueden tener determinadas cosas, yo creo que llevaría a una parálisis absoluta».
 - Hablar sobre las enfermedades de los compañeros se percibe como algo normal.
 - Se entiende que la confidencialidad es necesaria, pero hay un rechazo a llevarla a cabo porque es costoso y dificulta el trabajo.
- b) *Puntos fuertes*
- El paciente confía en el manejo que se hace de sus datos.
 - No se da información por teléfono.
 - La confidencialidad ha ido mejorando con el tiempo.
 - Ya no hay agendas en las puertas.
 - A los trabajadores de las AAC se les dice que sólo entreguen las analíticas los médicos.
 - Ya no se hacen los mismos comentarios personales en las HC.
 - Conforme la población va exigiendo más confidencialidad la Organización se va adaptando.
 - HC electrónica: el hecho de que desaparezca el papel creará conciencia; posibilidad de crear episodios confidenciales.
 - Psiquiatría: tienen una cultura de la confidencialidad; están más concienciados.
 - Primaria: Hay más conciencia; el médico está solo en la consulta → se crea una relación más directa, lo cual es importante.
- c) *Oportunidades de mejora*
- Se deben controlar los fallos desde cada centro o desde centrales con unas instrucciones muy claras.
 - Gerentes y Direcciones deben hacer algo.

- Los edificios deberían salvaguardar la confidencialidad.
- Hay que vigilar itinerarios.
- Debería pronunciarse toda la organización, no sólo unos pocos en unos grupos de discusión.
- Al empezar a trabajar se debe recordar que la confidencialidad es muy importante. En el plan de acogida debería constar que la confidencialidad debe ser un hábito.
- Exigir confidencialidad igual que se exigen otros criterios de calidad.
- Apoyo para profesionales: formación, preguntar a los compañeros qué hacer en determinadas situaciones, Comisiones de Ética.
- Éste es también un tema estratégico → debería escucharse a la alta dirección hablando de esto.
- Dar soluciones a los trabajadores en una situación de duda ayuda a crear sentimiento de pertenencia a la Organización → es una inversión.
- Se ha habilitado un «check» en Osabide en el que el paciente puede poner que no quiere que sus datos sean entregados a nadie y, desde luego, nunca telefónicamente.
- Poner pautas de actuación ayudará a crear conciencia de confidencialidad.
- Los trabajadores tienen que notar que los sanitarios guardan la confidencialidad.
- Debemos generar nosotros el hábito.

4.1.6. Grupo de Gestión de Atención Especializada-Hospitales

Este grupo se reunió el 28 de marzo de 2007 en una de las salas de la Organización Central de Osakidetza. A él acudieron nueve participantes: director médico, gerente de hospital, jefe de servicio de hospital, adjunta de enfermería

de hospital, informático, trabajador del SAPU, trabajador de facturación, trabajador de salud laboral y trabajador de la asesoría jurídica.

El grupo de gestión hospitalaria reconoce que la *confidencialidad* está ligada al secreto y a la confianza, uno de los participantes la define como una «relación entre dos o varias personas en la que de alguna forma, en confianza, se intenta guardar el secreto de una información. Otro de los participantes asegura «a mí no me parece que esto sea un problema realmente con mayúsculas en el sistema».

Saben que los *profesionales* están obligados a mantener secreto y afirman que todo el personal sanitario conoce este deber. Sin embargo, asumen que no siempre se dan las condiciones para que esto se cumpla, por ejemplo cuando la carga de trabajo de los profesionales es superior a la que pueden asumir. Además, admiten que muchos profesionales pueden tener tentación de mirar ciertos datos confidenciales, hecho que critican: «nosotros, todos nosotros, somos guardianes de los datos que hay ahí, guardianes, y tenemos que hacer un uso adecuado de ellos, y el adecuado es para nuestra propia actividad, exclusivamente». Destacan que entre todos los profesionales de la red son los informáticos los que mayor acceso tienen a los datos, lo cual puede ser un problema.

Respecto a la *ley*, todos saben que existe y comentan que tanto la Ley de Protección de Datos como la Agencia de Protección de Datos son elementos importantes para garantizar la confidencialidad, aunque el factor humano hace que no siempre se cumpla lo establecido por la ley.

Dentro del comentado factor humano podemos encontrar la *educación y cultura* de las personas, variables de las que hablan los participantes del grupo. No sólo las identifican como variables explicativas de la ruptura de la confidencialidad de los profesionales, sino que además las reconocen como posibles soluciones al problema. Consideran que crear cultura es más eficaz que crear sistemas

cerrados y que se debe concienciar tanto a los profesionales como a la sociedad. Opinan que debe ser la propia organización la que se encargue de crear cultura de confidencialidad, y de educar a sus profesionales en este ámbito. Admiten que en muchas ocasiones se culpa a la estructura del sistema de no favorecer la salvaguardia de la confidencialidad cuando en realidad el problema de fondo es la falta de cultura y educación sobre el tema.

En cuanto a la HC, opinan que la *historia clínica electrónica* tiene pros y contras. Entre lo positivo destaca que permite hacer un rastreo de las personas que han accedido a ella y además, sabiendo de antemano que esto se puede hacer, la tentación de acceder es menor. Los participantes comentan, entre sus puntos débiles, que el acceso a la HC electrónica está mal estructurado y por ello es bastante sencillo poder acceder a información confidencial. Respecto a las HC en papel que están en custodia especial, aseguran que su acceso con Clinic es igual que con el resto de las HC. Uno de los mayores problemas al respecto es que hay profesionales que dan sus claves a otros, por lo que el sistema de seguridad no lo es tanto.

De la *HC en papel* comentan muchas desventajas y casi ninguna ventaja: se pueden encontrar HC abiertas en las habitaciones; se trasladan hojas sueltas, analíticas u hojas de interconsulta que se pueden perder; se trasladan a mano y de este modo no se pueden controlar.

En esta coyuntura no es de extrañar que el *acceso a los datos* preocupe a los participantes. Según ellos para poder trabajar hace falta tener un buen acceso a la información necesaria; son los profesionales los responsables de que se realice un buen uso de ella. Admiten que sólo se puede tener acceso a la información de un paciente si éste da su consentimiento y que es éste el único que tiene derecho a decidir si se les puede facilitar a sus familiares y amigos información sobre su estado, o no, es por ello por lo que no se debe facilitar información de usuarios por teléfono.

En cuanto a proporcionar información sobre personas fallecidas, aseguran que es un tema muy complicado.

En cuanto a los *pacientes*, los participantes abordan diferentes aspectos sobre el tema. Comentan que algunos pacientes levantan más curiosidad que otros (como podría ser el Lehendakari) y que por esa razón deben tener mayores garantías de confidencialidad. Cabe resaltar que no todos los miembros del grupo están de acuerdo con esta afirmación y argumentan en contra.

Entre los derechos de los usuarios resaltan que éstos pueden pedir a su médico que no introduzca sus datos en su HC electrónica o que «tapen» ciertos datos de su HC para que no sean accesibles.

Respecto al *desarrollo informático*, exponen que la informatización y la confidencialidad van de la mano y destacan que la confidencialidad y la operatividad de los sistemas no deben entorpecerse mutuamente. Es más, opinan que habrá mayor grado de confidencialidad cuanto mayor sea la informatización, aunque opinan que cubrir todos los riesgos es imposible. Uno de los participantes comenta: «Confidencialidad y modelo informático, programa informático y herramienta informática creo que en este momento son inseparables para que las cosas vayan bien. Hay que desarrollar un programa que desde el punto de vista ético me dé respuestas y desde el punto de vista científico también».

Además de los *problemas* ya descritos, aseguran que existen otros, tales como la falta de formación e información al respecto de auxiliares, celadores, etc.; el circuito de las HC, no tener trituradora para destruir documentos, la rotación de los profesionales y los contratos cortos, la amplitud del grupo que trata al paciente (que puede hacer que la responsabilidad de confidencialidad se diluya) y la globalización de la información. Respecto a este tema los participantes comentan que da miedo y: «No me extraña que haya gente que diga "A mí no me meta usted en el ordenador"».

Los miembros del grupo de discusión no sólo exponen problemas, sino que proponen varias *soluciones*, tales como incluir un apartado de confidencialidad en el manual de acogida o que mientras un paciente esté ingresado sólo su médico y enfermera sean los que tengan acceso a su HC. Uno de los participantes propone que cada usuario guarde su HC. En este momento surge una pequeña discusión ya que no todos apoyan la idea.

Sugieren, además, hacer auditorías sobre cómo se están utilizando las passwords, sensibilizar a la plantilla, mejorar la coordinación entre la atención primaria y la especializada y crear un foro multidisciplinar compuesto por médicos (tanto de primaria como de especializada), epidemiólogos, informáticos y juristas para aclarar a qué información se puede tener acceso y a cuál no.

Se hacen varias *preguntas* tales como qué modelo informático puede integrar ética, confidencialidad y operatividad; cuánta información se puede compartir o si habría que pedir permiso a los pacientes para utilizar sus datos.

Declaran que el *cotilleo* es un hábito adquirido por los profesionales, y que en pequeñas comunidades es habitual que la gente se entere de lo que le pasa al vecino.

Referente a *Osakidetza*, uno de los participantes afirma: «La Organización ha hecho un cambio en el tema de la confidencialidad altísimo, nos queda camino por andar, pero desde luego no nos parecemos a lo que éramos hace 10 ó 15 años, porque... pues podíamos estar hablando de la historia de un paciente en un pasillo, en la cafetería», otro comenta: «en el tema de la confidencialidad no voy a decir que seamos pioneros, pero somos de los que más adelantados estamos, creo..., nos ponen como ejemplo en cualquier foro de la Historia clínica electrónica». Sin embargo, no todos son elogios, ya que varios participantes alegan que no aparece nada de esto en la carta de derechos y obligaciones de los pacientes.

Como se puede observar, los comentarios realizados por este grupo de discusión son similares a los observados en los demás grupos.

En resumen, los puntos tratados han sido:

a) Áreas de mejora

- Hay información que se da a personas que no se identifican.
- Hay personas que generan mayor curiosidad → tienen que tener más garantía de confidencialidad, p. ej. Lehendakari.
- Circuito de las HC.
- Contratos cortos → mucha variación de personal y mucha rotación.
- No se ha definido qué se debe transferir del médico de cabecera al especialista.
- Globalización de la información; «No me extraña que haya gente que diga "A mí no me meta en el ordenador"».
- Los informes se tiran a la papelera por no tener trituradora.
- El cotilleo es un hábito.
- Confidencialidad vs Operatividad. Generar sistemas cada vez más cerrados no es el camino.
- En los carteles de derechos y obligaciones no viene nada sobre confidencialidad.
- HC electrónica: El acceso está mal estructurado.
- HC papel: no se puede controlar, pueden acceder hasta los familiares.
- Los médicos, amparándose en la cantidad de trabajo que tienen, piden a otras personas que accedan con sus claves a las HC electrónicas.
- No tenemos interiorizado que la información clínica es toda la información.
- Existe la tentación de mirar.
- Hay muchas más grietas y fallos en la confidencialidad para con los propios trabajadores de Osakidetza que para el resto de la población.

- Los informáticos son los que más acceso tienen → puede ser un problema.
- Falta de información y formación a auxiliares, celadores, etc.
- Migración a XP → se ven los DNIs con letra fiscal en pantalla y Outlook.

b) Puntos fuertes

- En primaria han puesto *passwords* para que sólo pueda acceder el médico responsable y el médico de la especialidad sólo a determinadas cosas.
- No se puede dar información por teléfono.
- La Organización ha hecho un camino en el tema de la confidencialidad altísimo.
- HC electrónica: permite rastrear quién ha entrado; sabiendo que se puede saber quién ha accedido a las HC, los profesionales se lo piensan más; los *hackers* pueden acceder a los datos; los profesionales intercambian sus claves; aunque algunas historias en papel estén en custodia especial, el acceso al Clinic es igual.
- Ley: «Es un delito que entren en tu vida, o en la mía».
- «El profesional consulta lo que tiene que consultar».

c) Oportunidades de mejora

- Sólo se debería poder mirar si el paciente da su consentimiento.
- La información, para poder trabajar, debe ser accesible y se tiene que hacer un buen uso de ella.
- Incluir un apartado de confidencialidad en el manual de acogida.
- Mientras un paciente esté en el hospital dar acceso a su HC electrónica sólo a su médico y enfermera.
- Hacer auditorias sobre cómo se están utilizando los *passwords*.

- Auditar qué usuarios se están utilizando fuera de su horario.
- Sensibilización de la plantilla. Se requiere un cambio cultural.
- Debería haber un foro con médicos de primaria y especializada, epidemiólogos, informáticos y juristas para aclarar qué información es compartible.
- Los datos que tanto primaria como especializada consideren relevantes deberían ser accesibles para los dos.
- El médico de cabecera debería tener la información del médico especialista.
- A sabiendas de que cubrir todos los riesgos es imposible, hay que desarrollar un sistema que sea operativo.
- Crear cultura sería mejor que poner sistemas cerrados.

En general, hay una serie de temas redundantes que se repiten en todos los grupos. Sobre ellos hemos incidido a la hora de redactar la encuesta para enviar a los trabajadores de Osakidetza y serán tenidos en cuenta en la discusión final.

4.2. OBSERVACIÓN DIRECTA

Además de la realización de grupos de discusión, en la presente investigación también se empleó la técnica de observación para comprobar in situ la situación actual de la confidencialidad en los centros de Osakidetza, tanto de atención primaria como de especializada.

En las diferentes sesiones de observación en atención primaria se pudo advertir que varios médicos hablaban con sus pacientes en los pasillos, en vez de en las consultas. Además, había pacientes en las salas de espera comentando el motivo de su consulta y demás información personal, incluso en alguno de los centros hay pacientes que llaman a la puerta de la consulta y no esperan a que les dejen pasar para hacerlo.

En una de las consultas se pudo observar el listado de citas del día encima de la mesa del doctor, de tal manera que cualquier paciente podía verla al entrar a la consulta.

Respecto a las AAC, en algunos centros, aunque los usuarios hablen alto no se puede entender lo que dicen por el eco que hay. En otros, sin embargo, hay sillas delante de los mostradores para los usuarios que esperan, desde donde se puede oír todo lo que se comenta en los mostradores. Además, en este centro, al haber muchos mostradores y por lo tanto muchas conversaciones entre administrativos y usuarios, todos levantan la voz para hacerse oír.

Otro de los detalles observados es que, en el caso de que el usuario sea mayor, los administrativos le dan más explicaciones y además le hablan más alto por lo que se oye todavía más lo que están diciendo.

En otro de los centros a los que se asistió había hilo musical, pensado para impedir que los comentarios de las AAC fuesen oídos. Aún así, y a pesar de las obras que había en una calle cercana, se podía oír. En este centro, con las puertas de la calle cerradas y poca gente, se puede oír mucho mejor todo lo que se dice en el mostrador. Hay una cola diferenciada las consultas de ginecología. Durante el tiempo que la observadora estuvo en el AAC, se pudo oír alto y claro a una de las administrativas decir a un usuario «¡¡¡¿No puedes esperar a la tarde para que te vea un médico?!!! Total, para que te pongan una inyección», aunque por otra parte también pudo observar que pedían la tarjeta sanitaria para todo.

En todos los centros visitados hay usuarios que portan sus analíticas y demás documentos en la mano, de tal forma que cualquiera pueda leer los mismos. Ésta es una de las acciones que indica que los usuarios no son conscientes de que tales documentos contienen información confidencial y que deben ser tratados con cuidado.

En la mayoría de los casos, para entrar a la consulta, se dice el nombre y el apellido del paciente, excepto en alguna consulta que sólo utilizan el nombre. En general las

puertas de las consultas están cerradas, pero se puede encontrar alguna vacía y con la puerta abierta, de modo que cualquiera podría entrar. De hecho varios médicos y DUEs no siempre cierran las consultas con llave cuando las abandonan. No sólo eso, sino que no todas las consultas tiene bajadas las persianas de las ventanas que dan a la calle, de este modo puede que desde el edificio de al lado alguien pudiese ver a las personas dentro de la consulta.

En varias puertas de las consultas se pueden ver carteles en los que se ruega no molestar a los profesionales, por ejemplo: «Por favor, no llame ni abra la puerta, le atenderé cuando pueda», o «Por favor, no abran la puerta, se les llamará». Aunque se den indicaciones a los usuarios para que no entren a las consultas o molesten a los profesionales, hay usuarios que los paran por los pasillos para explicarles su caso o pedirles atención. Además se pudo constatar que varios profesionales trataban temas que no debían en los pasillos, por ejemplo hablar de un programa informático con un representante, explicar el diagnóstico en medio del pasillo o quejarse entre trabajadores del sistema de trabajo.

Hay salas de espera en las que se puede oír casi todo lo que ocurre en las consultas, debido sobre todo a la calidad de puertas y paredes. Además, en estos lugares los pacientes también intercambian información clínica, sobre todo personas de edad avanzada y padres jóvenes con bebés.

También es cierto que hay situaciones en las que los profesionales actúan de modo ejemplar, como un médico que se levanta de su sitio para cerrar la puerta de la consulta después de que el paciente que salía la hubiese dejado abierta.

Respecto a especializada, se dan situaciones similares. Llaman a los pacientes por nombres y apellidos y en recepción se pueden ver los listados que tienen en el mostrador, aunque requiera algo de esfuerzo. Además, como la sala de espera y la recepción están juntas, se puede oír todo.

En la sala de espera los pacientes comentan sus dolencias igual que en primaria. Pero no sólo los pacientes no tienen cuidado. En recepción varias mujeres preguntan en voz baja dónde se hacen las mamografías y las recepcionistas les responden en voz alta que para hacer las mamografías sigan la línea azul, de este modo toda la sala de espera sabe a qué viene esa mujer. Incluso en el hall de al lado de la sala de espera alguien pide el teléfono de un doctor y se oye como alguien le da el número completo.

Respecto a la arquitectura, se observa que podría mejorarse, ya que hay varios lugares en los que se puede oír todo lo que sucede al otro lado de la pared. Otro lugar conflictivo es la cafetería, sin embargo, en la observación realizada había tanto ruido por la televisión y los clientes que no se podía entender ninguna conversación.

Como se puede percibir, existen muchas situaciones, en muchos centros, en las que ni los profesionales ni los usuarios se dan cuenta de que pueden estar quebrantando los mínimos de la confidencialidad.

4.3. ENCUESTAS

En el periodo que va del 3 al 11 de octubre de 2007 se procedió a enviar 3.367 encuestas dirigidas a todo tipo de profesionales de Osakidetza: médicos, psicólogos, odontólogos, biólogos, informáticos, economistas, jurídicos, DUEs, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, diplomados en nutrición, diplomados en logopedia, trabajadores sociales, técnicos, administrativos, auxiliares administrativos, auxiliares de enfermería, auxiliares de psiquiatría, monitores de salud mental y celadores.

A la hora de valorar los resultados de la encuesta hemos realizado su segmentación en

diferentes grupos en relación a la edad, sexo, grupo profesional y lugar de trabajo:

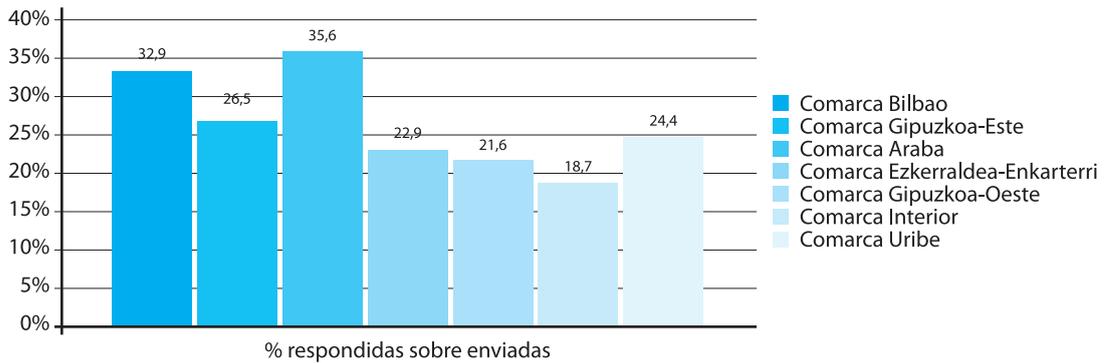
- *Los grupos de edad* se han dividido —teniendo en cuenta el número de encuestas recibidas— en los siguientes segmentos: menores o iguales a 39 años; 40-44 años; 45-47 años; 48-50 años; 51-53 años y mayores de 54 años.
- La división por *lugar de trabajo* se ha realizado en tres grandes bloques: Atención Primaria, Especializada y Salud Mental.
- Los *grupos profesionales* los hemos resumido también en tres bloques: Facultativos, Administrativos y Sanitarios no facultativos. Dentro de cada grupo incluimos:
 - *Facultativos*: Médicos, Farmacéuticos y Psicólogos.
 - *Administrativos*: Auxiliares administrativos, Administrativos, Celadores, Informáticos, Jurídicos, Economistas, Técnicos administrativos, Conductores y Directora de personal.
 - *Sanitarios no facultativos*: DUEs, Auxiliares de enfermería, Auxiliares de psiquiatría, Trabajadores sociales, Fisioterapeutas, Técnicos clínicos, Terapeutas ocupacionales, Monitores de salud mental y Diplomados en nutrición.

4.3.1. Participación

En el periodo de recepción, que duró desde el 5 de octubre de 2007 hasta el 21 de diciembre de 2007, se recibieron 824 encuestas válidas (24,47%) y sólo cinco no válidas.

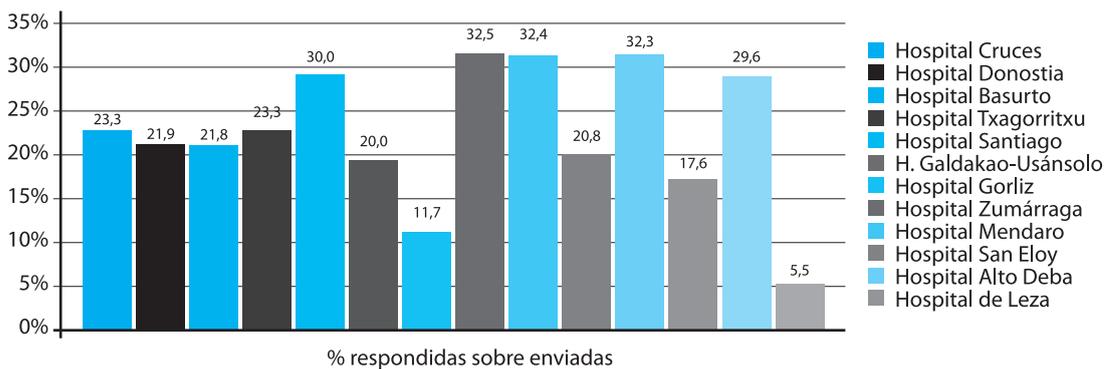
La participación ha sido diferente para los distintos grupos. En relación al lugar de trabajo encontramos dentro de Atención Primaria una participación del 26%, siendo mayor en la Comarca Araba y en Comarca Bilbao (ambas superiores al 30%).

Gráfico 1. Participación de las diferentes comarcas (en %)



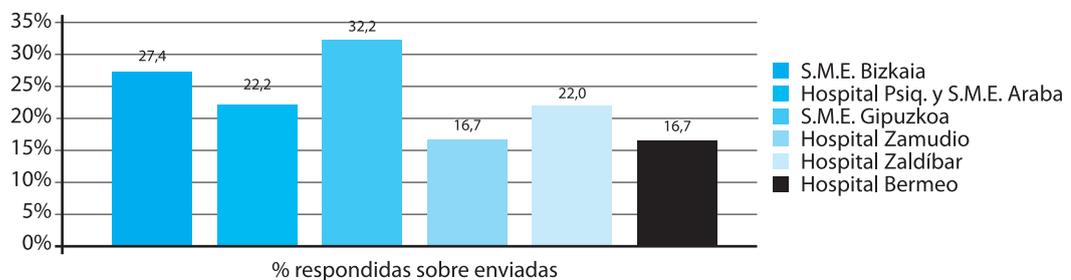
En Especializada, con una participación del 20%, también encontramos diferencias, siendo mayor la participación en los Hospitales de Santiago, Zumárraga, Mendaro, Alto Deba y Bidasoa y muy escasa (únicamente del 5,5%) en Sta. Marina.

Gráfico 2. Participación de los hospitales (en %)



En lo que se refiere a Salud Mental la participación ha sido del 23%, destacando Gipuzkoa con un 32,2%.

Gráfico 3. Participación de los Centros de Salud mental (en %)



Por grupos profesionales la mayor participación la encontramos en el grupo de Facultativos y Administrativos (27 y 26%) existiendo grandes diferencias incluso dentro de estos grupos según su lugar de trabajo. Destaca una altísima participación del grupo de Administrativos de Salud Mental (41%) siendo también importante en los Facultativos de Atención Primaria (32%).

Tabla 1. **Participación de los grupos profesionales** (en %)

	PRIMARIA	ESPECIALIZADA	SALUD MENTAL	TOTAL
Facultativos	32	21	23	27
Administrativos	23	18	41	26
Sanitarios no facult.	23	21	18	22
TOTALES	26	20	23	

En relación al sexo, la participación ha sido mayor en el grupo de hombres que en el de mujeres aunque, lógicamente, el mayor número de encuestas corresponde a éstas al suponer el 74% del total de Osakidetza.

Tabla 2. **Participación por sexo** (en %)

	TOTAL OSAKIDETZA	ENCUESTAS ENVIADAS	ENCUESTAS RECIBIDAS
Hombres	26	26,85	30,9
Mujeres	74	73,15	68,2

Descripción de la muestra

La media de edad de las personas que rellenaron el cuestionario es de 46,19 años, muy similar a la media de Osakidetza, que es de 48,62 años. El grueso de los encuestados se encuentran entre los 42 y los 51 años. Como se puede observar en los gráficos, la distribución por edad de la muestra es superponible a la distribución dentro del Servicio Vasco de Salud.

Gráfico 4. **Personal de Osakidetza. Distribución por edad**

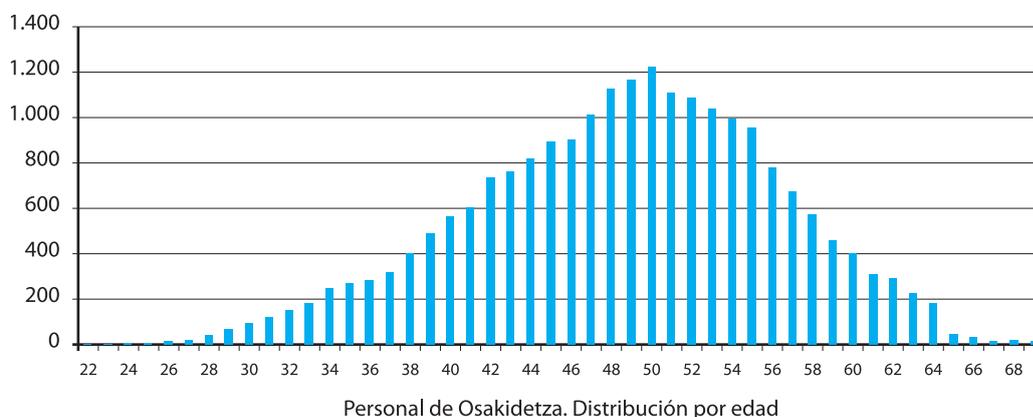
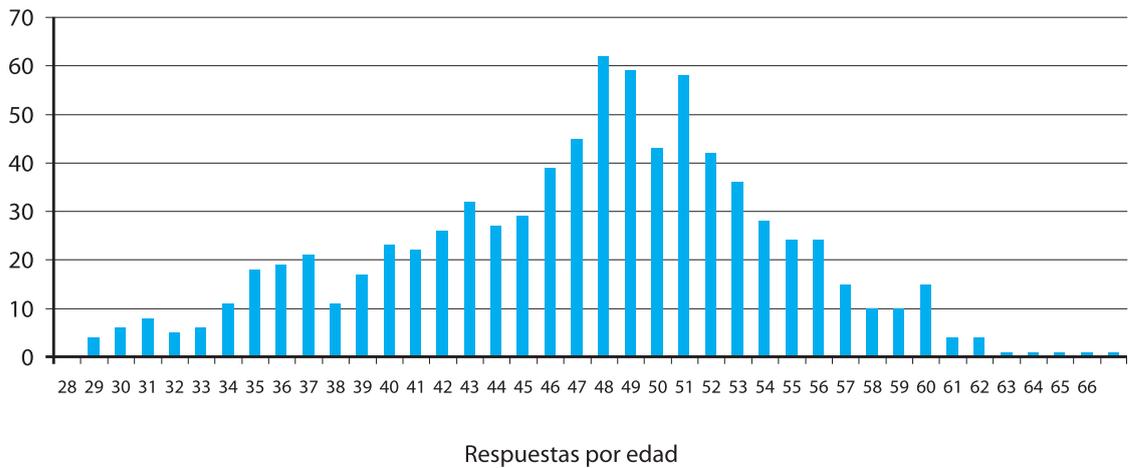


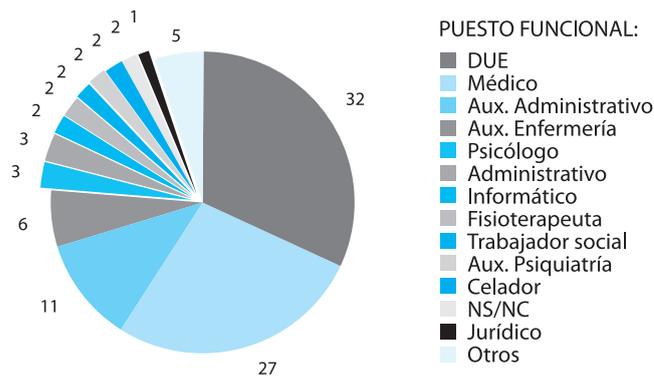
Gráfico 5. **Respuestas por edad** (en %)



Respecto al género, el 68,2% de las encuestas recibidos fueron rellenas por mujeres, frente al 30,9% que fueron hombres.

Aunque el colectivo con mayor índice de participación ha sido el de Facultativos, el que cuenta con mayor número de cuestionarios válidos es el de los DUE, con un 32%; seguido de los médicos, con un 27%. Los demás colectivos presentan porcentajes bastante menores. Casi la mitad de los que han respondido la encuesta (40%) tienen estudios universitarios de grado superior, algo más que los encuestados con estudios universitarios de grado medio (37,4%). El 18% tienen bachiller superior, BUP o FP; el 1,8% el bachiller elemental o EGB y el 0,4% estudios primarios.

Gráfico 6. **Respuestas por puestos funcionales** (en %)



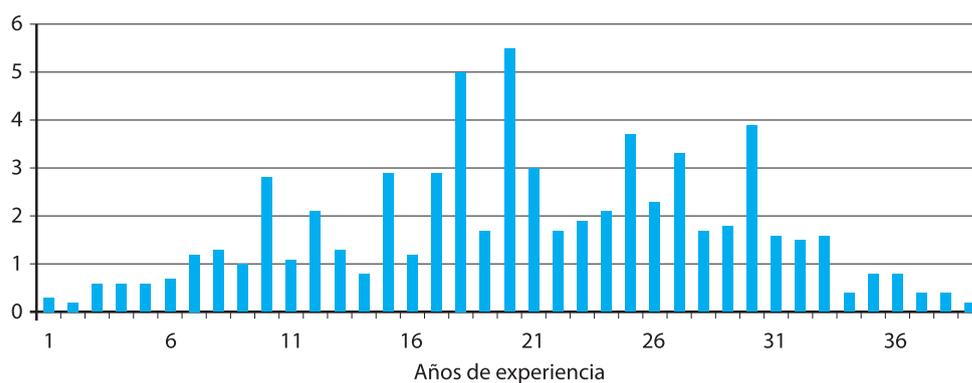
Por lugares de trabajo son, como es lógico, los grandes centros los que más encuestas válidas aportan: Hospital de Cruces 8,37% y Hospital Donostia 7,40%.

Tabla 3. Participación en función del lugar de trabajo

LUGAR DE TRABAJO	n	%	LUGAR DE TRABAJO	n	%
Hospital de Cruces	69	8,37	Hospital Zaldívar	20	2,43
Hospital Donostia	61	7,40	Hospital Zamudio	20	2,43
SME Bizkaia	58	7,04	Comarca Uribe	19	2,31
Comarca Bilbao	55	6,67	Hospital Bermeo	18	2,18
NS/NC	49	5,95	Hospital Gorliz	16	1,94
Comarca Guipuzkoa-Este	47	5,70	Hospital Zumárraga	13	1,58
Hospital Psiq. y SME Araba	44	5,34	Hospital Mendaro	12	1,46
SME Gipuzkoa	43	5,22	Hospital San Eloy	11	1,33
Comarca Araba	36	4,37	Hospital Alto Deba	10	1,21
Comarca Ezkerraldea-Enkarterri	30	3,64	Hospital de Leza	9	1,09
Comarca Gipuzkoa-Oeste	29	3,52	Hospital Bidasoa	8	0,97
Comarca Interior	28	3,40	Hospital Santa Marina	7	0,85
Hospital Txagorritxu	28	3,40	Emergencias Unidades Territoriales	3	0,36
Hospital Santiago	21	2,55	Organización central	2	0,24
Hospital Galdakao-Usánsolo	20	2,43	C. Vasco Transfusiones y Tej. Humanos	1	0,12

En cuanto a los años de experiencia, la media es de 20 años y hay que señalar que esta variable no sigue una distribución normal.

Gráfico 7. Respuestas por años de experiencia



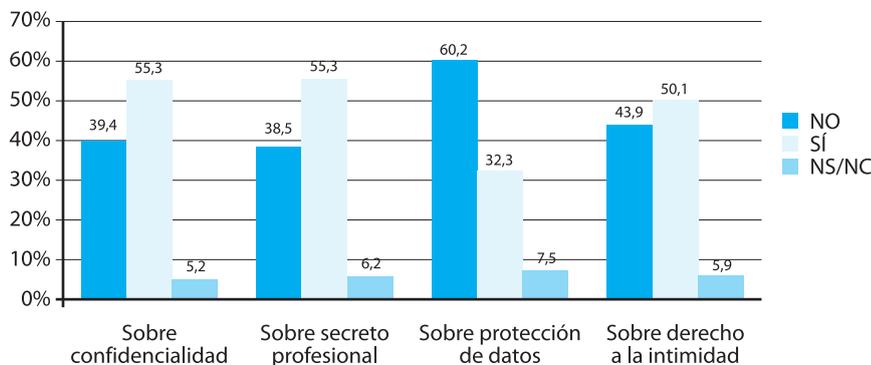
4.4. RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Aunque en la encuesta enviada el orden de las preguntas era diferente para no condicionar las respuestas, hemos agrupado los resultados en tres grandes bloques: a) un primer bloque de conocimientos que tiene o cree tener el personal de Osakidetza en relación al tema de la confidencialidad y las diferentes normas que la regulan; b) un segundo bloque referente a sus actitudes en las situaciones en las que pueden existir conflictos a la hora de preservar la confidencialidad; c) y, por último, un tercer bloque en el que englobamos sus opiniones sobre las dificultades que pueden encontrar en su actividad diaria para mantener este deber de confidencialidad.

4.4.1. Conocimientos

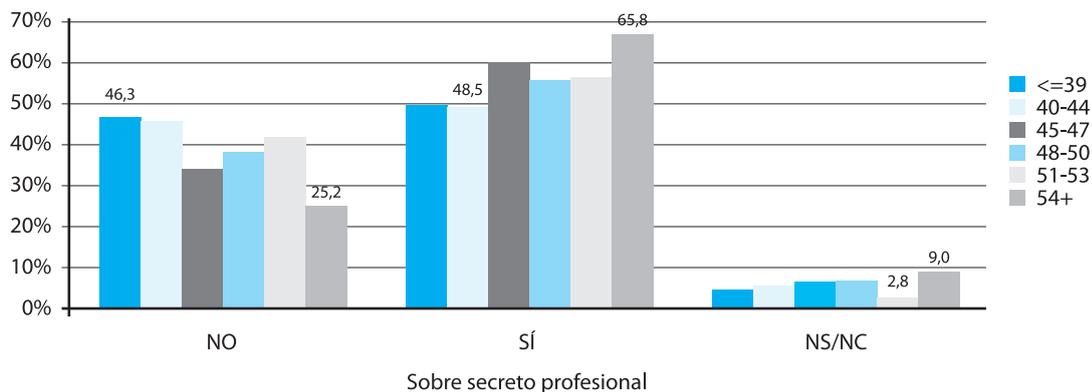
a) **¿Crees que tienes suficientes conocimientos sobre: confidencialidad, secreto profesional, protección de datos o derecho a la intimidad?** El 55,3% afirma tener suficientes conocimientos sobre confidencialidad y el 39,4% opina lo contrario. Respecto a los conocimientos sobre secreto profesional los resultados son muy similares: el 55,3% afirma que sí tiene los conocimientos suficientes y el 38,5% no. Los conocimientos sobre derecho a la intimidad no están tan extendidos: la mitad (50,1%) declaran tener los conocimientos suficientes y casi la otra mitad (43,9%) expresan lo contrario. Destaca, en cuanto a conocimientos sobre protección de datos, que más de la mitad (60,2%) confiesa que no los tiene y sólo el 32,3% dice lo contrario.

Gráfico 8. **Respuestas sobre conocimientos de confidencialidad, secreto profesional, protección de datos o derecho a la intimidad (en %)**



Valorados estos resultados en relación con la edad encontramos únicamente diferencias significativas ($p=0,035$) en lo referente al secreto profesional. En este caso, la creencia sobre un buen conocimiento de este tema aumenta con la edad, siendo los que más creen saber sobre ello los mayores de 54 años.

Gráfico 9. Respuestas sobre secreto profesional por edad (en %)



En relación con el lugar de trabajo, encontramos que los que trabajan en Atención Primaria consideran tener menor conocimiento sobre protección de datos que en los otros ámbitos ($p=0,009$).

En cuanto al grupo profesional, también encontramos diferencias significativas en relación a los conocimientos sobre secreto profesional o derecho a la intimidad: es el grupo de los Sanitarios no facultativos (DUEs, etc.) el que considera tener más conocimientos sobre dichos aspectos ($p=0,000$).

Gráfico 10. Respuestas sobre conocimiento de protección de datos según el lugar de trabajo (en %)

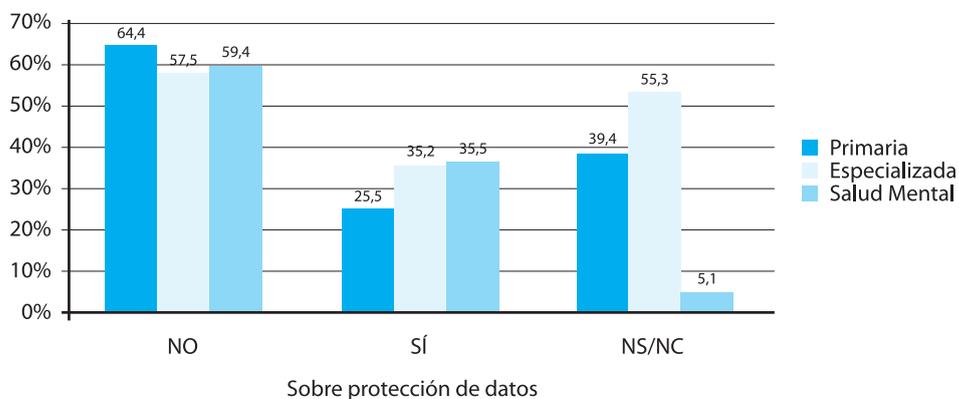


Gráfico 11. Respuestas sobre conocimiento de secreto profesional entre los profesionales (en %)

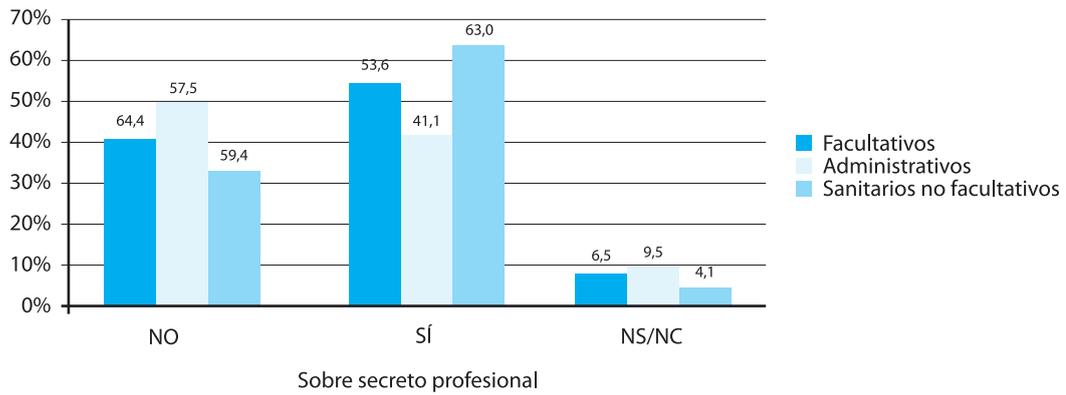
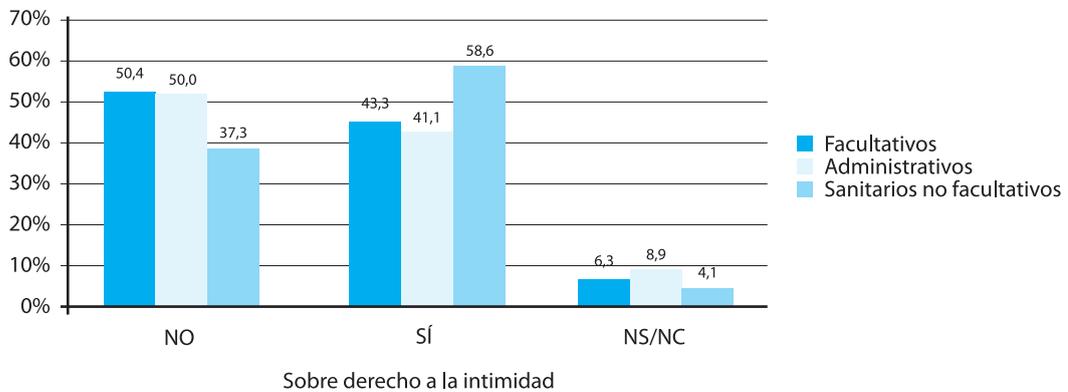
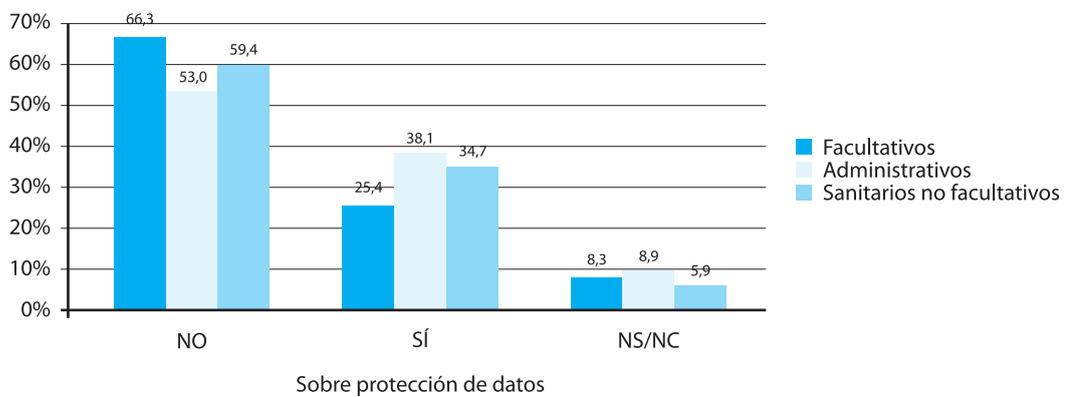


Gráfico 12. Respuestas sobre el conocimiento al derecho a la intimidad entre los profesionales (en %)



Sin embargo, sobre protección de datos se consideran mejor formados los del grupo Administrativo y claramente peor los Facultativos ($p=0,025$).

Gráfico 13. Respuestas sobre el conocimiento de protección de datos entre los profesionales (en %)



Dentro del grupo de Facultativos también encontramos diferencias importantes según el lugar en el que ejercen su trabajo. Así los conocimientos sobre confidencialidad ($p=0,029$) o derecho a la intimidad ($p=0,032$) son mayores entre los profesionales de Salud Mental y menores entre los de Atención Primaria.

Los demás grupos profesionales no presentan diferencias por lugar de trabajo. Asimismo, tampoco existen diferencias en relación al sexo.

Gráfico 14. **Respuestas sobre el conocimiento de confidencialidad entre los profesionales según lugar de trabajo (en %)**

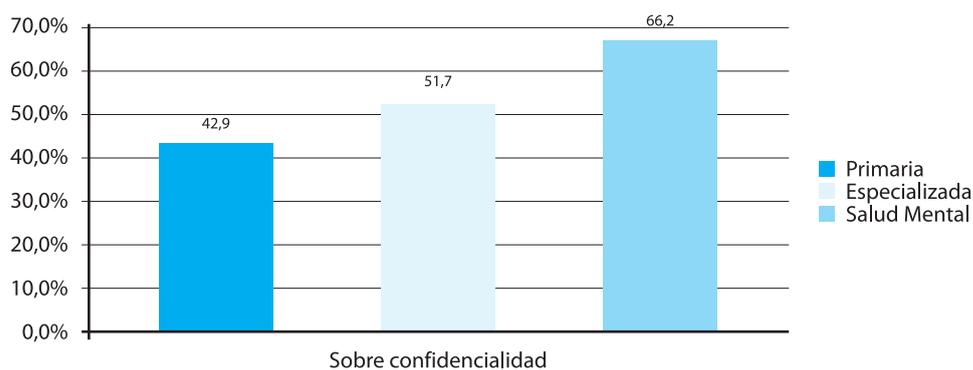
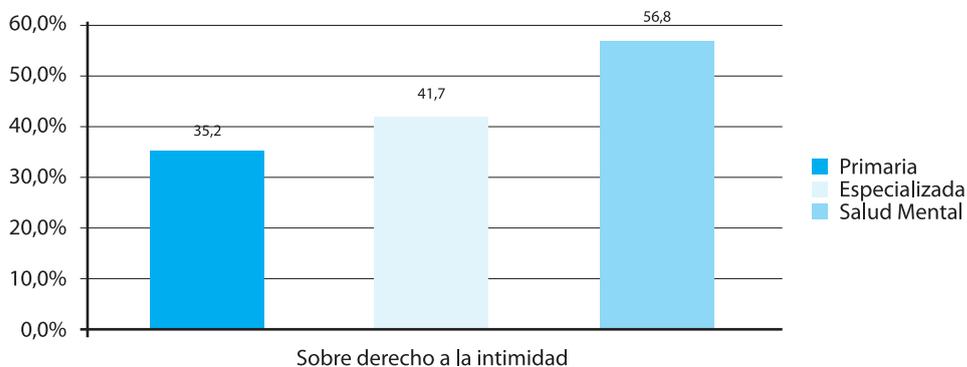


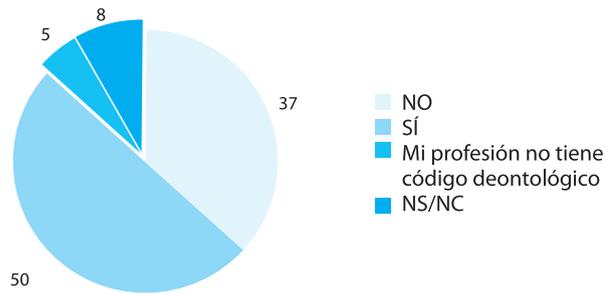
Gráfico 15. **Respuestas sobre el conocimiento al derecho a la intimidad entre los profesionales según lugar de trabajo (en %)**



b) **¿Has leído el código deontológico que regula tu profesión?** La mitad de los encuestados afirma haberlo leído, el 36,5% reconoce que nunca lo ha leído y el 5,5% responde que su profesión no tiene código deontológico.

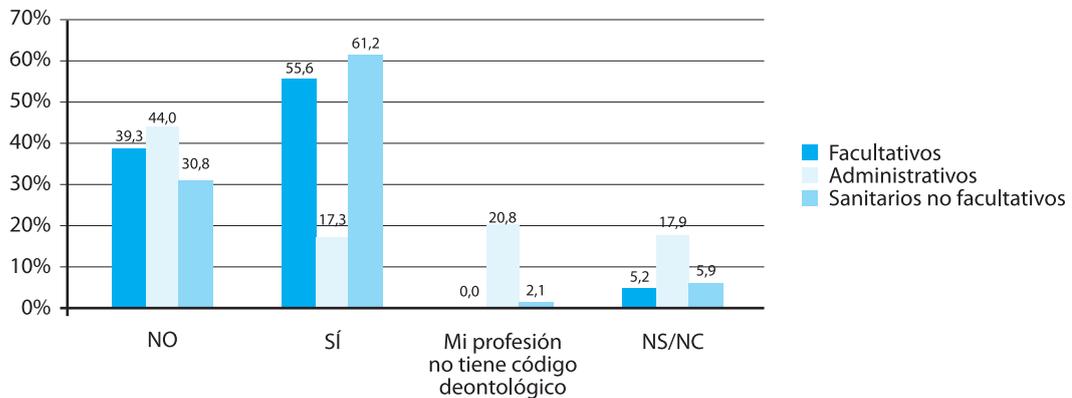
En esta pregunta sólo encontramos diferencias significativas en relación al grupo profesional y al lugar de trabajo. Por lugar de trabajo, donde más personas afirman haber leído su código deontológico es en Salud Mental (55,8%) y donde menos en Atención Primaria ($p=0,012$).

Gráfico 16. **Respuestas sobre el conocimiento del código deontológico** (en %)



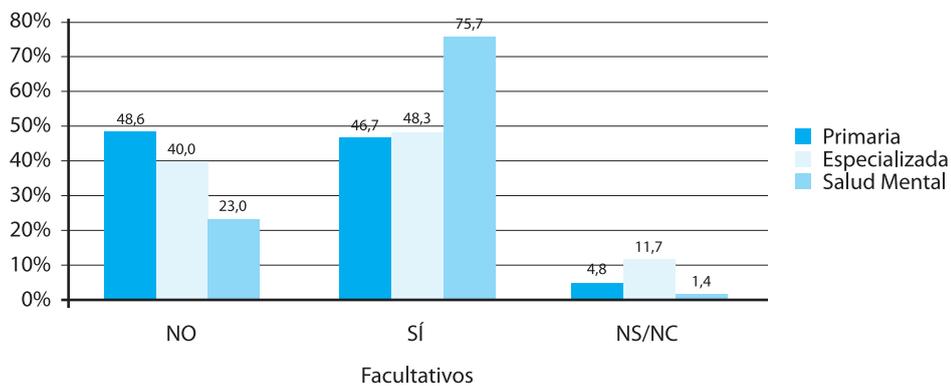
El mayor porcentaje de personas que han leído su código deontológico es el de Sanitarios no facultativos y, lógicamente, el que menos el de Administrativos ($p=0,000$).

Gráfico 17. **Respuestas sobre el conocimiento del código deontológico entre los profesionales** (en %)



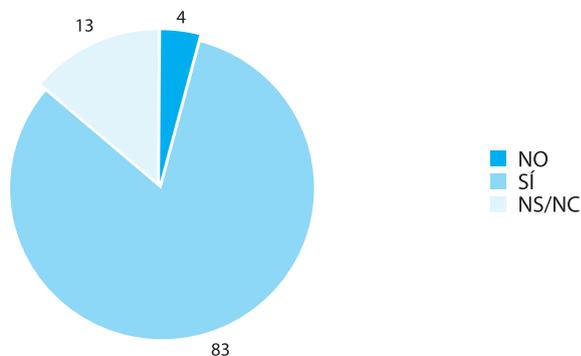
Solamente los Facultativos presentan diferencias según su lugar de trabajo. Así tenemos que la mayor proporción de facultativos que han leído su código deontológico la encontramos claramente dentro de Salud Mental: 75,7% frente a menos del 50% en los otros ámbitos laborales ($p=0,001$).

Gráfico 18. **Respuestas sobre el conocimiento del código deontológico entre los profesionales según lugar de trabajo** (en %)



c) **¿Existe legislación que regule el secreto profesional en tu profesión?** Más del 80% afirma que sí que existe legislación que regule el secreto profesional en su profesión y casi el 4% dice que no. Destaca el hecho de que el 13,3% conteste NS/NC.

Gráfico 19. **Respuestas sobre legislación que regule el secreto profesional en tu profesión** (en %)



Las respuestas a esta pregunta difieren según el lugar de trabajo —siendo más conscientes de ello en Salud Mental ($p=0,000$)— y según el grupo profesional al que pertenecen los encuestados, encontrando mayor número de respuestas positivas en los grupos de Facultativos y Sanitarios no facultativos que en el Administrativos ($p=0,000$).

Gráfico 20. **Respuestas sobre legislación que regule el secreto profesional en tu profesión según el lugar de trabajo** (en %)

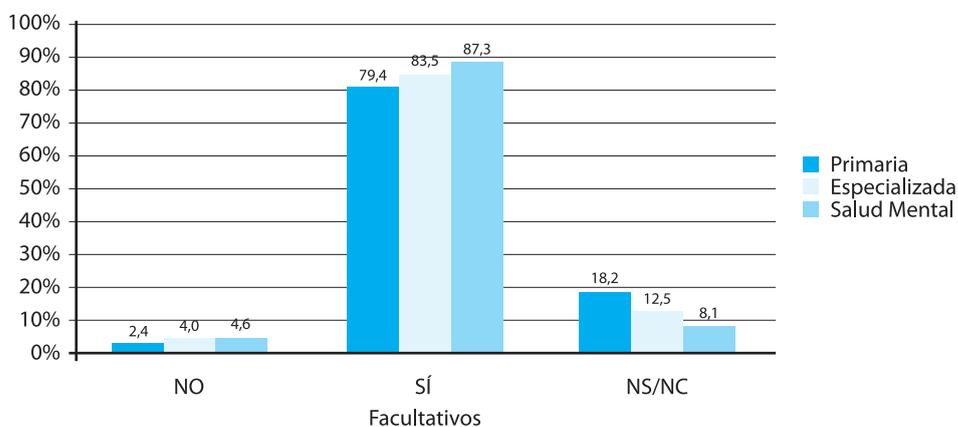
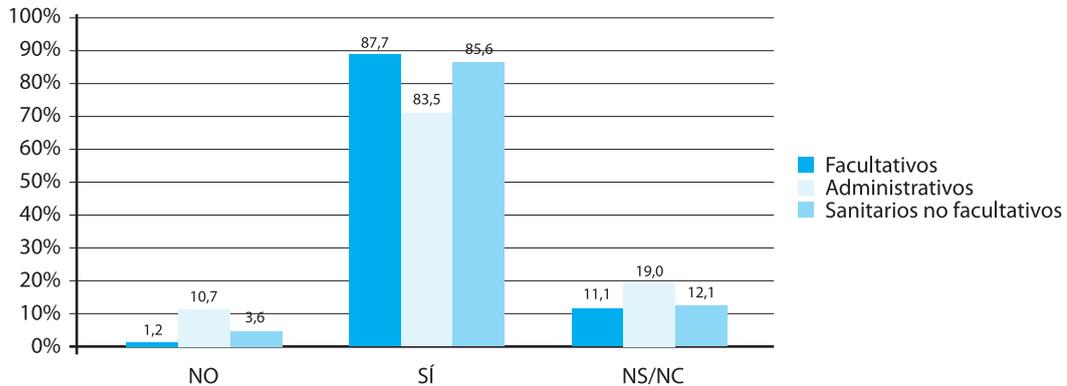
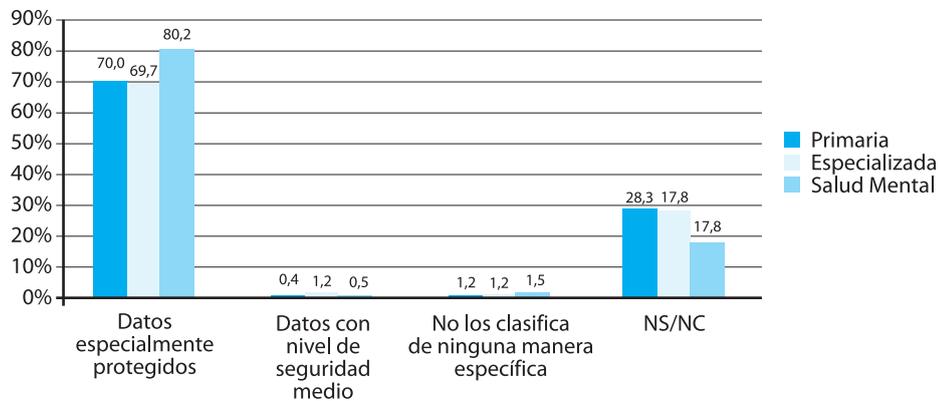


Gráfico 21. **Respuestas sobre legislación que regule el secreto profesional en tu profesión según grupo profesión (en %)**



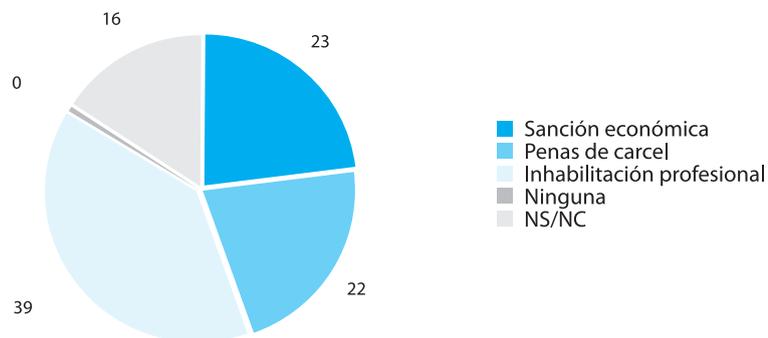
d) **¿Cómo clasifica los datos sanitarios la Ley orgánica de protección de datos (Ley 15/1999)?** clasifica los datos sanitarios como: El 72,7% señala que la ley los clasifica como datos especialmente protegidos, pero hay un 25,2% que marca la casilla NS/NC. También aquí encontramos que el mayor porcentaje de respuestas correctas corresponde a Salud Mental: 80,2% frente al 70% en los otros ámbitos laborales ($p=0,001$).

Gráfico 22. **Respuestas sobre cómo La Ley orgánica de protección de datos (Ley 15/1999) clasifica los datos sanitarios según lugar de trabajo (en %)**



e) **¿Qué consecuencias puede tener la violación del secreto profesional?** Exceptuando al 16% que no sabe o no contesta, los encuestados creen que la violación del secreto profesional puede tener algún tipo de consecuencia, pero no todos opinan lo mismo: el 39% opina que conlleva inhabilitación profesional, el 23% sanción económica y sólo el 22% cree que puede acarrear penas de cárcel.

Gráfico 23. **Respuestas sobre qué consecuencias puede tener la violación del secreto profesional (en %)**



En relación al grupo profesional y al lugar de trabajo existen algunas diferencias estadísticamente significativas, habiendo un menor porcentaje de NS/NC en Salud Mental (0,012) y mayor en el grupo de Administrativos ($p=0,002$).

Gráfico 24. **Respuestas sobre qué consecuencias puede tener la violación del secreto profesional según lugar de trabajo (en %)**

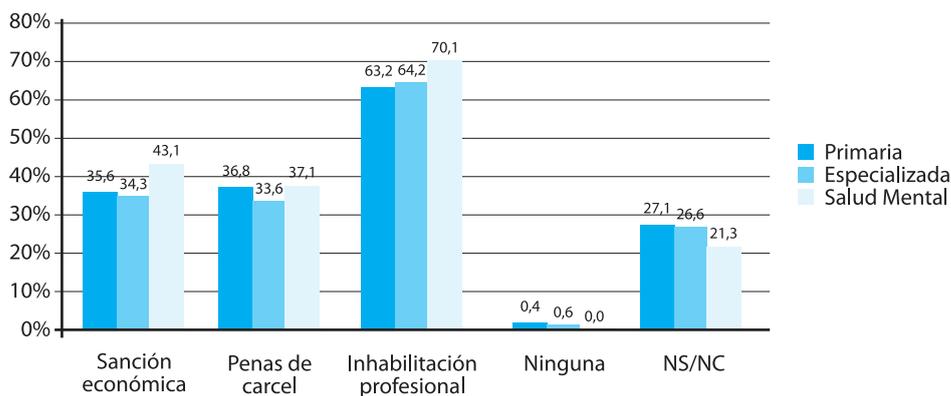
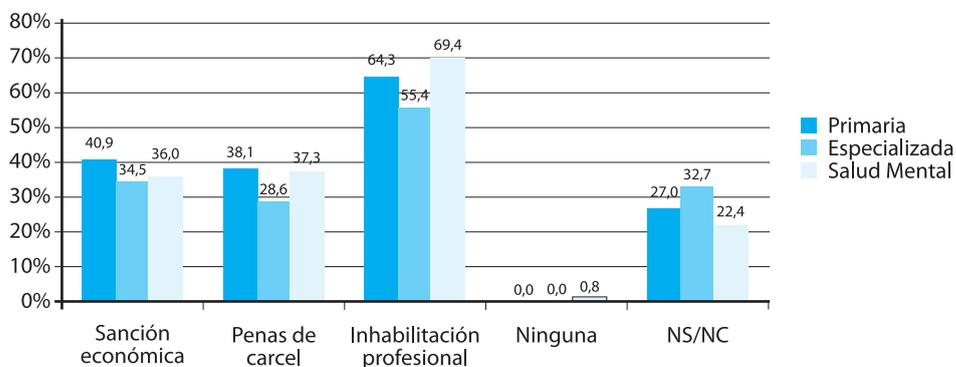
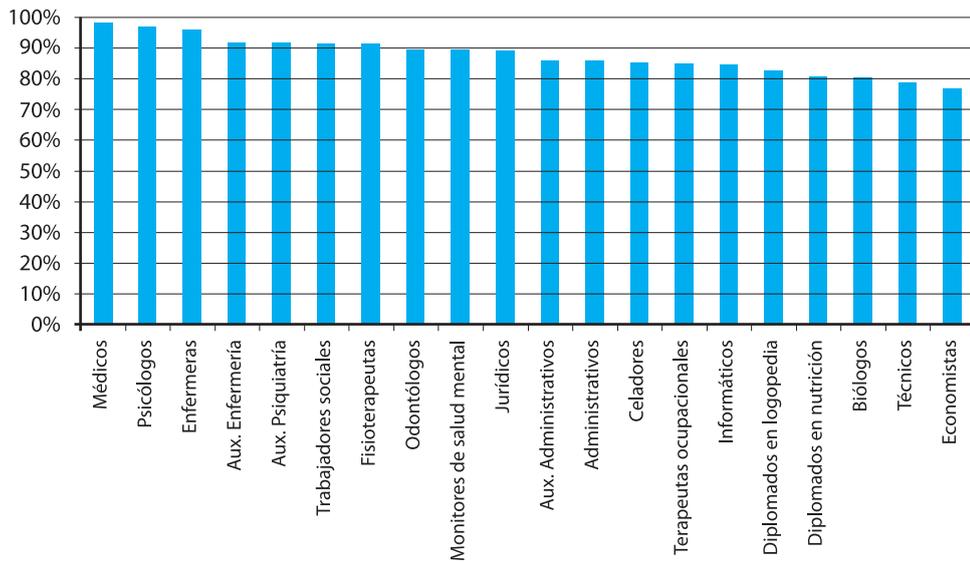


Gráfico 25. **Respuestas sobre qué consecuencias puede tener la violación del secreto profesional según grupo profesional (en %)**



f) **¿Cuál de los siguientes profesionales tiene la obligación de guardar la confidencialidad de los datos?** Los encuestados perciben que los médicos, psicólogos y DUEs son los que mayor obligación tienen de guardar la confidencialidad de los datos. Reciben menos respuestas afirmativas los economistas (76,94%), técnicos (78,88%), biólogos (80,46%), diplomados en nutrición (80,70%) y diplomados en logopedia (82,77%).

Gráfico 26. **Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte de los grupos profesionales (en %)**



Las respuestas a esta pregunta presentan diferencias según el sexo de los encuestados, su edad o el grupo profesional al que pertenecen. Encontramos menos respuestas afirmativas en los encuestados mayores de 54 años para Odontólogos ($p=0,01$), Jurídicos ($p=0,004$), Terapeutas ocupacionales ($p=0,005$), Técnicos ($p=0,002$), Auxiliares de enfermería ($p=0,034$) y Celadores ($p=0,000$).

Gráfico 27. **Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte de los odontólogos en función de su edad (en %)**

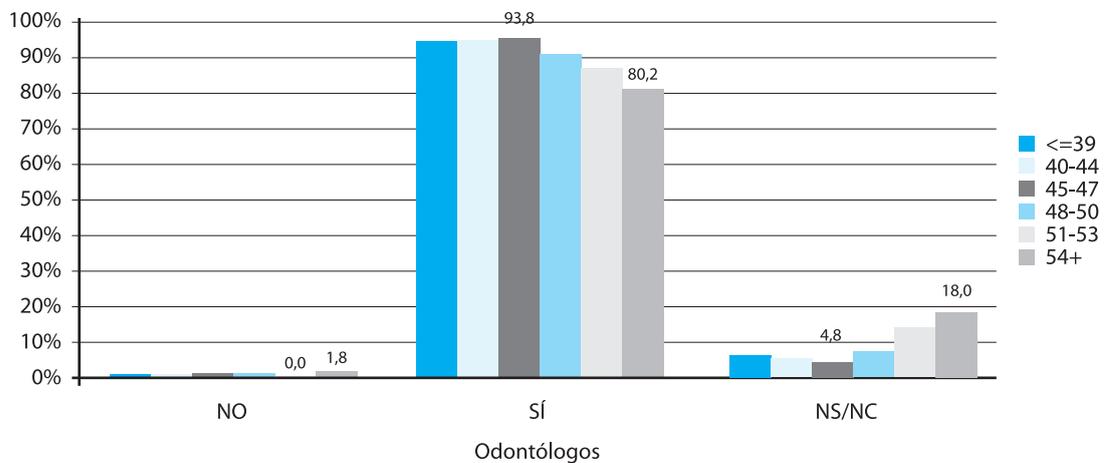


Gráfico 28. Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte de los jurídicos en función de su edad (en %)

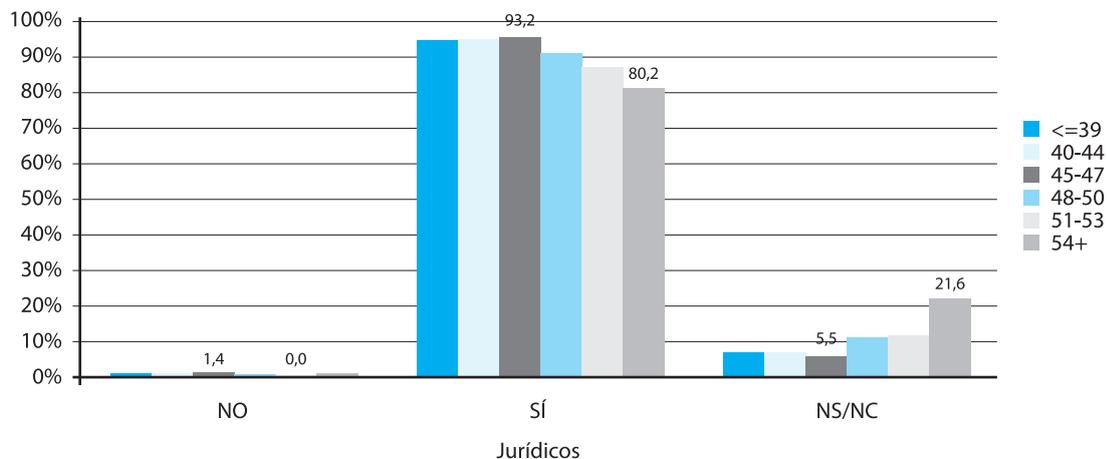


Gráfico 29. Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte de los técnicos en función de su edad (en %)

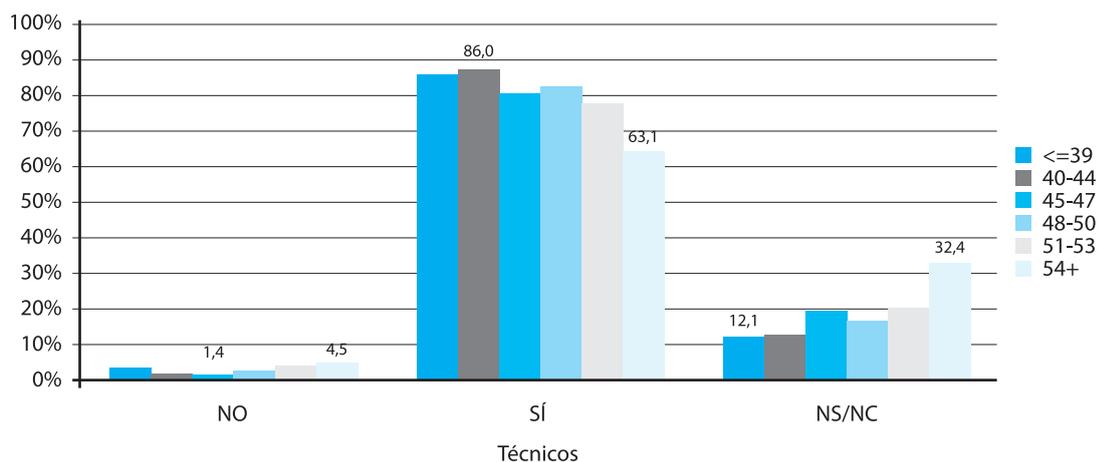
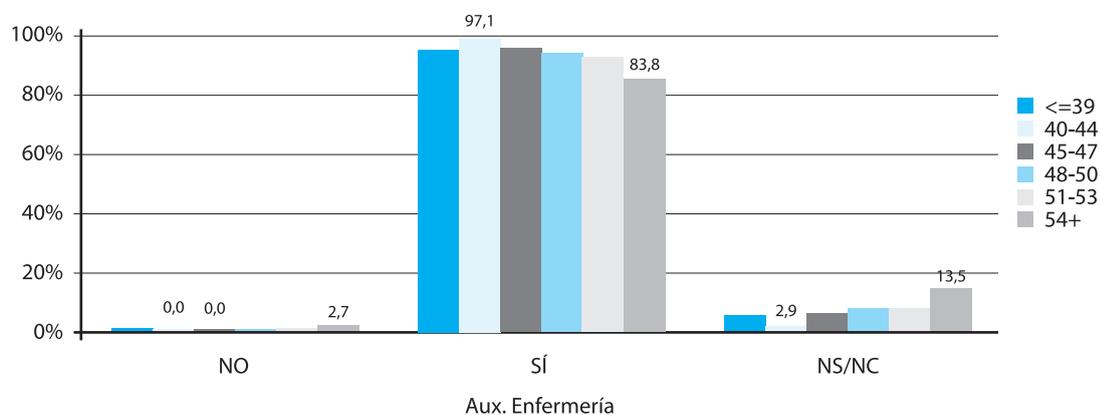


Gráfico 30. Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte del personal auxiliar de enfermería en función de su edad (en %)



En relación con el grupo profesional de los encuestados también encontramos alguna diferencia significativa, siendo el grupo de Facultativos los más laxos, en general, a la hora de valorar quién tiene que guardar la confidencialidad para los Informáticos ($p=0,033$), Enfermeras ($p=0,004$), Fisioterapeutas ($p=0,049$), Auxiliares de enfermería ($p=0,014$) y Auxiliares de psiquiatría ($p=0,006$).

Gráfico 31. Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte de los grupos profesionales (informáticos) (en %)

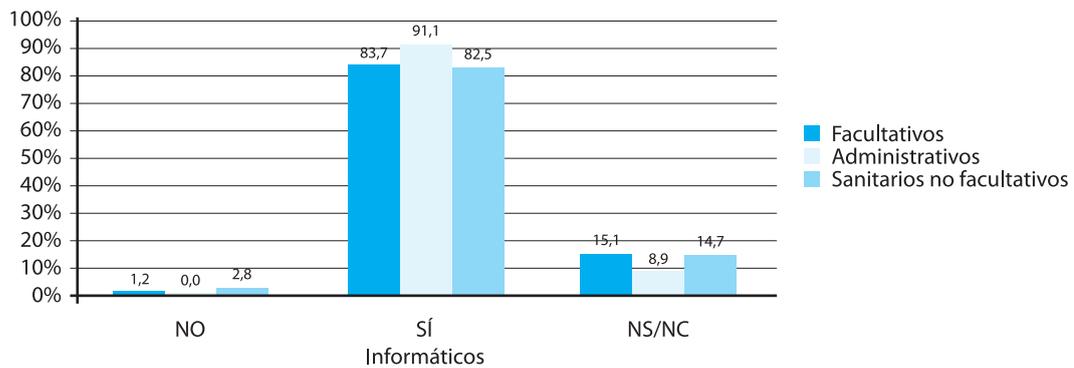


Gráfico 32. Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte de los grupos profesionales (enfermeras) (en %)

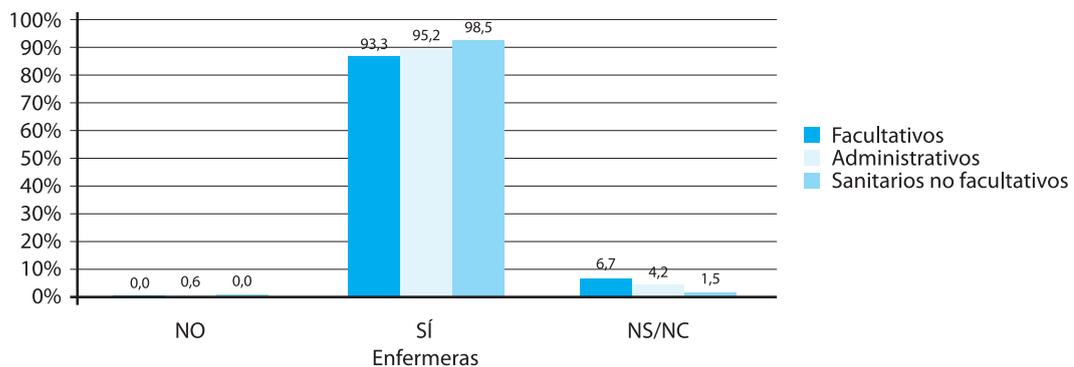


Gráfico 33. Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte de los grupos profesionales (aux. enfermería) (en %)

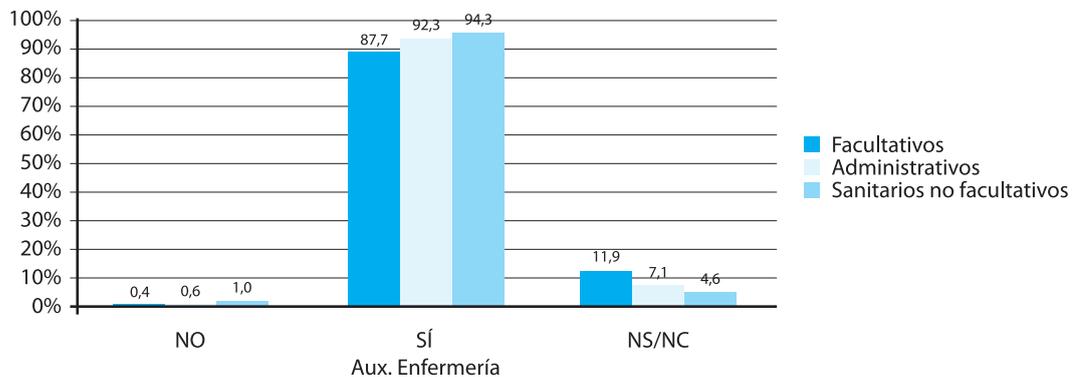
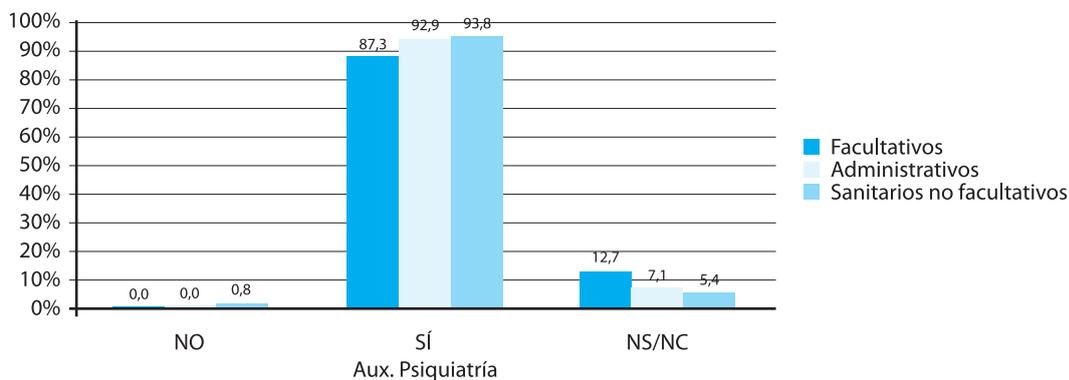
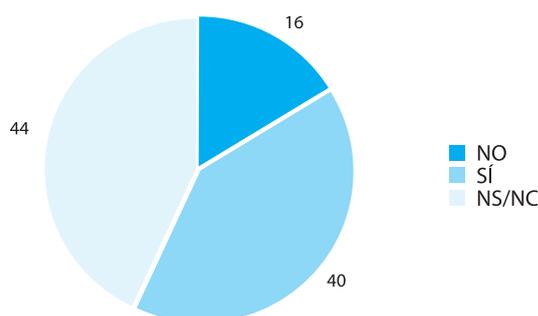


Gráfico 34. **Respuestas sobre la obligación de guardar la confidencialidad de los datos por parte de los grupos profesionales (aux. psiquiatría) (en %)**



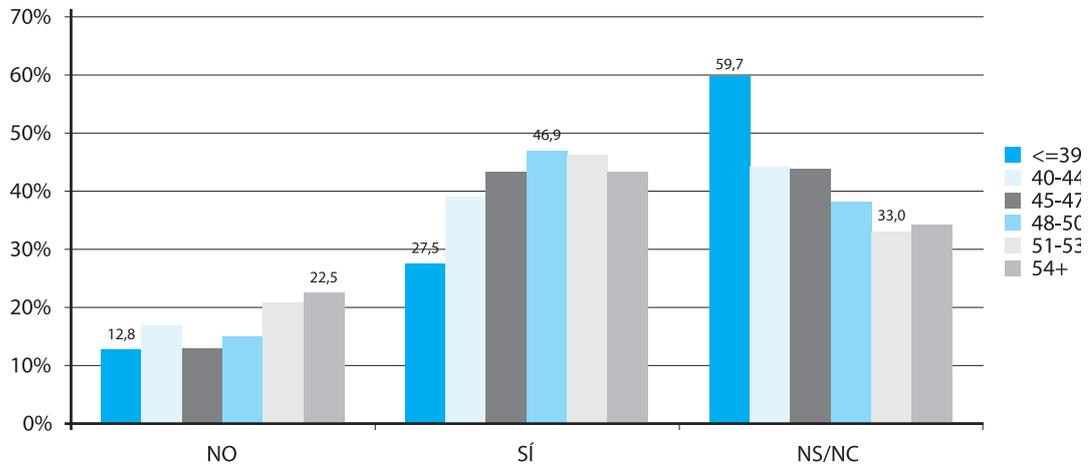
g) **¿Existe en tu centro el «reglamento de uso de la Historia Clínica»?** El 43,3% no responde o responde que no sabe y el 16,3% dice que no. Es decir, ni la mitad de los encuestados, sólo el 40,4%, afirman que su centro de trabajo dispone de algún tipo de reglamento de uso de la HC.

Gráfico 35. **Respuestas sobre si existe en tu centro el reglamento de uso de la Historia Clínica (en %)**



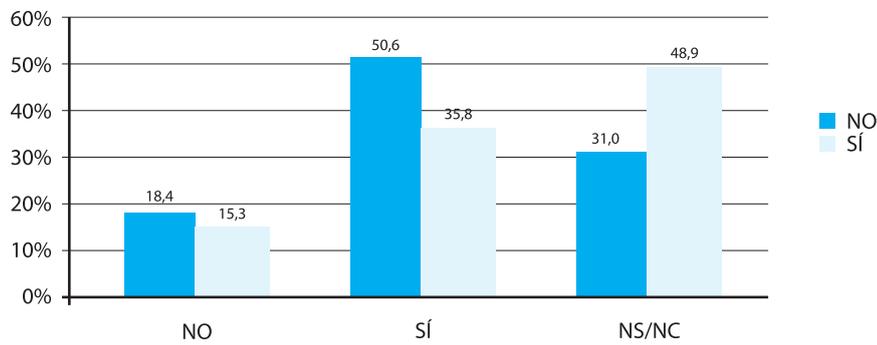
Encontramos que, en relación con la edad, son los más jóvenes los menos informados, contestando que sí existe reglamento de uso de la historia clínica solamente un 27,5% de los menores de 40 años ($p=0,001$).

Gráfico 36. Respuestas sobre si existe en tu centro el reglamento de uso de la Historia Clínica por grupos de edad (en %)



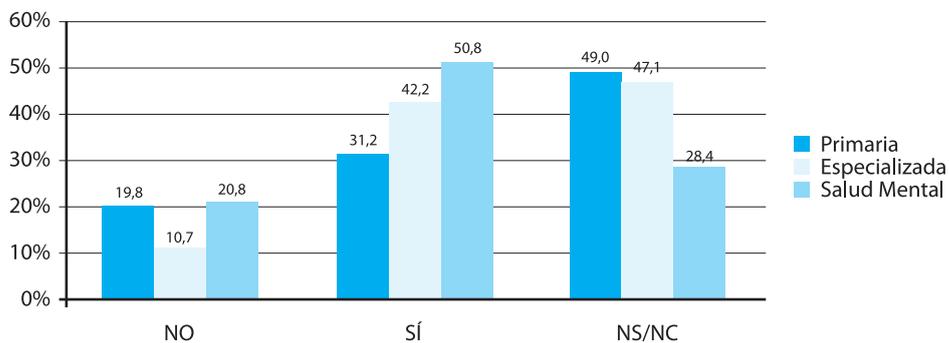
Por sexo, vemos que son los hombres los mejor informados: 50,6% frente al 35,8% de las mujeres (p=0,000).

Gráfico 37. Respuestas sobre si existe en tu centro el reglamento de uso de la Historia Clínica por sexo (en %)



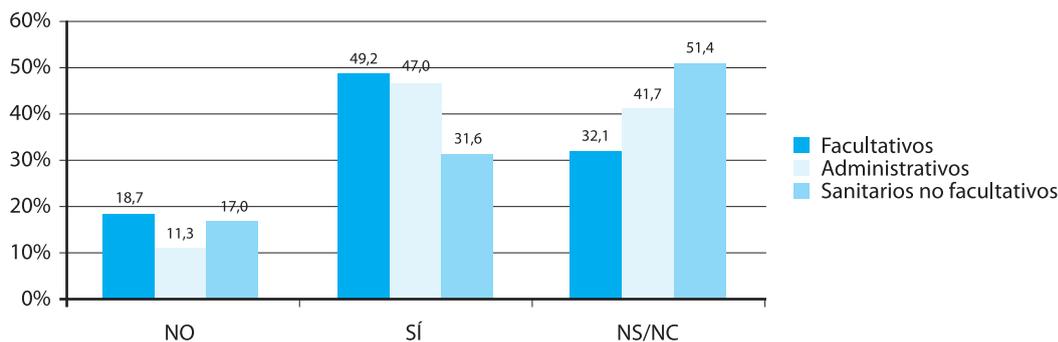
También existen grandes diferencias en la respuesta según el lugar de trabajo (p=0,000). Sólo el 42,2% de los trabajadores de Atención Especializada contestan que Sí existe este reglamento en su centro.

Gráfico 38. **Respuestas sobre si existe en tu centro el reglamento de uso de la Historia Clínica según lugar de trabajo (en %)**



En las respuestas por grupo profesional las diferencias también son importantes ($p=0,000$). Aquí destaca el grupo de sanitarios no facultativos con únicamente un 31,6% de respuestas positivas.

Gráfico 39. **Respuestas sobre si existe en tu centro el reglamento de uso de la Historia Clínica según grupo profesional (en %)**



Si cruzamos las respuestas por grupo profesional y por lugar de trabajo nos encontramos que hay diferencias significativas en el grupo de Facultativos ($p=0,000$) y en el de Sanitarios no facultativos ($p=0,016$).

Gráfico 40. Respuestas sobre si existe en tu centro el reglamento de uso de la Historia Clínica según grupo profesional y lugar de trabajo (facultativos) (en %)

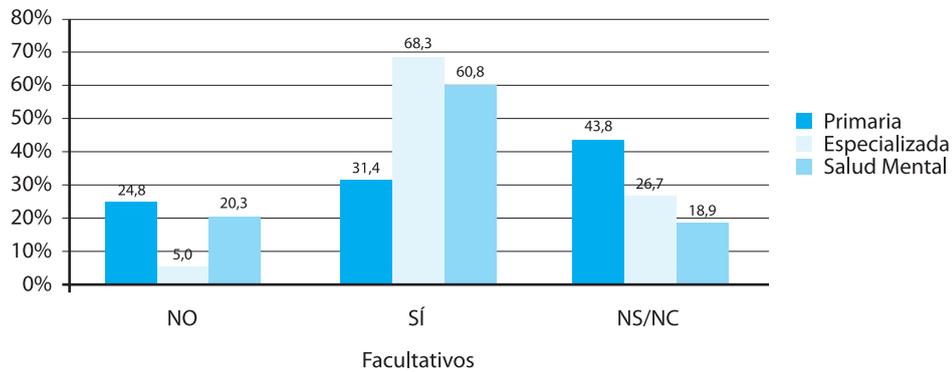
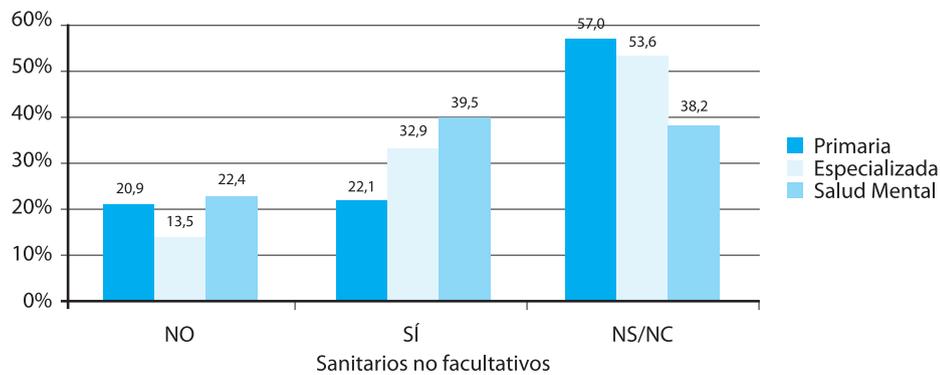
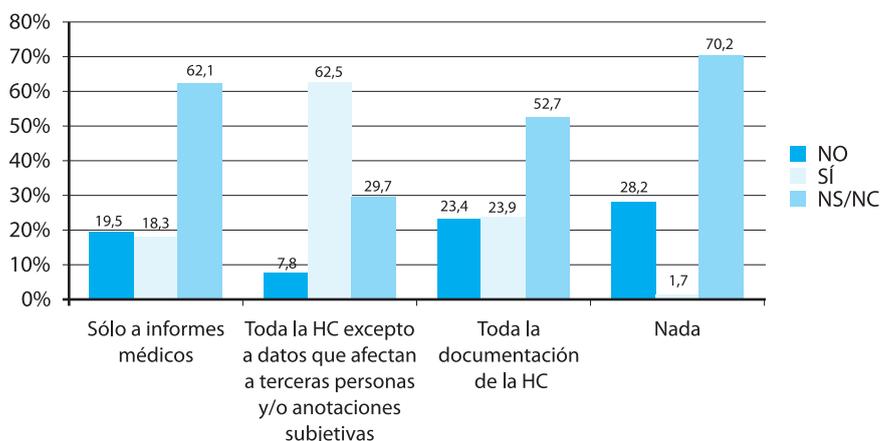


Gráfico 41. Respuestas sobre si existe en tu centro el reglamento de uso de la Historia Clínica según grupo profesional y lugar de trabajo (sanitarios no facultativos) (en %)



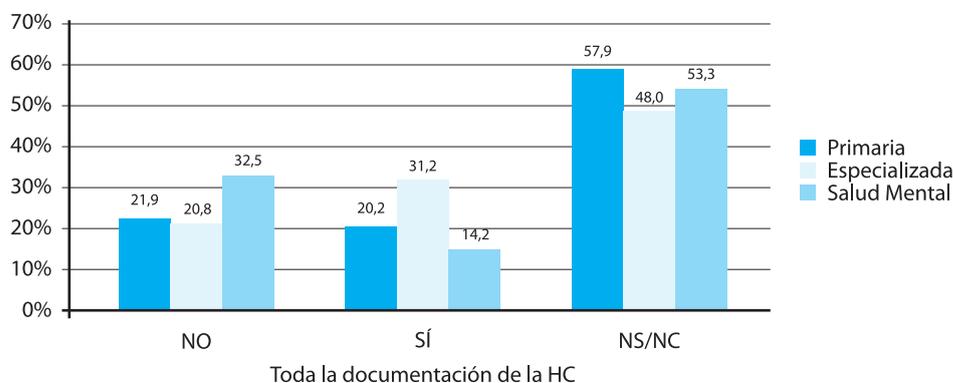
h) **¿A qué parte de la HC tienen derecho a acceder los pacientes?** A la respuesta «Sólo a informes médicos» la mayoría (62,1%) responde que no sabe o no contesta; a la respuesta «Toda la historia clínica excepto a datos que afectan a terceras personas y/o anotaciones subjetivas» el 62,5% responde que sí; a la respuesta «Toda la documentación de la HC» el 52,7% dice que no sabe o no contesta; y a la respuesta «Nada» el 70,1% no sabe o no contesta y el 22,8% responde que no. Por lo tanto se puede decir que los encuestados marcan la respuesta correcta: «Toda la historia clínica excepto a datos que afectan a terceras personas y/o anotaciones subjetivas», aunque en las otras opciones la respuesta mayoritaria es NS/NC.

Gráfico 42. Respuestas sobre a qué parte de la HC tienen derecho a acceder los pacientes (en %)



Si analizamos estas respuestas por lugar de trabajo tenemos diferencias significativas tanto en la respuesta correcta, que parece más claro en los trabajadores de Salud Mental ($p=0,015$), como en los que responden que el paciente tiene derecho a acceder a «toda la documentación de la historia clínica», donde encontramos un porcentaje no despreciable de respuestas afirmativas dentro de los trabajadores de Atención Especializada ($p=0,000$).

Gráfico 43. Respuestas sobre a qué parte de la HC tienen derecho a acceder los pacientes según lugar de trabajo (en %)



Por grupo profesional son los Facultativos los mejor informados ($p=0,000$). Llama la atención que dentro del grupo de Sanitarios no facultativos ($p=0,000$), el 30,8% responden «a toda la documentación de la historia clínica».

Gráfico 44. Respuestas sobre a qué parte de la HC tienen derecho a acceder los pacientes según grupo profesional (en %)

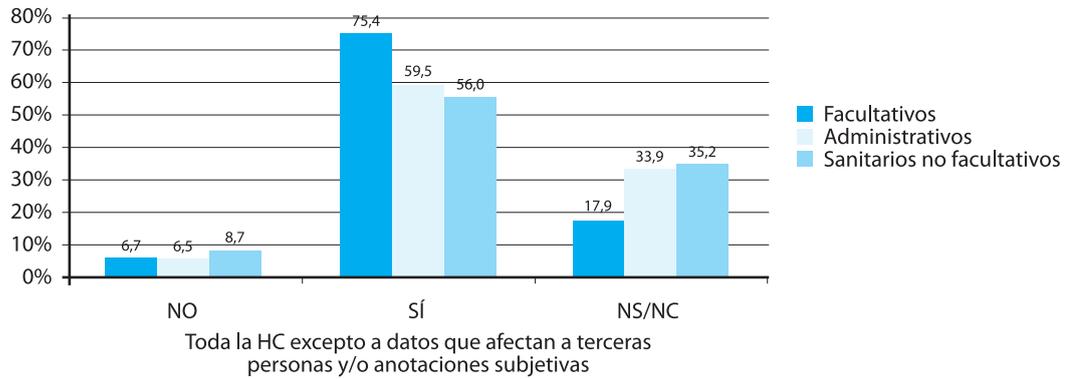
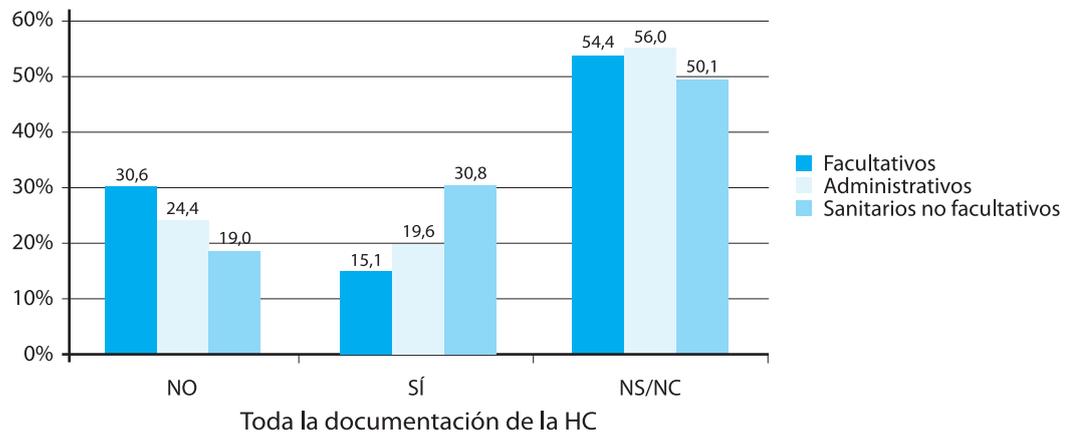


Gráfico 45. Respuestas sobre a qué parte de la HC tienen derecho a acceder los pacientes según grupo profesional (toda la documentación clínica) (en %)



Dentro del grupo de Facultativos parece que los peor informados en este asunto son los que trabajan en Atención Especializada (p=0,022 y p=0,023).

Gráfico 46. Respuestas sobre a qué parte de la HC tienen derecho a acceder los pacientes según lugar de trabajo (toda la HC, excepto a datos que afecta a terceras personas y/o anotaciones subjetivas) (en %)

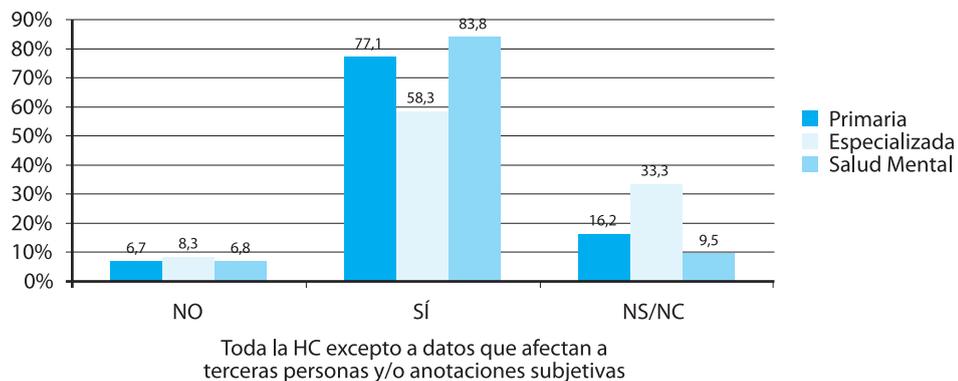
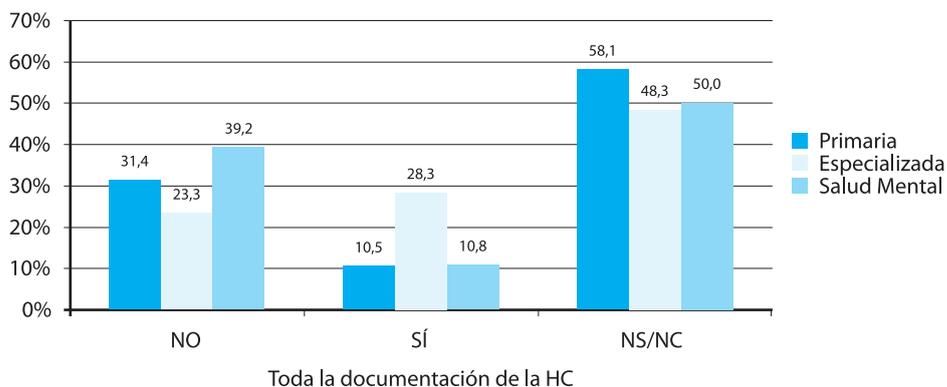
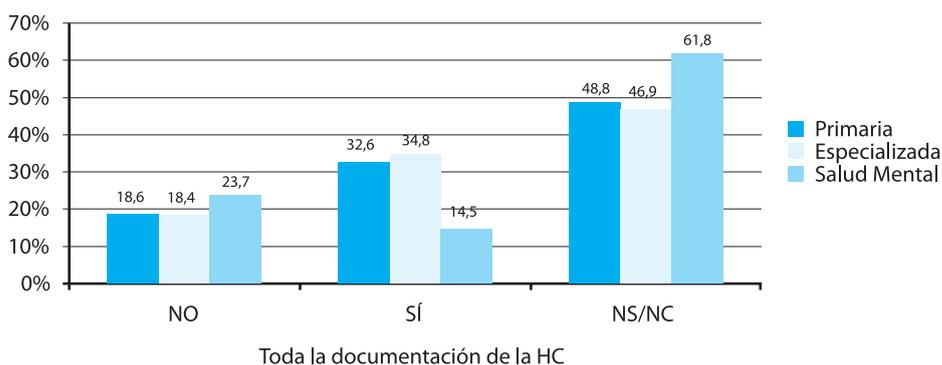


Gráfico 47. **Respuestas sobre a qué parte de la HC tienen derecho a acceder los pacientes según lugar de trabajo (toda la documentación de la HC) (en %)**



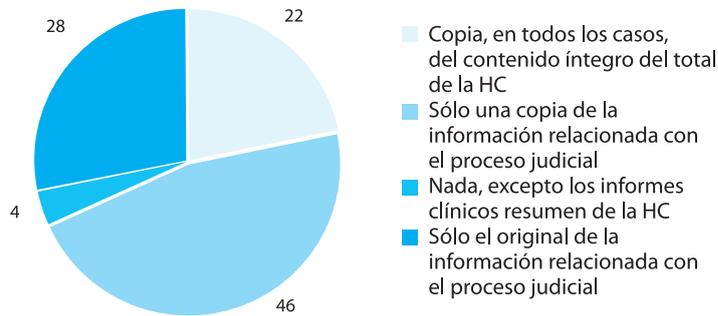
También para los Sanitarios no facultativos encontramos diferencias cuando afirman que el paciente tiene derecho a acceder a «toda la documentación de la historia clínica» ($p=0,036$).

Gráfico 48. **Respuestas sobre a qué parte de la HC tienen derecho a acceder los pacientes según lugar de trabajo y Sanitarios no facultativos (toda la documentación de la HC) (en %)**



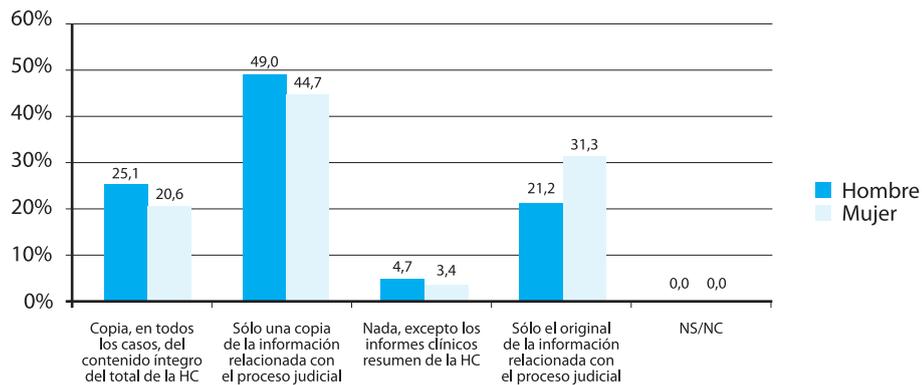
i) **¿Cuando un juez pide la historia clínica de un paciente se debe enviar...?** El mayor porcentaje (46,1%) responde «Sólo una copia de la información relacionada con el proceso judicial». Aunque llama la atención que el 28% opina que se le debe enviar al juez sólo el original de la información relacionada con el proceso judicial, y el 22% considera que lo que se debe enviar es la copia, en todos los casos, del contenido íntegro del total de la HC. Sólo el 3,9% cree no se le debe enviar nada, excepto los informes clínicos resumen de la HC.

Gráfico 49. Respuestas sobre qué se debe enviar cuando un juez pide la historia clínica de un paciente (en %)



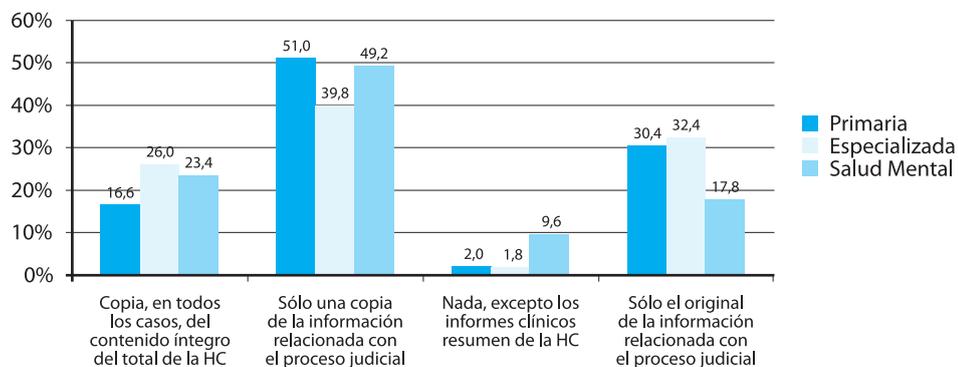
Existen algunas diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo de los encuestados ($p=0,023$).

Gráfico 50. Respuestas sobre qué se debe enviar cuando un juez pide la historia clínica de un paciente según sexo (en %)



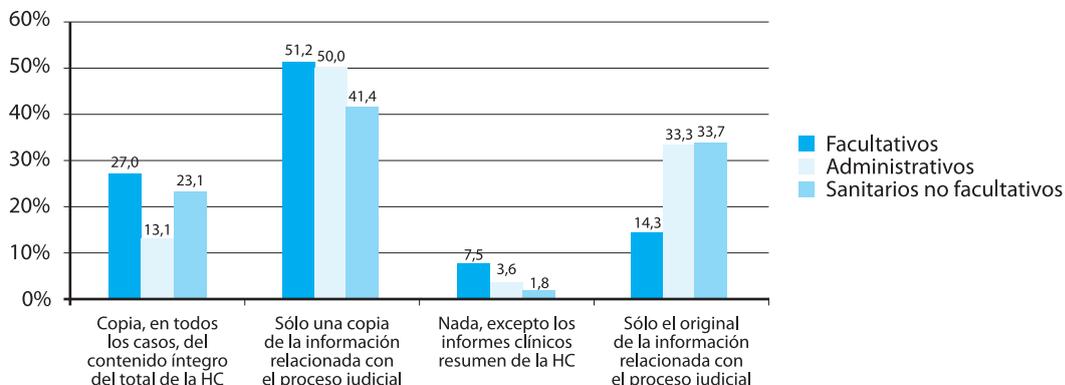
También hay diferencias según el lugar de trabajo ($p=0,000$).

Gráfico 51. Respuestas sobre qué se debe enviar cuando un juez pide la historia clínica de un paciente según lugar de trabajo (en %)



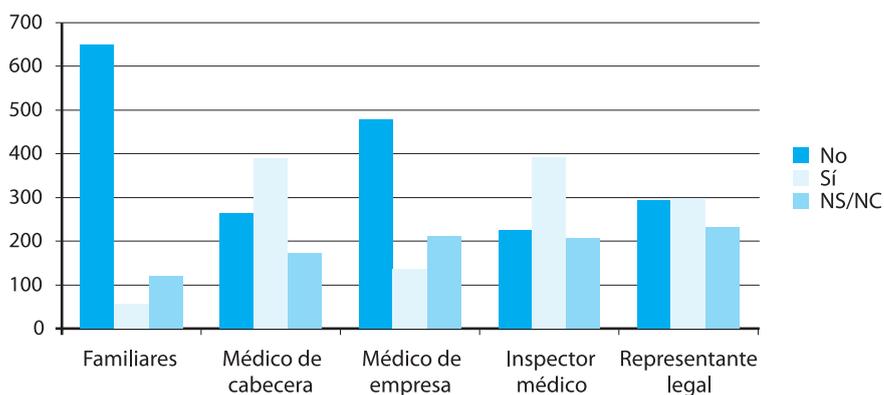
Igualmente las respuestas difieren en relación al grupo profesional del encuestado ($p=0,000$).

Gráfico 52. **Respuestas sobre qué se debe enviar cuando un juez pide la historia clínica de un paciente según grupo de profesionales (en %)**



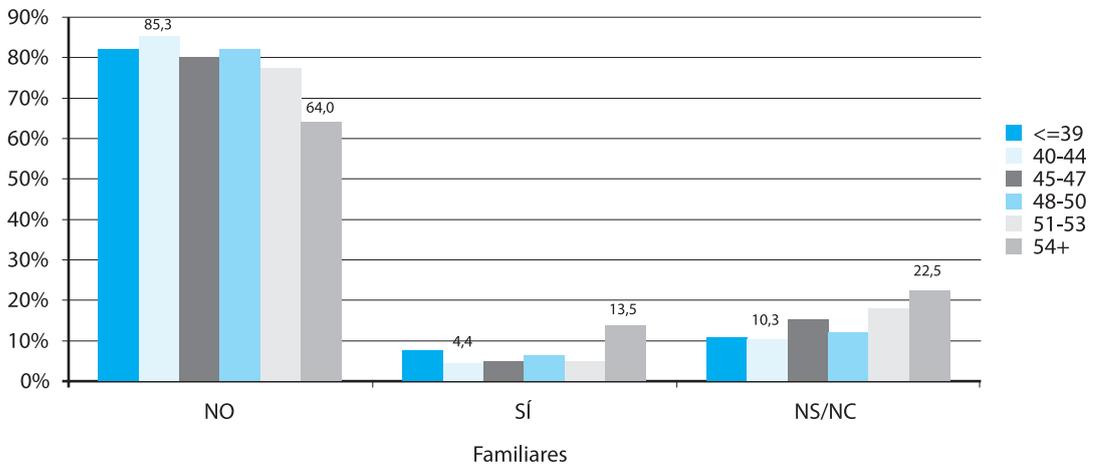
j) **Cuando alguna de las siguientes personas solicita información sobre un paciente ¿se la debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?** El 78,76% contesta que no se debe informar a los familiares, y el 58,01% afirma que no se debe informar al médico de empresa. Sin embargo, el 47,45% asegura que se debe informar al inspector médico y el 47,21% que hay que informar al médico de cabecera. Respecto al representante legal, los porcentajes son similares: 36,17% no, 35,56 sí y 28,28 NS/NC.

Gráfico 53. **Respuestas sobre si alguna de las siguientes personas solicita información sobre un paciente ¿se la debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?**



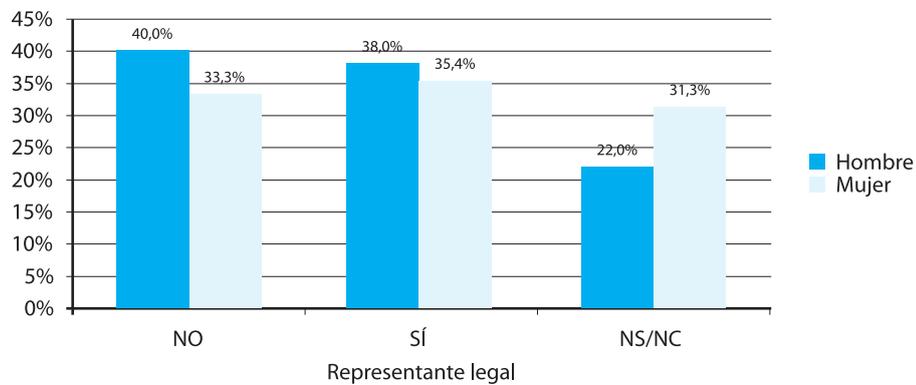
Aunque la mayoría afirman que no hay que informar a los familiares sin el consentimiento del paciente, los mayores de 54 años son el grupo de edad que más defiende que se les puede informar sin este consentimiento: 13,5% ($p=0,007$).

Gráfico 54. **Respuestas sobre si alguna de las siguientes personas solicita información sobre un paciente ¿se la debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente? Según grupos de edad (en %)**



Por sexos:

Gráfico 55. **Respuestas sobre si alguna de las siguientes personas solicita información sobre un paciente ¿se la debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente? Según sexo (en %)**



Segmentadas las respuestas según el lugar de trabajo de los encuestados encontramos diferencias significativas en relación a la posibilidad de informar a los familiares ($p=0,014$), al médico de cabecera ($p=0,014$), al médico de empresa ($p=0,000$), al inspector médico ($p=0,007$) o al representante legal ($p=0,001$).

Gráfico 56. Respuestas sobre si los familiares solicitan información sobre un paciente ¿se les debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente? Según lugar de trabajo (en %)

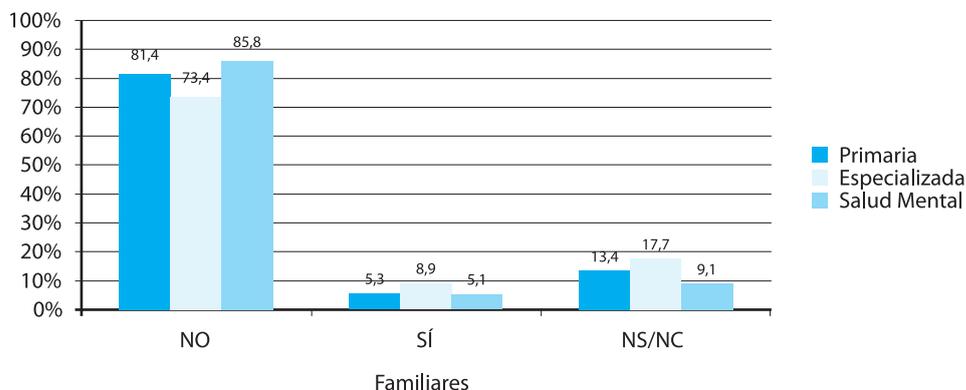


Gráfico 57. Respuestas sobre si los médicos de empresa solicitan información sobre un paciente ¿se les debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?, según lugar de trabajo (en %)

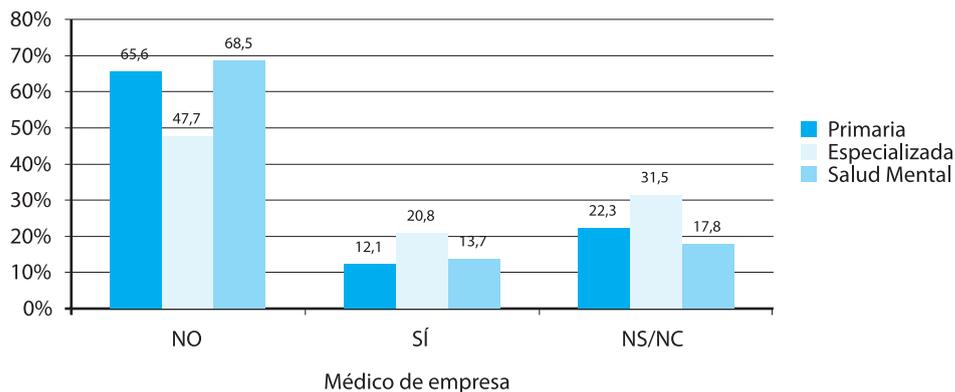
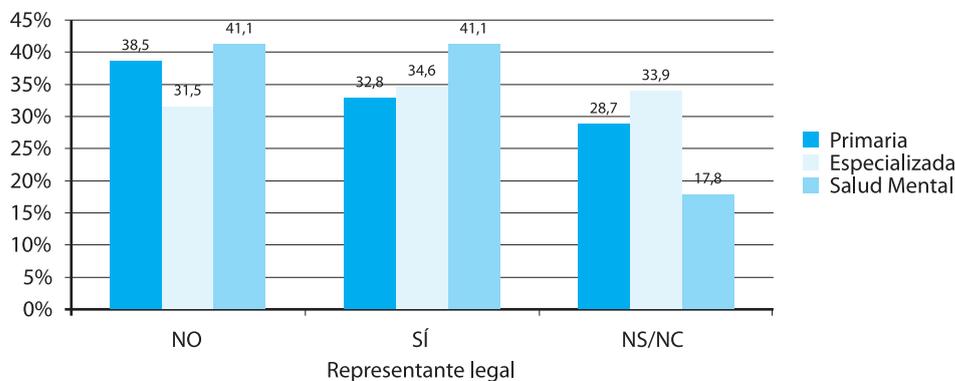


Gráfico 58. Respuestas sobre si el representante legal solicita información sobre un paciente ¿se le debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?, según lugar de trabajo (en %)



Segmentados los resultados por grupo profesional, existen diferencias significativas en las respuestas cuando se trata de poder informar, sin el consentimiento del paciente, a: familiares ($p=0,000$), médico de cabecera ($p=0,000$), médico de empresa ($p=0,000$), inspector médico ($p=0,000$) y representante legal ($p=0,0000$).

Gráfico 59. Respuestas sobre si los familiares solicitan información sobre un paciente ¿se les debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?, según grupos profesionales (en %)

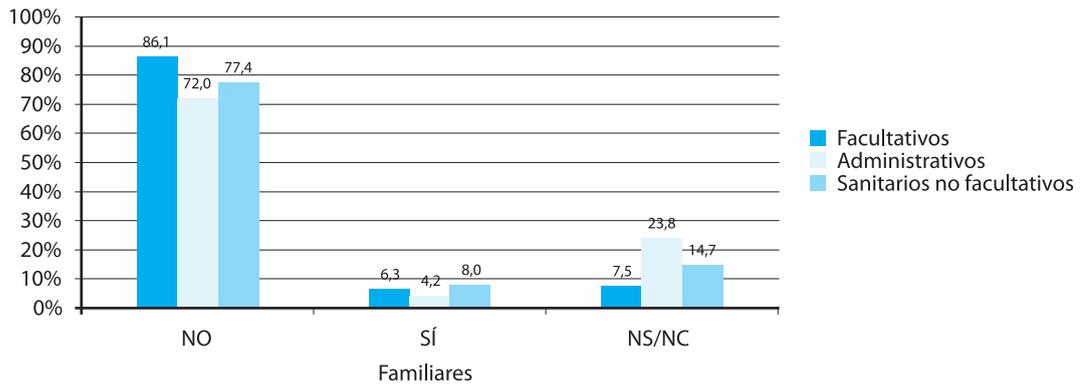


Gráfico 60. Respuestas sobre si el médico de empresa solicita información sobre un paciente ¿se les debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?, según grupos profesionales (en %)

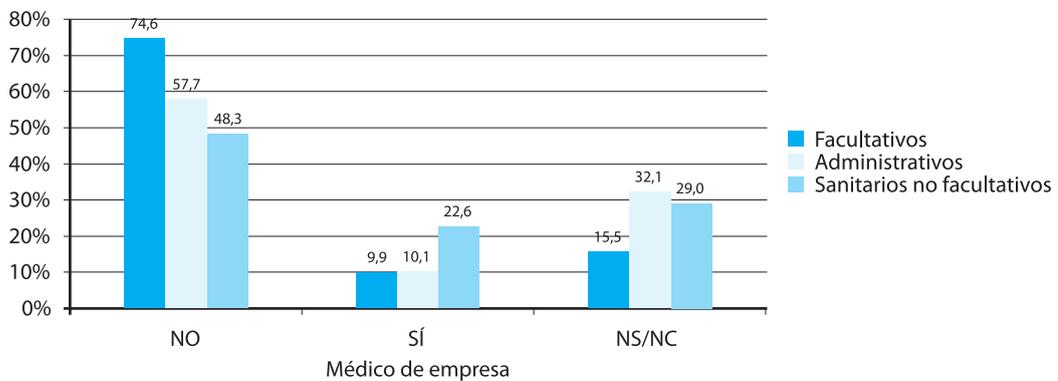
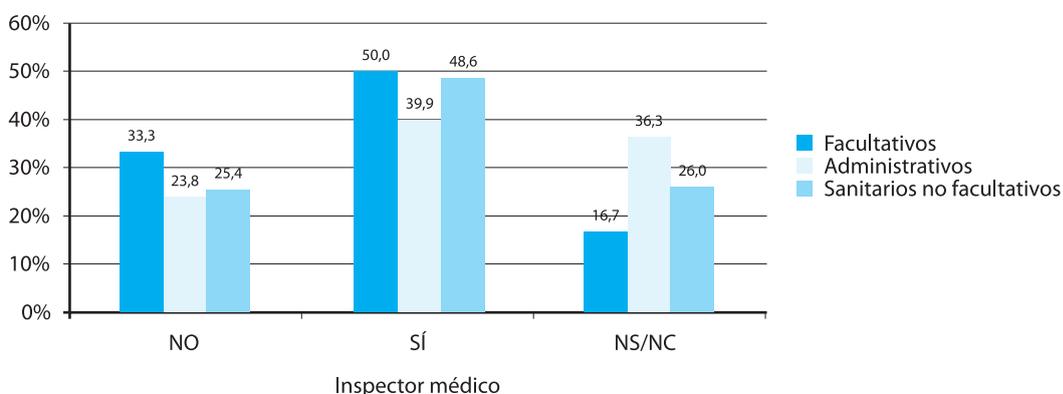
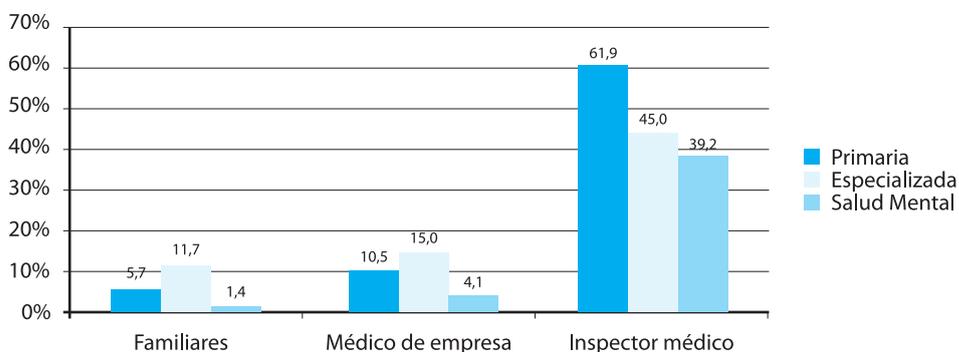


Gráfico 61. **Respuestas sobre si el inspector médico solicita información sobre un paciente ¿se le debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?, según grupos profesionales (en %)**



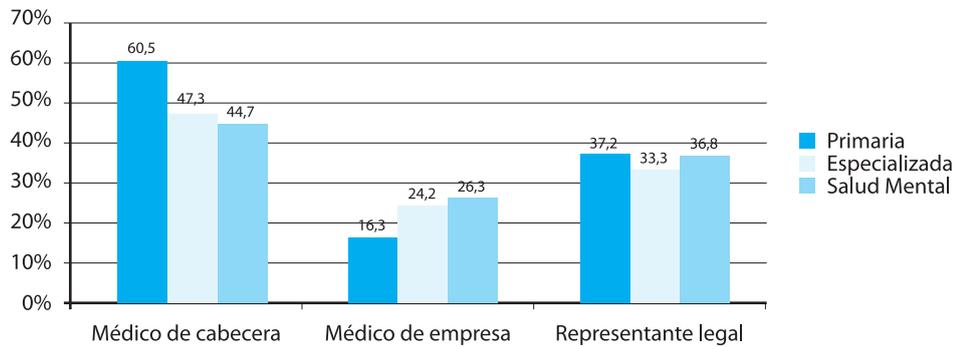
Dentro del grupo de Facultativos, existen también diferencias significativas según su ámbito laboral en relación a poder informar a familiares ($p=0,000$), médico de empresa ($p=0,001$) e inspector médico ($p=0,001$).

Gráfico 62. **Respuestas sobre si alguna de las siguientes personas solicita información sobre un paciente ¿se le debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?, según lugar de trabajo (en %)**



Dentro del grupo de Administrativos no existen diferencias por su lugar de trabajo, pero sí para el de Sanitarios no facultativos. En estos existen diferentes criterios a la hora de poder informar al médico de cabecera ($p=0,016$), al médico de empresa ($p=0,043$) o a su representante legal ($p=0,034$).

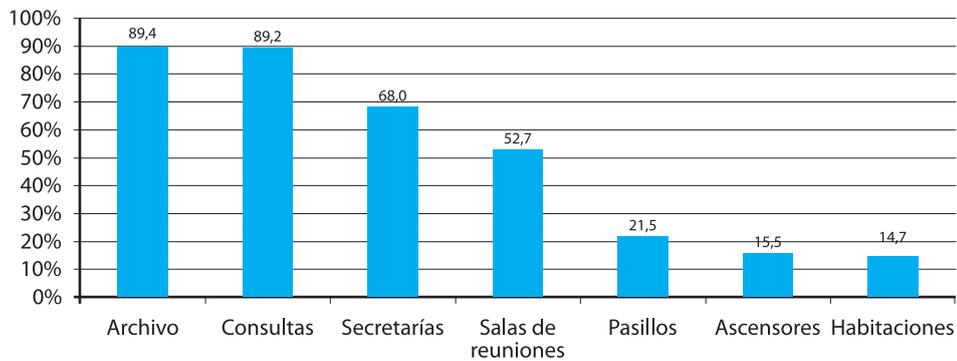
Gráfico 63. **Respuestas sobre si alguna de las siguientes personas solicita información sobre un paciente ¿se le debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?, según lugar de trabajo y grupos profesionales (en %)**



4.4.2. Comportamientos

a) **En tu centro de trabajo ¿dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas?** En algo más del 89% de los archivos y las consultas de los centros de trabajo de los encuestados se pueden encontrar historias clínicas circulando, lo cual se toma como algo no sólo normal sino necesario para el desarrollo del trabajo. Tampoco destaca el hecho de que se puedan encontrar historias en secretarías (67,96%). Sin embargo, es irregular que se puedan encontrar historias en salas de reuniones (52,67%), ascensores (15,53%), habitaciones (14,68%) o pasillos (21,48%).

Gráfico 64. **Respuestas sobre por dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas en tu centro (en %)**



Lógicamente, las respuestas difieren según el ámbito laboral de los encuestados ($p=0,000$ en todos los casos).

Gráfico 65. Respuestas sobre por dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas (en consultas) según el ámbito laboral (en %)

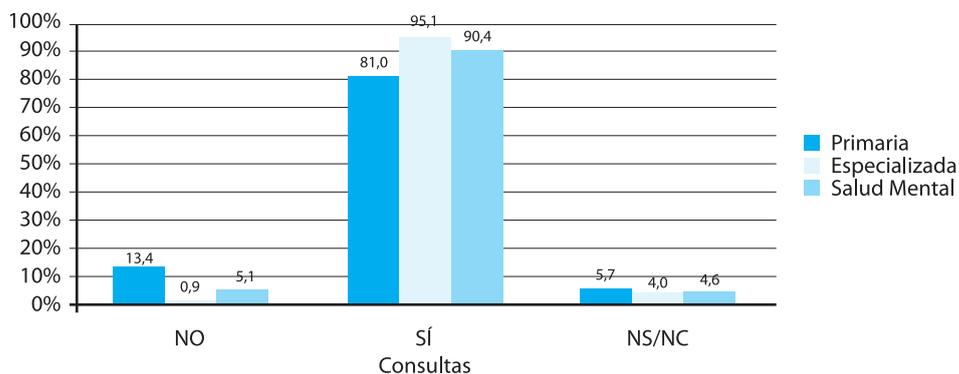


Gráfico 66. Respuestas sobre por dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas (salas de reuniones) en tu centro (en %)

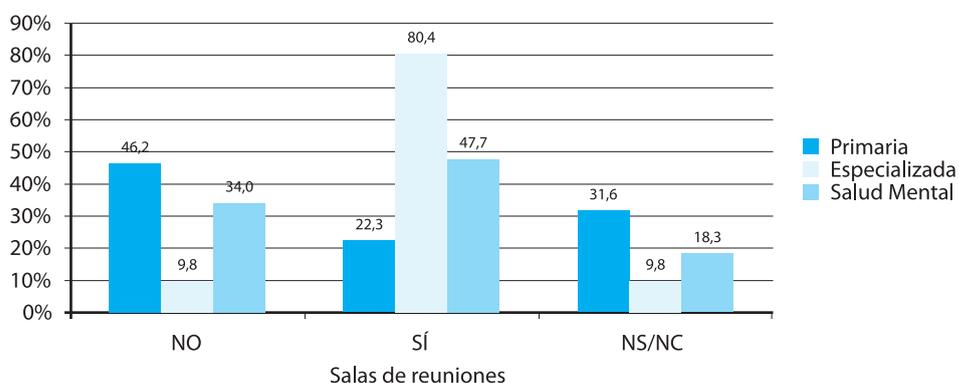
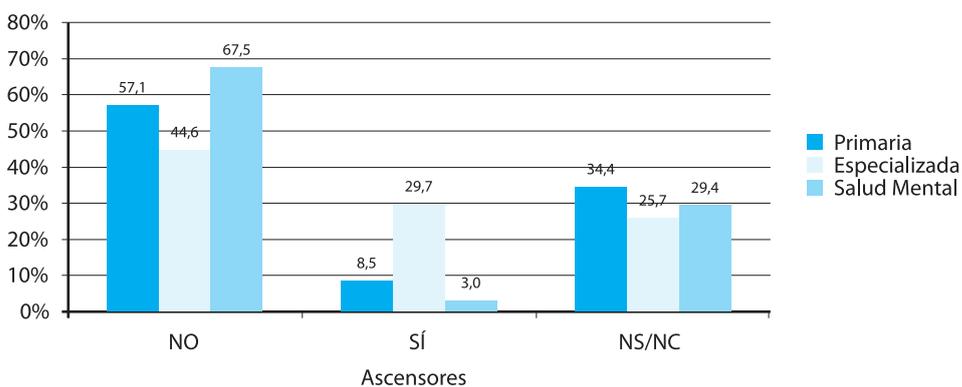


Gráfico 67. Respuestas sobre por dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas (ascensores) en tu centro (en %)



También el grupo profesional al que pertenecen los encuestados parece estar relacionado con su opinión sobre dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas ($p=0,000$).

Gráfico 68. Respuestas sobre por dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas (pasillos) en tu centro según grupo profesional (en %)

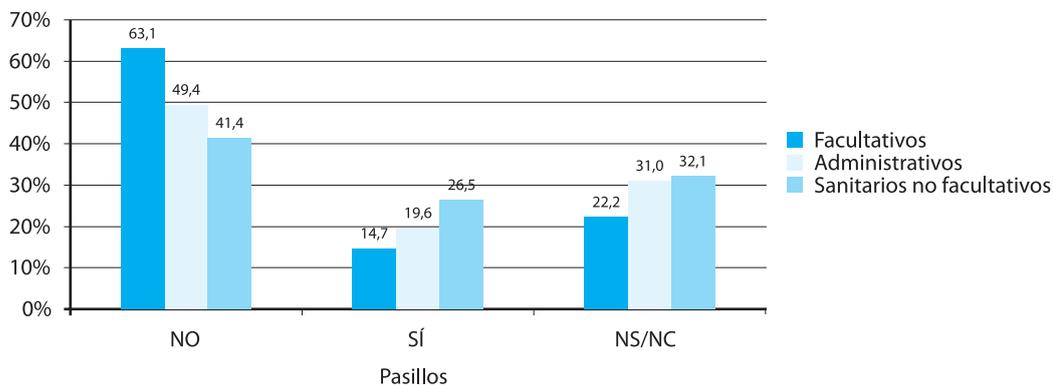
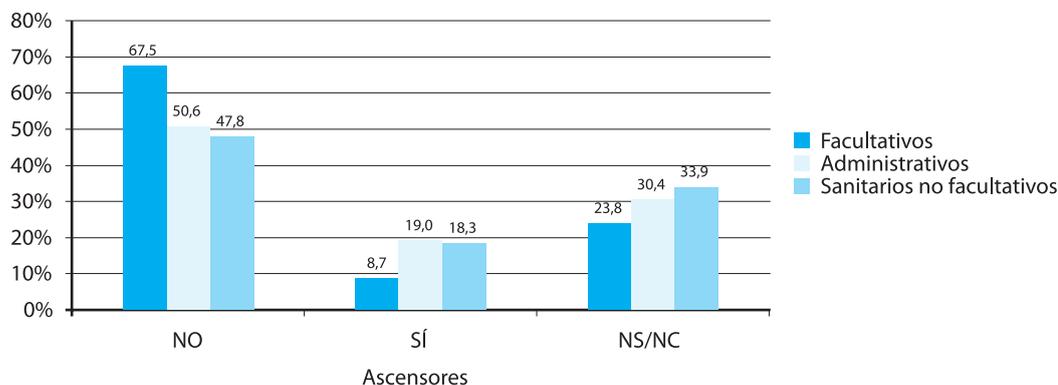


Gráfico 69. Respuestas sobre por dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas (ascensores) en tu centro según grupo profesional (en %)



b) **¿Crees que los profesionales intercambian (comentan) información clínica sobre pacientes en presencia de terceras personas? ¿Dónde es habitual que esto ocurra?** La mayoría (58,6%) opina que los profesionales intercambian (comentan) información clínica sobre pacientes en presencia de terceras personas. Esto ocurre en consultas, pasillos, cafetería, vestuarios, habitaciones, ascensores e incluso fuera del lugar de trabajo, entre otros.

Gráfico 70. Respuestas sobre si los profesionales intercambian (comentan) información clínica sobre pacientes en presencia de terceras personas (en %)

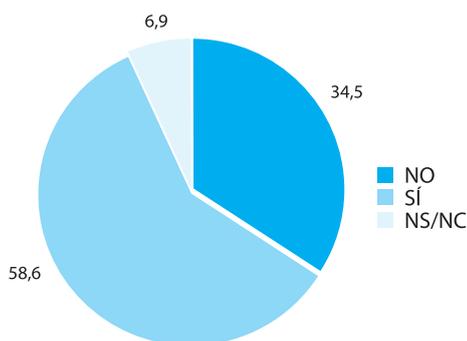
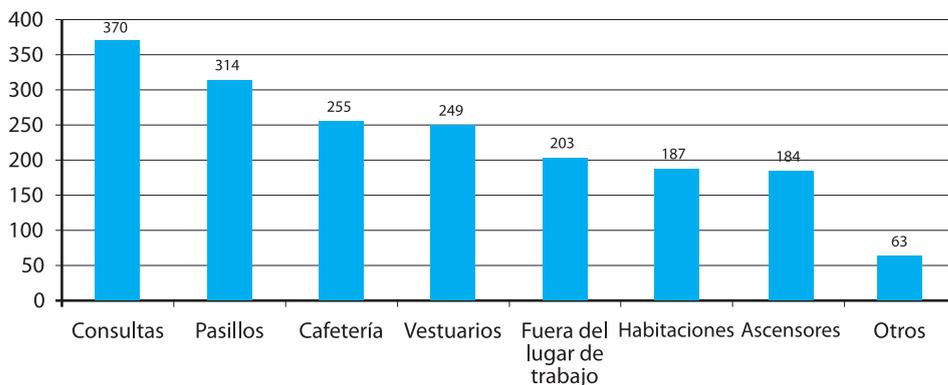
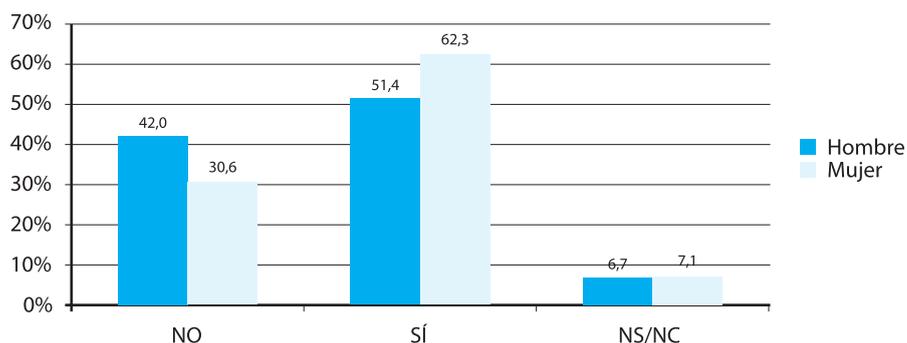


Gráfico 71. **Respuestas sobre dónde es habitual que los profesionales intercambian (comentan) información clínica sobre pacientes en presencia de terceras personas**



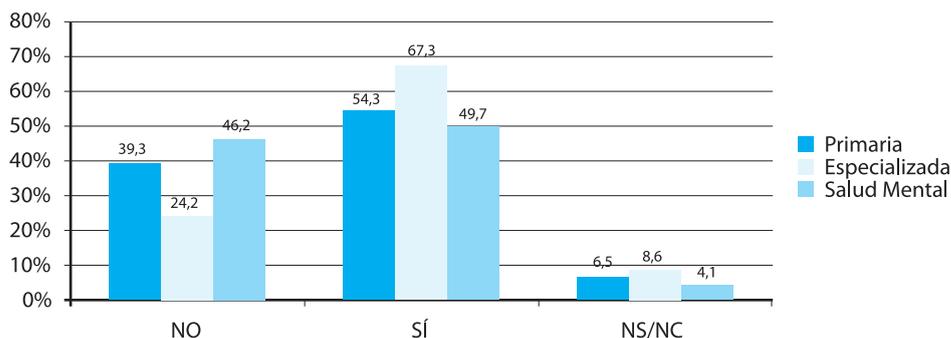
El sexo parece influir en la opinión sobre esta cuestión ($p=0,006$). De los que han contestado que no, el 42% son hombres y el 30,6% mujeres; sin embargo, en los que han contestado Sí esta proporción se invierte (62,3% mujeres y 51,4% hombres).

Gráfico 72. **Respuestas sobre dónde es habitual que los profesionales intercambian (comentan) información clínica sobre pacientes en presencia de terceras personas según sexo (en %)**



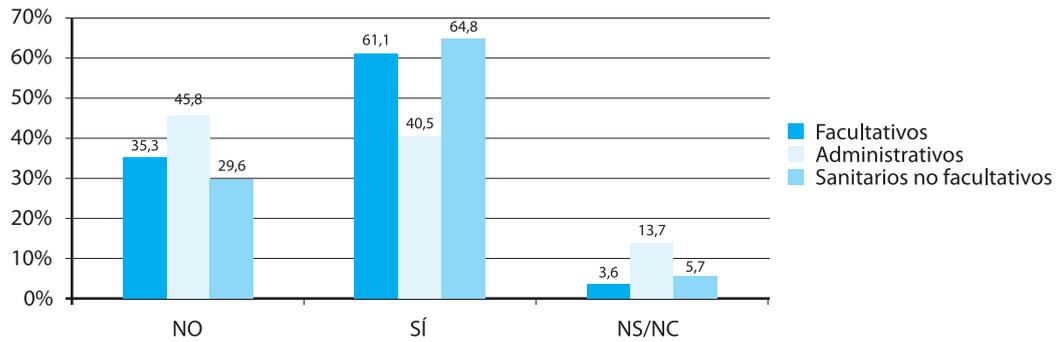
También lo hace el lugar donde desarrollan su trabajo ($p=0,000$), asumiéndose más esta práctica dentro de la Atención Especializada.

Gráfico 73. **Respuestas sobre dónde es habitual que los profesionales intercambian (comentan) información clínica sobre pacientes en presencia de terceras personas según lugar de trabajo (en %)**



Además, el grupo profesional tiene que ver con la respuesta ($p=0,000$), siendo los grupos profesionales sanitarios, tanto facultativos como no facultativos, los que en mayor medida admiten que se informa a pacientes en presencia de otras personas.

Gráfico 74. **Respuestas sobre dónde es habitual que los profesionales intercambian (comentan) información clínica sobre pacientes en presencia de terceras personas según grupos de profesionales (en %)**



c) **¿Consideras que los profesionales informan a los pacientes o allegados en presencia de terceras personas?** Casi el mismo porcentaje de encuestados responde a la pregunta positivamente y negativamente. El 46,7% responde que sí y el 45,6% responde que no cuando se trata de informar a los pacientes. Respecto a los allegados responden de forma similar: 47,2% dice que sí y el 38,5% que no.

Gráfico 75. **Respuestas sobre si los profesionales informan a los pacientes en presencia de terceras personas (en %)**

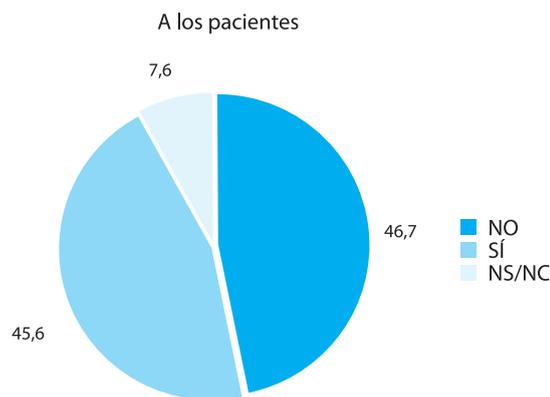


Gráfico 76. **Respuestas sobre si los profesionales informan a los allegados en presencia de terceras personas** (en %)



Dentro de estas respuestas hay una clara diferencia en relación con el lugar de trabajo, encontrando que los que contestan que sí pertenecen mayoritariamente a la Atención Especializada ($p=0,000$).

Gráfico 77. **Respuestas sobre si los profesionales informan a los pacientes en presencia de terceras personas según lugar de trabajo** (en %)

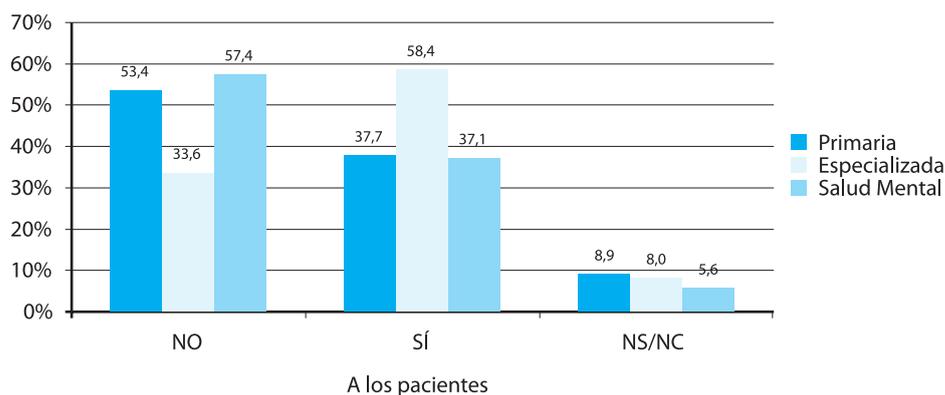
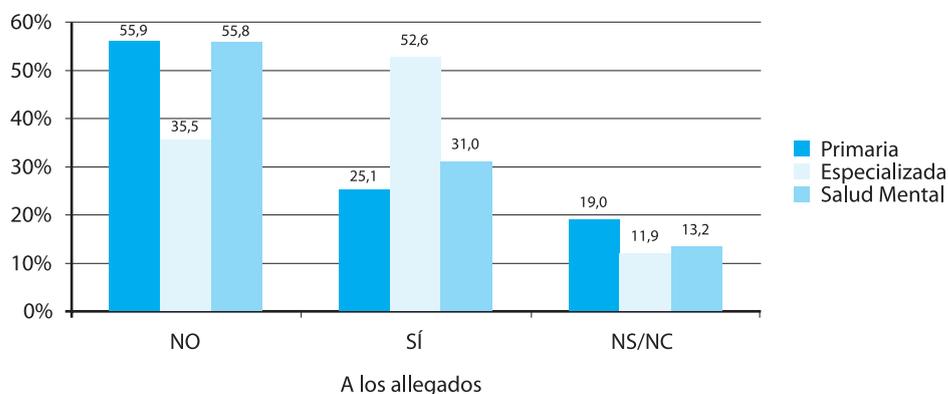


Gráfico 78. **Respuestas sobre si los profesionales informan a los allegados en presencia de terceras personas según lugar de trabajo** (en %)



Por grupo profesional también encontramos diferencias, siendo los grupos sanitarios —tanto facultativos como no facultativos— los que en mayor porcentaje responden que sí a esta cuestión ($p=0,000$).

Gráfico 79. Respuestas sobre si los profesionales informan a los pacientes en presencia de terceras personas según grupo profesional (en %)

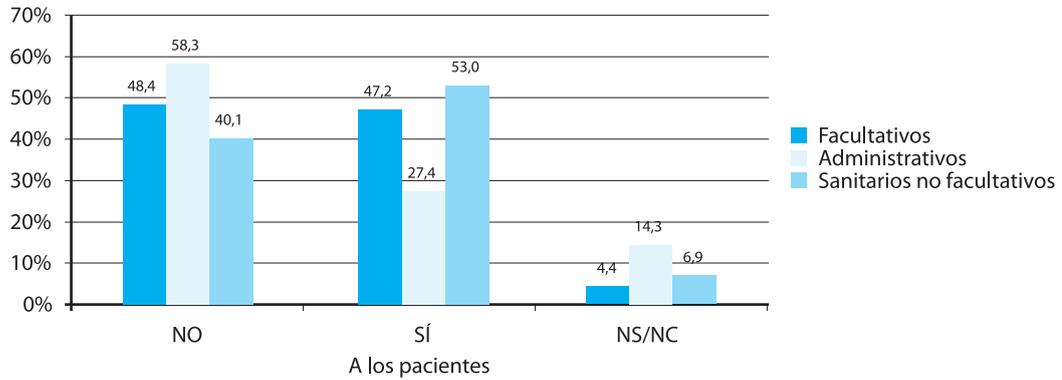
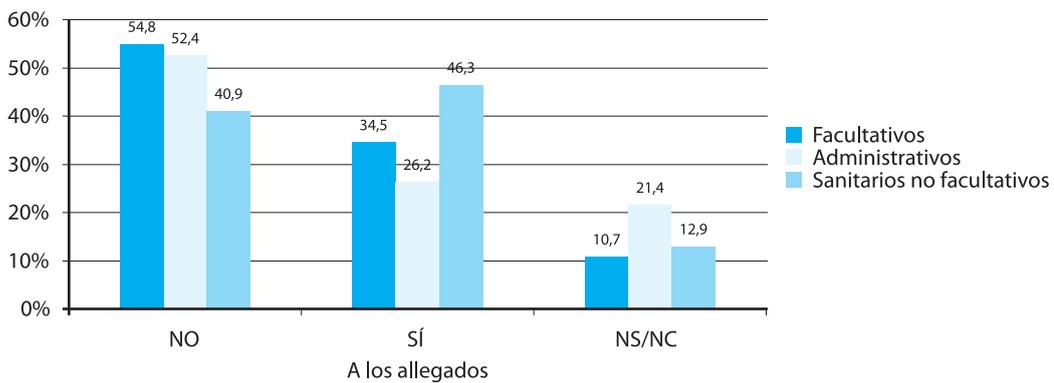
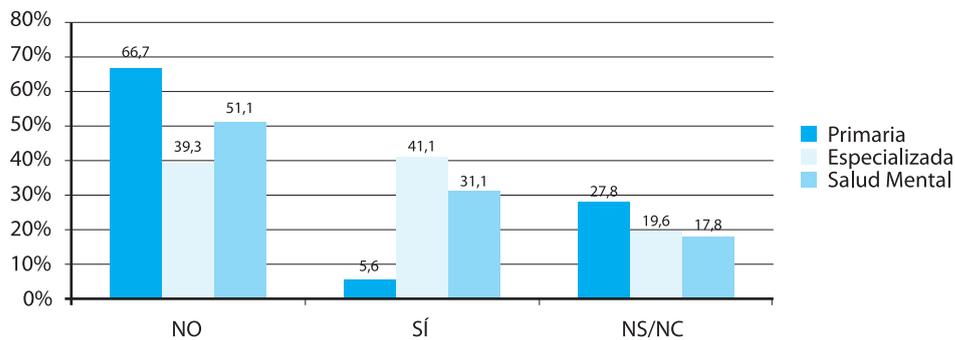


Gráfico 80. Respuestas sobre si los profesionales informan a los allegados en presencia de terceras personas según grupo profesional (en %)



Dentro del grupo de Facultativos no hallamos diferencias en relación a su ámbito laboral, pero sí las encontramos en el de Administrativos para la información a pacientes ($p=0,001$).

Gráfico 81. Respuestas sobre si los profesionales (administrativos) informan a los pacientes en presencia de terceras personas según lugar de trabajo (en %)



Y en el de Sanitarios no facultativos tanto para la información a pacientes ($p=0,004$) como a allegados ($p=0,000$).

Gráfico 82. Respuestas sobre si los profesionales (sanitarios no facultativos) informan a los pacientes en presencia de terceras personas según lugar de trabajo (en %)

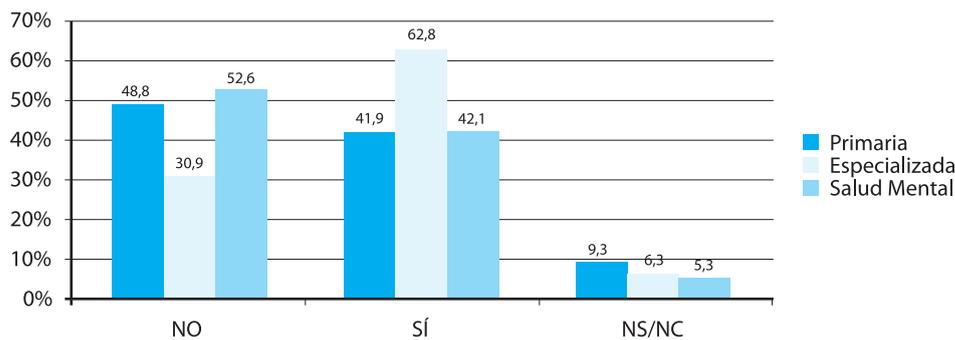
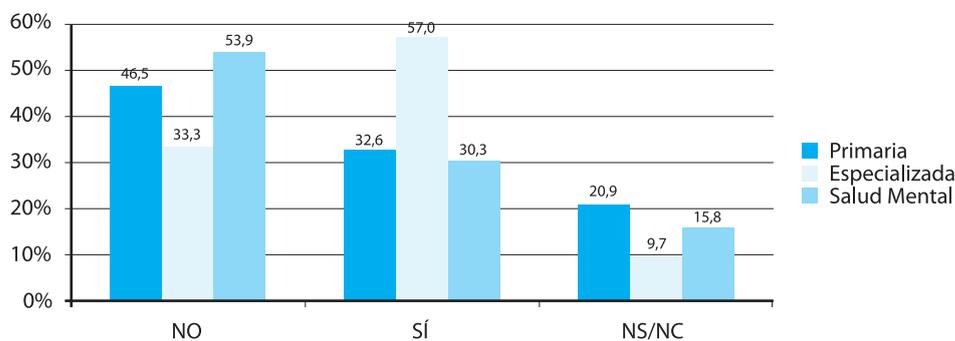
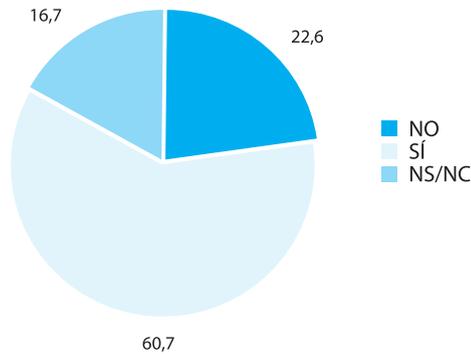


Gráfico 83. Respuestas sobre si los profesionales (sanitarios no facultativos) informan a los allegados en presencia de terceras personas según lugar de trabajo (en %)



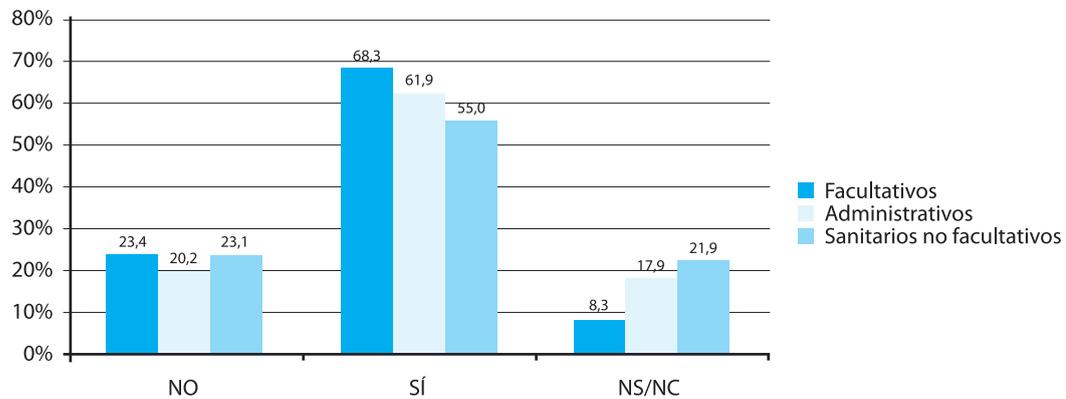
d) **¿Se pide algún tipo de identificación cuando se entregan documentos con información clínica sobre un paciente a otras personas que lo soliciten?** El 60,7% de los encuestados responden afirmativamente a la pregunta, pero un porcentaje no despreciable (22,6%) responde que no.

Gráfico 84. **Respuestas sobre si se pide algún tipo de identificación cuando se entregan documentos con información clínica sobre un paciente a otras personas que lo soliciten (en %)**



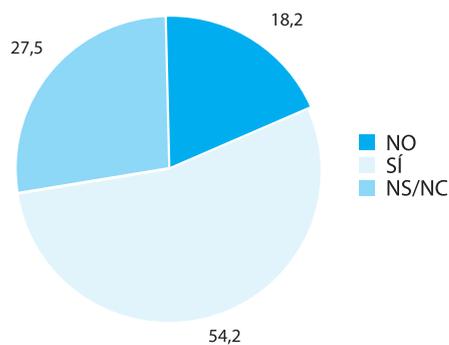
No existen diferencias en estas respuestas por edad o sexo, pero sí en relación al lugar de trabajo ($p=0,014$) y al grupo profesional ($p=0,000$).

Gráfico 85. **Respuestas sobre si se pide algún tipo de identificación cuando se entregan documentos con información clínica sobre un paciente a otras personas que lo soliciten por grupos profesionales (en %)**



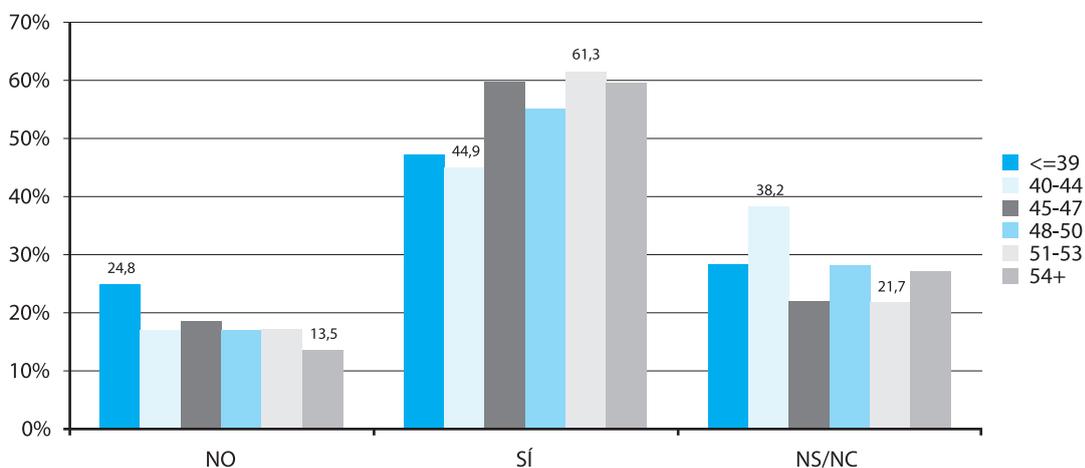
e) **¿Se recuerda a los alumnos en prácticas/residentes su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos?** El 54,2% asegura que sí se recuerda a los alumnos en prácticas o residentes su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos y un alto porcentaje (27,5%) marca la casilla NS/NC.

Gráfico 86. **Respuestas sobre si se recuerda a los alumnos en prácticas/residentes su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos (en %)**



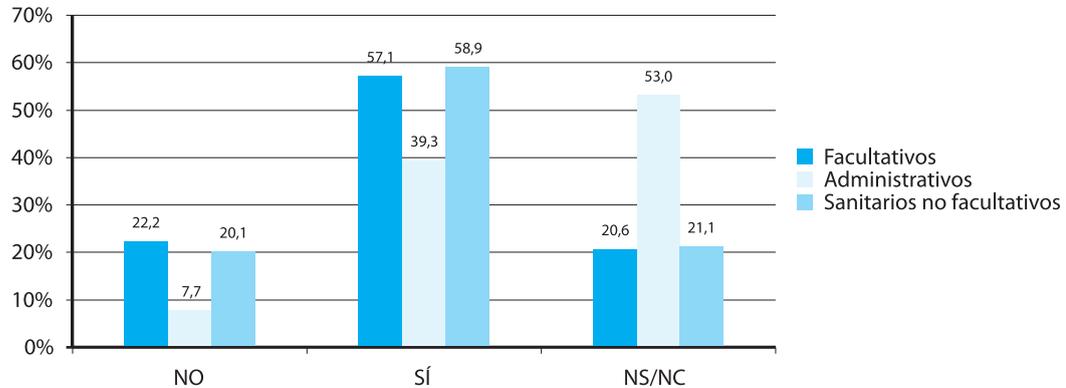
Aquí encontramos diferencias según la edad, siendo los más jóvenes (por debajo de 44 años) los que contestan afirmativamente en menor porcentaje ($p=0,03$).

Gráfico 87. **Respuestas sobre si se recuerda a los alumnos en prácticas/residentes su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos por grupos de edad (en %)**



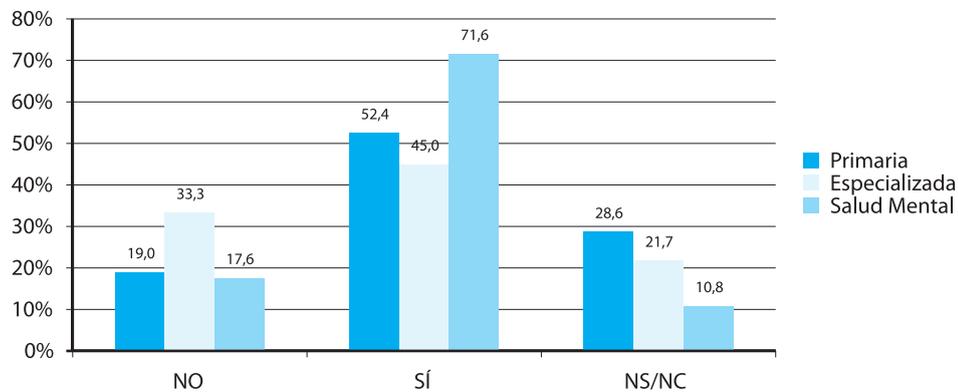
También vemos diferencias significativas en relación al grupo profesional ($p=0,000$).

Gráfico 88. Respuestas sobre si se recuerda a los alumnos en prácticas/residentes su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos por grupos profesionales (en %)



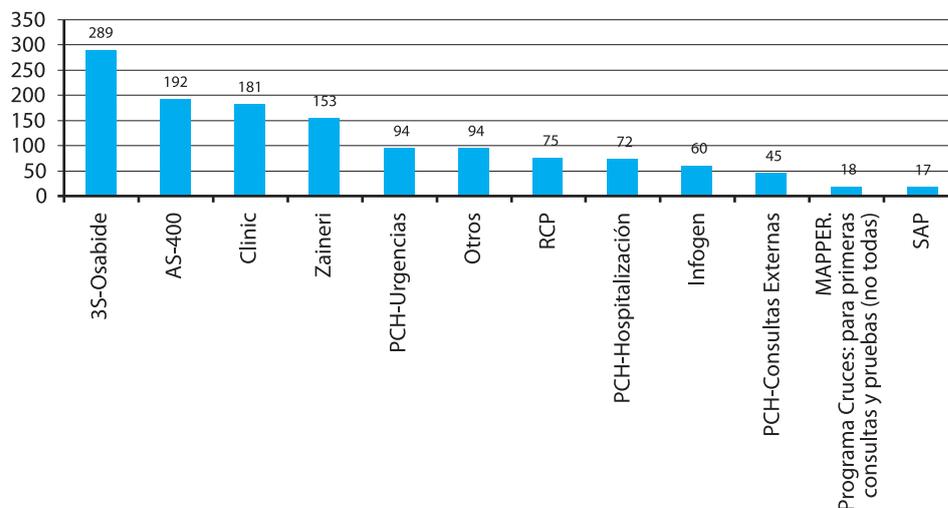
También dentro del grupo de Facultativos observamos diferencias según su lugar de trabajo, respondiendo el mayor porcentaje de «sí» los que trabajan en Salud Mental, y menos los que lo hacen en Atención Especializada ($p=0,010$).

Gráfico 89. Respuestas sobre si se recuerda a los alumnos en prácticas/residentes su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos según lugar de trabajo (en %)



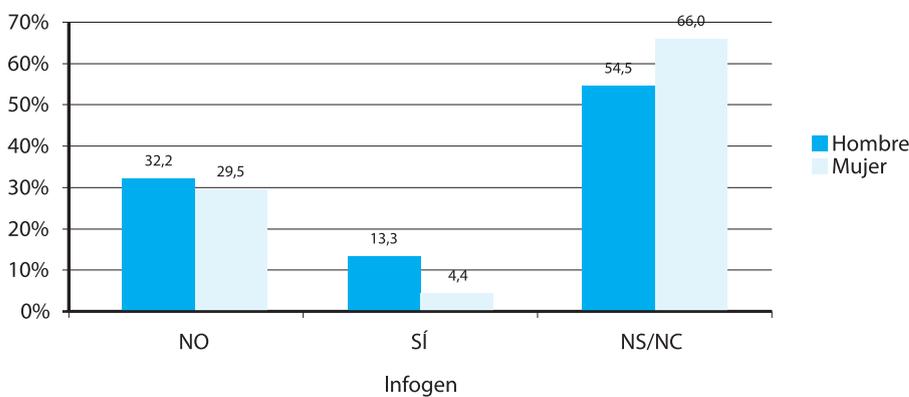
f) **De la siguiente lista de programas señala cuáles utilizas para el desarrollo de tu trabajo (respuesta múltiple).** El programa informático más utilizado por los encuestados es el 3S-Osabide, seguido del AS-400, Clinic y Zainieri.

Gráfico 90. **Respuestas sobre cual de la lista de programas es utilizada para el desarrollo de su trabajo**



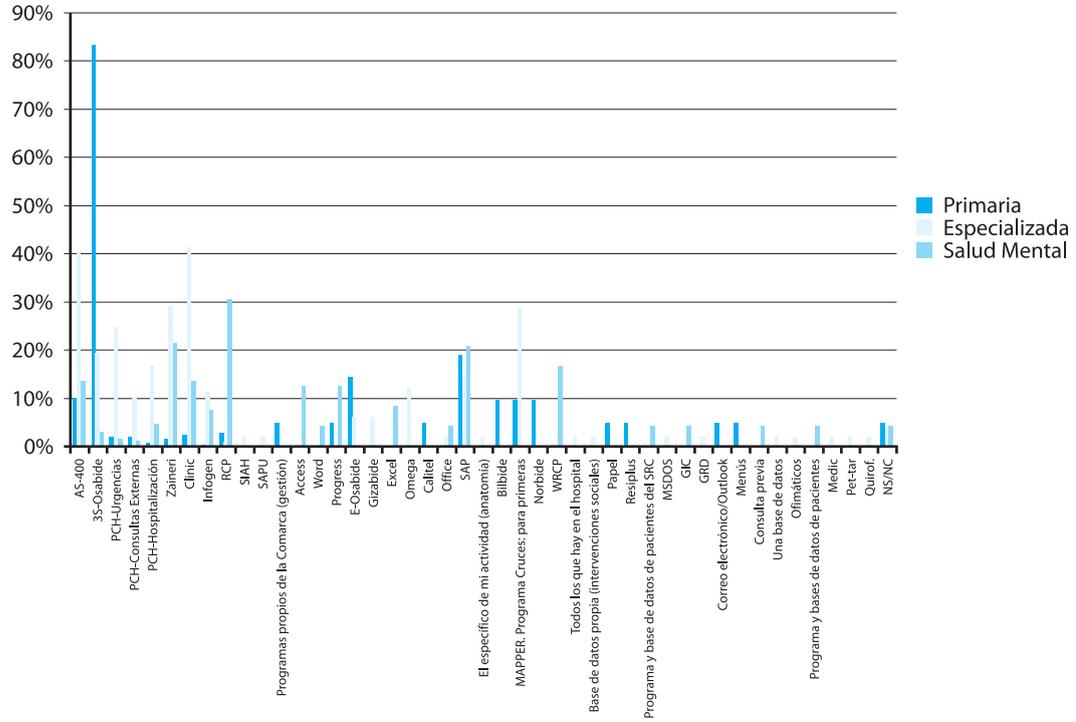
En esta pregunta, aunque existen diferencias significativas en relación con la edad o el sexo, no las hemos tenido en cuenta ya que probablemente esto tenga que ver más con el ámbito laboral o con el grupo profesional. Únicamente cabe destacar la utilización del «Infogen» en mayor medida por hombres que por mujeres, algo que no ocurre en el resto ($p=0,000$).

Gráfico 91. **Respuestas sobre cual de la lista de programas es utilizada para el desarrollo de su trabajo según sexo (en %)**



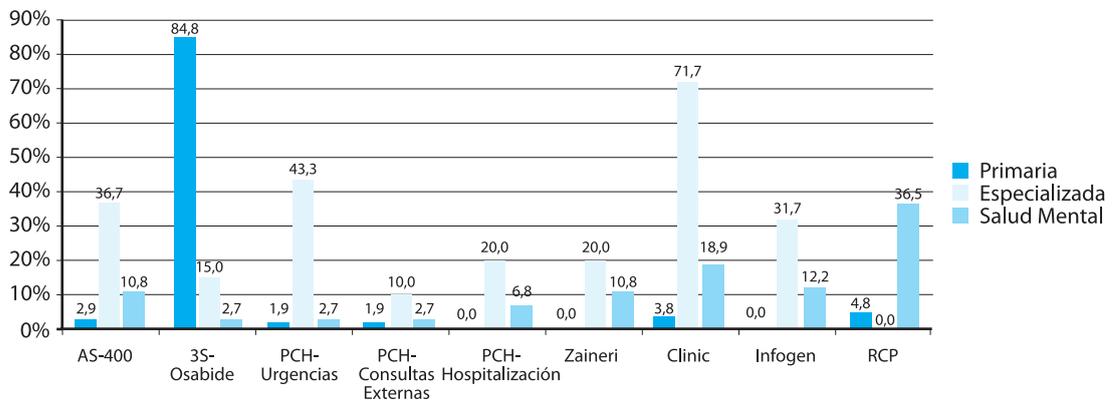
Por lugar de trabajo, los programas más utilizados son:

Gráfico 92. Respuestas sobre cual de la lista de programas es utilizada para el desarrollo de su trabajo según lugar de trabajo (en %)



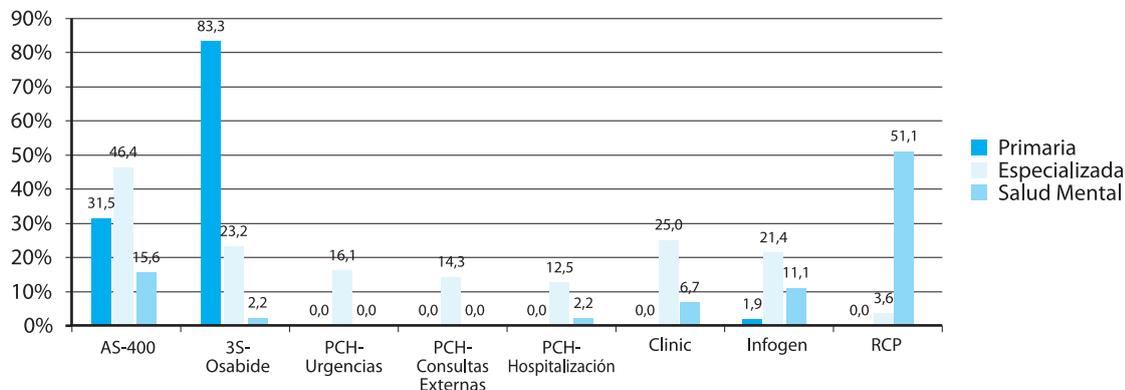
No existen diferencias significativas en relación al grupo profesional, pero sí en éstos según su ámbito laboral. Así tenemos, para el grupo de Facultativos:

Gráfico 93. Respuestas sobre cual de la lista de programas es utilizada para el desarrollo de su trabajo según ámbito laboral (grupo de facultativos) (en %)



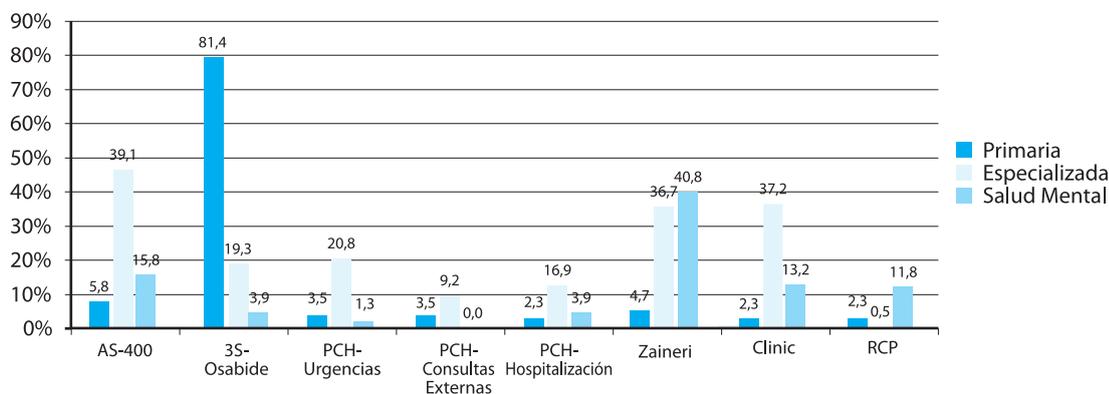
Ocurre lo mismo para el grupo de Administrativos:

Gráfico 94. Respuestas sobre cual de la lista de programas es utilizada para el desarrollo de su trabajo según ámbito laboral (grupo de administrativos)(en %)



y para el de Sanitarios no facultativos:

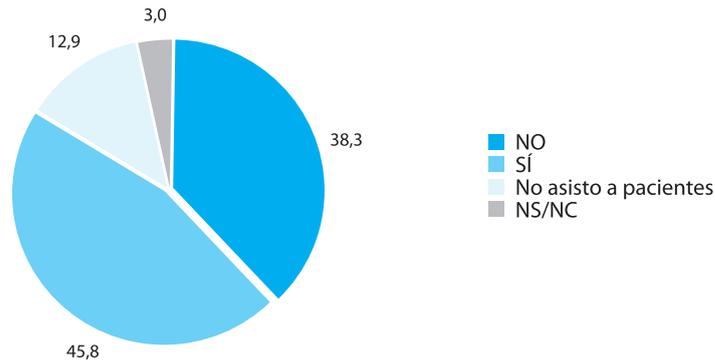
Gráfico 95. Respuestas sobre cual de la lista de programas es utilizada para el desarrollo de su trabajo según ámbito laboral (grupo de sanitarios no facultativos)(en %)



4.4.3. Opiniones

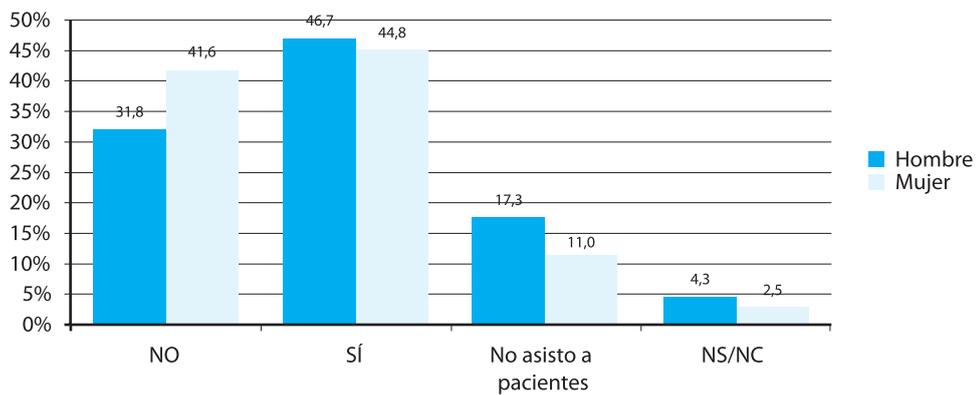
a) **¿En las condiciones en que habitualmente desarrollas tu trabajo, te resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad?** A casi a la mitad de los encuestados (45,8%) les resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad en las condiciones en que habitualmente desarrollan su trabajo, aunque es reseñable que el 38,3% opine lo contrario.

Gráfico 96. **Respuestas sobre si resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad, en las condiciones en que habitualmente desarrollas tu trabajo (en %)**



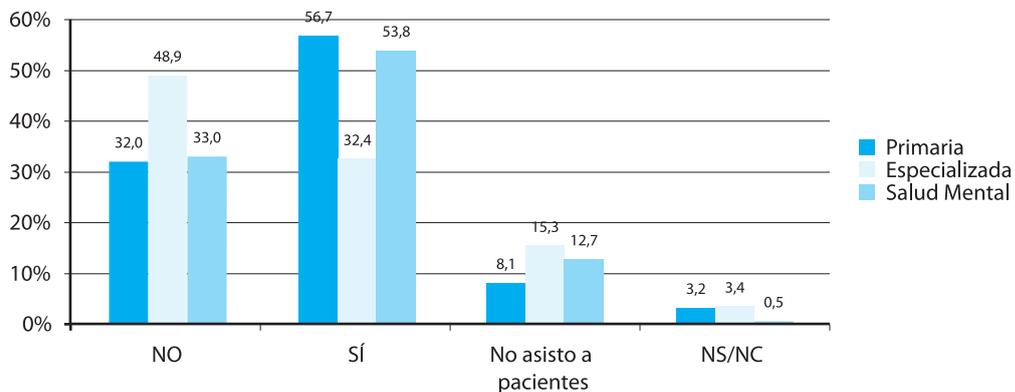
No existen diferencias en relación con la edad de los que responden, pero sí con su sexo ($p=0,008$).

Gráfico 97. **Respuestas sobre si resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad, en las condiciones en que habitualmente desarrollas tu trabajo según sexo (en %)**



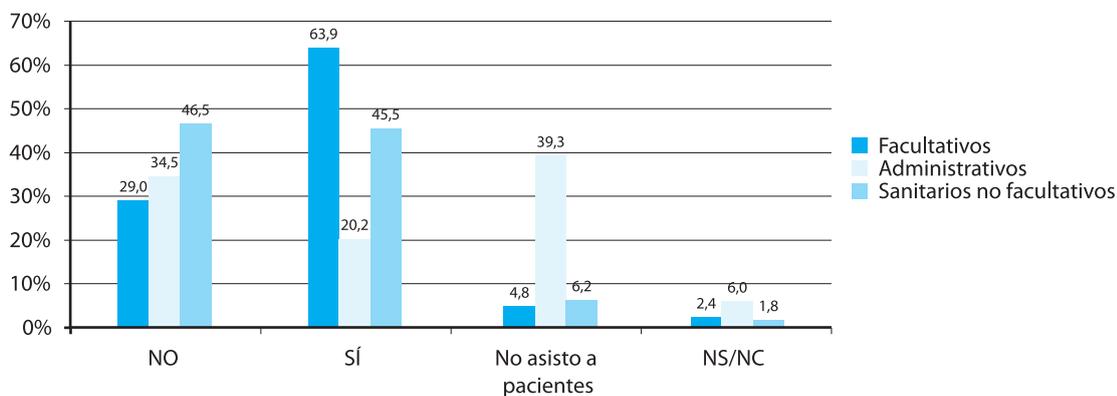
El lugar de trabajo también es importante para garantizar las condiciones de confidencialidad, siendo más difícil para los que lo hacen en Atención Especializada ($p=0,000$).

Gráfico 98. **Respuestas sobre si resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad, en las condiciones en que habitualmente desarrollas tu trabajo según ámbito laboral (en %)**



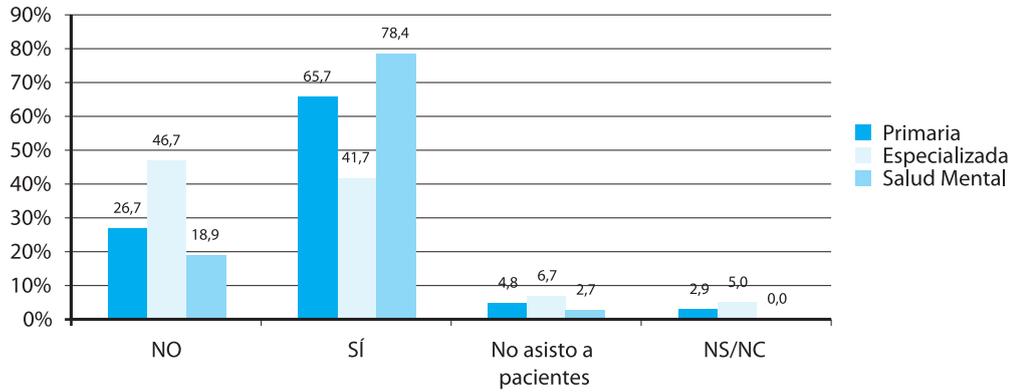
También el grupo profesional es importante a la hora de poder trabajar con las suficientes garantías de confidencialidad ($p=0,000$).

Gráfico 99. **Respuestas sobre si resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad, en las condiciones en que habitualmente desarrollas tu trabajo según grupos laborales (en %)**



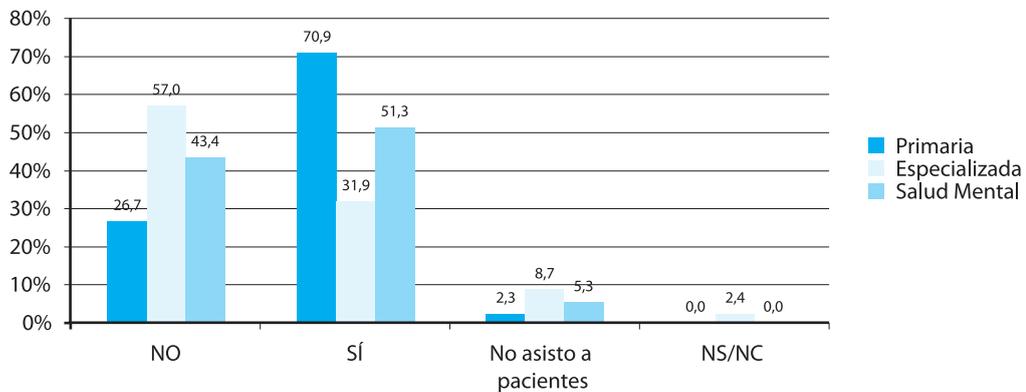
Dentro del grupo de facultativos, el lugar en el que desarrollan su trabajo los encuestados es determinante a la hora de garantizar la confidencialidad ($p=0,002$).

Gráfico 100. Respuestas sobre si resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad, en las condiciones en que habitualmente desarrollas tu trabajo según grupo de facultativos en el ámbito laboral (en %)



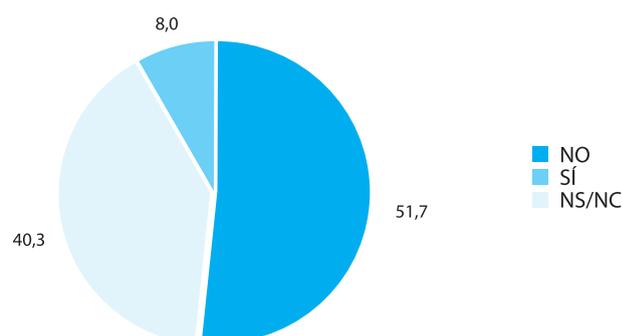
También ocurre lo mismo en el grupo de Sanitarios no facultativos ($p=0,000$), como se puede ver en el gráfico siguiente, pero no en el de Administrativos.

Gráfico 101. Respuestas sobre si resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad, en las condiciones en que habitualmente desarrollas tu trabajo según grupo de sanitarios no facultativos, en el ámbito laboral (en %)



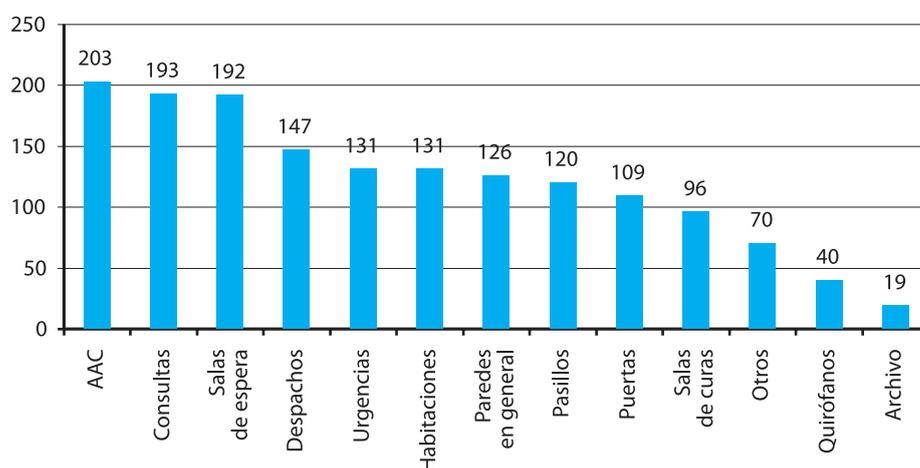
b) **¿Consideras que el diseño arquitectónico de tu lugar de trabajo se adecua a las condiciones mínimas requeridas para garantizar la confidencialidad de la información clínica? ¿Qué lugares o elementos necesitan mejorar?** En cuanto al diseño arquitectónico, hay opiniones dispares puesto que el 40,3% dice que se adecua a las condiciones mínimas requeridas para garantizar la confidencialidad de la información clínica, mientras que el 51,7% responde que no.

Gráfico 102. **Respuestas sobre si consideras que el diseño arquitectónico de tu lugar de trabajo se adecua a las condiciones mínimas requeridas para garantizar la confidencialidad de la información clínica (en %)**



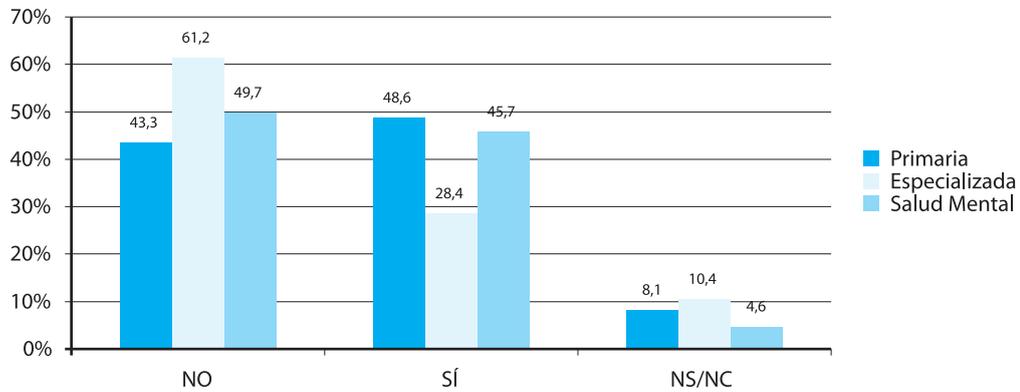
A los que responden negativamente se les pide que indiquen cuáles son los lugares o elementos que necesitan mejorar y los que mayor número de respuesta obtienen son, en este orden, las AACs, consultas y salas de espera.

Gráfico 103. **Respuestas sobre cuáles son los lugares o elementos que necesitan mejorar**



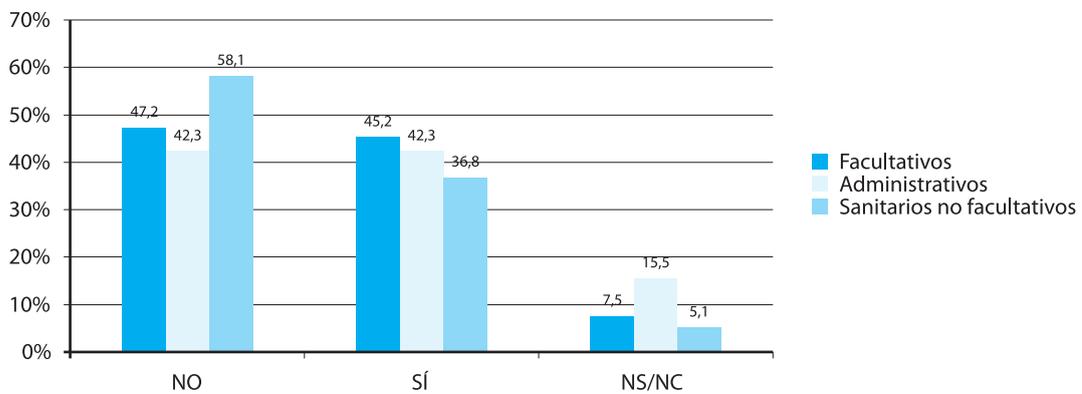
En esta opinión no influyen el sexo ni la edad, pero sí el lugar en que desarrollan su trabajo ($p=0,000$).

Gráfico 104. **Respuestas sobre cuáles son los lugares o elementos que necesitan mejorar según ámbito laboral (en %)**



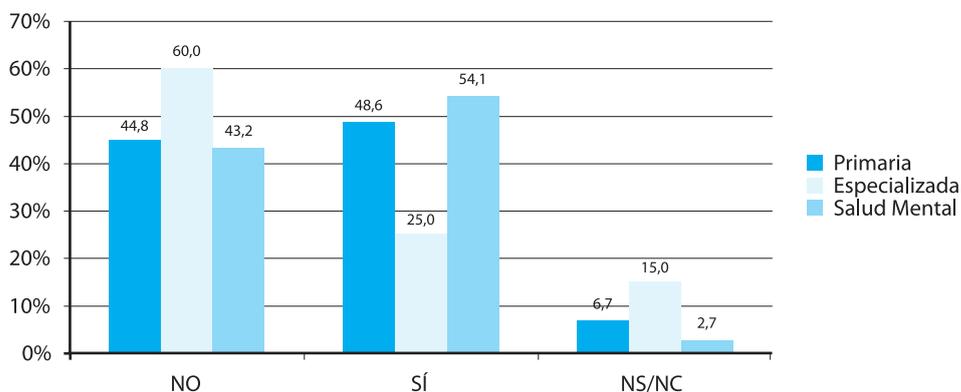
y el grupo profesional al que pertenecen ($p=0,004$).

Gráfico 105. **Respuestas sobre cuáles son los lugares o elementos que necesitan mejorar según grupo profesional (en %)**



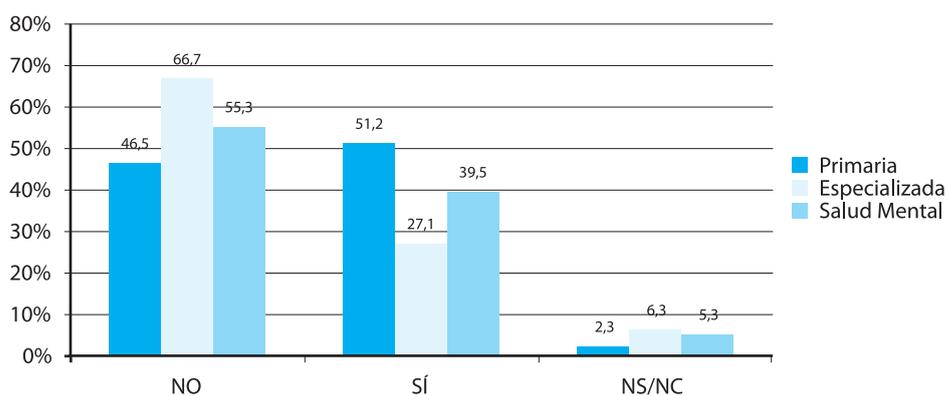
Para el grupo de Facultativos también encontramos diferencias según el lugar en que desarrollan su trabajo ($p=0,005$).

Gráfico 106. **Respuestas sobre cuáles son los lugares o elementos que necesitan mejorar según grupo facultativos en el ámbito laboral (en %)**



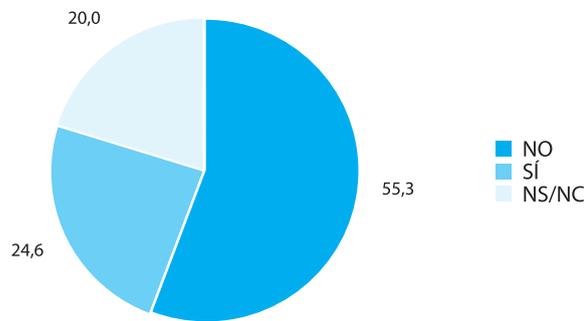
Al igual que para los Sanitarios no facultativos ($p=0,005$) en el que encontramos una gráfica muy similar.

Gráfico 107. **Respuestas sobre cuáles son los lugares o elementos que necesitan mejorar según grupo sanitarios no facultativos en el ámbito laboral (en %)**



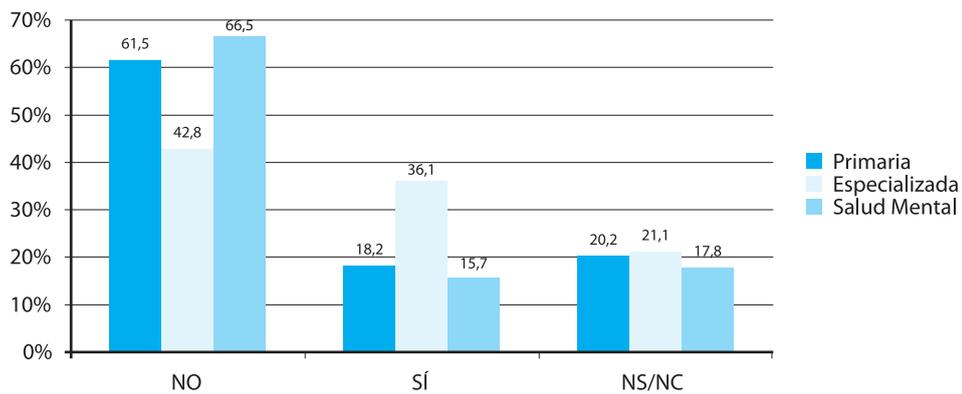
c) **¿En tu lugar de trabajo hay personas que aunque no estén autorizadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica, acceden a ella?** Es inquietante que el 24,6% reconozca que en su lugar de trabajo hay personas que aunque no estén autorizadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica accedan a ella y sólo la mitad (55,3%) opine lo contrario.

Gráfico 108. **Respuestas sobre si en tu lugar de trabajo hay personas que aunque no estén autorizadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica, acceden a ella (en %)**



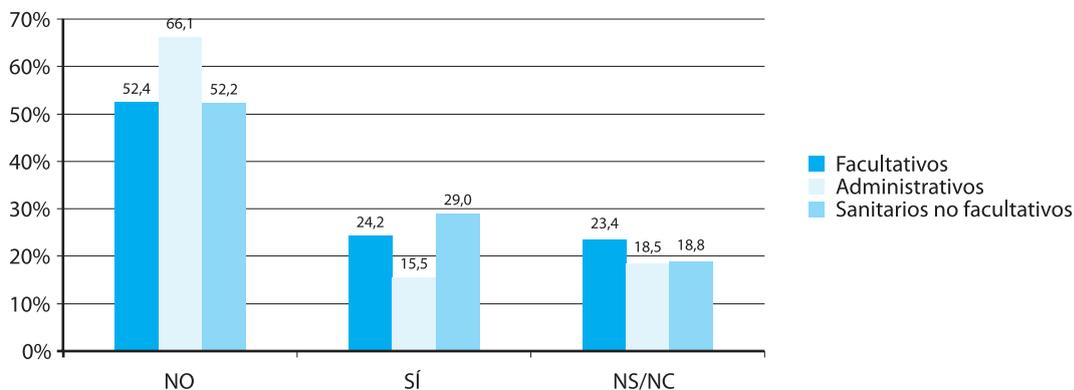
Aquí no existen tampoco diferencias en relación con sexo o edad. Sí las encontramos según sea el ámbito laboral ($p=0,000$),

Gráfico 109. **Respuestas sobre si en tu lugar de trabajo hay personas que aunque no estén autorizadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica, acceden a ella según ámbito laboral (en %)**



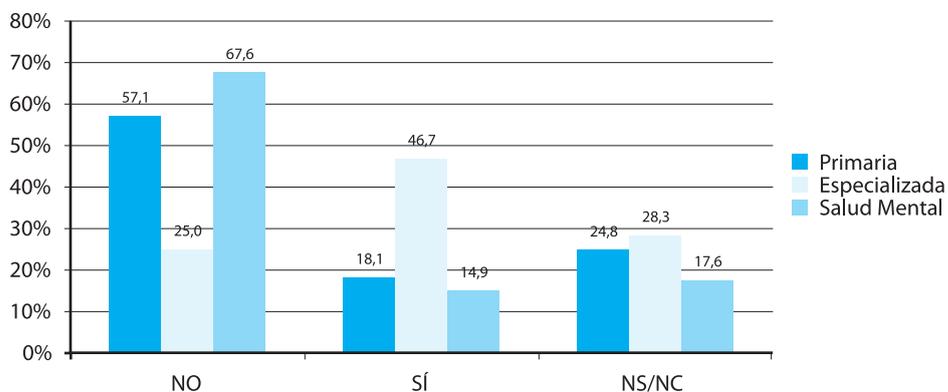
o el grupo profesional de los encuestados ($p=0,004$).

Gráfico 110. **Respuestas sobre si en tu lugar de trabajo hay personas que aunque no estén autorizadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica, acceden a ella según grupo profesional (en %)**



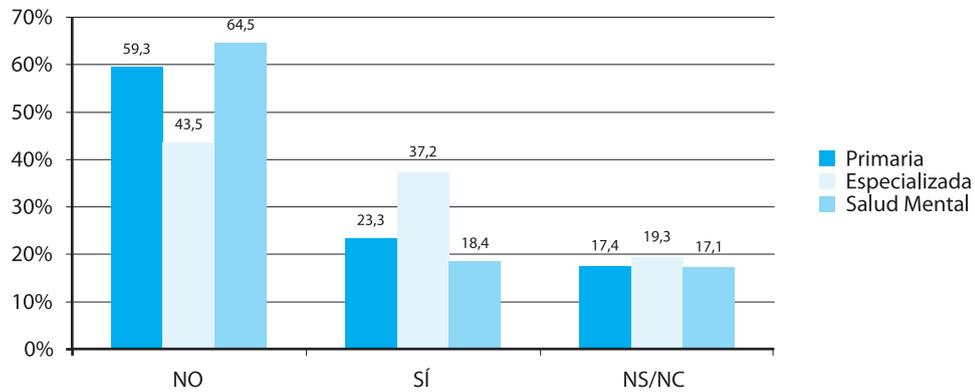
Para el grupo de Facultativos también es importante el lugar de trabajo ($p=0,000$) a la hora de responder a esta pregunta,

Gráfico 111. **Respuestas sobre si en tu lugar de trabajo hay personas que aunque no estén autorizadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica, acceden a ella el grupo facultativos según el lugar de trabajo (en %)**



así como para el de Sanitarios no facultativos ($p=0,017$).

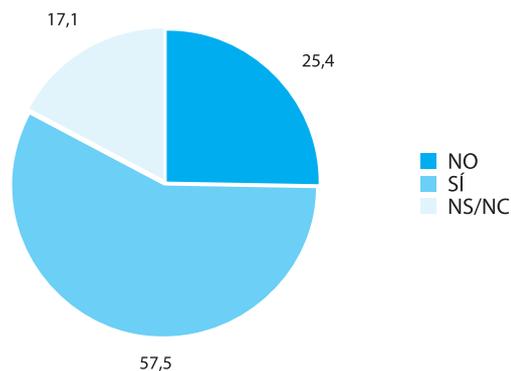
Gráfico 112. Respuestas sobre si en tu lugar de trabajo hay personas que aunque no estén autorizadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica, acceden a ella el grupo sanitarios no facultativos según el lugar de trabajo (en %)



Ambos grupos —Facultativos y Sanitarios no facultativos— destacan la Atención Especializada como el ámbito en el que más personas no autorizadas acceden a los datos de la historia clínica.

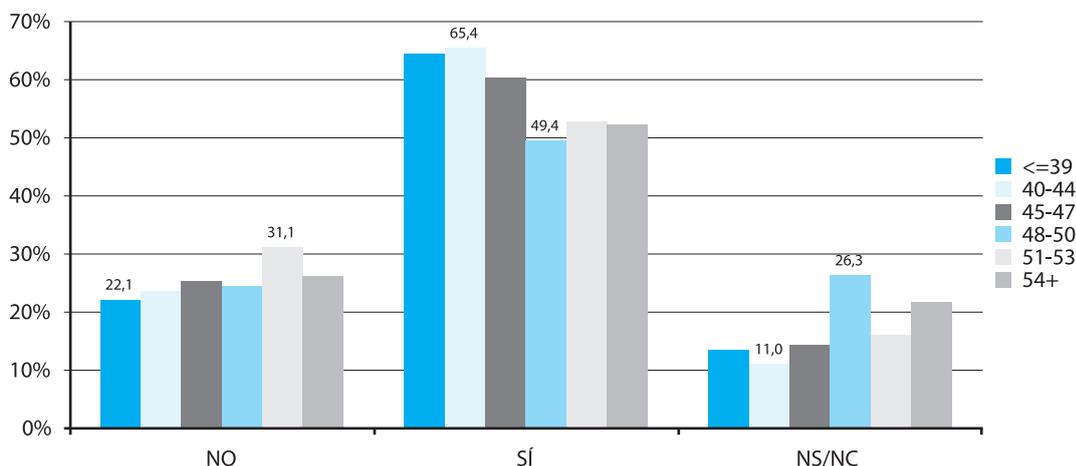
d) ¿Cuando acudes como paciente a las instalaciones de Osakidetza, has percibido que se respeta la confidencialidad de tu historia clínica? La mayoría (57,5%) de los profesionales que acuden como paciente a las instalaciones de Osakidetza perciben que se respeta la confidencialidad de su historia clínica, pero hay que señalar que un no desdeñable 25,4% no lo percibe así.

Gráfico 113. Respuestas sobre si cuando acudes como paciente a las instalaciones de Osakidetza, has percibido que se respeta la confidencialidad de tu historia clínica (en %)



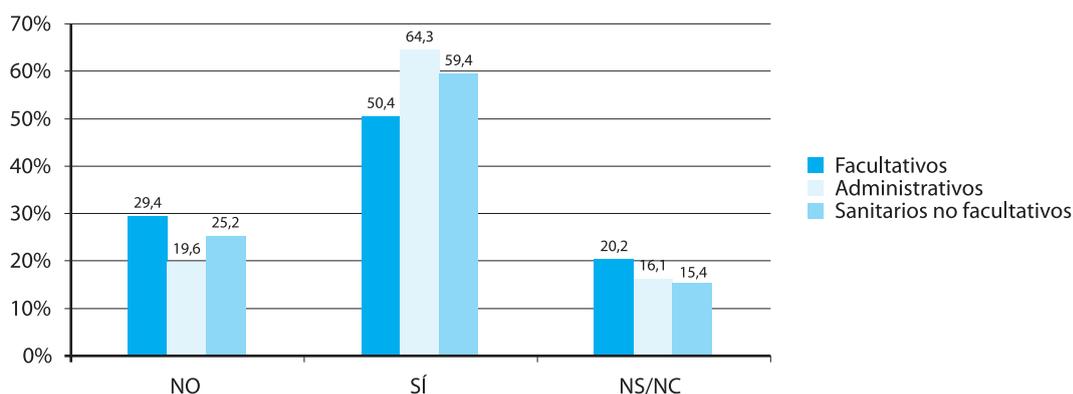
Esta percepción no varía en relación con el sexo pero sí con la edad, sintiéndose más vulnerables los encuestados mayores de 48 años $p=0,016$).

Gráfico 114. **Respuestas sobre si cuando acudes como paciente a las instalaciones de Osakidetza, has percibido que se respeta la confidencialidad de tu historia clínica según edad (en %)**



También encontramos diferencias para los distintos grupos profesionales ($p=0,045$), siendo los Facultativos los que sienten que se respeta menos la confidencialidad de su historia.

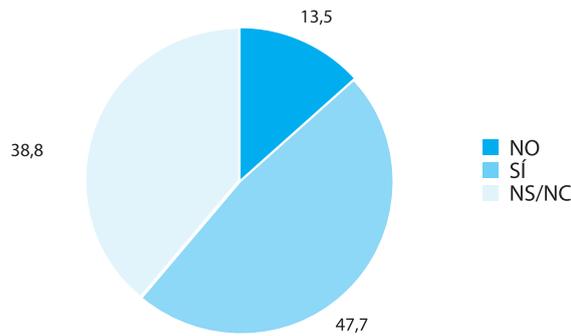
Gráfico 115. **Respuestas sobre si cuando acudes como paciente a las instalaciones de Osakidetza, has percibido que se respeta la confidencialidad de tu historia clínica grupos profesionales (en %)**



No hemos encontrado diferencias significativas en relación al lugar de trabajo.

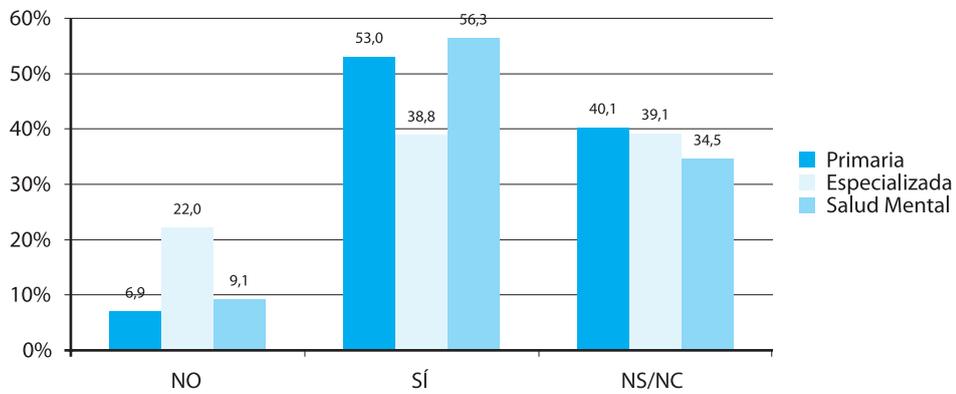
e) **¿Consideras que los alumnos en prácticas/residentes cumplen su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos?** El 38,8% no saben o no contestan si los alumnos en prácticas y residentes cumplen su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos. El 47,7% cree que sí cumplen con su obligación, y el 13,5% opina que no.

Gráfico 116. **Respuestas sobre si los alumnos en prácticas/residentes cumplen su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos (en %)**



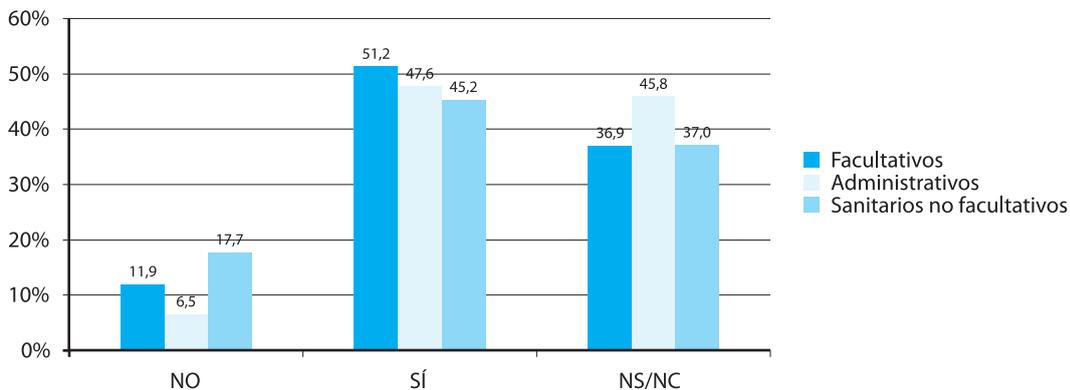
Esta percepción varía en relación al ámbito laboral en que se pregunte ($p=0,000$).

Gráfico 117. **Respuestas sobre si los alumnos en prácticas/residentes cumplen su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos según ámbito laboral (en %)**



siendo los mas escépticos en este aspecto el grupo de Sanitarios no facultativos ($p=0,004$).

Gráfico 118. **Respuestas sobre si los alumnos en prácticas/residentes cumplen su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos según grupos profesionales (en %)**



Comparando cada grupo profesional según su lugar de trabajo, encontramos diferencias significativas dentro del grupo de Facultativos ($p=0,004$) y de Sanitarios no facultativos ($p=0,004$). En ambos casos destaca la Atención Especializada como el ámbito laboral en el que menos confianza se tiene en la actitud confidencial de los alumnos y residentes.

Gráfico 119. **Respuestas sobre si los alumnos en prácticas/residentes cumplen su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos el grupo de facultativos según su ámbito laboral (en %)**

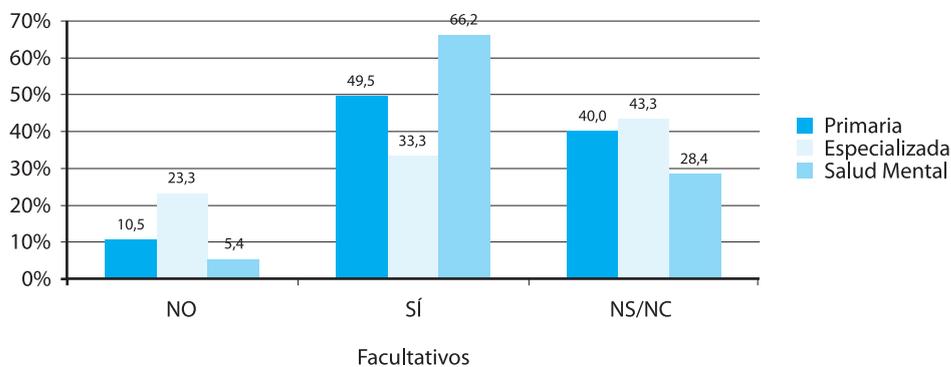
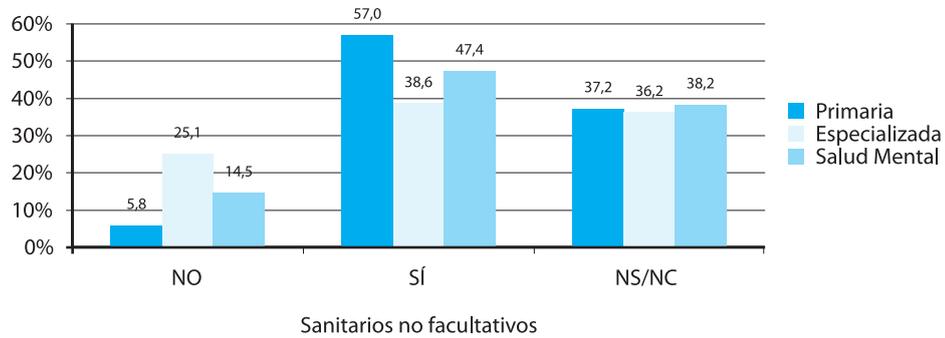
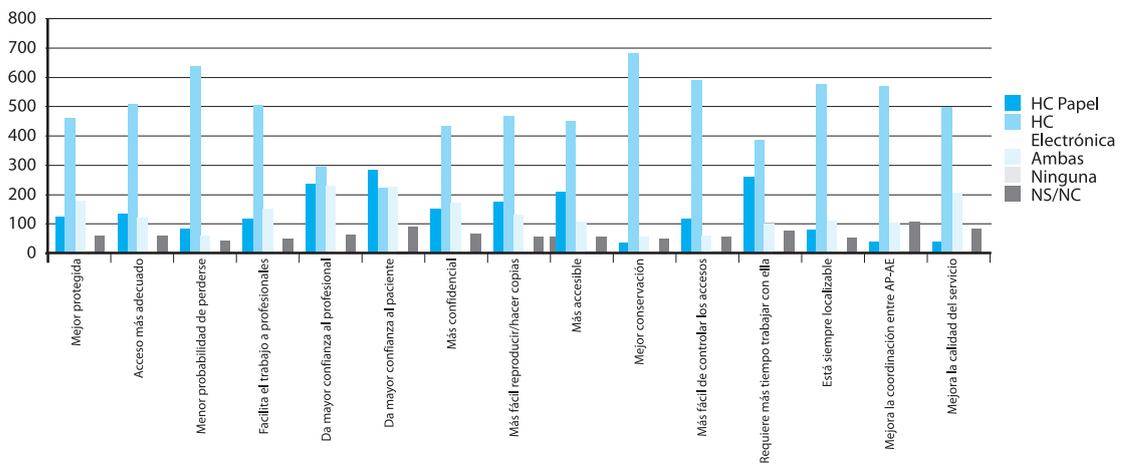


Gráfico 120. **Respuestas sobre si los alumnos en prácticas/residentes cumplen su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos el grupo de sanitarios no facultativos según su ámbito laboral(en %)**



f) **Según tú ¿a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características?** En todas las opciones, excepto en «Da mayor confianza al paciente» es la historia clínica electrónica la más votada. Vemos los resultados del grupo general en el siguiente gráfico:

Gráfico 121. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características**

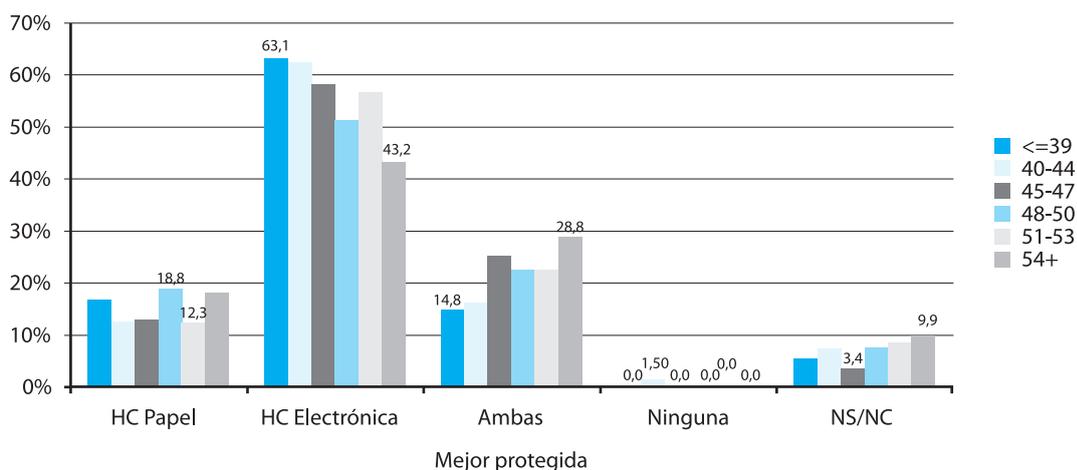


Algunas de las características de la historia electrónica y la de papel tienen distintas valoraciones si las relacionamos con la edad, sexo, lugar de trabajo o grupo profesional. Valorando cada aspecto de los que diferencian ambos tipos de historias encontramos:

1. Mejor protegida

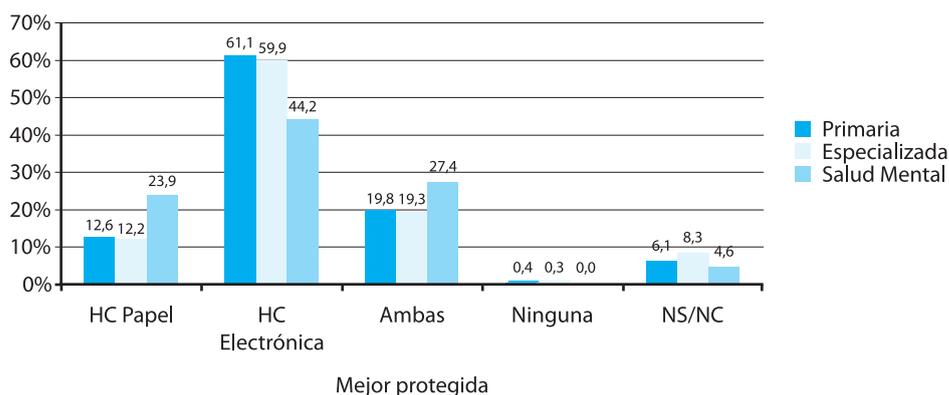
Existen valoraciones diferentes según la edad, lugar de trabajo o grupo profesional.

Gráfico 122. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (mejor protegida) según la edad (en %)**



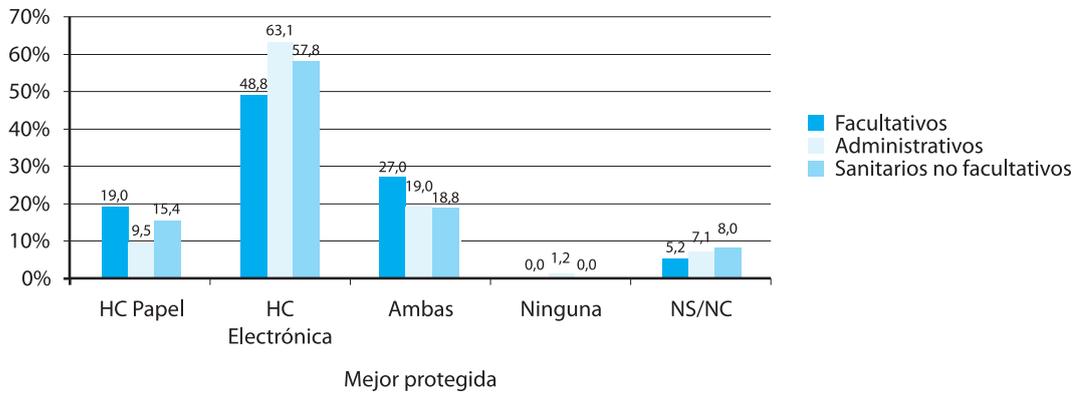
$p=0,026$

Gráfico 123. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (mejor protegida) según ámbito laboral (en %)**



$p=0,003$

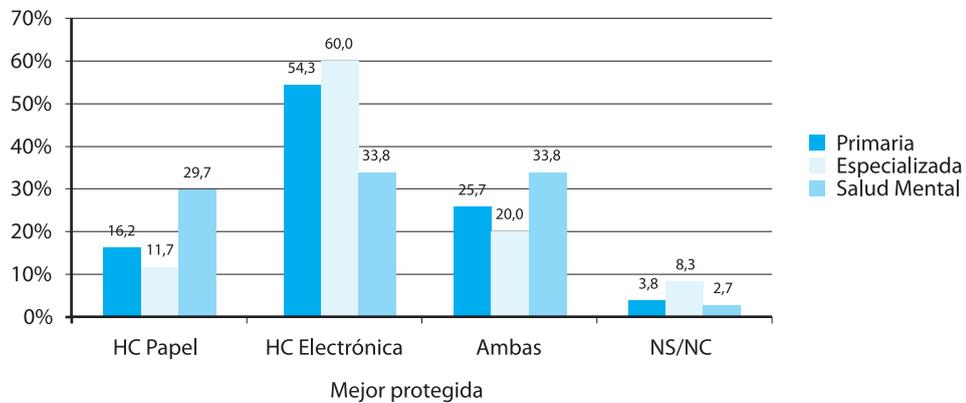
Gráfico 124. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (mejor protegida) según grupos profesionales (en %)**



$p=0,002$

Dentro ya del grupo de Facultativos, también existen diferencias significativas según el ámbito laboral de éstos.

Gráfico 125. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (mejor protegida) del grupo de facultativos según ámbito laboral (en %)**

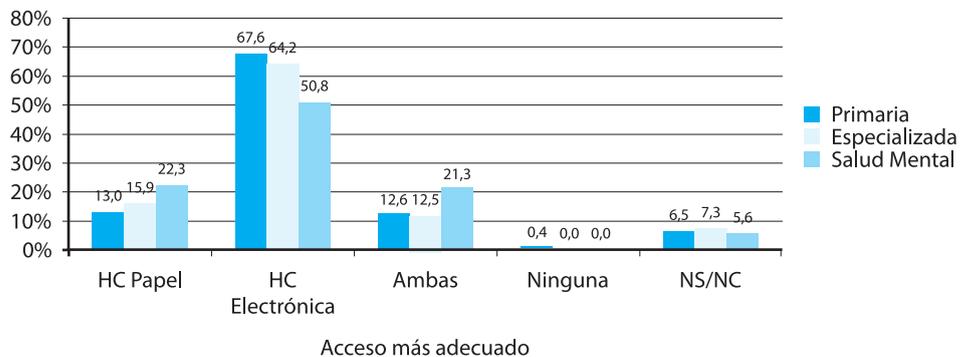


$p=0,024$

2. Acceso más adecuado

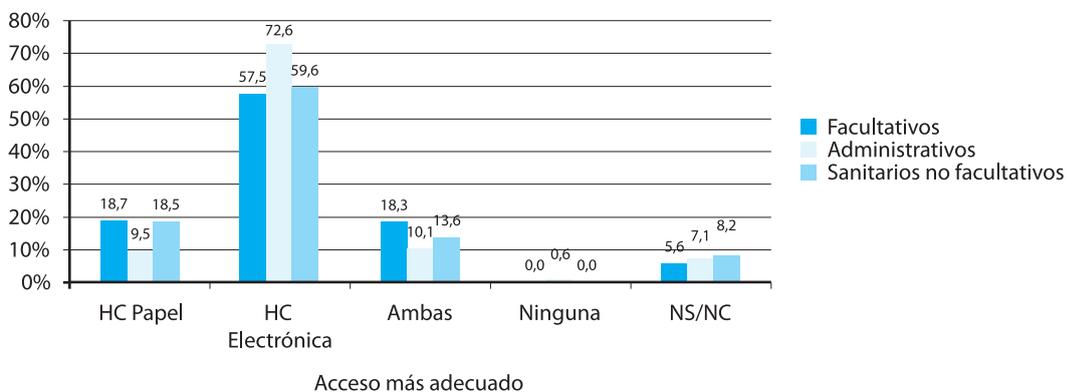
Aquí las diferencias tienen que ver con el lugar de trabajo y el grupo profesional.

Gráfico 126. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (acceso más adecuado) según ámbito laboral (en %)**



$p=0,003$

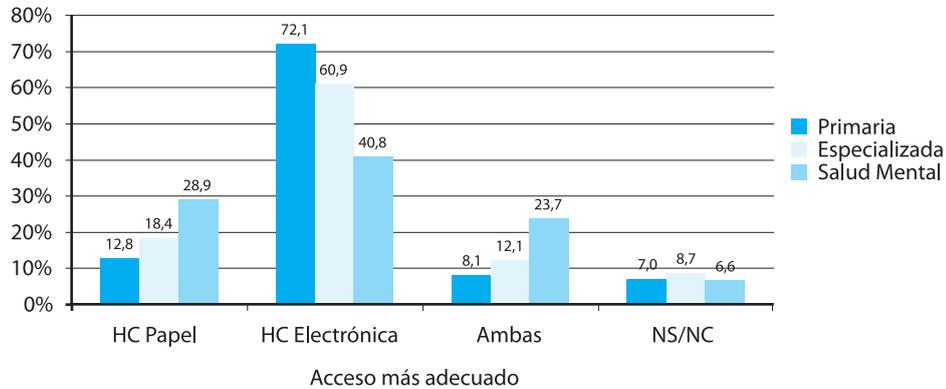
Gráfico 127. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (acceso más adecuado) según grupos profesionales (en %)**



$p=0,007$

También entre los Sanitarios no facultativos vemos diferencias según su lugar de trabajo:

Gráfico 128. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (acceso más adecuado) entre los sanitarios no facultativos según ámbito laboral (en %)



$p=0,010$

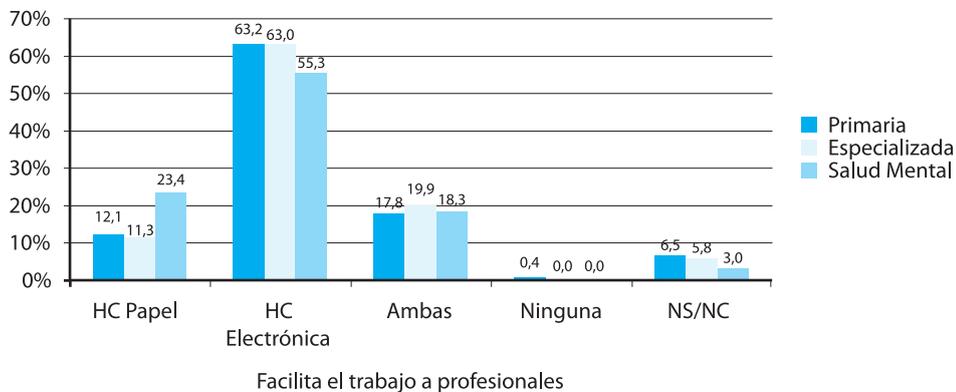
3. Menor probabilidad de perderse

En este aspecto no encontramos diferencias entre ninguno de los grupos, siendo una importante mayoría la que piensa que es la historia electrónica la que tiene menos probabilidades de perderse (52,7% frente al 18,45%).

4. Facilita el trabajo a los profesionales

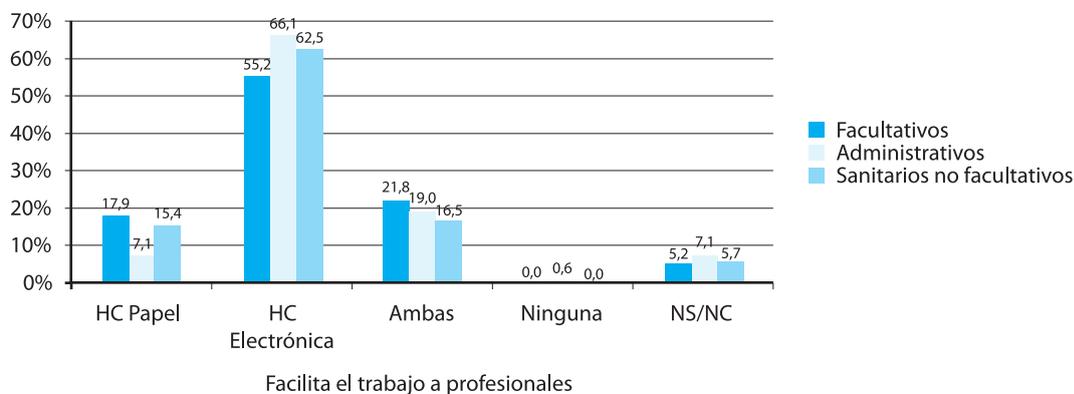
Las diferencias aquí tienen que ver con el lugar de trabajo y con el grupo profesional al que pertenezcan los encuestados.

Gráfico 129. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (facilita el acceso a profesionales) según ámbito laboral (en %)



$p=0,018$

Gráfico 130. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (facilita el acceso a profesionales) según grupos profesionales (en %)**

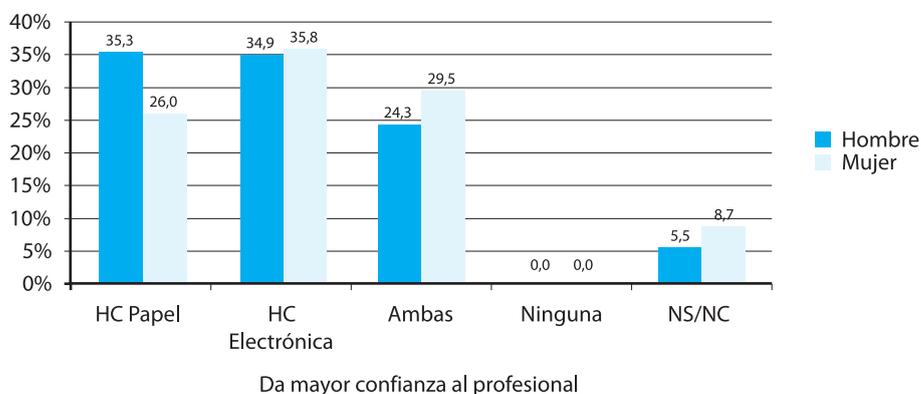


$p=0,024$

5. Da mayor confianza al profesional

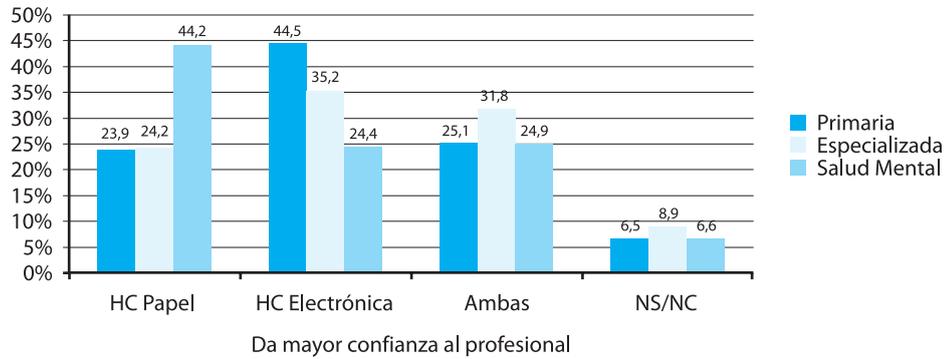
Además del lugar de trabajo y el grupo profesional, esta respuesta también está condicionada por el sexo de los encuestados.

Gráfico 131. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al profesional) según sexo (en %)**



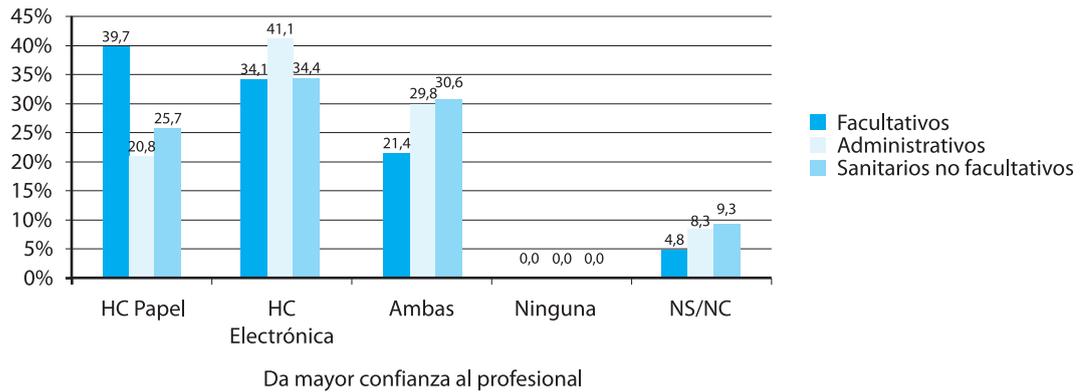
$p=0,025$

Gráfico 132. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al profesional) según ámbito laboral (en %)**



$p=0,000$

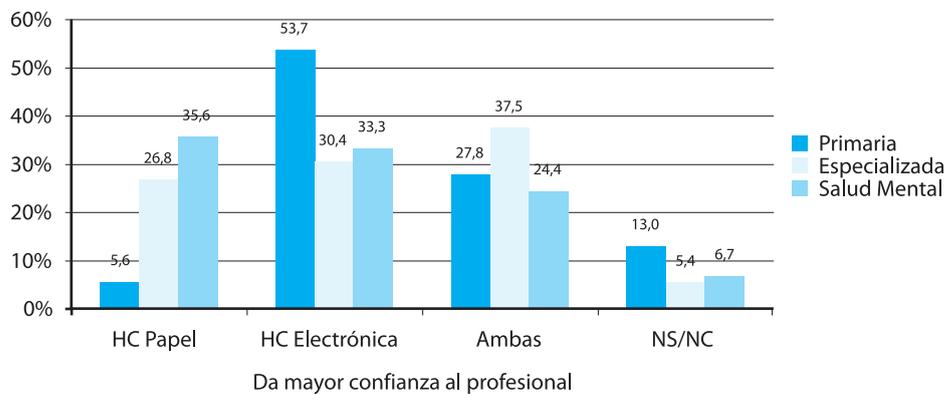
Gráfico 133. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al profesional) según grupos profesionales (en %)**



$p=0,000$

Dentro del grupo de Administrativos tenemos también diferencias según su lugar de trabajo:

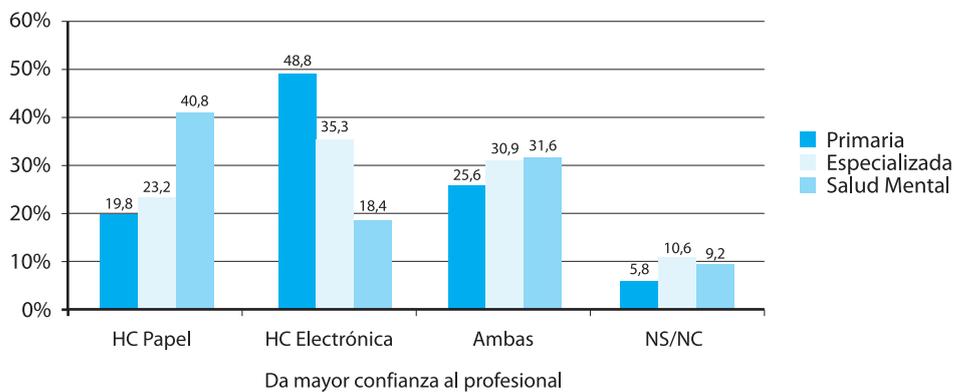
Gráfico 134. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al profesional) del grupo de administrativos según ámbito laboral (en %)



$p=0,014$

Lo mismo ocurre con el grupo de Sanitarios no facultativos:

Gráfico 135. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al profesional) del grupo de sanitarios no facultativos según ámbito laboral (en %)

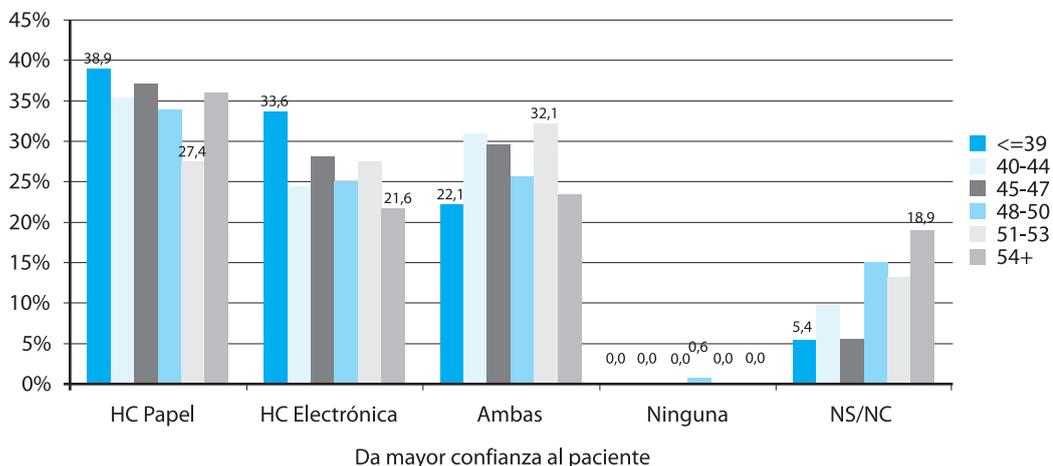


$p=0,006$

6. Da mayor confianza al paciente

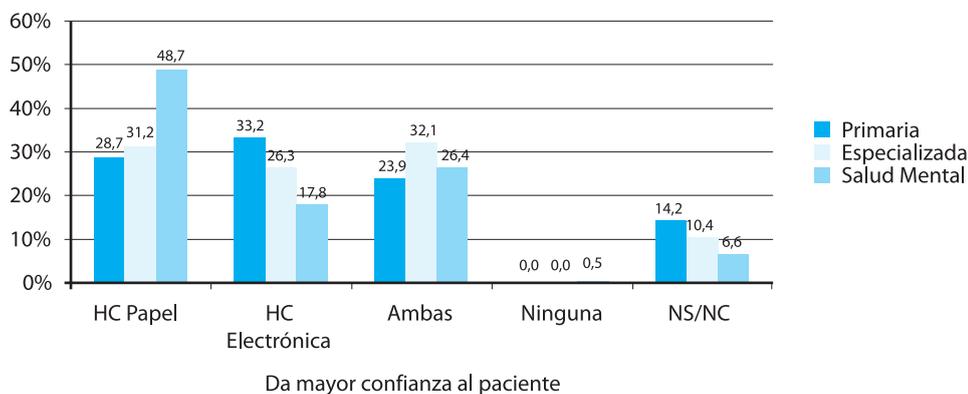
La valoración es diferente según edad, lugar de trabajo y grupo profesional.

Gráfico 136. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al paciente) según edad (en %)**



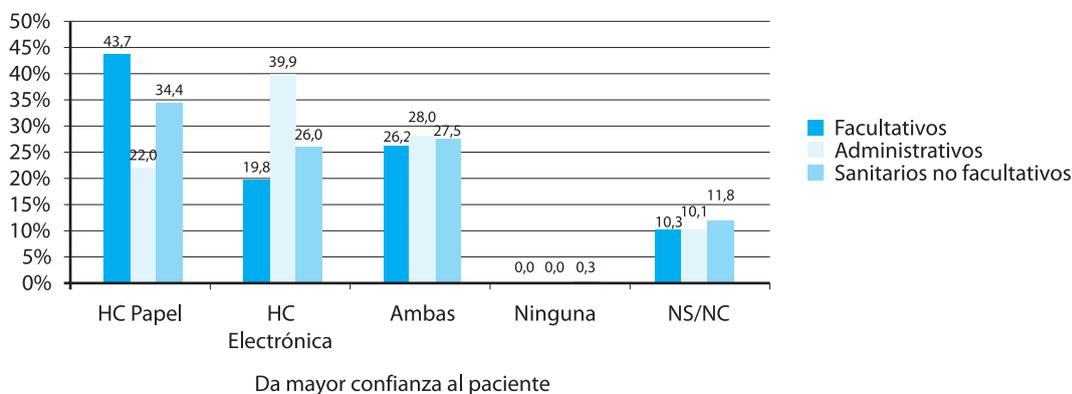
$p=0,035$

Gráfico 137. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al paciente) según ámbito laboral (en %)**



$p=0,000$

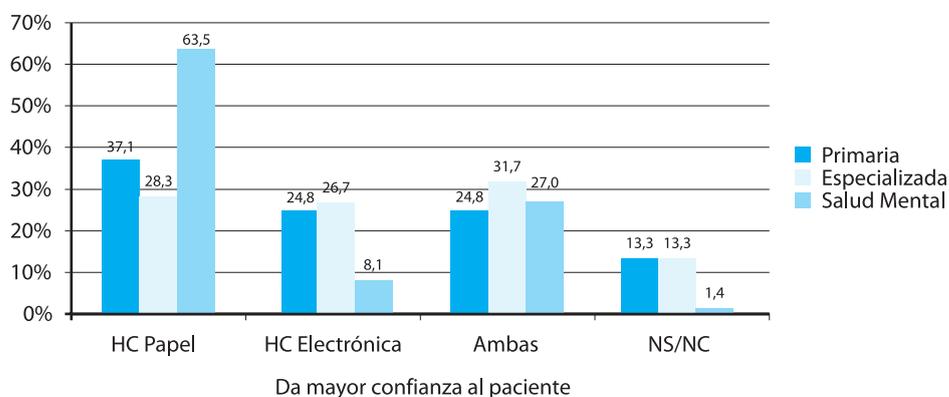
Gráfico 138. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al paciente) según grupos profesionales (en %)



$p=0,000$

Dentro del grupo de Facultativos vemos diferencias según su lugar de trabajo; lo mismo ocurre con los Sanitarios no facultativos.

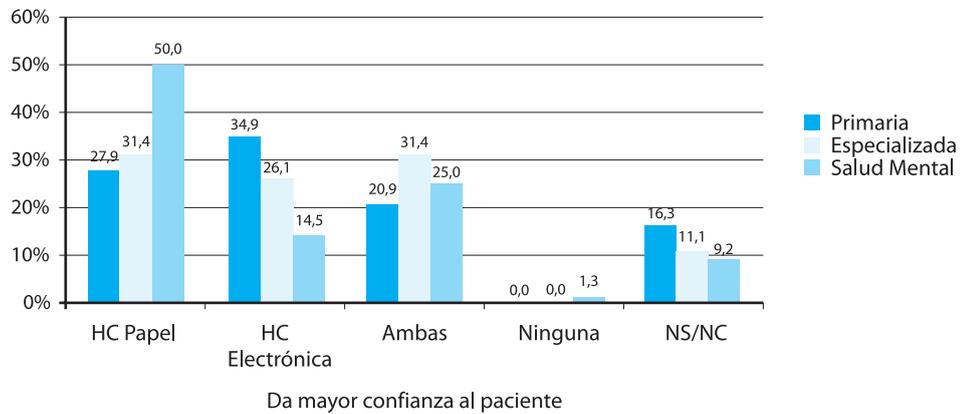
Gráfico 139. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al paciente) del grupo de facultativos según ámbito laboral (en %)



$p=0,001$

Lo mismo ocurre con el grupo de Sanitarios no facultativos:

Gráfico 140. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (da mayor confianza al paciente) del grupo de los sanitarios no facultativos según ámbito laboral (en %)

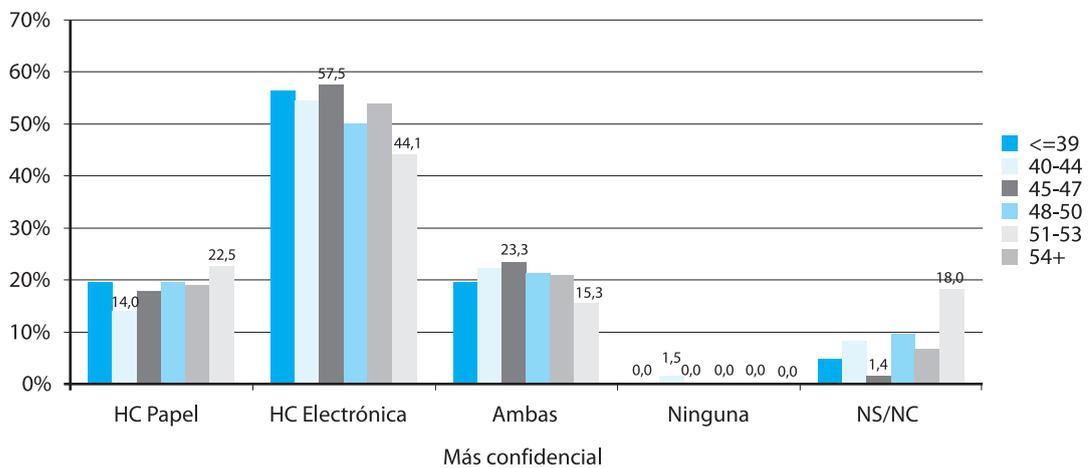


$p=0,016$

7. Es más confidencial

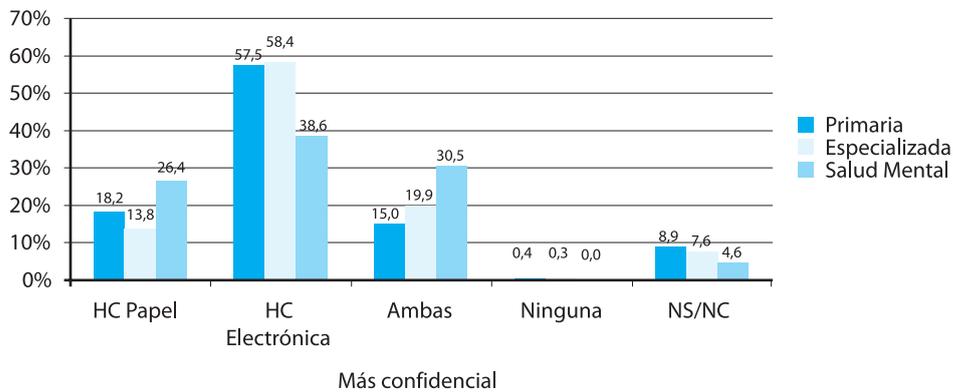
En esta respuesta influyen la edad, el lugar de trabajo y el grupo profesional.

Gráfico 141. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (más confidencial) según edad (en %)



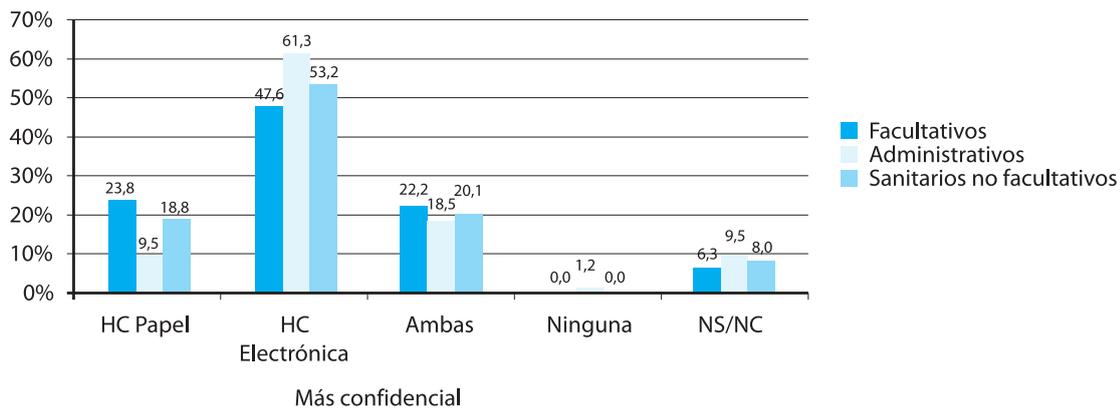
$p=0,002$

Gráfico 142. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (más confidencial) según ámbito laboral (en %)**



$p=0,000$

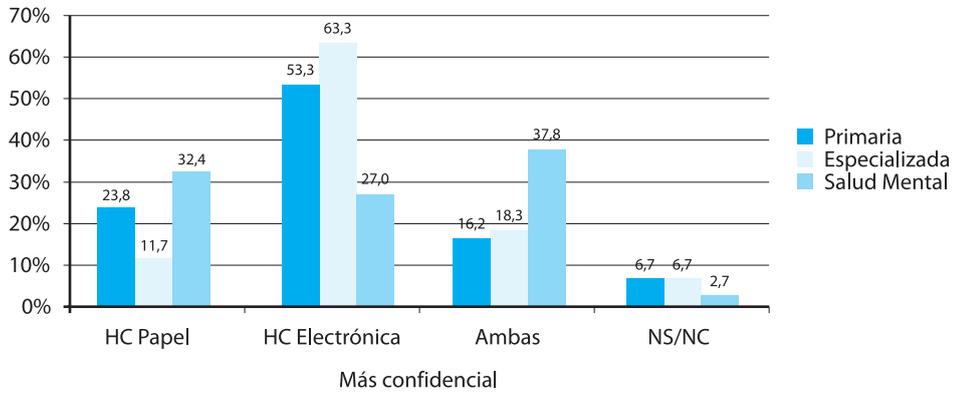
Gráfico 143. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (más confidencial) según grupos de profesionales (en %)**



$p=0,002$

Únicamente en el grupo de Facultativos existen diferencias según su lugar de trabajo:

Gráfico 144. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (más confidencial) según ámbito laboral (en %)

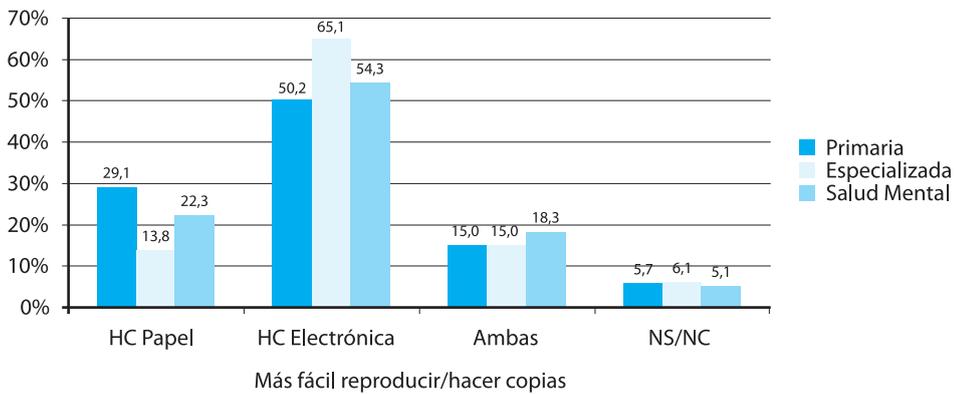


$p=0,000$

8. Más fácil de reproducir/hacer copias

La única diferencia reseñable en este aspecto tiene que ver con el lugar de trabajo.

Gráfico 145. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (más fácil reproducir/hacer copias) según ámbito laboral (en %)



$p=0,000$

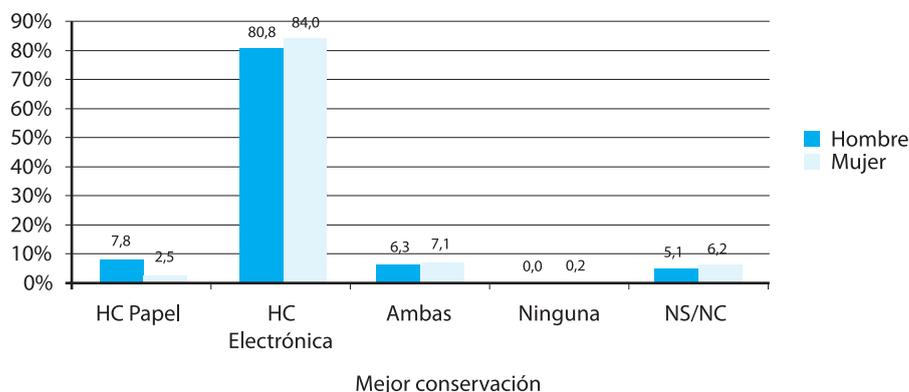
9. Más accesible

En este caso no hay diferencias para ningún grupo. Todos ellos consideran la historia electrónica más accesible (54,85% frente a 25,36%).

10. Mejor conservación

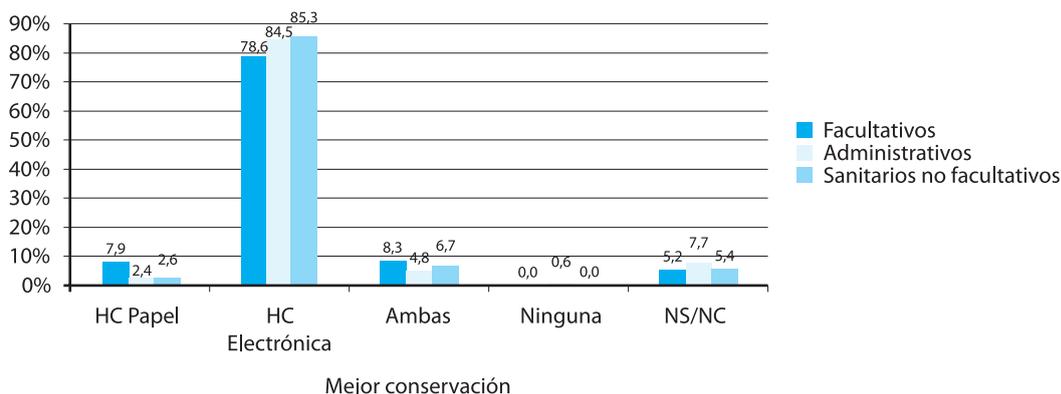
Las respuestas aquí están condicionadas por el sexo y el grupo profesional aunque, probablemente, ambos estén relacionados.

Gráfico 146. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (mejor conservación) según sexo (en %)



$p=0,01$

Gráfico 147. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (mejor conservación) según grupos profesionales (en %)

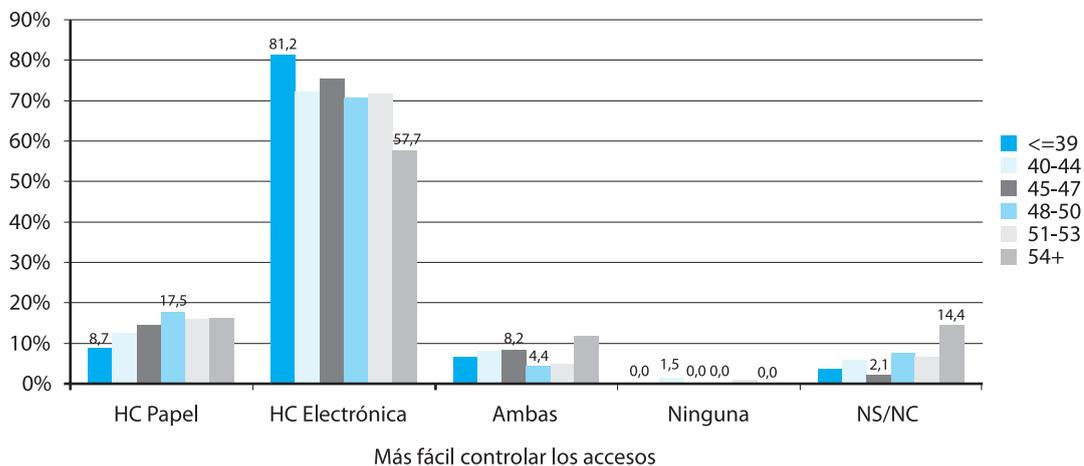


$p=0,01$

11. Más fácil controlar los accesos

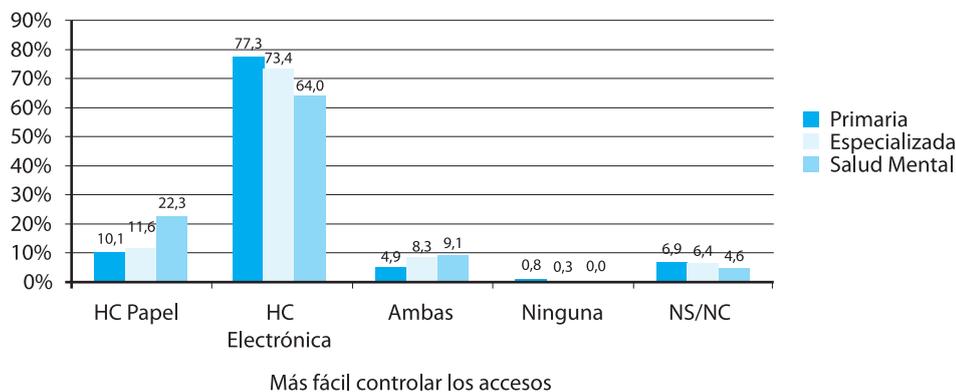
Encontramos diferencias según la edad y el lugar de trabajo.

Gráfico 148. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Más fácil controlar los accesos), según edad (en %)**



$p=0,002$

Gráfico 149. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Más fácil controlar los accesos), según ámbito laboral (en %)**

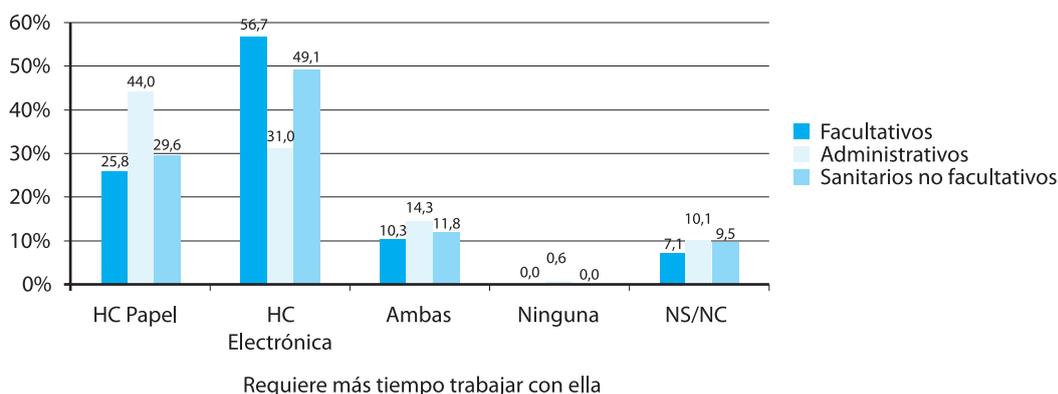


$p=0,012$

12. Requiere más tiempo trabajar con ella

Tanto el lugar de trabajo como el grupo profesional parecen condicionar esta respuesta.

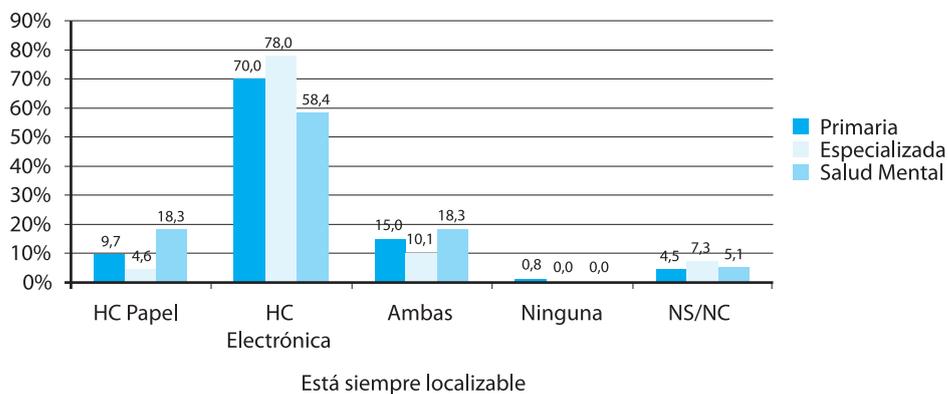
Gráfico 150. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Requiere más tiempo trabajar con ella), según grupos profesionales (en %)**



$p=0,002$

13. Está siempre localizable

Gráfico 151. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Está siempre localizable), según ámbito laboral (en %)**

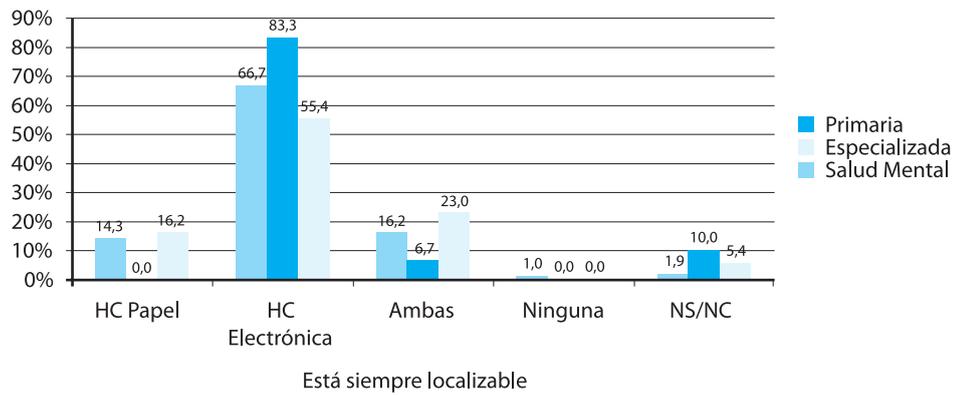


$p=0,000$

El lugar de trabajo es la variable que más influye en esta respuesta.

Esta diferencia según el lugar de trabajo es más marcada para el grupo de Facultativos.

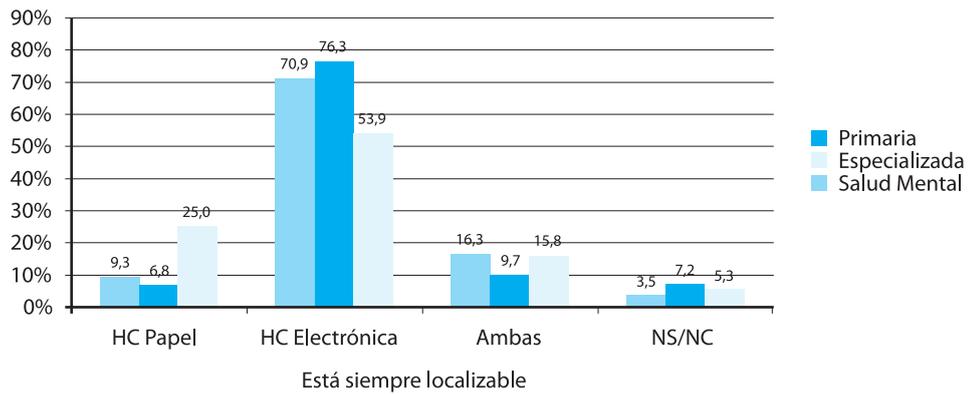
Gráfico 152. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Está siempre localizable) para el grupo de Facultativos según ámbito laboral (en %)



$p=0,011$

y para el de Sanitarios no facultativos.

Gráfico 153. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Está siempre localizable) para el grupo de Sanitarios no facultativos: según ámbito laboral (en %)

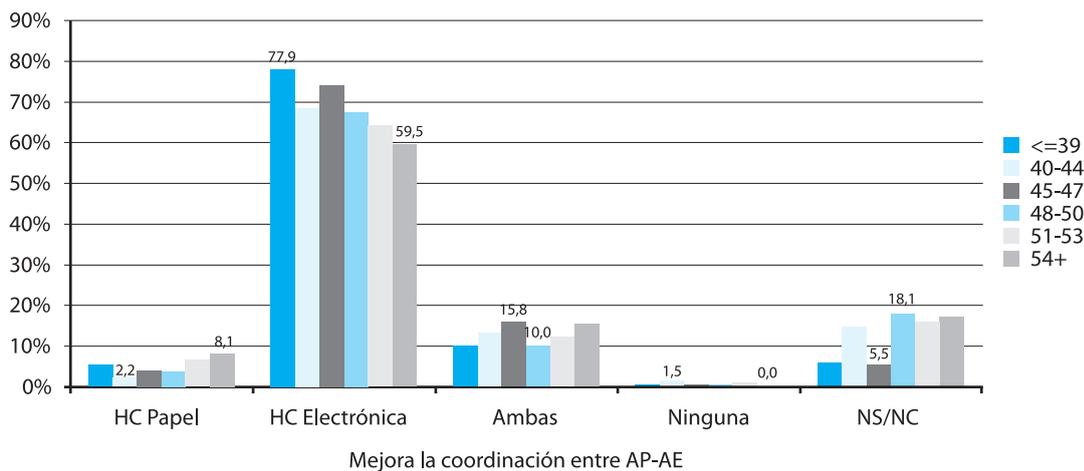


$p=0,002$

14. Mejora la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada

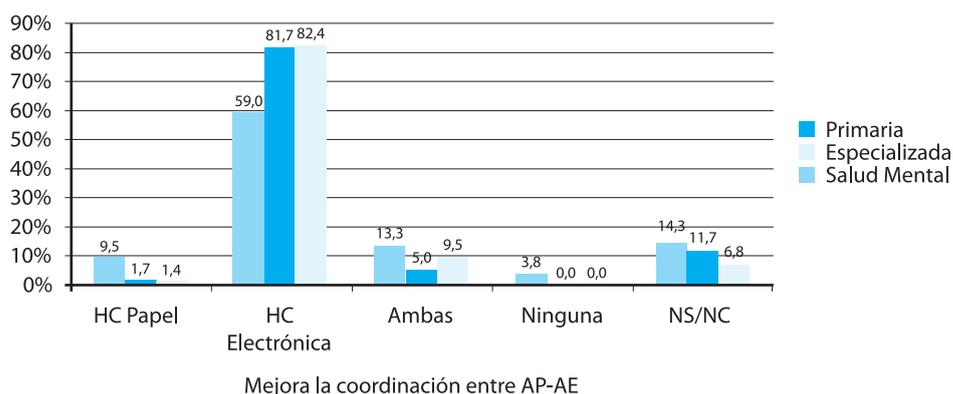
En general, una abrumadora mayoría entienden que es la historia electrónica la que más facilita esta coordinación (68,93% frente a un 4,73%), pero existen algunas variaciones en la respuesta según la edad y, para el grupo de Facultativos, también según su ámbito laboral.

Gráfico 154. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Mejora la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada), según edad (en %)



$p=0,032$

Gráfico 155. Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Mejora la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada), según ámbito laboral (en %)

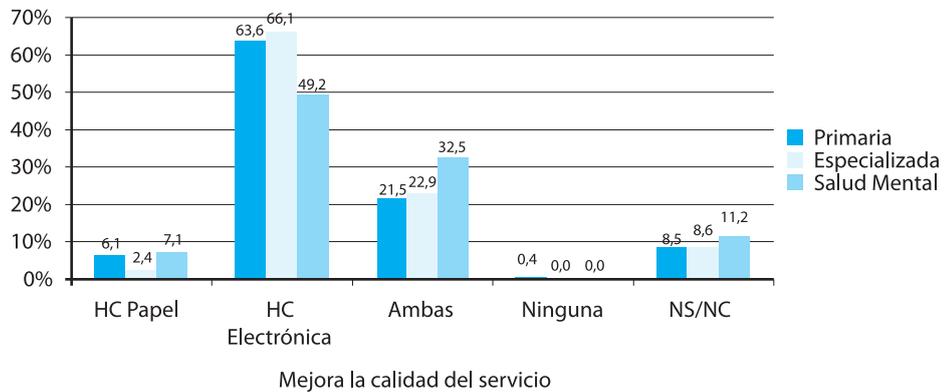


$p=0,030$

15. Mejora la calidad del servicio

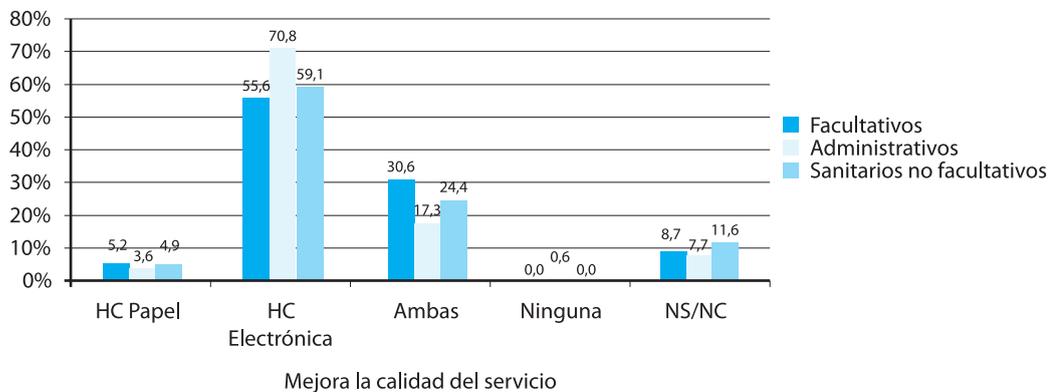
Encontramos diferencias según el lugar de trabajo y el grupo profesional:

Gráfico 156. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Mejora la calidad del servicio), según ámbito laboral (en %)**



$p=0,014$

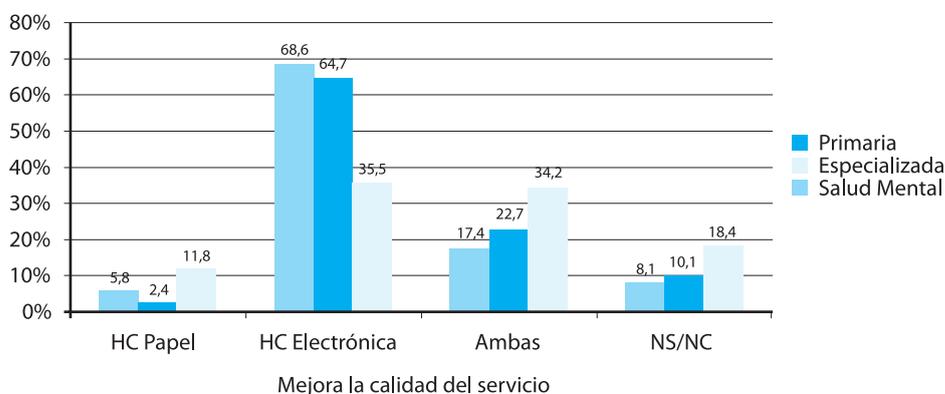
Gráfico 157. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Mejora la calidad del servicio), según grupos profesionales (en %)**



$p=0,021$

El lugar de trabajo influye en las respuestas del grupo de Sanitarios no facultativos, pero no en los otros grupos:

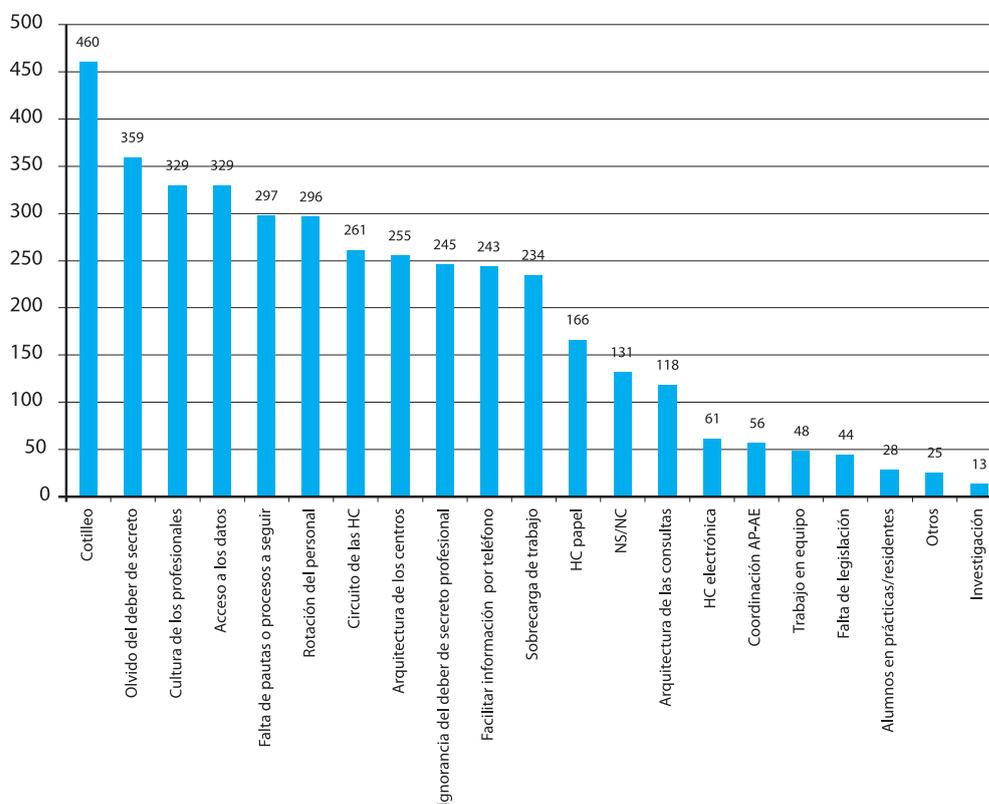
Gráfico 158. **Respuestas sobre a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características (Mejora la calidad del servicio) por los sanitarios no facultativos, según ámbito laboral (en %)**



$p=0,001$

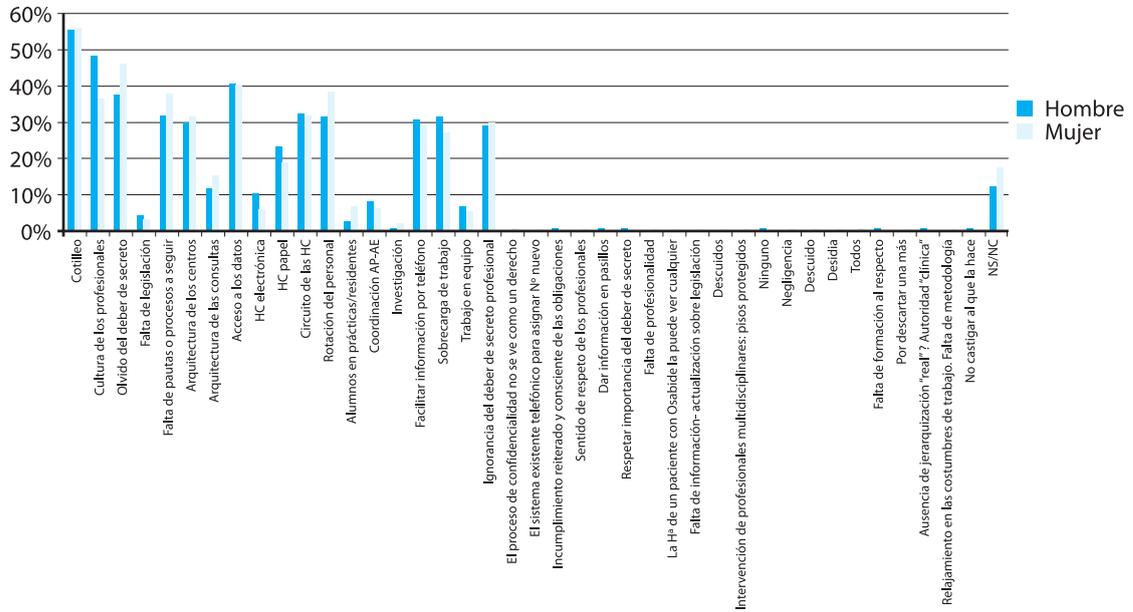
g) **Señala cuáles consideras que son los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad.** Por último, se les pide a los encuestados que señalen cuáles consideran los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad. El mayor problema que se detecta, con una diferencia de 100 votos, es el cotilleo. A continuación se pueden observar los mayores problemas detectados:

Gráfico 159. **Respuestas sobre los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad**



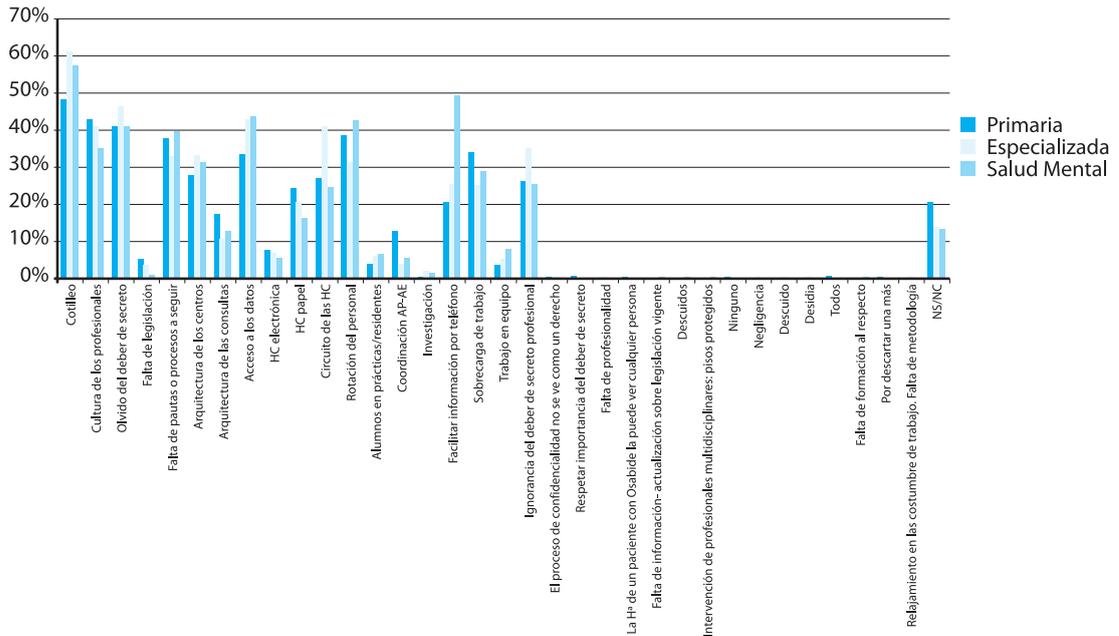
Esta visión no difiere en relación con la edad pero sí ligeramente si nos fijamos en el sexo de los encuestados, su lugar de trabajo o el grupo profesional al que pertenecen:

Gráfico 160. Respuestas sobre los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad según sexo



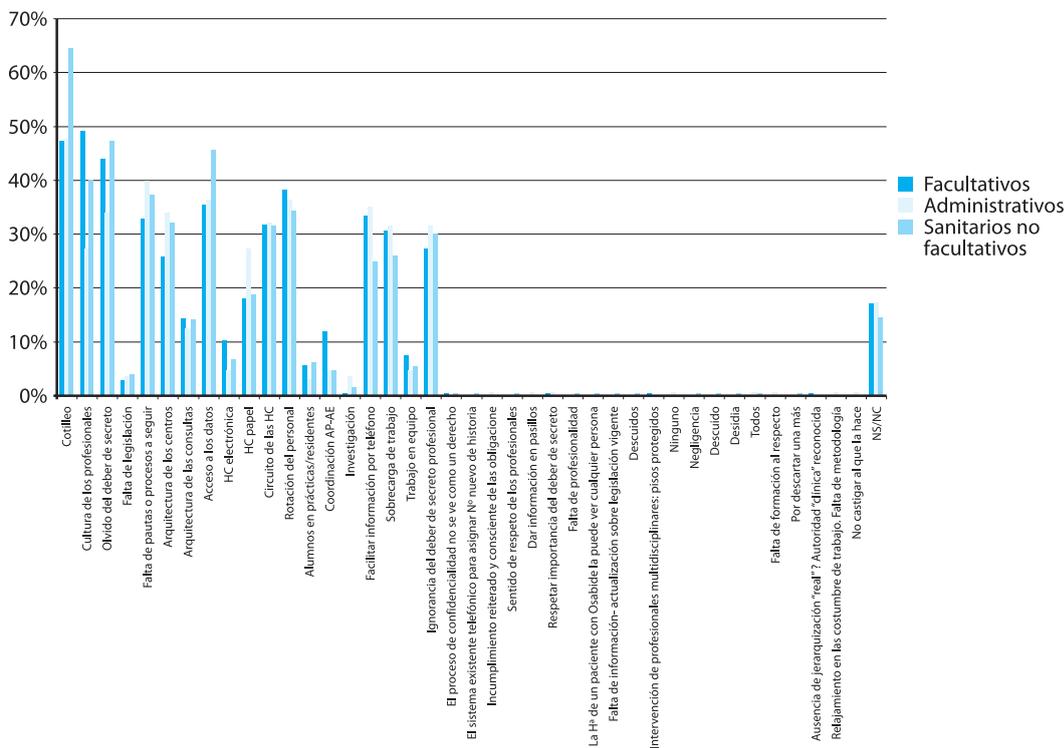
$p=0,01$

Gráfico 161. Respuestas sobre los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad según ámbito laboral



$p=0,000$

Gráfico 162. **Respuestas sobre los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad según grupos profesionales**



$p=0,000$

4.4.4. Comentarios

Se han registrado 152 comentarios en las encuestas recibidas. Agrupados por temas, el más recurrente es el relativo al factor humano (cotilleo, responsabilidad, etc.) con 40 comentarios. Le siguen, en orden de frecuencia, los relativos a la formación (37), a las historias clínicas (33), al acceso a la información (29), a la arquitectura de los centros (16), y un grupo heterogéneo de comentarios varios (14).

a) *Factor humano*. En este apartado los más significativos son:

- Evitar comentarios en presencia de terceros. Cotilleo. Sobre todo en lo referente al propio personal sanitario (10).
- Importancia de la responsabilidad individual (9).
- Escasa preparación y cultura de los jefes en este aspecto (2).

- Falta de sensibilización y poca conciencia de lo importante que es este tema de la confidencialidad (2).
- Falta de cuidado con las historias por parte del personal médico.
- Se facilitan datos por teléfono.
- Sobrecarga de trabajo como causa de la falta de rigor.
- Difícil mantener el secreto profesional al trabajar en equipo «aunque se supone que la información beneficiará al paciente».
- Deberían ponerse sanciones administrativas por faltar al secreto profesional.
- Cada vez hay más cultura de la confidencialidad (2).

b) *Formación*. Aquí podemos incluir:

- Falta de formación del personal de Osakidetza (15). «No sé dónde empieza

el cotilleo y dónde el interés sobre el estado del paciente».

- Necesidad de formar y sensibilizar al personal. Organizar charlas, seminarios y cursos sobre confidencialidad (18).
 - Falta de educación y de responsabilidad personal (3).
 - Insistir desde los mandos en guardar el secreto profesional.
 - Proporcionar información sobre el uso de la historia al empezar a trabajar.
 - Falta de formación a eventuales.
- c) *Historias clínicas.* Sobre las propias historias se han hecho los siguientes comentarios:
- 12 personas opinan que es mejor la historia electrónica por solo dos que prefieren la de papel.
 - Hay siete personas que abogan por avanzar hacia la historia única con el fin de mejorar la comunicación entre primaria y especializada.
 - Se pierden muchas historias en papel. Mala custodia (6).
 - Mal funcionamiento de Osabide. Es poco ágil para el clínico (4).
 - No se apunta en las historias todo lo que ha pasado.
 - No hay que poner en las historias cosas que no tienen nada que ver con el proceso como antecedentes, hábitos...
 - Es importante que todos los servicios cuenten con trituradora de papel.
 - No dejar la sesión abierta en el ordenador.
 - Falta de formación de cómo manejar la historia electrónica.
 - Tendría que haber un sistema para que los datos más problemáticos no estuviesen a la vista de todos los profesionales.
- En algunos Servicios «SI» se respeta la confidencialidad (2).
- d) *Acceso a los datos:*
- Acceso sólo a los que trabajan con ella y devolverlas al archivo inmediatamente después de usarlas, no dejándolas en despachos, etc. (7). Se hace referencia específica en cinco comentarios al personal de limpieza y mantenimiento.
 - Es importante que nunca haya historias en zonas abiertas o de paso (6).
 - No dar información de pacientes a cualquiera que pregunte (4).
 - En los Centro de Salud las historias deberían estar siempre bajo llave (2).
 - Tarjeta con chip y clave para que, con el consentimiento del paciente, todo el personal sanitario pueda tener acceso a su historia (2).
 - Las aplicaciones informáticas no están preparadas para cumplir con la confidencialidad. Demasiados profesionales acceden a datos que no deben.
 - Utilización cada vez más frecuente por organismos legales de datos que deberían estar protegidos, especialmente las peticiones de historia completa por los jueces.
 - Falta de información del paciente sobre el acceso a su historia.
 - A pesar del fácil acceso, se respeta la confidencialidad de los datos.
- e) *Arquitectura:*
- Necesidad de lugares específicos para informar (11).
 - Mejorar las áreas administrativas (4).
 - Las habitaciones compartidas hacen imposible la confidencialidad (3).
 - Mejorar los archivos (2).
 - Cerrar las consultas tras su uso.

f) *Varios:*

- La sobrecarga de trabajo no te permite respetar siempre la confidencialidad (3).
- La sociedad es indiscreta. Mal ejemplo de los medios de comunicación que «venden» la intimidad.
- Los trabajadores de Osakidetza deben estar siempre identificados.
- Las medidas de protección de la confidencialidad no deben suponer mayor sobrecarga administrativa ni dificultad

de acceso a la información para el personal sanitario.

- Todos nuestros NIFs están en la red (¿Confidencialidad?).
- Datos que se envían a servicios no médicos y que tienen relación con sus empleados no deberían contener datos sanitarios.
- Educación o Servicios sociales, con los que hay que coordinarse, presionan a los profesionales de Salud Mental para obtener datos sanitarios.

5. DISCUSIÓN

La confidencialidad designa las características y los límites que deben preservarse respecto a las informaciones obtenidas en la atención al paciente. La atención clínica requiere confidencialidad sobre informaciones reservadas, ya sean del ámbito íntimo o privado, y además sobre cualquier otra que, aún siendo de dominio público, no haya por qué divulgar. Es importante este detalle, ya que cuando hablamos de confidencialidad de los datos obtenidos en la relación clínica estamos hablando de TODOS los datos, no solamente de los referidos a la salud. Hay que tener en cuenta además que el principal gestor de qué tratamiento hay que dar a la información sobre su cuerpo, salud, etc., es el propio interesado.

La confidencialidad es una característica fundamental de la historia clínica que no debería interferir en su fin último que es, y no debemos olvidarlo, facilitar la atención sanitaria. Tal vez ese sea el problema ¿Cómo garantizar la confidencialidad de la información sanitaria sin que ello interfiera en la eficacia de la asistencia?

Hay pocos trabajos sobre el comportamiento de los profesionales sanitarios en relación al tema de la confidencialidad. En nuestro entorno existen dos encuestas previas: en el Hospital de Txagorritxu (año 2002) y en los Servicios de Salud Mental de Álava (año 2004). Más recientemente (año 2007) se ha publicado un estudio multicéntrico coordinado desde el Hospital Virgen del Camino de Pamplona.

Aunque en nuestro trabajo la encuesta, que es la parte fundamental, haya ido dirigida únicamente a los trabajadores de Osakidetza, el propio diseño del trabajo en varias fases nos ha permitido, mediante su inclusión en grupos focales, conocer también la opinión de pacientes y de gestores que con sus valoraciones enriquecen los hallazgos posteriores.

La participación (24,47%) podemos considerarla aceptable para este tipo de encuestas enviadas por correo en un único envío. Además, 824 encuestas válidas con representación de todos los colectivos de Osakidetza y con una distribución en sexo y edad similares a

la general de Osakidetza parecen un número razonable para poder sacar algunas conclusiones.

Podemos relacionar de alguna manera la participación en esta encuesta con el interés que existe sobre el tema de la confidencialidad. Así encontramos que, por ámbitos laborales, ha sido mayor claramente en Salud Mental (32,2% frente al 26% de Atención Primaria y al 20% de Especializada) lo que podría corroborar dicha relación debido al tipo de asistencia sanitaria que se realiza en Salud Mental. Por grupos profesionales, el que más alta participación presenta es el de Facultativos (27%) y el que menos el de sanitarios no facultativos (22%).

CONOCIMIENTOS SOBRE CONFIDENCIALIDAD

Las respuestas a las preguntas sobre conocimientos que el personal de Osakidetza tiene sobre el tema de la confidencialidad no son excesivamente alentadoras. Sobre confidencialidad, secreto profesional o derecho a la intimidad solamente la mitad de los encuestados consideran tener conocimientos suficientes. Todavía menos personas creen estar suficientemente formados sobre protección de datos (32,3%). Esta necesidad de formación genérica se repite en los comentarios añadidos en las encuestas y también en los grupos focales. Parece claro que los profesionales de Osakidetza sienten una necesidad de formación en este aspecto. El hecho de considerarse poco formados sobre estos temas tiene la faceta positiva de hacer a estos profesionales más sensibles a la formación.

Es curioso constatar que son las personas más jóvenes las que se consideran peor informadas. Tal vez habría que revisar los protocolos de acogida de los diferentes centros para añadir algún concepto básico sobre estos temas dirigido a los profesionales que comienzan a trabajar en el mundo sanitario.

A la hora de orientar la docencia habrá que tener en cuenta los grupos que parecen estar

peor formados. Así, por ejemplo, en lo referente a la protección de datos el conocimiento es escaso en todos los ámbitos, sobre todo en el grupo de facultativos, y aún más en Atención Primaria. Dentro del grupo de facultativos están mejor formados sobre confidencialidad o derecho a la intimidad, debido a las condiciones de su trabajo, los que pertenecen a Salud Mental.

Aproximadamente la mitad de los encuestados afirman haber leído el código deontológico que regula su profesión. Este porcentaje aumenta hasta un 61,2% en el grupo de sanitarios no facultativos (DUEs, auxiliares de enfermería, etc.). También hay que destacar, de nuevo, las diferencias existentes dentro del grupo de facultativos, llegando al 75,7% los que trabajando en Salud Mental afirman haberlo leído, un porcentaje muy superior al de los que pertenecen a primaria o especializada.

En cuanto a las consecuencias de la violación del secreto profesional la información es todavía más escasa. A pesar de estar reflejado claramente en el código penal y de haber ya alguna sentencia firme del Tribunal Supremo al respecto (Sala de lo penal. Sentencia nº 574/2001), no existe una conciencia clara de que la violación del secreto profesional puede acarrear penas de cárcel además de la inhabilitación profesional y la sanción económica correspondiente. Solamente un 22% conocen que puede ocasionar penas de cárcel.

La mayoría de los encuestados tienen claro que cualquier profesional relacionado con el proceso de la atención sanitaria tiene la obligación de guardar la confidencialidad de los datos. A este respecto sólo es llamativo que sean los profesionales de mayor edad, y sobre todo del grupo de facultativos, los que opinen en mayor medida —aunque escasa— que no tienen esta obligación los odontólogos, jurídicos, terapeutas ocupacionales, técnicos, auxiliares de enfermería o celadores.

Casi la mitad de los encuestados (43,3%) o no responden o responden que no saben si en su centro de trabajo hay algún tipo de reglamento

de la HC. Son los profesionales menores de 39 años los que más desconocen si existe o no existe este reglamento en su centro. El «Reglamento de uso de la HC» es obligatorio desde la entrada en vigor del Decreto 272/1986 que regula el uso de la HC en los centros hospitalarios dentro de la Comunidad Autónoma Vasca. En todos los hospitales existe este reglamento, elaborado por las comisiones de documentación clínica. Su existencia no está tan normatizada en el ámbito de la Atención Primaria ni en la extrahospitalaria (especializada o de salud mental). Sin embargo, en atención especializada sólo un 42,2% responden que sí existe el reglamento en su centro, aunque por grupo profesional los facultativos responden en el 68,3% que sí existe. Habría que hacer un esfuerzo por dar a conocer estos reglamentos o elaborarlos en todos los ámbitos, pero especialmente dentro de la Atención Primaria.

La mayoría sabe a qué parte de la historia tiene derecho a acceder el paciente. Solamente llama la atención que en las otras opciones la mayoría contesta con un «no sabe/no contesta» así como que hay un relativamente alto porcentaje del grupo de sanitarios no facultativos, excepto en Salud Mental, que opinan que el paciente tiene derecho a acceder a toda la documentación de la historia clínica. También dentro del grupo de Facultativos, que en general son los mejor informados en este aspecto, destacan negativamente los que trabajan en Atención Especializada, donde un 28,3% indican que tiene acceso a todo el contenido de la historia.

Un tema conflictivo es el de a qué personas se puede informar sobre los problemas de salud del paciente competente sin el consentimiento de éste. Parece que todavía no ha calado el concepto de que el propietario de la información sobre su salud es el propio paciente. En cuanto a poder informar a los familiares la gran mayoría (78,76%) tienen claro que esto no debe ocurrir sin el consentimiento del propio paciente. Únicamente podríamos destacar que dentro de los profesionales mayores de 54 años esta cifra baja hasta

solamente un 64%. Probablemente la cultura de la confidencialidad sea algo más reciente y sea difícil cambiar unos hábitos ya adquiridos. Asimismo, es también algo menor para el personal que trabaja en Atención Especializada (73,4%). Las respuestas respecto a informar o no al representante legal son más difíciles de valorar, ya que puede haberse entendido que la pregunta se refería al caso de un paciente no competente.

La ley 41/2002, en el capítulo III, artículo 7.1 dice: «Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que NADIE pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley». El interés bien intencionado por la salud de otra persona no nos exime de nuestro deber de secreto y no nos permite dar explicaciones sobre su salud.

Llama la atención el hecho de que un 47,21% afirme que hay que informar al médico de cabecera aunque el paciente no lo quiera o que solamente un 58,01% diga que no se puede informar al médico de empresa. Está claro que hay que compartir la información con los profesionales que participan en el proceso asistencial. No hacerlo sería poner en peligro una buena atención. Pero si el paciente, conscientemente, no quiere ser visto por un profesional concreto o que la información sobre su salud no llegue a otros profesionales, se debe respetar su deseo. La inmensa mayoría de pacientes no pondrán ninguna pega para que se informe a su médico de cabecera porque entenderán que eso es bueno para su asistencia, pero es siempre el propio paciente el que tiene el derecho a decidir si esto se debe hacer o no, incluso aunque ello pueda ser negativo para su posterior atención. Nuestra función será hacerle ver que el hecho de que su médico de cabecera, u otro profesional implicado en su atención, no disponga de esa información puede ser malo para su seguimiento y tratamiento posterior pero, si a pesar de todo insiste en que no quiere que se le informe, deberemos respetar su decisión.

Es evidente que la intercomunicación entre niveles es necesaria para mejorar la atención.

Habría que buscar por tanto mecanismos para intercambiar información con el permiso del paciente. Esta proporción de encuestados que afirman que hay que informar al médico de cabecera es, lógicamente, mayor en Atención Primaria (55,5%) y entre facultativos y sanitarios no facultativos más que entre administrativos. El entender que se puede informar, sin el consentimiento del paciente, a su médico de empresa está más extendido entre el grupo de sanitarios no facultativos (22,6%) que en el resto (alrededor del 10%).

Parece ser que, aunque ha mejorado según las respuestas a encuesta previas, la información sobre la confidencialidad de los datos sanitarios es un tema que todavía no está lo suficientemente extendido y que preocupa al personal de Osakidetza. Uno de los comentarios más repetidos en las encuestas es el de la necesidad de formación y de información sobre este tema. Desde la administración se debería tener en cuenta a la hora de programar actividades de formación para la plantilla de nuestro sistema sanitario.

COMPORTAMIENTOS EN RELACIÓN A LA CONFIDENCIALIDAD

Cuando se pregunta por dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas sorprende que haya un porcentaje relativamente alto que diga que se pueden encontrar en pasillos (21,48%), ascensores (15,53%) o habitaciones (14,68%). Tal vez el utilizar la palabra «circulando» en la pregunta haya llevado a contestar por qué sitios «pasan» las historias dentro de sus desplazamientos diarios, pero correctamente custodiadas. Sí parece más preocupante que el 52,67% diga que se pueden encontrar en las salas de reuniones donde seguramente no existe ningún método de vigilancia o control. Todas estas situaciones son mucho más frecuentes en el quehacer de la Atención Especializada, sobre todo el hecho de poder encontrar historias en habitaciones, pasillos o salas de reuniones. Es importante tener claro el concepto de que esas historias

contienen datos sensibles de personas concretas que tienen el derecho a que no sean divulgados ni conocidos por personas ajenas a las implicadas en el proceso de atención sanitaria; por tanto, esos documentos deberían estar siempre custodiados o bajo llave para evitar accesos no permitidos a esa información. No dar importancia a los datos que contienen las historias clínicas, dejándolas en lugares sin la protección necesaria puede acarrear graves problemas para el paciente pero también, desde el punto de vista legal y ético, para el propio profesional. Tanto en las secretarías como en las salas de reuniones o las consultas, las historias deberían estar siempre bajo llave. Mientras esto no sea así, no es de recibo mantener una historia sin ninguna protección en estos lugares para utilizarla al cabo de un tiempo —que puede ser un mes— para hacer, por ejemplo, un informe.

Dentro de los comentarios a las encuestas se recalca también lo importante que es que no haya historias en zonas abiertas o de paso e incluso que en los Centros de Salud las historias estén siempre bajo llave. Asimismo se aconseja, con muy buen criterio, que la historia se pida solamente cuando se va a utilizar y se devuelva inmediatamente después de su uso para evitar que se almacenen en despachos, secretarías, consultas, etc.

En cuanto al intercambio de información oral entre profesionales, la mayoría (58,6%) piensa que se hace en presencia de terceras personas, siendo las mujeres las más proclives a pensar que esto es así (62,3%) y sobre todo en Atención Especializada (67,3%). En relación al grupo profesional de los encuestados, hay grandes diferencias en las respuestas, siendo muy alta la impresión de que se intercambia información en presencia de terceras personas para los grupos de Sanitarios no facultativos y Facultativos (64,8% y 61,1%) y baja (solamente del 40,5%) para el de Administrativos. Los lugares en que esto ocurre son, por orden de frecuencia, las consultas, pasillos, cafetería, vestuarios, fuera del trabajo, habitaciones y ascensores.

También cuando se pregunta si la información que se da a pacientes o allegados se realiza en presencia de terceras personas, las respuestas son similares, opinando la mayoría que esto es así. Sin embargo, si lo valoramos por lugar de trabajo, solamente en la Atención Especializada esta respuesta es mayoritariamente sí. En los otros ámbitos, Salud Mental y Atención Primaria, no parece que esto ocurra. Tal vez la concienciación o tal vez la forma de trabajo o la infraestructura de esos ámbitos laborales hace que se respete más la intimidad a la hora de informar oralmente a los pacientes o allegados que en la Especializada. Por grupo profesional los que piensan que esto no se hace bien son mayoritariamente los del grupo de sanitarios no facultativos. Un problema a tener en cuenta en este aspecto es la información dada a pacientes, en especializada, en presencia de su compañero de habitación. En este caso, la única solución posible es, si su estado se lo permite, pedir al compañero de habitación que salga en el momento de informar. Es de esperar que esta situación mejore, ya que la ley 16/2003 de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad de Sistema Nacional de Salud, insta a las Comunidades Autónomas a que procuren la incorporación progresiva de habitaciones individuales en los hospitales para mejorar la confortabilidad y humanización de la asistencia.

La mayoría de los encuestados creen que se pide identificación cuando se entregan documentos con información clínica (60,7%), pero también hay que fijarse que un no despreciable 22,6% cree que esto no ocurre así, sobre todo en Atención Especializada (25,4%). Hay que ser conscientes de la importancia que puede tener para el paciente esa información y al igual que en el banco se pide identificación para sacar dinero o acceder a los datos bancarios de cada uno, aquí se debe también identificar siempre a quién damos los documentos o la información clínica. Debemos convertir en un hábito el hecho de identificar a la persona con la que hablamos de temas de salud así como identificarnos nosotros mismos ante nuestros interlocutores.

Parece ser que a los alumnos en prácticas o residentes se les recuerda su obligación de guardar la confidencialidad (54,2%) algo que es más frecuente dentro de los grupos de profesionales sanitarios y sobre todo en Salud Mental. No deja de ser curioso que los que menos de acuerdo están con esta afirmación sean los menores de 45 años, grupo en el que están incluidos los residentes y los de contratos más recientes. Tal vez los más jóvenes den por hecho que todo el mundo sabe que esto es así y no vean la necesidad de recordarlo o, simplemente, no hayan sentido que se haya hecho de forma explícita con ellos.

En cuanto a los programas informáticos más utilizados vemos que tienen relación lógica con el ámbito laboral en que se mueve cada uno. Los más utilizados son: 3S-Osabide, AS-400, Clinic y Zaineri.

OPINIONES SOBRE CONFIDENCIALIDAD E HISTORIA CLÍNICA

Aunque a casi la mayoría (45,8%) les resulta fácil asistir a sus pacientes con la suficiente confidencialidad, hay un 38,3% que considera que no, sobre todo dentro del sexo femenino (41,6%). Por grupo profesional, son los sanitarios no facultativos y los administrativos los que más dificultades encuentran, siendo los Facultativos los únicos que creen mayoritariamente (63,9%) que en su ámbito laboral les resulta fácil mantener la confidencialidad. Hay que reseñar que en el ámbito de la Atención Especializada casi el 50% (48,9%) responde que no les resulta fácil asistir a los pacientes en condiciones de confidencialidad, frente al 32,4% que opinan lo contrario.

Respuestas similares se recogen en la pregunta sobre el diseño arquitectónico del lugar de trabajo. Es en el ámbito de Atención Especializada o en el grupo profesional de Sanitarios no facultativos, los que consideran que el diseño no se adecua a las condiciones mínimas requeridas para garantizar la confidencialidad de la información clínica. Las áreas que, según

los encuestados, necesitan más remodelaciones son fundamentalmente las áreas de atención al cliente (AAC), consultas y salas de espera. En la observación directa realizada previamente a la encuesta una de las zonas más conflictivas eran las áreas de atención al cliente (AAC). Habrá que tener en cuenta estos datos a la hora de enfrentar cualquier tipo de remodelación, ya que las diferencias entre los distintos ámbitos laborales y grupos profesionales son evidentes. Facilitar las condiciones de trabajo adecuadas para poder mantener la confidencialidad en la relación clínica es una obligación de la Organización, pero son los profesionales los que tienen que detectar estas situaciones y solicitar las medidas adecuadas.

El acceso a los datos de la historia clínica no parece ser muy estricto en algunos centros, ya que casi uno de cada cuatro encuestados opina que personas no autorizadas acceden a ellos. De nuevo en este tema destaca negativamente la Atención Especializada, donde el 36,1% opina que esto ocurre así. Es llamativo que dentro del grupo de facultativos que trabaja en Atención Especializada un 46,7% opina que personas no autorizadas acceden a los datos de la historia clínica frente a sólo un 25% que opina lo contrario. Debemos ser conscientes de que ningún conjunto de medidas físicas de seguridad puede proteger completamente los datos; sobre todo de los profesionales que, pudiendo acceder a ellos, los utilice por desconocimiento, descuido o intencionadamente para una finalidad distinta de la establecida. A pesar de esto, es obligación de la Institución garantizar unas estrictas medidas de control para evitar accesos no justificados a las historias clínicas.

La mayoría de profesionales que acuden como pacientes a las instalaciones de Osakidetza consideran que se respeta la confidencialidad de su historia, aunque también hay que tener en cuenta que uno de cada cuatro (25,4%) no opina lo mismo. Los que menos claro tienen que se respeten los datos de su historia son los mayores de 48 años sobre todo para el grupo de facultativos (29,4%).

Tal vez experiencias previas o cierta cultura del cotilleo hagan que esto sea así. Sin embargo, hay que mirar en positivo y apreciar que la mayoría piensan que se respeta su intimidad. En otras encuestas previas son en general los trabajadores del sistema de salud los que se consideran más vulnerables cuando acuden como pacientes, incluso en el estudio multicéntrico más reciente, publicado en el año 2007, la práctica totalidad responden que, en el caso de ser ingresados en su propio centro de trabajo, su diagnóstico se difundiría rápidamente entre sus compañeros. Es alentador que en nuestro entorno los datos sean sensiblemente mejores.

En general se cree que los residentes y estudiantes en prácticas cumplen con su deber de confidencialidad. En el ámbito de la Atención Especializada hay más escepticismo sobre este aspecto, ya que un 22% no lo cree así, en contra de solamente entre el 6% y el 9% de los demás lugares de trabajo.

En contra del rechazo que inicialmente dentro de algunos grupos profesionales pueda haber tenido la historia clínica electrónica, los encuestados muestran sus preferencias mayoritariamente por ésta en lugar de la historia clásica en papel. De las 15 características por las que se preguntaba solamente en una —da mayor confianza al paciente— y por escaso margen prefieren la historia clínica en papel. En el resto de opciones la diferencia es abrumadora a favor de la historia clínica electrónica. La única reticencia hacia la historia electrónica la encontramos dentro de los profesionales que trabajan en Salud Mental. En este ámbito opinan que la historia en papel da más confianza tanto al profesional como al paciente e incluso en las otras características de la historia, aunque mayoritariamente se decanten por la historia electrónica, no es de una forma tan clara como en los otros lugares de trabajo.

Tal vez, como indica la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria en su declaración sobre «Informatización y Confidencialidad de la Historia Clínica», deban existir tres niveles de almacenamiento de datos en las historias electrónicas:

- Un primer nivel con los datos básicos que el paciente sabe que pueden ser utilizados por cualquier profesional que participe en su asistencia (informes, etc.).
- Un segundo nivel con los datos privados a los que sólo se tendría acceso con el permiso expreso del paciente (incluso con una clave conocida sólo por el propio paciente).
- Un tercer nivel de datos reservados a los que el paciente no tendría acceso (anotaciones subjetivas, datos que afecten a terceras personas, etc.).

Además, las Instituciones deben dar a conocer a los pacientes los usos que puede tener la información recogida durante el proceso asistencial así como su finalidad, las personas que tienen acceso a esos datos, las situaciones que precisan consentimiento expreso del paciente y las medidas de seguridad aplicadas. Estos son algunos de los derechos recogidos en la Ley de protección de Datos.

Para terminar la encuesta se preguntaba cuáles son los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad. Las tres respuestas más votadas apelan a situaciones que podríamos considerar dentro del ámbito de lo personal: cotilleo, olvido del deber de secreto y cultura de los profesionales. Parece claro que, aunque otros problemas como la falta de pautas a seguir, la rotación del personal, la arquitectura de los centros o la sobrecarga de trabajo, también son considerados como importantes, es en general la actitud de cada individuo lo más importante a la hora de guardar la confidencialidad. Esta característica es más significativa si los que responden son del sexo femenino; en este caso el cotilleo y el olvido del deber de secreto son los aspectos a los que dan más importancia. Hay algunas diferencias si agrupamos las respuestas según el lugar de trabajo o el grupo profesional. Aunque el cotilleo sigue siendo el más votado, sobre todo en Atención Especializada, la segunda causa en frecuencia es, en Salud Mental, el facilitar información por teléfono, algo que no es valorado igual en los otros

ámbitos laborales. Por otra parte, el grupo de sanitarios no facultativos da más importancia al cotilleo, y los facultativos a la cultura de los centros.

La mayor parte de los comentarios que se hacen a las encuestas tienen que ver con este factor humano y con la formación de los profesionales. Se hace especial hincapié en la responsabilidad individual pero también en la escasa preparación de los jefes en este aspecto, algo que probablemente tenga que ver con la necesidad de formación y de información que demandan los profesionales encuestados.

IMPRESIÓN GENERAL

En general, vemos que las actitudes de los profesionales sobre la confidencialidad han mejorado desde las anteriores encuestas realizadas (2002 y 2004) aunque dista todavía mucho de ser la ideal. Incluso hay cuatro comentarios en las encuestas que indican que «cada vez hay más cultura de la confidencialidad» o que «en algunos servicios sí se respeta la confidencialidad». En cualquier caso, creemos que lo fundamental es dar a la confidencialidad el valor que tiene e interiorizarla como algo cotidiano de lo que ni tan siquiera debería tener que hablarse. Hasta conseguirlo, habrá que aprovechar todas las posibles vías de información (mandos intermedios, protocolos de acogida, etc.) para que los profesionales cambien algunos hábitos que consideran normales por habituales y los sustituyan por otros que respeten tanto la ley como el derecho de los pacientes a la confidencialidad de sus datos.

Todos los documentos que tienen que ver con recomendaciones para garantizar la confidencialidad así como con el uso correcto de la historia clínica deben tener la máxima difusión posible. Llama la atención que declaraciones tan interesantes como las realizadas por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria hayan tenido tan poca difusión fuera de los miembros de esta Asociación. O peor aún, que documentos concretos realizados por la Comisión de Documentación Clínica de Osakidetza sean poco conocidos por los profesionales.

El factor más importante para garantizar la confidencialidad es la sensibilización de los propios profesionales hacia estas cuestiones, con el fin de que sean asumidas como algo habitual tanto por el personal sanitario como no sanitario, sin olvidar a los directivos. Aunque en el presente trabajo parece claro que esta sensibilización es mayor en el ámbito de Salud Mental, las enfermedades mentales no deben exigir mayor confidencialidad que el resto de enfermedades.

Si bien es cierto que la sociedad banaliza el concepto de confidencialidad a través del tratamiento de la vida privada en los medios de comunicación, esto no debe hacernos perder el concepto de respeto a la intimidad de las personas con las que diariamente nos relacionamos por nuestro trabajo y valorar el alcance que tiene el incumplimiento de este deber de confidencialidad.

Por último, no está de más recordar que la confidencialidad ha de mantenerse independientemente de que finalice el contrato laboral y que permanece tras la muerte de la persona.

6. CONCLUSIONES

1. Las actitudes de los profesionales de Osakidetza en relación con la confidencialidad han mejorado si se comparan con anteriores encuestas. La sensibilización sobre estos temas es claramente mayor en el ámbito de Salud Mental.
2. Existe una clara demanda de información y formación en este tema. Las necesidades de formación e información pueden ser diferentes según los grupos profesionales y, sobre todo, según los ámbitos laborales.
3. Los documentos y normas generados por las Comisiones de Documentación Clínica no son conocidos de forma suficiente por los profesionales ni en todos los ámbitos laborales.
4. En la actualidad la Historia Clínica circula por diferentes lugares y en varios formatos (papel o digital) con distintos accesos. La importancia de estos aspectos y su manejo, han de implicar medidas de mejora en los circuitos para una mayor seguridad en su custodia.
5. La transmisión de información oral tanto al paciente como entre profesionales no se adapta con excesiva frecuencia a los criterios de confidencialidad.
6. En general, las condiciones del lugar de trabajo o las estructuras arquitectónicas no favorecen las condiciones para el manejo adecuado de la información en un ambiente de respeto a la confidencialidad. Es en el ámbito de Atención Especializada donde se percibe mayor necesidad de mejora; y por grupos profesionales, son los profesionales sanitarios no facultativos y administrativos los que señalan más dificultades.
7. Los profesionales, por abrumadora mayoría, perciben que la historia clínica electrónica aporta mayores ventajas (mejor protegida, acceso más adecuado, menor probabilidad de extravío...) que la clásica en papel.
8. El factor que más influye a la hora de respetar la confidencialidad es claramente «el factor humano», siendo el cotilleo el aspecto más preocupante.

7. RECOMENDACIONES

1. Hay que insistir en la necesidad de abordar la formación e información sobre estos temas para los profesionales de todos los ámbitos. Los mandos intermedios han de estar implicados y deben responsabilizarse tanto de la formación como de la transmisión de información.
2. Incluir la salvaguarda de la confidencialidad como un criterio de calidad asistencial, puede ayudar a conseguir mayores niveles de implicación y de acciones de mejora.
3. Crear en cada centro comisiones o grupos de trabajo, en colaboración con los Comités de Ética Asistencial, permitirá analizar mejor los puntos conflictivos y valorar las posibilidades de mejora.
4. Medidas como avanzar hacia la historia clínica electrónica universal (con diferentes niveles de acceso contando para su diseño con los profesionales que vayan a utilizarla), o valorar la posibilidad de que sea el propio paciente el que lleve (mediante un chip en su tarjeta sanitaria con su clave correspondiente) la información que pueda serle útil, no sólo va a ayudar a garantizar el acceso a la HC y a recibir atención sanitaria en cualquier lugar, sino que puede contribuir a perfilar mejor quién puede tener acceso a cada dato clínico.
5. Procurar cambios básicos en los diseños arquitectónicos en áreas como las AAC's, las salas de espera, consultas, habitaciones... O crear lugares específicos para informar (sobre todo en Atención Especializada), puede contribuir a que los profesionales desarrollen su trabajo en un ambiente más idóneo o con las garantías de respeto a la intimidad y confidencialidad que requieren la mayoría de las situaciones clínicas.
6. Es indiscutible la necesidad de instalar máquinas destructoras de papel en todos los lugares críticos o donde se maneje información confidencial (consultas, secretarías, quirófanos, etc.).
7. Incluir aspectos sobre la confidencialidad, por ejemplo en los planes de acogida de los nuevos trabajadores o en los pósters de cartas de derechos y deberes de los pacientes, mejorará la cultura general sobre este tema.
8. Se debe fomentar que se trate, dentro de los equipos de trabajo, los posibles riesgos para la confidencialidad de sus hábitos de funcionamiento.
9. Puede ser útil difundir entre los profesionales algunos consejos prácticos como éstos:
 - Hay que insistir en colocar en la tapa de las historias clínicas únicamente el n.º de historia, evitando poner datos de identificación del paciente o titular.
 - Mantener cerrados los lugares donde pueda haber historias clínicas o documentación clínica.
 - Evitar en lo posible los listados y, si existen, tener cuidado con su custodia. Destruirlos cuando ya no nos sean útiles.
 - Si es preciso llamar a un paciente en una sala de espera donde hay más personas, hacerlo sólo con su nombre (sin apellidos) o con los menos detalles de identificación posibles. Al entrar, comprobar su identidad.
 - En las sesiones clínicas evitar la identificación de los pacientes si no es necesario.
 - No interrumpir una consulta si no es estrictamente necesario.
 - No entrar en una consulta sin llamar y esperar la respuesta.
 - No dejar a la vista documentos con información sobre pacientes.

- No hacer comentarios sobre un paciente delante de otro.
 - Evitar hablar por teléfono sobre temas sanitarios si puede haber alguien oyéndonos.
 - Ser cautelosos al dar información por teléfono.
 - Mantener cerradas las puertas de las consultas.
 - Cuando se va a hablar sobre un tema confidencial con un paciente ingresado pedir al compañero de habitación, si es posible, que salga.
 - No informar en los pasillos ni en presencia de otras personas (como salas de espera).
 - Sólo dar información sanitaria a las personas explícitamente autorizadas por el paciente.
 - Identificar siempre a la persona a la que damos información sanitaria, ya sea oral o escrita.
 - No hacer comentarios sobre pacientes fuera del ámbito laboral.
 - Cerrar nuestra sesión del ordenador una vez finalizada y no dejar las claves de acceso pegadas en la pantalla.
 - No apuntar en las historias datos que no tengan que ver con el proceso.
 - Existe reglamento que obliga al mantenimiento de la confidencialidad.
10. Fomentar la cultura «es más difícil equivocarse por callar que por hablar».

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. *Guía de protección de datos personales para servicios sanitarios públicos*. Madrid, 2004.
2. Agencia Española de Protección de Datos. *Guía de derecho fundamental a la protección de datos de carácter personal*. Madrid; 2004.
3. Agencia Vasca De Protección De Datos. Las luces funcionan cumpliendo con la protección de datos personales. *DVD/VIDEO*. Vitoria-Gasteiz: ICO; 2007.
4. Asai A, Ohnishi M, Nishigaki E, Sekimoto M, Fukuhara S, Fukui T. Attitudes of the Japanese public and doctors towards use of archived information and samples without informed consent: preliminary findings based on focus group interviews. *BMC Medical Ethics*. 2002 Jan.; 9 3: E1.
5. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría, Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Sociedad Española de Psiquiatría Legal. *Confidencialidad en la práctica psiquiátrica: guía breve*. Madrid: Asociación Española de Derecho Farmacéutico; 2002.
6. Barrett G, Cassell J, Peacock J, Coleman M. National Cancer Registry. National survey of British public's views on use of identifiable medical data by the National Cancer Registry. *BMJ*. 2006 May.; 6 332(7549): 1068-72.
7. Callejo Gallego J. *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Ariel. 2001.
8. Campbell B, Thomson H, Slater J, Coward C, Wyatt K, Sweeney K. Extracting information from hospital records: what patients think about consent. *Quality & Safety in Health Care* 2007 Dec.; 16 (6): 404-8.
9. Carlisle J, Shickle D, Cork M, McDonagh A. Concerns over confidentiality may deter adolescents from consulting their doctors. A qualitative exploration. *Journal of Medical Ethics* 2006 Mar; 32 (3): 133-7.
10. Carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del Osakidetza/Servicio vasco de salud. Decreto 175/1989 de 18 de julio. Boletín Oficial del País Vasco, n.º 149 (4/8/1989).
11. Chhanabhai P, Holt A. Consumers are ready to accept the transition to online and electronic records if they can be assured of the security measures. *Medgenmed [Computer File]: Medscape General Medicine* 2007; 9 (1): 8.
12. Chris Verity, Angus Nicoll. Consent, confidentiality, and the threat to public health surveillance. *BMJ* May 2002; Vol. 324.
13. Collmann J, Cooper, T. Breaching the security of the Kaiser Permanente Internet patient portal: the organizational foundations of information security. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2007 Mar.-Apr.; 14 (2): 239-43.
14. Comisión de Documentación clínica. Dirección Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Guía para la elaboración del Reglamento de uso de la Historia Clínica. Vitoria-Gasteiz: Junio 2001.
15. Comisión de Documentación clínica. Dirección Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria. Vitoria-Gasteiz: Mayo 2003.
16. Comisión de Documentación clínica. Dirección Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Recomendaciones para garantizar la confidencialidad de la información y documentación clínica. Año 2000.
17. Comisión de Documentación clínica. Dirección Asistencia Sanitaria de Osakidetza. Documentación clínica en atención primaria: procedimiento de acceso para uso no asistencial. Julio 2004.
18. Condena a un médico cuya indiscreción provocó una violación del secreto profesional. Vista: 27/03/2001. Tribunal

- Supremo, Sala de lo Penal. Sentencia n.º 574/2001.
19. Consentimiento para la entrega de Información Clínica a las Compañías Aseguradoras en el ámbito de Osakidetza/Servicio vasco de salud. *Circular* n.º 4/1997, de la Dirección General de Osakidetza.
 20. Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Instrumento de ratificación 20638/1999, BOE del 20 de octubre 1999.
 21. Criado del Río MT, Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med. Clin.* 1999; 112: 24-28.
 22. Curiel Herrero J, La confidencialidad y el secreto profesional en la historia clínica. *Med. Clin.* 1997; 108: 143-145.
 23. Damschroder LJ, Pritts JL, Neblo M, Kalarrickal R, Creswell J, Hayward R. Patients, privacy and trust: patients' willingness to allow researchers to access their medical records. *Social Science & Medicine* 2007 Jan; 64 (1): 223-35.
 24. Declaración de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria acerca de «Informatización y Confidencialidad de la Historia Clínica». Grupo de trabajo de Bioética (2003). www.semfyec.es.
 25. Earnest M, Ross S, Wittevrongel L, Moore L, Lin C. Use of a patient-accessible electronic medical record in a practice for congestive heart failure: patient and physician experiences. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2004 Sep.-Oct.; 11(5): 410-7.
 26. Fellow-Smith E, Turner G, Parmley A. A day in the life of a Caldicott Guardian. *Clinician in Management* 2005; 13 (2) (pp. 99-102).
 27. Funciones y obligaciones del personal de Osakidetza/Servicio vasco de salud, con relación a la protección de datos de carácter personal: procedimientos de actuación. *Instrucción* n.º 6/2003, de la Dirección General de Osakidetza.
 28. Gallego Riestra S, Bobes García J. *Últimas tendencias de la responsabilidad profesional médica con especial atención a la intimidad*. Barcelona: Ars Médica: 2006.
 29. Gallego Riestra S. Los deberes médicos y de los profesionales sanitarios. *Todo hospital* 1997; 142: 23-3.
 30. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. *El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación*. Alianza editorial. 1998.
 31. Giménez Cabezón JR. La responsabilidad penal de los profesionales sanitarios: el intrusismo, la omisión del deber de socorro y la revelación de secretos. *Todo Hospital* 1997; 142: 57-63.
 32. Girón M, Beviá B, Medina E, Talero MS. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública* 2002; 76: 561-575.
 33. Goodwin L, Courtney K, Kirby JD, Iannacchione MA, Manley T. A pilot study: Patients' perceptions about the privacy of their medical records. *Online Journal of Nursing Informatics* 2002; 6 (3) (pp. 1-16).
 34. Halamka J, Mandl K, Tang P. Early experiences with personal health records. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2008 Jan.-Feb.; 15 (1): 1-7.
 35. Hassol A, Walker J, Kidder D, Rokita K, Young D, Pierdon S, Deitz D, Kuck S, Ortiz E. Patient experiences and attitudes about access to a patient electronic health care record and linked web messaging. *Journal of the American Medical Informatics Association* 2004 Nov.-Dec.; 11 (6): 505-13.
 36. Hastings TM. Family perspectives on integrated child health information systems. *Journal of Public Health*

- Management & Practice* 2004 Nov.; Suppl: S24-9.
37. Hidalgo A, González J, Ruiz AJ, Díaz JF, De Santiago A. Confidencialidad y salud pública. *El médico* 2007; 1039: 40-43.
 38. Ibáñez J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Siglo Veintiuno de España Editores. 2003.
 39. International Association of Cancer Registries (IACR), International Agency for Research On Cancer (IARC). Guidelines on confidentiality for population-based cancer registration. *Internal Report* N.º 2004/03. Lyon: IARC; 2004.
 40. Iraburu M. Estudio multicéntrico de investigación sobre la confidencialidad. *Med. Clin.* 2007; 128: 575-578.
 41. Iruburu M, Chamorro J, De Pedro MT. Conocimientos, comportamientos y opiniones de los profesionales sanitarios en relación a la confidencialidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 2006; 29 (3): 357-366.
 42. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J. y Granollers S. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. *Med. Clin. (Barc.)* 2002; 118 (1): 18-37.
 43. Josep María Bertrán, Eliseo Collazo, Juan Gérvas, Pedro González Salinas, Diego Gracia, Javier Júdez, Juan José Rodríguez Sendín, Jesús Rubí y Miguel Sánchez. Intimidad, confidencialidad y secreto. *Guías de ética en la práctica médica*. Madrid: Fundación de Ciencias de la Salud; 2005.
 44. Krueger RA. *El grupo de discusión*. Pirámide. 1991.
 45. Laeger U. *What do people talk about in Danish hospital elevators?* 1998 Jan 19; 160 (4): 446-7.
 46. Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, *Boletín Oficial del Estado*, n.º 274 (15/11/2002).
 47. Llopis Goig R. *El grupo de discusión: manual de aplicación a la investigación social, comercial y comunicativa*. ESIC Editorial. 2004.
 48. Marshall T, Solomon P. Professionals' Responsibilities in Releasing Information to Families of Adults with Mental Illness. *Psychiatric Services*. 2003; 54 (12) (pp. 1622-1628).
 49. Mayeda M, Takase K. Need for enforcement of ethicolegal education-an analysis of the survey of postgraduate clinical trainees. *BMC Medical Ethics* 2005 Aug 6; 6:8.
 50. McNaughton HL, Mitchell EMH, Hernández EG, Padilla K, Blandon MM. Patient privacy and conflicting legal and ethical obligations in El Salvador: Reporting of unlawful abortions. *American Journal of Public Health* 2006; 96 (11) (pp. 1927-1933).
 51. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). *Secreto profesional y confidencialidad en atención primaria*. Madrid, 1999.
 52. Ortiz C. Luces y sombras en la informatización de los servicios de salud autonómicos. *El médico* 2007; 1031: 16-46.
 53. Pastor-Sánchez R, López-Miras A, Gervás J. Historia clínica informatizada. *Med. Clin.* 1994; 103: 304-309.
 54. Procedimientos de actuación en relación con la confidencialidad de la información clínica y la gestión de datos de carácter personal, en las organizaciones de servicios de Atención Primaria. *Instrucción* n.º 2/2002, del Director General de Osakidetza.
 55. Protección de Datos de Carácter Personal. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 298 (14/12/1999).
 56. Recomendación R (97) 5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del

- Consejo de Europa a los Estados miembros sobre *Protección de Datos Médicos*.
57. Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 17 (19/01/2008).
 58. Sánchez Carazo C. *La intimidación y el secreto médico*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2000.
 59. Sánchez Caro Jesús, Sánchez Caro Javier. *El médico y la intimidad*. Madrid: Díaz de Santos; 2001.
 60. Santander F, Del Castillo C. El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario. *Norte de Salud Mental*, n.º 16. Año 2003.
 61. Schers H, Van Den Hoogen H, Grol R, Van Den Bosch W. Continuity of information in general practice. Patient views on confidentiality. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2003 Mar.; 21 (1): 21-6.
 62. Shapiro J, Kannry J, Kushniruk A, Kuperman G. New York Clinical Information Exchange (Nyclix) Clinical Advisory Subcommittee. Emergency physicians' perceptions of health information exchange. *Journal of the American Medical Informatics Association*. 2007 Nov.-Dec.; 14 (6): 700-5.
 63. Sociedad Catalana de medicina familiar y comunitaria. Confidencialidad: el derecho a la intimidad. E-Reflexions-3: Confidencialidad. 2003. www.scmfic.org/grups_treball/docs/etica/confidencialitat_cast.pdf.
 64. Suárez Ortega M. El grupo de discusión. Una herramienta para la investigación cualitativa. *Laertes Educación*. 2005.
 65. Verity C, Angus N. *Consent, confidentiality, and the threat to public health surveillance*. *BMJ* 2002; 324: 1210-1213.
 66. Whiddett R, Hunter I, Engelbrecht J, Handy J. Patients' attitudes towards sharing their health information. *International Journal of Medical Informatics* 2006 Jul.; 75 (7): 530-41.
 67. Willison D, Keshavjee K, Nair K, Goldsmith C, Holbrook A. Computerization Of Medical Practices For The Enhancement Of Therapeutic Effectiveness Investigators. Patients' consent preferences for research uses of information in electronic medical records: interview and survey data]. *BMJ*. 2003 Feb.; 15326(7385): 373.
 68. Willison D, Schwartz L, Abelson J, Charles C, Swinton M, Northrup D, Thabane L. Alternatives to project-specific consent for access to personal information for health research: what is the opinion of the Canadian public? *Journal of the American Medical Informatics Association* 2007 Nov.-Dec.; 14 (6): 706-12.

ANEXO

CUESTIONARIO

P.1. ¿Existe legislación que regule el secreto profesional en tu profesión?

- Sí 1
 No 0
 NS/NC..... 99

P.2. La Ley Orgánica de Protección de Datos (Ley 15/1999) clasifica los datos sanitarios como:

- Datos especialmente protegidos..... 1
 Datos básicos con nivel de seguridad medio..... 2
 No los clasifica de ninguna manera específica 3
 NS/NC..... 4

P.3. ¿Has leído el código deontológico que regula tu profesión?

- Sí 1
 No 0
 Mi profesión no tiene código deontológico..... 2
 NS/NC..... 99

P.4. ¿Qué consecuencias puede tener la violación del secreto profesional? (*Respuesta múltiple*)

- Sanción económica..... 1
 Penas de cárcel 2
 Inhabilitación profesional 3
 Ninguna..... 4
 NS/NC..... 99

P.5. Dentro de la historia clínica el paciente tiene derecho a acceder a:

		SÍ	NO	NS/NC
5.1.	Sólo a informes médicos	1	0	99
5.2.	Toda la historia clínica excepto a datos que afectan a terceras personas y/o anotaciones	1	0	99
5.3.	Toda la documentación de la historia clínica	1	0	99
5.4.	Nada	1	0	99

P.6. ¿Cuál de los siguientes profesionales tiene obligación de guardar la confidencialidad de los datos?

		SÍ	NO	NS/NC
6.1.	Médicos	1	0	99
6.2.	Psicólogos	1	0	99
6.3.	Odontólogos	1	0	99
6.4.	Biólogos	1	0	99
6.5.	Informáticos	1	0	99
6.6.	Economistas	1	0	99
6.7.	Jurídicos	1	0	99
6.8.	Enfermeras	1	0	99
6.9.	Fisioterapeutas	1	0	99
6.10.	Terapeutas ocupacionales	1	0	99
6.11.	Diplomados en nutrición	1	0	99
6.12.	Diplomados en logopedia	1	0	99
6.13.	Trabajadores sociales	1	0	99
6.14.	Técnicos	1	0	99
6.15.	Administrativos	1	0	99
6.16.	Aux. Administrativos	1	0	99
6.17.	Aux. Enfermería	1	0	99
6.18.	Aux. Psiquiatría	1	0	99
6.19.	Monitores de salud mental	1	0	99
6.20.	Celadores	1	0	99

P.7. Cuando acudes como paciente a las instalaciones de Osakidetza ¿has percibido que se respeta la confidencialidad de tu historia clínica?

Sí 1
 No 0
 NS/NC..... 99

P.8. ¿Crees que tienes suficientes conocimientos sobre confidencialidad, secreto profesional, protección de datos o derecho a la intimidad?

		SÍ	NO	NS/NC
8.1.	Sobre confidencialidad	1	0	99
8.2.	Sobre secreto profesional	1	0	99
8.3.	Sobre protección de datos	1	0	99
8.4.	Sobre derecho a la intimidad	1	0	99

P.9. En tu centro de trabajo ¿dónde se pueden encontrar circulando historias clínicas?

		SÍ	NO	NS/NC
9.1.	Archivo	1	0	99
9.2.	Consultas	1	0	99
9.3.	Habitaciones	1	0	99
9.4.	Pasillos	1	0	99
9.5.	Salas de reuniones	1	0	99
9.6.	Secretarías	1	0	99
9.7.	Ascensores	1	0	99

P.10. En tu lugar de trabajo ¿hay personas que aunque no estén autorizadas para acceder a los datos contenidos en la historia clínica accedan a ella?

Sí 1
 No 0
 NS/NC..... 99

P.11. ¿Se pide algún tipo de identificación cuando se entregan documentos con información clínica sobre un paciente a otras personas que lo soliciten?

Sí 1
 No 0
 NS/NC..... 99

P.12a. ¿Crees que los profesionales intercambian (comentan) información clínica sobre pacientes en presencia de terceras personas?

Sí 1 (Ir a pregunta P.12b)
 No 0
 NS/NC..... 99

P.12b. ¿Dónde es habitual que esto ocurra? (Sólo si has respondido SÍ en P.12a.) (Respuesta múltiple)

		SÍ	NO	NS/NC
12b.1.	Consultas	1	0	99
12b.2.	Habitaciones	1	0	99
12b.3.	Pasillos	1	0	99
12b.4.	Ascensores	1	0	99
12b.5.	Cafetería	1	0	99
12b.6.	Vestuario	1	0	99
12b.7.	Fuera del lugar de trabajo	1	0	99
12b.8.	Otros ¿Cuál?			

P.13. ¿Consideras que los profesionales informan a los paciente o a allegados en presencia de terceras personas?

		SÍ	NO	NS/NC
13.1.	A los pacientes	1	0	99
13.2.	A los allegados	1	0	99

P.14. ¿Se recuerda a los alumnos en prácticas/residentes su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos?

Sí 1
 No 0
 NS/NC..... 99

P.15. Consideras que los alumnos en prácticas/residentes cumplen su obligación de respetar la confidencialidad de los datos clínicos?

Sí 1
 No 0
 NS/NC..... 99

P.16a. ¿Consideras que el diseño arquitectónico de tu lugar de trabajo se adecua a las condiciones mínimas requeridas para garantizar la confidencialidad de la información clínica?

Sí 1
 No 0 (*Ir a pregunta P.16b*)
 NS/NC..... 99

P.16b. ¿Qué lugares o elementos necesitan mejorar? (Sólo si has respondido NO en P.16a.) (*Respuesta múltiple*)

Área de Atención al Cliente/Admisión/Recepción.....	1
Consultas.....	2
Salas de espera.....	3
Salas de curas.....	4
Despachos.....	5
Habitaciones	6
Quirófanos	7
Urgencias.....	8
Paredes en general	9
Puertas	10
Pasillos.....	11
Otro ¿Cuál?.....	12
NS/NC	99

P.17. ¿En las condiciones en que habitualmente desarrollas tu trabajo te resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad?

- Sí 1
 No 0
 No asisto a pacientes..... 2
 NS/NC..... 99

P.18. Según tú, a cuál de los siguientes tipos de historia clínica (HC) corresponden las siguientes características:

		HC PAPEL	HC ELECTRÓNICA	AMBAS
18.1.	Mejor protegida	1	2	3
18.2.	Acceso más adecuado	1	2	3
18.3.	Menor probabilidad de perderse	1	2	3
18.4.	Facilita el trabajo a profesionales	1	2	3
18.5.	Da mayor confianza al profesional	1	2	3
18.6.	Da mayor confianza al paciente	1	2	3
18.7.	Más confidencial	1	2	3
18.8.	Más fácil reproducir/hacer copias	1	2	3
18.9.	Más accesible	1	2	3
18.10.	Mejor conservación	1	2	3
18.11.	Más fácil de controlar los accesos	1	2	3
18.12.	Requiere más tiempo trabajar con ella	1	2	3
18.13.	Está siempre localizable	1	2	3
18.14.	Mejora la coordinación entre AP-AE	1	2	3
18.15.	Mejora la calidad del servicio	1	2	3

P.19. ¿Existe en tu centro el «reglamento de uso» de la Historia Clínica?

- Sí 1
 No 0
 NS/NC..... 99

P.20. De la siguiente lista de programas señala cuáles utilizas para el desarrollo de tu trabajo (*Respuesta múltiple*):

		SÍ	NO	NS/NC
20.1.	AS-400	1	0	99
20.2.	3S-Osabide	1	0	99
20.3.	PCH-Urgencias	1	0	99
20.4.	PCH-Consultas Externas	1	0	99
20.5.	PCH-Hospitalización	1	0	99
20.6.	Zaineri	1	0	99
20.7.	Clinic	1	0	99
20.8.	Infogen	1	0	99
20.9	RCP	1	0	99
20.10.	Otros ¿Cuál?	1	0	99

P.21. Cuando un juez pide la historia clínica de un paciente se debe enviar:

- Copia, en todos los casos, del contenido íntegro del total de la HC..... 1
- Sólo una copia de la información relacionada con el proceso o episodio judicial 2
- Nada, excepto los informes clínicos resumen de la historia clínica 3
- NS/NC..... 4

P.22. Cuando alguna de las siguientes personas solicita información sobre un paciente ¿se le debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?

		SÍ	NO	NS/NC
22.1.	Familiares	1	0	99
22.2.	Médico de cabecera	1	0	99
22.3.	Médico de empresa	1	0	99
22.4.	Inspector médico	1	0	99
22.5.	Representante legal	1	0	99

P.23. Señala cuáles consideras que son los cinco problemas centrales para salvaguardar la confidencialidad de los pacientes (*marca sólo cinco*)

23.1.	Cotilleo
23.2.	Cultura de los profesionales
23.3.	Olvido del deber de secreto
23.4.	Falta de legislación
23.5.	Falta de pautas o procesos a seguir
23.6.	Arquitectura de los centros
23.7.	Arquitectura de las consultas
23.8.	Acceso a los datos
23.9.	Historia clínica electrónica
23.10.	Historia clínica papel
23.11.	Circuito de las historias clínicas
23.12.	Rotación del personal
23.13.	Alumnos en prácticas/residentes
23.14.	Coordinación Atención Primaria-Atención Especializada
23.15.	Investigación
23.16.	Facilitar información por teléfono
23.17.	Sobrecarga de trabajo
23.18.	Trabajo en equipo
23.19.	Ignorancia del deber de secreto profesional
23.20.	Otro ¿Cuál?

P.24. Añade aquí tus comentarios

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Preguntas sociodemográficas

P.25. Edad.....

P.26. Género

Hombre..... 1

Mujer..... 2

P.27. Puesto funcional

27.1.	Médico
27.2.	Psicólogo
27.3.	Odontólogo
27.4.	Biólogo
27.5.	Informático
27.6.	Economista
27.7.	Jurídico
27.8.	Enfermera
27.9.	Fisioterapeuta
27.10.	Terapeuta ocupacional
27.11.	Diplomado en nutrición
27.12.	Diplomado en logopedia
27.13.	Trabajador social
27.14.	Técnico radiodiagnóstico
27.15.	Técnico anatomía patológica y citología
27.16.	Técnico dietética
27.17.	Técnico documentación sanitaria
27.18.	Técnico audioprótesis
27.19.	Técnico radioterapia
27.20.	Administrativo
27.21.	Aux. Administrativo
27.22.	Aux. Enfermería
27.23.	Aux. Psiquiatría
27.24.	Monitor de salud mental
27.25.	Celador

P.28. Estudios alcanzados

28.1.	Sin estudios
28.2.	Elementales
28.3.	Primarios
28.4.	Bachiller elemental/EGB
28.5.	Bachiller superior/BUP/FP
28.6.	Universitarios grado medio
28.7.	Universitarios grado superior
28.99.	NS/NC

P.29. Lugar de trabajo

29.1.	Organización Central
29.2.	Comarca Araba
29.3.	Emergencias Unidades Territoriales
29.4.	Hospital Santiago
29.5.	Hospital Txagorritxu
29.6.	Hospital Psiq. y S.M.E. Araba
29.7.	Hospital de Leza
29.8.	Hospital Alto Deba
29.9.	Comarca Gipuzkoa-Este
29.10.	Comarca Gipuzkoa-Oeste
29.11.	Hospital Donostia
29.12.	Hospital Bidasoa
29.13.	Hospital Zumarraga
29.14.	Hospital Mendaro
29.15.	S.M.E. Gipuzkoa
29.16.	Comarca Bilbao
29.17.	Comarca Interior
29.18.	Comarca Uribe
29.19.	Comarca Ezkerraldea-Enkarterri
29.20.	C. Vasco Trasfusiones y Tej. Humanos
29.21.	Hospital Santa Marina
29.22.	Hospital Bermeo
29.23.	Hospital Zaldibar
29.24.	Hospital Zamudio
29.25.	Hospital Gorliz
29.26.	S.M.E. Bizkaia
29.27.	Hospital Basurto
29.28.	Hospital Galdakao
29.29.	Hospital San Eloy
29.30.	Hospital Cruces

P.30. Tiempo de experiencia profesional (*indica si son años, meses, etc.*)

