

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 5

La intimidad: un derecho fundamental de todos

Autor: Sánchez Carazo, Carmen
Filiación: Comunidad de Madrid
Contacto: carmencarazo@wanadoo.es
Fecha de creación: 19-03-2003

Para citar este documento:

SÁNCHEZ CARAZO, Carmen (2003). "La intimidad: un derecho fundamental de todos". Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 5. [Fecha de publicación: 30/03/2003.
<<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/sanchez-intimidad-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003
ISSN: 1885-6780

**LA INTIMIDAD: UN DERECHO
FUNDAMENTAL DE TODOS
Carmen Sánchez Carazo**

**LA INTIMIDAD: UN DERECHO
FUNDAMENTAL DE TODOS
Carmen Sánchez Carazo**

Doctora en medicina, máster en bioética.
Consultora en la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid

1.- INTRODUCCIÓN

El derecho a la intimidad resulta difícil de definir. Afecta a las esferas más profundas de la personalidad y, junto a un componente estable y permanente, ofrece también otros factores cambiantes fruto de la coyuntura, de la sensibilidad personal y social. El derecho a la intimidad es el derecho fundamental del futuro, del siglo XXI, y que, como afirma Álvarez-Cienfuegos, “si no hay intimidad no habrá nada”. Donde no se protege la intimidad no se protegen otros muchos derechos. Por eso se puede definir como un derecho “raíz”, pues funda, alimenta y da razón de ser a otros muchos. Podemos llegar a afirmar que sin intimidad no tenemos libertad. La confidencialidad de las personas es tan importante que se puede llegar a afirmar que la persona no tiene libertad si no tiene intimidad¹.

Es importante tener en cuenta que la libertad, y, por tanto, sus concreciones -derecho a la intimidad y la vida privada-, son necesarias para que el individuo pueda desarrollar el derecho de autonomía y, de esta forma, tomar por sí solo las decisiones que mejor le convengan, siempre que no estén en juego derechos fundamentales de terceros o bienes y valores constitucionales, es decir, sin daño o menoscabo a los demás. El derecho a la vida privada o a un ámbito de la vida privada es la autonomía, la libertad de que nadie que no sea uno mismo decida o imponga coactivamente lo que tengamos que hacer. Pero en todo este proceso de defensa del derecho de la intimidad hay que recordar que, como nos enseña Aristóteles, en el “medio esta

¹ La Sentencia del Tribunal Constitucional 254/1993, en su fundamento 6, explicaba como nuestra Constitución ha incorporado una nueva garantía constitucional, como forma de respuesta a una nueva forma de amenaza concreta a la dignidad y a los derechos de la persona, de forma en último término no muy diferente a como fueron originándose e incorporándose históricamente los distintos derechos fundamentales. Ante los problemas de falta de confidencialidad de los datos informatizados, explicaba el Tribunal, se presentaba un problema de garantías de otros derechos, fundamentalmente el honor y la intimidad, pero también de un derecho o libertad fundamental, el derecho a la libertad frente a las potenciales agresiones a la dignidad y a la libertad de la persona provenientes de un uso ilegítimo del tratamiento de datos.

la virtud”, pues el ejercicio del derecho a la vida privada y a la intimidad no es un derecho absoluto, y puede traer buenas y malas consecuencias; de lo contrario, no sería una libertad individual, así, por ejemplo, una persona podría abusar de su privacidad hasta el extremo de arriesgar su vida.

El derecho a la intimidad, para el Tribunal Constitucional, deriva de la dignidad de la persona e implica la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y el conocimiento de los demás, necesario, según las pautas de nuestra cultura, para mantener una calidad mínima de la vida humana. La intimidad es una necesidad primordial de la persona, es la clave en el desarrollo de la persona. Mas, la esfera privada será pasto de toda suerte de desmanes a no ser que esté legalmente protegida. Benjamín Constant (1767-1830) fue pionero en la lucha por garantizar la libertad individual y limitar el poder político. Él defendía:

«...hay una parte de la existencia humana que, necesariamente, tiene que mantenerse individual e independiente y que queda, por derecho, fuera de toda competencia social»².

Y como tal derecho fue recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en la que se afirma en su artículo 12:

«Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques».

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 2000, se defiende el derecho a la intimidad y lo que es más importante, el derecho a la protección de datos de carácter personal³.

Nuestro cuerpo, nuestra mente, y, también, nuestros datos sanitarios forman parte de la intimidad, de la privacidad y de la confidencialidad de la persona.

Pero antes de profundizar en el derecho de la intimidad y privacidad, es necesario realizar una aclaración terminológica. Aunque en ocasiones los términos intimidad, privacidad y confidencialidad no se diferencian claramente y

². Constant B. Principes de Politique, en Oeuvres. París: Gallimard, Bibliothèque de La Pléiade, 1957. Cit por Béjar H. El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad. Madrid: Alianza Editorial, 1995; 43.

³. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas, 18.12.2000, C 364/12
Capítulo II. Libertades

Artículo 6. Derecho a la libertad y a la seguridad

Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad.

Artículo 7. Respeto de la vida privada y familiar

Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de sus comunicaciones.

Artículo 8. Protección de datos de carácter personal

1. Toda persona tiene derecho a la protección de los datos de carácter personal que la conciernan.

2. Estos datos se tratarán de modo leal, para fines concretos y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley. Toda persona tiene derecho a acceder a los datos recogidos que la conciernan y a su rectificación.

3. El respeto de estas normas quedará sujeto al control de una autoridad independiente.

se utilizan como si fueran sinónimos, se pueden establecer algunas pequeñas diferencias.

A.- La intimidad, lo íntimo, sería la parte de la vida privada que cada ser humano –ya sea por motivos sociales, educacionales, o de la propia naturaleza humana- quiere guardar para sí de una forma muy especial y que sólo la dará a conocer, si decide hacerlo, a un círculo reducido de personas en las que se tiene fe compartida, o con-fianza y que, por ello, se hace en ambiente de confidencialidad. Creemos poder decir que, al menos en nuestro ámbito cultural, en el centro de la intimidad se encuentra nuestra vida interior: pensamientos, sentimientos, deseos, ideologías y creencias, y algunas parcelas de nuestra vida exterior: relaciones íntimas, actos fisiológicos...-. Ciertos datos sobre nuestra persona, entre los que se encuentran los relacionados con nuestra procedencia (datos genéticos, datos referidos a la raza), las tendencias sexuales, los datos de salud y otros datos que puedan acarrear menoscabo o discriminación en nuestra forma social y en los ambientes en los que vivimos, son datos íntimos que hay que respetar para poder respetar la autonomía y la libertad.

B.- La privacidad esta directamente relacionada con la intimidad. Todo lo íntimo está dentro de la privacidad de una persona, pero no todo lo privado es íntimo. La vida privada abarca multitud de aspectos, muchos de ellos cotidianos, como qué y dónde se come, dónde y con quién se pasea, qué escaparates se ven, con quién y dónde se vive, qué número de teléfono se tiene, qué se compra... También puede ser privado el tiempo, los pensamientos, las sensaciones, las creencias... Todas ellas, y muchas cosas más, forman el entramado de la “privacidad” y configura gran parte de nuestra vida. Por otra parte, en algunas personas muchas de estas cosas dejan de ser parte de su “vida privada” sin que se cometa abuso o injusticia. Son las “personas públicas”, que, por su cargo, oficio, profesión o forma de vida, han optado libremente por renunciar a una buena parte de su vida “privada”. Incluso muchos datos y parcelas de la vida privada de las personas no públicas son fácilmente accesibles o son obligatoriamente controlables por el Estado o por otros particulares que tienen derecho a saber y manejar esos datos. Así pues, lo privado o la privacidad abarca todas aquellas facetas de nuestra vida que “nos son propias”, pero puede que, por su misma naturaleza o por las circunstancias vitales elegidas, muchas de ellas no sean absolutamente “propias” o incluso, pueden, legítimamente, dejar de serlo. Existe, pues, una abanico de gradualidad privada.

C.- La confidencialidad, por su parte, puede definirse desde el hecho o el dato “confidencial” -en este caso se identifica con intimidad y privacidad, según el grado- o por la actitud que se le pide al sujeto conocedor de ese hecho o dato. En este segundo sentido es tomado aquí. Así la confidencialidad sería la actitud o comportamiento de respeto, de silencio, de secreto que pide el hecho o dato íntimo o privado en el sujeto que lo conoce. Es, pues, la respuesta adecuada al carácter íntimo o privado de ciertas parcelas de la vida de una persona. Por eso mismo, la confidencialidad deberá ser proporcionada al grado de privacidad o de intimidad que tenga o se le dé al hecho o al dato. Es un término que tiene un contenido correlativo al del hecho conocido.

Así vemos que si describir los conceptos tiene su dificultad, más difícil será delimitarlos exactamente, señalar fronteras y decidir qué hechos y datos pertenecen a la esfera íntima o a la meramente privada. Hay que tener en cuenta que la diferencia entre lo íntimo y lo privado no es substancial, sino de grado: lo más privado se convierte en íntimo ¿cuándo empieza una cosa y termina la otra? Nuestra respuesta no puede ser muy rígida. Por todo ello, podemos decir que privacidad, intimidad y confidencialidad son conceptos describibles, difícilmente definibles y diferenciales entre sí.

La defensa de la intimidad y de la confidencialidad se ha realizado desde dos ámbitos diferentes, pero con profundas relaciones: desde el desarrollo legislativo y desde el pensamiento ético. Aunque hay fuertes corrientes subterráneas entre estos dos vasos comunicantes, son saberes y quehaceres distintos, estando directamente relacionados con el secreto profesional y la protección de datos personales.

Todo dato de carácter personal, no solo el nombre y el apellido, también, por ejemplo, el D.N.I. o su fecha y lugar de nacimiento, o el número de historia clínica, o su DNA, identifican a una persona. Así, todo dato identificativo está sujeto a la normativa de la Ley Orgánica 15/1999 y del Real Decreto 994/1999 sobre medidas de seguridad. Y todas las personas tienen derecho a ser informadas sobre como se van a tratar sus datos personales y cual es su finalidad, a consentir si quiere que se traten o no, al acceso de sus datos identificativos, a rectificarlos si están equivocados, a cancelar dichos datos y a oponerse al tratamiento.

2.- ASPECTOS LEGALES Y LA INTIMIDAD.

La Constitución española de 1978 marca el hito cardinal en el desarrollo legislativo de todos los derechos fundamentales en general y el de la intimidad en particular. La protección de la intimidad de la persona se califica desde la Constitución como un derecho fundamental, apoyado en la dignidad de la persona y en los derechos inviolables que le son inherentes a ésta, contenido propio de su realidad ontológica. En ella se defiende el derecho a la intimidad con una gran perfección técnica en el artículo 18:¹

«Artículo 18. 1. Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

2. El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo caso de flagrante delito.
3. Se garantiza el secreto de las comunicaciones y, en especial, de las postales, telegráficas y telefónicas, salvo resolución judicial.
4. La ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar de los ciudadanos y el pleno ejercicio de sus derechos».

Y se recoge el derecho a la información en el artículo 20:

«Artículo 20. 1. Se reconocen y protegen los derechos:

- a) A expresar y difundir libremente los pensamientos, ideas y opiniones mediante la palabra, el escrito o cualquier otro medio de comunicación.
- d) A comunicar o a recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión. La ley regulará el derecho a la cláusula de conciencia y al secreto profesional en el ejercicio de estas libertades».

Sin olvidar que los tratados y convenios internacionales sobre el derecho fundamental de la intimidad, han entrado a formar parte del Ordenamiento Jurídico español. Por ejemplo: la Declaración Universal de Derechos Humanos de la Naciones Unidas de 1948, o el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales del Consejo de Europa o también conocido como Convenio de Roma por ser esta ciudad donde se firmó el 4 de noviembre de 1950 -ratificado por España el 26 de septiembre de 1979-, principios en los que se van a basar las legislaciones actuales:

«Artículo 8. 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.

2. No podrá haber injerencia de la autoridad pública en el ejercicio de este derecho, sino en tanto en cuanto esta injerencia esté prevista por la ley y constituye una medida que, en una sociedad democrática, sea necesaria para la seguridad nacional, la seguridad pública, el bienestar económico del país, la defensa del orden y la prevención del delito, la protección de la salud o de la moral, o la protección de los derechos y las libertades de los demás».

En nuestro país el derecho a la intimidad comienza a perfilarse de forma clara a partir del 14 de mayo de 1982, cuando entró en vigor la Ley 1/82, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, en donde considera el derecho de la intimidad como derecho irrenunciable, inalienable e imprescriptible -artículo 1. 3.-, y que solamente la intromisión sería legítima cuando estuviese expresamente autorizada por ley o cuando el titular del derecho hubiese otorgado al efecto su consentimiento expreso -artículo 2. 2.-. Así, para las personas de cualquier edad, sean o no mayores, el derecho de la intimidad tiene los siguientes caracteres:

1.- es indisponible, no pudiéndose transmitir ni por actos inter vivos ni mortis causa;

2.- es irrenunciable;

3.- es inexpropiable e inembargable, como consecuencia de los dos caracteres anteriores;

4.- es imprescriptible, ya que al ser derechos inherentes a la persona al prescribir y extinguirse el derecho habría que considerar que la persona misma, a la que van unidos, se extinguiría también.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, defiende la intimidad, la confidencialidad, el derecho a la información y el consentimiento por parte del paciente. Como también hace la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En ésta última, los datos relativos a la salud van a ser definidos como especialmente protegidos. Protección defendida por la Recomendación Nº. R(97)5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros relativa a protección de datos médicos.

El tratamiento de datos médicos mediante sistemas de información, manuales y automatizados, se encuentra cada vez más extendido, desde la investigación médica, gestión hospitalaria, sanidad pública, a la salud laboral, y otros. En muchos casos es muy importante para la salud de la persona interesada todo lo relativo a su confidencialidad y los datos de carácter personal; la calidad, la integridad y disponibilidad de los datos sanitarios, e incluso el avance de la Ciencia Médica depende en gran medida de la disponibilidad de datos médicos de los individuos. Así, la Ley Orgánica 15/99 señala que es deseable reglamentar la recogida y tratamiento de datos médicos, garantizar el carácter confidencial y la seguridad de los datos de naturaleza personal referidos a la salud, aparte de velar por que se haga uso de los mismos dentro del respeto a los derechos y libertades fundamentales del individuo y sobre todo el derecho a la vida privada, y el Tribunal constitucional defiende la autonomía de la persona, el derecho a consentir y conocer qué se hace con los datos y cómo se utilizan.

Además de las normas anteriormente expuestas, en esta última década la mayoría de las normas relacionadas con la salud de la persona exigen que se garantice la intimidad y confidencialidad del individuo, pues los avances tecnológicos son, junto a otros factores, fuente del Derecho en sentido material. Y estos avances tecnológicos hace necesario proteger la intimidad y privacidad de las personas. Así, en la Ley 15/99 –artículo 8- afirma que las instituciones y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes, podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos, de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad.

La función del derecho fundamental a la intimidad es la de proteger frente a cualquier invasión que pueda realizarse en aquel ámbito de la vida personal y familiar que la persona desea excluir del conocimiento ajeno y de las intromisiones de terceros en contra de su voluntad, otorgando a la persona el poder jurídico de imponer a terceros el deber de abstenerse de toda intromisión. Como explica el Tribunal Constitucional, el derecho a la intimidad permite excluir ciertos datos de una persona del conocimiento ajeno y la prohibición de hacer uso de lo así conocido⁴.

⁴. STC 292/2000, de 30 de noviembre, FJ 6.

La Ley 41/2002 defiende la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que resalta el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, y, afirma que, el Sistema Nacional de Salud, debe asegurar en condiciones de escrupuloso respeto la intimidad personal y la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación. Esta explicación del preámbulo se ve correspondida en el artículo 7 donde de forma clara establece que 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. Y exige que los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán cuando proceda las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.

3.- ASPECTOS ÉTICOS Y LA INTIMIDAD.

La confidencialidad, la privacidad, la protección de datos de carácter personal relativos a la salud, es un problema bioético. Y como todo problema bioético, exige un enfoque interdisciplinario. Ningún especialista posee toda la información necesaria para acometer el estudio de la confidencialidad en solitario. Es indispensable la participación de muchos ámbitos sociales, como el de los científicos y clínicos, el de los expertos en derecho, en informática, en ciencias sociales, filosofía, administración sanitaria y administración pública, documentalistas, así como el de los políticos, los sindicatos y los empresarios, entre los más importantes. El problema de lo íntimo en primer lugar afecta a todas las personas: la protección de datos personales no puede convertirse en un coto cerrado, en la competencia exclusiva de los cenáculos de expertos. Las aportaciones del "hombre de la calle", la opinión sobre la confidencialidad de sus datos personales va a ser muy importante. Y en segundo lugar, el problema bioético de lo íntimo afecta a toda la persona. Además, no podemos olvidar que hoy en día, por la necesidad de gestión, el manejo de los datos de salud incluye a muchos otros profesionales no médicos. En una residencia de mayores, en un hospital; administrativos, trabajadores sociales, enfermeros, médicos y otros muchos trabajadores manejan y tratan la información confidencial, y todos ellos están sujetos al deber de secreto y a la responsabilidad de que esa información no se vulnere, no se pierda y no se difunda.

Los dilemas éticos relacionados con la confidencialidad y protección de datos de carácter personal relativos a la salud no se traducen normalmente en obligaciones perfectas que no admiten excepciones, sino que las decisiones van a estar orientadas según los tres principios de la bioética: el de autonomía, el de beneficencia, y el de justicia. La confidencialidad y la protección de datos está íntimamente relacionada con la autonomía y la libertad del sujeto. Cuando una persona confía sus datos personales, según el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/99, debe de estar informada de la finalidad, usos, de su derecho de acceso, modificación, etc., en definitiva: se ha de respetar la autonomía del interesado, y por tanto solamente se darán a conocer los datos del interesado con la autorización de este, exceptuando los casos que la Ley enumere taxativamente.

El Tribunal Constitucional en la STC 292/2000, de 30 de noviembre, establece el derecho fundamental a la protección de datos que persigue garantizar a esa persona un poder de control sobre sus datos personales, sobre su uso y destino, con el propósito de impedir su tráfico ilícito y lesivo para la dignidad y derecho del afectado. El derecho a la intimidad permite excluir ciertos datos de una persona del conocimiento ajeno, y el derecho a la protección de datos garantiza a los individuos un poder de disposición sobre esos datos. Teniendo en cuenta que el objeto de protección del derecho fundamental a la protección de datos no se reduce sólo a los datos íntimos de la persona, sino a cualquier tipo de dato personal, sea o no íntimo, cuyo conocimiento o empleo por terceros pueda afectar a sus derechos, sean o no fundamentales, porque su objeto no es sólo la intimidad individual, sino los datos de carácter personal. Y no significa que sólo tengan protección los relativos a la vida privada o íntima de la persona, sino que los datos amparados son todos aquellos que identifiquen o permitan la identificación de la persona, pudiendo servir para la confección de su perfil ideológico, racial, sexual, de salud, económico o de cualquier otra índole, o que sirvan para cualquier otra utilidad que en determinadas circunstancias constituya una amenaza para el individuo.

El Tribunal Constitucional establece que también el derecho fundamental a la protección de datos posee una segunda peculiaridad; garantizar a la persona un poder de control sobre sus datos personales. Esto implica la necesidad de estar informado para poder dar el consentimiento expreso y exige el derecho a que se requiera el previo consentimiento para la recogida y uso de los 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. En definitiva, el poder de disposición sobre los datos personales: el derecho a la autonomía de la persona.

Por tanto, el contenido del derecho fundamental a la protección de datos consiste en un poder de disposición y de control sobre los datos personales que faculta a la persona para decidir cuáles de esos datos proporcionar a un tercero, sea el Estado o un particular, o cuáles puede este tercero recabar, y que también permite al individuo saber quién posee esos datos personales y para qué, pudiendo oponerse a esa posesión o uso. Estos poderes de disposición y control sobre los datos personales, que constituyen parte del contenido del derecho fundamental a la protección de datos se concretan jurídicamente en la facultad de consentir la recogida, la obtención y el acceso a los datos personales, su posterior almacenamiento y tratamiento, así como su uso o usos posibles, por un tercero, sea el Estado o un particular. Y ese derecho a consentir el conocimiento y el tratamiento, informático o no, de los datos personales, requiere como complementos indispensables, por un lado, la facultad de saber en todo momento quién dispone de esos datos personales y a qué uso los está sometiendo, y, por otro lado, el poder oponerse a

El derecho fundamental a la protección de datos se concreta jurídicamente en la facultad de consentir la recogida, la obtención y el acceso a los datos personales, su posterior almacenamiento y tratamiento, así como su uso o usos posibles, por un tercero, sea una entidad pública o privada. Y ese derecho a consentir el conocimiento y el tratamiento, informático o manual, de los datos personales, requiere como complementos indispensables, por un lado, la facultad de saber en todo momento quién dispone de esos datos personales y a qué uso los está sometiendo, y, por otro lado, el poder

esa posesión y usos, y la exigencia del titular del fichero a que informe al interesado de qué datos posee sobre su persona, accediendo a sus oportunos registros y asientos, y qué destino han tenido, lo que alcanza también a posibles cesionarios; y, en su caso, requerirle para que los rectifique o los cancele.

Por tanto, la intimidad y la confidencialidad es el elemento esencial de la libertad de la persona y, asimismo, el derecho a la información constituye el eje central del consentimiento de la persona. Si no hay información, no puede haber consentimiento.

El derecho a la información

En el tratamiento de los datos sanitarios es necesario informar a los pacientes sobre todo lo relativo a los datos sanitarios y a sus derechos sobre sus propios datos, o lo que es lo mismo: sus derechos en relación a la intimidad y confidencialidad. El derecho a la información se proyecta con respecto al ciudadano en un doble plano: de una parte, como derecho a conocer aquellos datos sobre su enfermedad que le afecten a él; y de otra, como la obligación de la Administración, o la entidad de que se trate, de facilitar tal información al interesado y guardar el secreto de la misma frente a terceros. El derecho a la información es resaltado por las distintas normativas de nuestro país y Recomendaciones europeas relacionadas con la salud, incluso en enfermos con ciertas facultades intelectuales disminuidas se recomienda, tanto en el convenio de Oviedo como en recomendaciones europeas, que se les informe y, por tanto, el derecho que tiene toda persona a ser informado veraz y completamente en lo relativo a la salud. Así por ejemplo, la Recomendación de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, Recomendación 1418 (1999), sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, adoptada el 25 de junio de 1999, en su punto XI y XII aconseja la protección del derecho de las personas a la autodeterminación y a una información veraz y completa.

La información y la documentación sanitaria es una prestación sanitaria como se establece en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud. De forma similar se define en diversas sentencias publicadas, en donde se hace especial referencia al derecho de acceso del paciente a sus datos sanitarios.

Hasta hace pocos años, el acceso a la historia clínica y a los datos sanitarios, en esa relación de “beneficencia-paternalismo” que el médico tenía con sus pacientes, era poco común o mejor dicho “extraordinaria”. Durante muchos años la información se consideraba un privilegio que el médico podía o no conceder a sus pacientes, pero siempre según su criterio. Pero la medicina ya no puede ser un “arte silencioso”. El médico ha de ser consciente que informar es una exigencia del deber de beneficencia que tiene hacia sus pacientes. La persona mayor continúa teniendo

sus derechos y necesita estar informada para tomar las decisiones en relación a su vida y poder consentir que se actúe en un sentido u otro.

Aunque dar la información al paciente «se trate de un elemental problema de derecho individual», es difícil cambiar las formas tradicionales de comportamiento en que el médico callaba lo que creía conveniente, y por supuesto, el paciente no podía acceder a sus datos sanitarios. Pero informar, el dar acceso a los datos sanitarios, como dice Diego Gracia, no es un acto sin más: Es más bien un proceso. Es un proceso más dentro del acto médico. Así, aunque algunos piensen que puede ser una pérdida de tiempo, o que el paciente no “comprenderá” correctamente, o bien, que el conocimiento de la verdad puede crear estados de ansiedad y angustia, la realidad es bien distinta. Si es cierto que puede haber pacientes que no quieran saber, y este derecho hay que respetarlo, en la mayoría de los casos la información, el conocimiento del proceso, mejora la relación médico-paciente y, con ella, su acción terapéutica. Alejandro Jadad, catedrático del Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Universidad McMaster de Canadá sostiene que los resultados del tratamiento mejoran cuando el enfermo está bien informado: «Se ha comprobado que si los pacientes tienen la oportunidad de participar en la toma de decisiones, de preguntar, de tener información individualizada sobre su dolencia, los desenlaces son mejores. Esto se ha visto en el tratamiento de la hipertensión, de las úlceras, del dolor del cáncer, de la diabetes... »⁵.

Desde no hace muchos años, un gran número de autores defienden el derecho de acceso a la historia clínica y a los datos sanitarios por parte del paciente. Álvarez-Cienfuegos piensa que dicho acceso ha de estar relacionado con su finalidad asistencial. El resto de casos: accesos administrativos, de inspección, u otros, habría que observarlos con cierta precaución⁶. Es más, desde hace algunos años se vienen produciendo algunas sentencias en nuestro país en las que se destaca la necesidad de informar al paciente⁷.

La Ley Orgánica 15/99 establece, en su artículo 5, todo lo relativo al derecho de información que los ciudadanos tienen sobre sus datos de carácter personal que van a ser informatizados. En concreto, el sujeto debe ser informado de la finalidad de la recogida de los datos, de los destinatarios de la información, del carácter obligatorio o facultativo de su respuesta a las preguntas que les sean planteadas, de si se pueden negar suministrarlos, de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y cancelación y de la identidad y dirección del responsable del fichero. Así, cualquier persona podrá conocer, recabando a tal fin la información oportuna del Registro General de Protección de Datos, la existencia de ficheros

⁵. Declaraciones de Alejandro Jadad al periódico *El País* con motivo de su conferencia en la Universidad de Verano El Escorial.. El País 1999; 11 de julio: 34.

⁶. Álvarez-Cienfuegos Suárez JM. Aspectos jurídicos y protección de datos sanitarios. Resumen de la II Jornada Madrileña de Admisión y Documentación Médica. Madrid: Fundación Hospital de Alcorcón, 20 de mayo de 1999; 60.

⁷. La sentencia de 25 de abril de 1994 de la Sala primera del Tribunal Supremo -ponente J.L. Albacar López- hace una completa descripción del contenido de la información que se ha de dar al paciente: «Informar al paciente o, en su caso, a los familiares del mismo, siempre, claro está, que ello resulte posible, del diagnóstico de la enfermedad o lesión que padece, del pronóstico que de su tratamiento puede normalmente esperarse, de los riesgos que del mismo, especialmente si éste es quirúrgico, pueden derivarse y, finalmente, y en el caso de que los medios de que se disponga en el lugar donde se aplica el tratamiento puedan resultar insuficientes, debe hacerse constar tal circunstancia, de manera que, si resulta posible, opte el paciente o sus familiares por el tratamiento del mismo en otro centro médico más adecuado». Cit por Beltrán Aguirre JL. La información en la Ley General de Sanidad y en la jurisprudencia. Derecho y Salud 1995; 3: 164.

automatizados de datos de carácter personal, sus finalidades y la identidad del responsable del fichero.

La casi absoluta obligación del deber de informar al paciente o a sus representantes legales se debe, en nuestra opinión, al también casi absoluto derecho de acceso, y, en su caso, de rectificación de los datos de carácter personal. Sin olvidar, que la información es un derecho del enfermo o usuario del sistema a saber o no saber, una manifestación concreta del derecho a la salud y, a la vez, un deber del médico y del sistema sanitario.

Ley 41/2002, en su artículo 4, exige el derecho que tiene el paciente a conocer todo lo relativo a las actuaciones sanitarias. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. Siendo el médico responsable del paciente quien garantizará el cumplimiento de su derecho a la información⁸. Teniendo en cuenta que la persona que ha de recibir la información es el propio sujeto, incluso cuando éste se encuentre en una situación de incapacidad se le ha de dar la información pertinente para que pueda decidir en la medida de lo posible. Las personas mayores o las más jóvenes tienen derecho a su autonomía y a decidir en lo relativo a su cuerpo y a su salud.

Por tanto, para respetar la autonomía de los pacientes es necesario informar a los mismos. Así, la obligación de informar sobre cualquier proceso sanitario y, en todo lo que respecta a la información sobre la salud, independientemente de la edad de la persona, es tan absoluta que sólo podría decaer en tres casos:

1.- cuando el enfermo no quiera ser informado, utilizando su derecho a no saber, situación también prevista en el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, en su artículo 10;

⁸. Artículo 4. Derecho a la información asistencias

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

3. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

4. El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave. Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

2.- cuando la urgencia terapéutica, siguiendo el principio de beneficencia en favor del enfermo, así lo requiera, y sólo mientras dure esa urgencia;

3.- en el caso en que la persona no se encuentre capacitada para tomar decisiones, se le dará la máxima información posible y se informará también su representante para que pueda tomar la decisión pertinente, pero teniendo en cuenta que el propio sujeto ha de ser escuchado en todo momento;

4.- cuando la información sobre el interesado se encuentra inseparablemente unida a la información sobre otra u otras personas. Al colisionar dos derechos: el derecho a saber sobre uno mismo y el derecho a la intimidad de terceras personas, siempre sopesando el mal menor en cada caso, en principio debe prevalecer el derecho a la intimidad.

Esta última excepción se hace especialmente problemática en los casos en que la información tiene relación con la herencia y la genética, pues siempre el conocimiento de datos de esta naturaleza necesariamente ponen en juego a todos los miembros consanguíneos de una familia. Pero a pesar de que en algunos momentos, en nuestro trabajo cotidiano, puede ser complicado proteger la intimidad de los pacientes, hay que intentarlo pues ésta es un elemento fundamental para ser persona, pues como afirma López Azpitarte «el hombre guarda siempre un misterio en su corazón, una zona reservada a la mirada indiscreta de cualquier otro, que constituye el núcleo más hondo y arraigado de su personalidad. Se trata de ese mundo interior donde anidan y se esconden los sentimientos, deseos, ilusiones, pensamientos, alegrías y penas, nostalgias o vergüenzas, hechos u omisiones... que son lo más nuestro y de nosotros solos, porque nos hacen sentirnos como sujetos, no como un objeto cualquiera».

El derecho al consentimiento

Un elemento esencial en lo que se refiere al tratamiento de datos personales y, en concreto, a los concernientes a la salud, es lo que se denomina “consentimiento informado”. Este concepto ha llegado a la medicina desde el derecho y, como opina Diego Gracia, debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que la ciencia jurídica ha realizado a la medicina, por lo menos en los últimos siglos. Estamos ante un “derecho humano primario y fundamental”, esto es, ante una de las últimas aportaciones realizadas a la teoría de los derechos humanos.

El derecho al consentimiento y la información, junto con los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal configuran las salvaguardas a la intimidad y autonomía que posee la persona respecto a los datos sanitarios.

El consentimiento informado hace referencia a la norma general según la cual para recabar, archivar, manejar, ceder y cambiar información personal con datos especialmente protegidos, deberá hacer falta el consentimiento libre y, por lo tanto,

informado, del sujeto interesado. Pero creemos que, si bien los conceptos información y consentimiento están íntimamente relacionados, no tienen que ir necesariamente unidos.

La Ley Orgánica 15/99, en su artículo 6 apartado 1, dispone la regla general: «El tratamiento de los datos de carácter personal requerirá el consentimiento inequívoco del afectado, salvo que la ley disponga otra cosa». En el apartado 2 se recogen los casos en los que no es preciso el consentimiento, apartado en el que incide en que datos especialmente protegidos se pueden tratar sin el consentimiento del paciente, posibilidad, que repetimos, vulnera marcadamente el derecho a la intimidad y confidencialidad de los mismos. A estos habrá que unirle todos los casos en los que hemos ido viendo en los que no será necesaria la información, pues una es condición *sine qua non* del otro. En el apartado 3 se dice que el consentimiento podrá ser revocado, por causa justificada, pero sin efectos retroactivos. Asimismo, la Recomendación N^o R(97)5, en su artículo 5. 1.e, insiste en que el paciente ha de estar informado sobre el derecho que tiene de poder retirar su consentimiento. Y la ley también prevee el derecho de oposición⁹. Pero este derecho aparece como algo difícil de llevar a término: el paciente ha de tener unos motivos personales que justifique su oposición al tratamiento de los datos. Creemos que de esta forma no se defiende suficientemente el derecho de oposición, pues en una situación de minusvalía, como es en la enfermedad, cuando los derechos han de estar más protegidos, se ha de facilitar la información y el consentimiento pues la persona puede no tener capacidad de defender suficientemente sus derechos.

Nuestra Ley Orgánica 15/99, en su artículo 7, establece que en el caso de los datos especialmente protegidos será necesario: **1.-** el consentimiento expreso y por escrito cuando los datos de carácter personal revelen la ideología, religión y creencias, vayan a ser tratados; **2.-** los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando por razones de interés general así lo disponga una Ley o el afectado consienta expresamente; y, **3.-** los datos sobre infracciones penales y administrativas, sólo podrán ser incluidos en los ficheros de las Administraciones Públicas si existe una norma que lo regule. Pero, en función de la utilización de los mismos se hace una excepción muy peligrosa¹⁰, que no creemos que sea ética, ya que el consentimiento es necesario para que la persona tenga libertad de decidir. Sin olvidar que se considera infracción muy grave el acto de recabar o tratar los datos de carácter personal relativos a la salud, cuando no lo disponga una ley o el afectado no haya consentido expresamente¹¹.

⁹. «Artículo 6.4.- En los casos en los que no sea necesario el consentimiento del afectado para el tratamiento de los datos de carácter personal, y siempre que una ley no disponga lo contrario, éste podrá oponerse a su tratamiento cuando existan motivos fundados y legítimos relativos a una concreta situación personal. En tal supuesto, el responsable del fichero excluirá del tratamiento los datos relativos al afectado».

¹⁰. «Artículo 7. 6.- No obstante lo dispuesto en los apartados anteriores podrán ser objeto de tratamiento los datos de carácter personal a que se refieren los apartados 2 y 3 de este artículo, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto.

También podrán ser objeto de tratamiento los datos a que se refiere el párrafo anterior cuando el tratamiento sea necesario para salvaguardar el interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento».

¹¹. LOPD: «Artículo 43.4.- Son infracciones muy graves:

c) Recabar y tratar los datos de carácter personal a los que se refiere el apartado 2 del artículo 7 cuando no medie el consentimiento expreso del afectado; recabar y tratar los datos referidos en el apartado 3 del artículo 7 cuando no lo

Igualmente, la Recomendación N° R(97)5, en su defensa de la intimidad en todo lo relacionado con la enfermedad, aconseja que el consentimiento para el tratamiento automatizado de datos relativos a la salud sea **libre, expreso y fundamentado** con una correcta información, y no hace referencia a que una norma legal pueda eximir del consentimiento patente y específico¹².

LA LEY 41/2002 Y EL DERECHO AL CONSENTIMIENTO DE TODAS LAS PERSONAS (1)

Artículo 8. Consentimiento informado.

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.
2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.
3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.
5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

LA LEY 41/2002 Y EL DERECHO AL CONSENTIMIENTO DE TODAS LAS PERSONAS (2)

disponga una Ley o el afectado no haya consentido expresamente, o violentar la prohibición contenida en el apartado 4 del artículo 7.

g) La vulneración del deber de guardar secreto sobre los datos de carácter personal a que hacen referencia los apartados 2 y 3 del artículo 7, así como los que hayan sido recabados para fines policiales sin consentimiento de las personas afectadas».

¹² «6. Consentimiento.

6.1. Cuando se pida a la persona interesada su consentimiento, éste debería ser libre, expreso y fundamentado.

6.2. Los resultados de cualquier análisis genético deberían formularse dentro de las limitaciones de objetivos de la consulta médica, diagnóstico o tratamiento para los cuales se obtenga el consentimiento.

6.3. Cuando se aborde el tratamiento de datos médicos referidos a una persona legalmente incapaz que no se encuentre en condiciones de decidir libremente y cuando el derecho interno no permita a la persona interesada intervenir en su propio nombre, se requerirá el consentimiento de la persona que pueda intervenir legalmente en nombre de la persona interesada, el de una autoridad o de cualquier otra persona o instancia designada por la ley. Si, de conformidad con el principio 5.5 anterior, la persona legalmente incapacitada hubiera sido informada de la intención de recoger o tratar sus datos médicos, debería tomarse en consideración su deseo a menos que la legislación interna se oponga a ello».

Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

e) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Artículo 10. Condiciones de la información y consentimiento por escrito.

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

e) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

El principio de consentimiento o de autodeterminación es el principio esencial de la protección de datos de carácter personal, ya que se precisa su existencia tanto en la recogida como en el posterior tratamiento de los datos solicitados. Es por ello que tiene gran importancia el hecho de que no exista ninguna duda acerca de la existencia del mismo.

Con todo lo dicho podemos decir que el consentimiento es un derecho relacionado con el de la información. Pero deben distinguirse, pues puede haber casos en los que se debe dar información, pero no se requiera el consentimiento, como hemos explicado en el punto anterior. Derechos, pues, autónomos, pero muy

emparentados, que deben estar a la base de todo tratamiento de datos relativos a la persona. Derechos, por último, que enmarcan y fundamentan los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición

4.- DERECHO DE ACCESO, RECTIFICACIÓN, CANCELACIÓN Y OPOSICIÓN

En la atención sanitaria todas las personas tienen derecho a acceder a todos sus datos por medio de copia, fotocopia o cualquier otro medio¹³. Derecho que igualmente mantenido en la Ley 41/2002. Este derecho, al igual que el resto, se solicitará al responsable del fichero. Y por primera vez se desarrolla el derecho de acceso a los datos de salud. Este derecho estaba regulado de forma general en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal –LOPD-, pero quedaban ciertas lagunas:

¿Todos los profesionales de un centro pueden enterarse de lo que le ocurre a un paciente que ingresa en dicho centro?

¿Quién puede acceder a la historia clínica?

¿Hay que dar la historia a los pacientes?

¿Se han de dar a los pacientes las anotaciones que hacemos los profesionales?

¿Se dará la historia clínica a un familiar de un fallecido?

Y las preguntas quedan contestadas en la Ley 41/2002. Si vamos al artículo 16.1, de dicha Ley, encontramos que: “La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia”. Por tanto, **solamente** los profesionales que atienden a un paciente pueden acceder a su historia clínica y el centro sanitario, ya sea público o privado, ha de poner las medidas técnicas y organizativas necesarias para que, como se establece en el art. 16.2, “se posibilite en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten”, y **solamente** a dichos profesionales, evitando el acceso de terceros no autorizados como se regula en la LOPD para los datos identificativos manuales e informatizados, y se desarrolla en el Real Decreto 994/1999¹⁴ para los datos informatizados. Y, por supuesto, el personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones -art. 16.4 de la

¹³ LOPD. Artículo 15. Derecho de acceso.

1. El interesado tendrá derecho a solicitar y obtener gratuitamente información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos, así como las comunicaciones realizadas o que se prevén hacer de los mismos.

2. La información podrá obtenerse mediante la mera consulta de los datos por medio de su visualización, o la indicación de los datos que son objeto de tratamiento mediante escrito, copia, telecopia o fotocopia, certificada o no, en forma legible e inteligible, sin utilizar claves o códigos que requieran el uso de dispositivos mecánicos específicos.

¹⁴ Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.

Ley 41/2002-, por lo que en el Centro¹⁵ se establecerán las medidas de seguridad pertinentes que eviten el acceso no necesario.

Es más, el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. A no ser que una Ley establezca la necesidad de acceder a los datos de una persona -por ejemplo, por medidas urgentes de salud pública-. Exceptuándose “los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente”, como se establece en el art.16.3 de la Ley 41/2002. Pero hay que tener en cuenta que dicha Ley afirma taxativamente que “el acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso”, defendiendo el derecho de autonomía de la persona, el derecho a la protección de datos de carácter personal como ha establecido el Tribunal Constitucional en Sentencia 292/2000, de 30 de noviembre.

Por tanto, solamente el personal que atiende a un paciente puede acceder a sus datos de salud, sin el consentimiento del mismo, a excepción que lo permita una Ley, en procesos judiciales o en los casos en que el personal **sanitario** debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, cumpla sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria –art.16.5-.

A la pregunta de si el paciente tiene derecho a su historia, la Ley 41/2002 responde afirmativamente, teniendo derecho a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella -art.18.1-. Se estima que – art.18.3- dicho derecho de acceso del paciente no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, como en el caso, por ejemplo, de pacientes psiquiátricos en los que en su historia clínica figura información aportada por la familia. Y en el mismo apartado, la Ley 41/2002 considera la protección de los profesionales y establece no podrá ejercerse el derecho de acceso del paciente en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en la elaboración de la historia clínica, los cuales pueden contraponer al derecho de acceso el de la reserva de sus anotaciones subjetivas.

La nueva Ley 41/2002, en su art. 18.4, clarifica qué hacer ante la petición de acceso a la historia clínica por parte de un familiar de un paciente fallecido. Establece que sólo se facilitará el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

Y también en este caso, la Ley 41/2002 se reafirma en la defensa de la intimidad y autonomía del

¹⁵ La LOPD establece en su artículo 9: El responsable del tratamiento de los datos de carácter personal, ya sean informatizados o manuales, deberá adoptar las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que están expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural.

paciente y del profesional, estableciendo que no se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido, ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales. Tampoco se facilitará aquella información que perjudique a terceros.

Asimismo, cuando los datos sean erróneos han de ser rectificadas, y cuando se hayan tratado algún dato sin el consentimiento de la persona, ésta tiene derecho a oponerse.

El derecho a la cancelación de los datos identificativos en la investigación debería ser respetado, pues al igual que toda persona que participa en una investigación tiene el derecho a retirar su consentimiento sin que se produzca algún perjuicio, la persona al igual que da su consentimiento para el tratamiento de los datos deberá tener la posibilidad de retirar dicho consentimiento y poder solicitar la cancelación de sus datos identificativos, solamente de estos, dejando los datos anonimizados para estudios posteriores. En la Directiva 2001/20/CE se defiende directamente el derecho del sujeto que participe en una investigación a que pueda abandonar la investigación en todo momento, retirando su consentimiento sin sufrir por ello perjuicio alguno.

5.- LA CESIÓN DE DATOS SANITARIOS

Los datos de carácter personal solamente podrán ser comunicados a un tercero si existe el consentimiento previo del interesado¹⁶. La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, del 2000, establece en su artículo 8.2 que los datos identificativos de las personas se tratarán de modo leal, para fines determinados y sobre la base del consentimiento de la persona afectada o en virtud de otro fundamento legítimo previsto por la ley. Por tanto, los datos identificativos solamente se cederán a otros grupos de investigadores o al grupo promotor u a otras personas o instituciones en el caso en que el sujeto hubiese dado su consentimiento.

Como se ha dicho anteriormente, los videos que identifican a una persona o las pruebas biológicas, están sujetos a la LOPD y, por tanto, no podrán cederse a terceras personas, ni utilizarse para otra finalidad que para la que lo hubiese permitido el paciente, sin el consentimiento previo de la persona.

6.- EL SECRETO PROFESIONAL

Los Códigos Deontológicos de las diversas profesiones sanitarias dan una gran importancia al secreto profesional. Por ejemplo, el Código de Ética y Deontología Médica, de la Organización Médica Colegial, que contiene el conjunto de principios y reglas éticas que deben inspirar y guiar la conducta profesional del médico, defiende que el médico actuará siempre con corrección, respetando con

¹⁶. LOPD, Art. 11.1.

delicadeza la intimidad de su paciente, y el secreto profesional ocupa un lugar relevante. En sus artículos 14 y siguientes mantiene:

«Artículo 14

1. El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros.
2. El secreto profesional obliga a todos los médicos cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio.
3. El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que de él haya conocido en el ejercicio de la profesión.
4. La muerte del paciente no exime al médico del deber del secreto.

Artículo 15

1. El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.
2. En el ejercicio de la Medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de facilitar los medios necesarios para que esto sea posible.

Artículo 16

1. Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimara necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:
 - a. Por imperativo legal.
 - b. En las enfermedades de declaración obligatoria.
 - c. En las certificaciones de nacimiento y defunción.
 - d. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.
 - e. Cuando se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste permite tal situación.
 - f. Cuando comparezca como denunciado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria.
 - g. Cuando el paciente lo autorice. Sin embargo, esta autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurará siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad.

Artículo 17

1. Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a la intimidad.
2. Los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias mantendrán una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa.
3. Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico.
4. Los bancos de datos médico no pueden ser conectados a una red informática no médica.
5. El médico podrá cooperar en estudios de auditoria (epidemiológica, económica, de gestión...), con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente en particular».

Hoy día, el secreto profesional ya no se conceptúa solamente y en primer lugar como un deber del profesional, sino como un derecho del ciudadano. Por tanto se trata de uno de los llamados derechos-deberes, ya que es un derecho que genera en los profesionales un deber específico. Hay un deber general de respeto a la intimidad de todos los seres humanos. Y hay otro específico y cualificado de los profesionales, ya sean abogados, procuradores, médicos, etc. Todos ellos tienen una obligación específica y cualificada de guarda del secreto.

El secreto médico tiene su fundamento en la relación de confianza que debe existir entre el médico y el paciente. Esta confianza debe ser respetada por el profesional de la medicina con el objeto, no sólo de proteger la integridad física del paciente, en cuanto al anonimato de sus enfermedades, sino también de proteger la integridad de la persona, su ser personal, pues una revelación indebida de sus padecimientos puede acarrear un perjuicio moral que es susceptible de incriminación. Es más, la seguridad de los pacientes a que su problema no será desvelado, en algunos casos, facilita a que éste se ponga en tratamiento y confíe en el facultativo.

La confianza es el aglutinante de la estructura sanitaria. El paciente ha de desnudar su cuerpo y, en muchos casos su alma, ante el médico y otros muchos profesionales sanitarios. Erwin Odenbach, neurólogo y psiquiatra, que ha tenido un cáncer y tuvo que soportar la quimioterapia, radioterapia y la estancia hospitalaria varias veces, comenta que al vulnerar la intimidad se vulnera la dignidad humana. Aconseja al personal sanitario propiciar la intimidad de los pacientes con los grandes y pequeños detalles en el trabajo diario. Los trabajadores, al igual que deben respetar sus datos personales, han de respetar otros muchos detalles que van a propiciar la intimidad. Por ejemplo, no desnudar al paciente cuando no sea estrictamente necesario, llamar a la puerta antes de entrar en la habitación, no explorar al paciente cuando tiene lauña puesta, explicar lo que se le va a realizar en cada momento, etc.

El personal sanitario atiende a la persona en los momentos más vulnerables de su vida, nacimiento, enfermedad, dolor, impotencia, muerte. El médico, a diferencia del abogado o del sacerdote, llega a conocer incluso cuestiones que al propio sujeto no le gustaría mostrar, pero el facultativo, para poder curar o aliviar el dolor, ha de conocer profundamente al enfermo.

Esta necesidad que tiene el médico de explorar el cuerpo del enfermo, a veces de modo exhaustivo, ya para descubrir los rastros de una enfermedad, ya para aplicar el tratamiento, está pidiendo una reserva que ha de ser éticamente justificada y jurídicamente regulada.

Una base importante del secreto médico radica en la facilidad con que el médico accede a la esfera íntima de otros, sin trabas ni obstáculos, precisamente porque el paciente presupone el sigilo del profesional. Además, el acceso por parte del facultativo a la intimidad se produce en circunstancias de indefensión y dependencia del paciente respecto del médico.

El derecho a la intimidad personal y a la privacidad ha sido, y aún es un derecho, en algunos casos ignorado, y en otros mal ponderado, ya sea porque los

profesionales incumplen el deber de no revelar o porque nuestra sociedad es poco celosa a la hora de exigir que se respete su derecho a la privacidad. Estamos cansados de ver cómo en nuestros medios de comunicación se producen ruedas de prensa con comunicados de los equipos médicos que, en muchos casos, divulgan noticias que pertenecen por completo a la esfera íntima y privada del individuo, como si tal comunicación se tratara de la cosa más natural de este mundo.

En la relación médico-paciente intervienen siempre tres sujetos: el médico, el enfermo y las llamadas terceras partes, es decir, diversos profesionales y trabajadores que se van a relacionar en el día a día con el enfermo. Estos tres factores han cambiado de manera importante en los últimos veinticinco años. La consecuencia es clara: la relación médico-paciente también ha cambiado. Ya no es posible aquella relación antigua, típicamente paternalista y vertical, en la cual el médico mandaba y el enfermo obedecía, en donde el enfermo no tenía acceso a sus propios datos, al conocimiento de su propio cuerpo. El hecho de que una persona quiera curarse y se ponga en contacto con el médico no le priva, por lo general, de su autonomía, razón por la cual el enfermo aporta a la relación un principio distinto al del médico, el llamado «principio de autonomía». De este modo, la vieja relación «yo mando, tu obedeces», se ha visto sustituida por esta otra: «beneficencia-autonomía».

En la actualidad la medicina es ejercida por equipos que necesitan compartir la información para poder dar al enfermo una atención de calidad. El sujeto que ingresa en un centro sanitario tiene relación con múltiples profesionales, sus datos se almacenan en grandes archivos y en ordenadores conectados con diversas bases de datos y múltiples profesionales, incluso en algún caso pudieran estar conectados a Internet, por lo que profesionales de otros centros u otros países pueden tener acceso a los datos sanitarios de una persona, con el peligro que entraña la posibilidad de acceso a dicha información por personas no autorizadas. La medicina “en equipo” obliga a replantear los mecanismos jurídicos de tutela de los derechos de los pacientes y, en especial, de su derecho a la intimidad. Cuando una persona entra en contacto con la sanidad también entra en contacto con otras muchas personas: telefonistas, secretarias, el personal de seguridad..., y es importante dejar muy claro que todos ellos están sujetos al secreto y que todos los trabajadores que revelen hechos o datos personales conocidos por razón de su oficio están sujetos a las penas correspondientes, como ya se ha dicho anteriormente, según el artículo 199 del Código Penal..

También hay que hacer un inciso sobre la falta de confidencialidad que se produce, en algunos casos, por las charlas entre médicos y sus pacientes en los pasillos, las consultas a pie de cama en habitaciones con más de una cama o las visitas a los nidos de recién nacidos, que pueden ser una brecha importante en el respeto a la confidencialidad, dignidad y vida privada. O bien, en las conversaciones en lugares públicos entre el personal sanitario u otros trabajadores. Aunque parezcan detalles mínimos, hay que cuidarlos. A la vez, es necesario aumentar la cultura entre trabajadores y usuarios en la protección de datos de carácter personal, hay que impregnar en la cultura laboral la importancia de la discreción, confidencialidad e intimidad. Es más, se hace necesario introducir en los currículos profesionales materias relativas a la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal.

El tratamiento de datos personales trastoca el planteamiento tradicional en torno al secreto profesional. El médico y sus colaboradores, incluso el personal no sanitario, conocen una gran cantidad de datos del paciente sin necesidad que éste los revele, basta con acceder al historial clínico o a otros archivos del paciente. En estas circunstancias es imposible mantener la confidencialidad como antiguamente. Laín Entralgo explica cómo el paciente confía en su médico:

«Imaginemos la relación que se establece entre un enfermo crónico -un ulceroso de estómago, hipertenso, un migrañoso- y su médico de cabecera. El médico ve con frecuencia al paciente; y si es médico cabal -esto es: si hay en él amor a su oficio, buena formación técnica, sensibilidad para el vivir humano y entusiasmo terapéutico- conocerá la vida del enfermo, frecuentemente por medio de la confianza, inventará para él proyectos vitales, le ayudará a realizarlos, convivirá su experiencia íntima de la enfermedad y sus esperanzas de nueva salud, en una palabra, establecerá con él una verdadera relación amistosa, una genuina amistad médicamente especificada»¹⁷.

Hoy en día se hace necesario ampliar el concepto de secreto médico. Ya no basta con asegurar que el médico va a guardar los secretos y la confidencialidad con sus pacientes. Es preciso reglamentar todo un conjunto de aspectos sobre qué datos son sensibles, quién puede acceder a ellos, cómo se debe proteger, etc. Y, además, es indispensable reconocer el nuevo derecho fundamental que se establece en Tribunal constitucional; el derecho a la protección de datos, lo que implica un nuevo derecho del enfermo: el derecho de información, consentimiento, acceso, rectificación, oposición y cancelación de sus datos de carácter personal relativos a la salud.

Conclusiones

1.- La intimidad la percibimos como un derecho inherente a la persona, que no debe conquistarlo para poseerlo, ni se pierde por desconocerlo. Más bien se percibe como una característica propia del ser humano por el mero hecho de serlo. Este derecho, que en muchas Constituciones como la nuestra tiene rango de derecho fundamental, tiene sus raíces en el derecho al respeto y la libertad de la persona, que se encuentra en la base de todo tipo de convivencia y de relaciones humanas. La intimidad constituye un derecho de la personalidad.

2.- El secreto médico, el secreto de todos los profesionales sanitarios, tiene por objeto los datos de carácter personal relativos a la salud, datos especialmente protegidos, y se enmarcan dentro de los llamados secretos profesionales. Tiene su fundamento en la relación de confianza que debe existir entre el personal sanitario y el paciente. Esta confianza debe ser respetada por el profesional de la medicina con el objeto, no sólo de proteger la integridad física del paciente, en cuanto al anonimato de sus enfermedades, sino también de proteger la integridad de la

¹⁷. Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Espasa Calpe, 1983: 358.

persona, pues una revelación indebida de sus padecimientos puede acarrear un perjuicio moral que es susceptible de incriminación. El secreto profesional se encuentra regulado civil y penalmente además de su tratamiento en los Códigos Deontológicos.

3.- Una base importante del secreto sanitario radica en la facilidad con que los trabajadores sanitarios acceden a la esfera íntima de otros, sin trabas ni obstáculos, precisamente porque el paciente presupone el sigilo del profesional. Además, el acceso a la intimidad se produce en circunstancias de indefensión y dependencia del paciente respecto del médico. El derecho a la intimidad personal y a la privacidad ha sido, y aún es, el más ignorado de los derechos del paciente, ya sea porque los profesionales incumplen el deber de no revelar o porque nuestra sociedad es poco celosa a la hora de exigir que se respete su derecho a la privacidad.

4.- Los dos derechos fundamentales que amparan a los interesados respecto de sus datos de carácter personal relativos a la salud, son los siguientes:

A.- Derecho de información: En el tratamiento de los datos sanitarios es necesario informar a los pacientes sobre todo lo relativo al fichero y a sus derechos sobre sus propios datos, o lo que es lo mismo: sus derechos en relación a la intimidad y confidencialidad. El derecho a la información se proyecta con respecto al ciudadano en un doble plano: de una parte, como derecho a conocer aquellos datos sobre su enfermedad que le afecten a él; y de otra, como la obligación de la Administración, o la entidad de que se trate, de facilitar tal información al interesado y guardar el secreto de la misma frente a terceros. El derecho a la información es resaltado por las distintas normativas de nuestro país y Recomendaciones europeas relacionadas con la salud.

B.- El consentimiento: El consentimiento para el tratamiento automatizado de datos relativos a la salud sea libre, expreso y fundamentado con una correcta información. El sujeto del derecho al consentimiento es el paciente. Cuando no tenga condiciones para dar el consentimiento los encargados serán sus representantes legítimos o la autoridad competente. Las excepciones a la regla general se producen: 1º.- cuando exista grave peligro para la salud pública; 2º.- por imperativo legal, como es el caso de las enfermedades de declaración obligatoria; 3º.- en caso de urgencia vital, que hace necesario actuar aun sin consentimiento; y 4º.- la renuncia del paciente a conocer.

5.- Como se establece en el Convenio de Oviedo¹⁸, toda persona tendrá derecho a que se respete su vida privada cuando se trate de informaciones relativas a su salud, y para que la persona pueda ser respetada ha de estar informada sobre lo concerniente a sus datos identificativos y ha de dar su consentimiento para el tratamiento de los mismos.

¹⁸. El 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, Convenio de Oviedo, entró en vigor en nuestro País el 1 de enero de 2000.

6.- El consentimiento previo, libre e informado al tratamiento de los datos médicos y, por tanto, también, los genéticos, constituye una garantía fundamental que parte del reconocimiento de la autonomía del sujeto.

7.- Como se establece en la Ley 41/2002, art. 16.3, el acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal y en la Ley 14/1986 General de Sanidad y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.

8.- En la investigación clínica, el tratamiento de los datos de carácter personal tendrán las medidas de seguridad necesarias para evitar la pérdida, vulneración y el acceso por parte de personas no autorizadas.

9.- No se podrán ceder datos que identifiquen a una persona si no es con el consentimiento previo de la misma.

10.- Una investigación de calidad implica el respeto de los derechos de las personas que participan en ella y esto lleva consigo una mayor confianza de los pacientes en los profesionales sanitarios y una mayor facilidad de la incorporación de pacientes a la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Álvarez-Cienfuegos Suárez JM, López Domínguez O. El secreto médico y la confidencialidad de los datos sanitarios. Plan de formación en responsabilidad legal profesional, nº 4. Madrid: Edicomplet. Asociación Española de Derecho Sanitario, 1998.

2.- Béjar H. El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad. Madrid: Alianza Editorial, 1995.

3.- Casado M, coor. Bioética, derecho y sociedad. Madrid: Trotta, 1998.

4.- Coucero Vidal A. La información al paciente. Jano 1991; XLI (octubre): 79-81.

5.- Crevillén Sánchez C. Derechos de la personalidad. Honor, intimidad personal y familiar y propia imagen en la jurisprudencia. Madrid: Actualidad Editorial, 1995

- 6.- Declaraciones de Diego Gracia al periódico El País. Martínez L. La frágil frontera de la verdad. La relación médico-paciente fija los límites de lo que puede saber el enfermo terminal. El País 1995; 23 de octubre: 30.
- 7.- Gil-Robles y Gil-Delgado A. Los derechos de los ciudadanos en el sistema sanitario. Derecho y Salud 1994; 2: 87-90.
- 8.- Gracia Guillén D. Ocho tesis sobre consentimiento informado. Actas del II Congreso de Derecho y Salud. Asociación "Juristas de la Salud", Granada, 1993, editadas por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1994.
- 9.- Laín Entralgo P. La relación médico-enfermo. Madrid: Espasa Calpe, 1983.
- 10.- López Azpitarte E. La intimidad personal: defensa y valoración ética. Proyección 1984; 31: 53-63.
- 11.- Muñoz Conde F. Falsedad documental y secreto profesional en el ámbito sanitario. Derecho y Salud 1996; 4: 147-155.
- 12.- Odenbach E. El respeto por la intimidad del paciente. Dolentium Hominum 1996; 31: 119-123.
- 13.- Romeo Casabona CM. Configuración sistemática de los derechos de los pacientes en el ámbito del derecho español. En: INSALUD. Jornadas sobre los derechos de los pacientes, 1990. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1992.
- 14.- Tribunal Constitucional. Sentencia 143/1994, de 9 de mayo. Sala 1ª.
- 15.- Vidal M, ed. Conceptos fundamentales de ética teológica. Madrid: Trotta, 1992.

