



RECOMENDACIÓN SOBRE LA INFORMACIÓN A LOS FAMILIARES DE PACIENTES INGRESADOS POR COVID19

Debido a la situación actual de pandemia, en los hospitales se está informando telefónicamente a los familiares de los pacientes ingresados (normalmente sólo a un interlocutor). En algunos casos, los familiares contactan con profesionales de atención primaria para conocer la evolución clínica de sus allegados.

Esta recomendación responde al dilema ético derivado del posible acceso a la información clínica del paciente para compartirla con sus familiares.

MARCO NORMATIVO

1. Quién tiene la obligación de informar al paciente.

Según la ley 41/2002 de autonomía del paciente, el deber de información recae sobre «el médico responsable del paciente», sin perjuicio de que el resto de profesionales que lo atiendan también tengan la obligación de informarle de aquello que les compete (art. 4.3).

La misma ley prevé la existencia de esta figura de «médico responsable del paciente» y lo define como «el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria (...) con el carácter de interlocutor principal del mismo» (1).

2. Revelación del secreto profesional.

El artículo 199 del código penal determina que es punible el profesional que, con incumplimiento de su deber de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona. La doctrina jurídica considera que hay divulgación cuando se comunica a personas que no tienen derecho a conocer estos datos, y que puede haber autorización del paciente para dispensar de la obligación de guardar secreto (2).

El artículo 15 del Código Deontológico de la OMC (2011) precisa que “el médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado”, pero, como excepciones, señala que “con discreción (...) y ante quien tenga que hacerlo y en sus justos y restringidos límites, el médico revelará el secreto (...)



cuando con su silencio se diera lugar a un perjuicio para el paciente u otras personas, o un peligro colectivo" (2).

En Julio de 2017, la Comisión Central de Deontología concluye en una declaración oficial que "ni el secreto médico, ni el derecho a la intimidad, ni el derecho a la confidencialidad son absolutos" (...) "La deontología, la ética, la normativa y la legislación vigentes apoyan y protegen al médico para que, en las circunstancias descritas, la revelación del secreto médico no constituya motivo de falta o infracción y, sobre todo, no signifique un problema de conciencia" (3).

Según el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial, (última revisión de 2006), el primer deber del médico es "ejercer siempre su juicio clínico independiente y mantener el más alto nivel de conducta profesional" (4).

MARCO ÉTICO

1. Qué entienden los pacientes como secreto médico.

La revisión de la literatura muestra que la mayoría de estudios son sobre pacientes especialmente vulnerables (infectados por VIH, necesitados de consejo genético, pacientes psiquiátricos, adolescentes, etc) (5). Hay confusión sobre el alcance del secreto médico, en algunos trabajos un tercio de los pacientes piensan que secreto significa que en algunas circunstancias se puede divulgar información, mientras que dos tercios opinan que el secreto profesional obliga a no comunicar nada a terceros (6). En general, los pacientes están de acuerdo con que fluya la información si eso va a mejorar su tratamiento. Pero quizás lo más revelador es que los pacientes quieren que algunas cosas no se conozcan especialmente en su entorno más cercano (vecindario, trabajo, etc) y prefieren no comentar ni siquiera con sus médicos lo que no quieren que nadie sepa (5).

2. Los límites de la privacidad.

La mejor manera de cumplir con las expectativas de confidencialidad de los pacientes a veces plantea dudas a los clínicos. Es fácil sobreestimar o subestimar lo que un paciente verdaderamente opina sobre cómo debe tratarse su información médica (7). Los autores subrayan que el paciente mantiene un delicado equilibrio entre dos necesidades básicas: la de autonomía y la de comunicarse con los demás. Los clínicos actúan aquí como guardianes y también como copropietarios de la información médica del paciente. Su papel se complica aún más porque a veces no sólo tienen que decidir qué información querría su paciente que divulgaran, sino también cuándo hacerlo y a quién



hacer participe de la misma. Además, es inevitable que el propio punto de vista, personal, del clínico sobre los límites de la confidencialidad influya en cómo trate la información del paciente. Los tratadistas abogan por un entendimiento profundo con el paciente para superar estos conflictos, ya sea a través la entrevista profesional clásica o de cuestionarios específicos sobre confidencialidad.

DISCUSIÓN

1º Quien trata al paciente es quien debería estar en la mejor situación para informar de la evolución clínica del mismo. Ese profesional debería saber, porque tiene acceso al paciente (si éste está consciente), a qué allegados se puede informar y de qué cosas se les puede informar; además debería conocer con detalle la evolución y el pronóstico del paciente. Pero vivimos circunstancias excepcionales porque (i) los pacientes están aislados y el equipo asistencial tiene la obligación de entrar en contacto con los pacientes lo menos posible para bloquear las posibilidades de contagio, tanto al equipo asistencial como al resto de la población; (ii) ha habido que establecer turnos rotatorios de los equipos responsables de los ingresados para optimizar la disponibilidad de recursos, con lo que la continuidad asistencial de los pacientes hospitalizados se ha debido romper.

En estos momentos, la frontera entre si el mejor informante de la evolución del paciente es el equipo hospitalario o el médico de familia es más borrosa de lo habitual. Hay que emplear cualquier medio de comunicación para conseguir que el equipo que asiste al paciente informe a la familia. Una posibilidad intermedia es que el médico de familia haga de puente entre el equipo hospitalario y la familia.

2º Qué informar. Todos los pacientes son muy dinámicos y puede que los afectos de COVID-19 lo sean todavía más. Puede haber cambios decisivos en muy poco tiempo. Por eso y porque puede que la información que se obtenga de la historia clínica sea parcial, si informa el médico de familia que no tiene acceso directo al paciente es previsible que se cometan algunos errores de apreciación importantes.

3º A quién informar. En algunos casos, el médico de familia conocerá tan bien al paciente y a sus familiares que no tendrá dudas sobre la aceptación del paciente de que se esté informando a esos familiares. En otros casos, la situación no es esa y ahí entra en juego el resultado de la entrevista clínica con los familiares y el juicio clínico del médico de familia.



RECOMENDACIÓN

Para intentar resumir, ante un paciente ingresado en un hospital, lo ideal sería que la información la diera su médico de referencia del hospital; si ello no fuera posible, es de esperar que alguna otra persona del equipo asistencial del hospital pudiera jugar ese papel. Si el profesional sanitario de Atención Primaria dispusiera de información y se cumpliera el punto 3º del apartado anterior, podría informar al familiar, con las limitaciones de no formar parte del equipo asistencial en este momento, y de no conocer de primera mano la evolución del paciente. Aquí también es importante conocer los motivos por los que se solicita la información.

Nos ha tocado vivir momentos en que el sufrimiento de algunos pacientes y algunos familiares es indescriptible. Más que nunca, los profesionales de atención primaria estamos obligados a acompañar a estas personas. No se puede establecer una norma de cómo informar en cada caso.

Nos gustaría que lo aquí aportado sirviera para tomar las mejores decisiones.

REFERENCIAS

1. <https://betajuris.es/quien-tiene-la-obligacion-de-informar-al-paciente/> (último acceso: 5 de Abril de 2020).
2. http://www.aeds.org/congreso/congresos-aeds/congreso3_10.php#II (último acceso: 5 de Abril de 2020).
3. <https://ecodiario.eleconomista.es/sociedad/noticias/8485097/07/17/La-omc-sentencia-que-el-secreto-medico-puede-revelarse-de-forma-excepcional-y-justificada.html> (último acceso: 5 de Abril de 2020).
4. <https://www.wma.net/policies-post/wma-international-code-of-medical-ethics/> (último acceso: 5 de Abril de 2020).
5. Sankar P, Mora S, Merz JF, Jones NL. Patient perspectives of medical confidentiality: a review of the literature. J Gen Intern Med. 2003 Aug;18(8):659-69.



G CONSELLERIA
O SALUT
I ATENCIÓ PRIMÀRIA
B MALLORCA



COMitè d'Ètica Assistencial



ATENCIÓ PRIMÀRIA
MALLORCA

6. Jenkins G, Merz JF, Sankar P. A qualitative study of women's views on medical confidentiality. J Med Ethics. 2005 Sep;31(9):499-504.

7. Petronio S, Dicorcia MJ, Duggan A. Navigating ethics of physician-patient confidentiality: a communication privacy management analysis. Perm J. 2012 Fall;16(4):41-5.

Comité de Ética Asistencial de Atención Primaria (COMETA-AP).

Palma a 12 de abril de 2020.