

**Documento de posición colegial**

# **EL SECRETO PROFESIONAL MÉDICO Y LA PROTECCIÓN A TERCEROS**

**Reflexiones y propuestas a raíz del accidente de aviación de  
Germanwings ocurrido en los Alpes franceses el 24 de marzo de 2015**

## EL SECRETO PROFESIONAL MÉDICO Y LA PROTECCIÓN A TERCEROS

**Reflexiones y propuestas a raíz del accidente de aviación de Germanwings ocurrido en los Alpes franceses el 24/ de marzo de 2015.**

El secreto profesional, lejos de ser un privilegio de los médicos, es un deber contraído para preservar el derecho de la persona a su intimidad y privacidad, derecho especialmente valioso al tratarse de temas de salud. Un deber que no solo tiene el médico hacia su enfermo, sino la profesión hacia la sociedad, en virtud del compromiso o pacto tácito —denominado también “contrato social”— que implica no solo la garantía de conocimientos y aptitudes técnicas adecuados, sino también la de actitudes específicas. Estas actitudes específicas forman parte de los valores que elevan el oficio a la categoría de profesión. El deber de guardar secreto de “todo lo que el paciente le ha confiado, lo que haya visto y deducido y toda la documentación producida en el ejercicio profesional” es uno de esos valores de la profesión, profundamente arraigado desde hace milenios.

El desgraciado accidente del avión de Germanwings, ocurrido el 24 de marzo de 2015, en que un copiloto enfermo estrelló voluntariamente el aparato en los Alpes franceses y provocó la muerte de 150 personas, generó una sensación de desprotección ciertamente preocupante. El accidente ocasionó una gran perplejidad en el sentir de la ciudadanía, al saberse que dicho copiloto había ocultado a su empresa que tenía la baja médica por enfermedad psiquiátrica. ¿Qué falló, además del cerebro del copiloto? Quizás el flujo de información entre la medicina asistencial y los responsables de recursos humanos de la empresa, tal vez este flujo está habitualmente dificultado por el deber del secreto profesional del médico asistencial; en este caso, ¿puede el respeto al secreto profesional derivar en detrimento de nuestra seguridad?

A pesar de la excepcionalidad del caso y, por lo tanto, la escasa incidencia que casos similares pueden tener en el global de riesgos a los cuales estamos sometidos cotidianamente, la repercusión mediática que tuvo y las alusiones que se hicieron a un posible mal funcionamiento de los mecanismos de control de ciertas enfermedades y de ciertos enfermos merecen unas reflexiones. Si bien la mayoría de situaciones vienen relacionadas con trastornos mentales graves, como en el caso del desgraciado accidente, hay otras condiciones, como la exposición de riesgo a ciertas enfermedades infecciosas graves, que también merecen recibir el mismo tratamiento y consideración a través de las reflexiones y propuestas que se formularán.

El objetivo del presente documento es reflexionar sobre el dilema entre seguridad y privacidad en el ámbito del ejercicio profesional, como continuación del debate sobre “el secreto profesional y la protección a terceros” que tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Barcelona (CoMB) el 14 de abril de 2015, y revisar la relación entre la medicina asistencial y la medicina del trabajo,

especialmente en casos particulares de enfermos psiquiátricos y de las profesiones y actividades que pueden suponer un potencial riesgo a terceras personas, si no se llevan a cabo en condiciones adecuadas.

Finalmente, queremos dejar constancia de que tanto el Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (CCMC), como alguna legislación sectorial y la doctrina jurisprudencial establecen los límites del deber de secreto para que su aplicación, sensata, y atendiendo al principio de proporcionalidad, no sea motivo de desprotección de ningún derecho de las personas.

### **Privacidad versus seguridad**

Este debate es muy actual en distintas situaciones en nuestra sociedad moderna, la seguridad ciudadana y la lucha contra el terrorismo son los ejemplos más paradigmáticos. El debate, siempre en estado latente, resurge a menudo ante hechos concretos y da lugar a reacciones en caliente, no siempre ponderadas y proporcionadas. Esto es lo que ha pasado con el accidente de la aerolínea Germanwings, que ha provocado que se cuestione el deber de confidencialidad médica. Este caso nos lleva, por lo tanto, a deliberar sobre los límites de la libertad individual frente a la seguridad ciudadana, haciéndonos la pregunta de si se han de plantear nuevos límites a la confidencialidad.

Así, hay que introducir cuatro reflexiones relevantes:

- 1- La deliberación sobre el dilema “privacidad versus seguridad” debe hacerse desde la equidistancia entre los perjuicios que se pueden derivar de priorizar una u otra. Debemos deliberar como si no supiéramos en cuál de las dos posiciones nosotros mismos —como personas— nos podemos encontrar en un futuro.
- 2- Hay que ponderar, no solo los beneficios que puede introducir considerar nuevos límites a un derecho consolidado (como es el de confidencialidad), sino también los perjuicios que pueden derivarse de ello. El paciente viene a la consulta con sus problemas y los explica conoedor de que el médico tiene la obligación de secreto médico. Pensemos en los efectos positivos de este convencimiento: ¿cuántas personas dejarían de depositar la confianza en su médico si dudaran de este deber de confidencialidad, de este derecho a la intimidad en el acto asistencial y cuáles serían los perjuicios sobre su salud?
- 3- Hay que ponderar las consecuencias de orden general de las decisiones que tomemos, es decir, no solo los efectos sobre la seguridad de terceras personas, sino también lo que puede tener de simbólico un ordenamiento social que anula o reduce esferas relevantes de decisión y responsabilidad personal. Pensamos, pues, en cómo determinadas medidas pueden aproximarnos a sociedades paternalistas o autoritarias.

4- Y, no menos importante, hay que tener en cuenta que la justicia forma parte de la ética “de mínimos”, es decir, como gran regulador que es de la vida social, la justicia debe quedar preservada en la decisión final que tomemos. Esto equivale a introducir un elemento de ponderación nada fácil para el profesional: ocasionalmente deberemos avisar de una situación potencialmente peligrosa, y advertir al paciente de que no podemos mantener la confidencialidad dada la implicación de terceras personas a las que hay que proteger. Este hecho excepcional requiere también ser tratado con justicia; más adelante insistiremos en ello al hablar del principio de proporcionalidad.

Teniendo en cuenta todo esto, los bienes que deben preservarse en este debate son los siguientes:

- La intimidad. Tanto en el ámbito de la medicina asistencial como en el ámbito de la medicina del trabajo, las actuaciones realizadas sobre la salud necesitan de la preservación de la intimidad, con los matices y límites diferenciales de cada una de ellas.
- La responsabilidad. Avanzar hacia modelos de sociedad de personas responsables es fundamental. Un modelo social excesivamente garante y celoso de la seguridad puede llegar a despreciar el ejercicio activo de responsabilidad individual de sus miembros y, por lo tanto, convertirse paradójicamente en una restricción de su espacio de libertad.
- La justicia. Tenemos derecho a políticas de protección y que estas prevalezcan sobre el interés particular. La confidencialidad no es un derecho absoluto, y podemos encontrar diferentes contextos en los que prevalezca la protección de terceros por encima de la obligación de confidencialidad. Ahora bien, aun en esta circunstancia, nuestra decisión debe respetar el principio de proporcionalidad. Pongamos un ejemplo: detectamos un caso grave de alcoholismo en un conductor de autobús. El paciente no quiere coger la baja ni ponerse en tratamiento. El médico se puede preguntar: “Quisiera y debería notificar este caso a Tráfico, pero ¿cómo responderá? ¿Qué uso hará de esta información? ¿Qué consecuencias futuras puede tener para el paciente una actuación excesiva o torpe por parte del gestor?” En definitiva: también el paciente debe ser tratado con justicia.

### **Relación entre medicina asistencial y medicina del trabajo**

El desarrollo de la medicina del trabajo en las empresas se basa legalmente en el deber de la empresa o de la institución pública, en su caso, de garantizar la vigilancia de la salud para proteger a la persona trabajadora de los riesgos de su puesto de trabajo, así como a terceras personas de los riesgos que se pueden derivar del trabajo realizado en malas condiciones de salud. Se materializa en la vigilancia de la salud realizada por médicos con los conocimientos, las capacidades y los medios necesarios y se fundamenta en la no discriminación o perjuicio del trabajador. Ejerce la búsqueda activa y efectiva de los signos y síntomas que el trabajador pueda presentar a lo largo de su vida laboral, pero solo se puede llevar a cabo si la confianza entre el

médico y el paciente es total y sin fisuras. Esta vigilancia es de carácter voluntario por parte del trabajador, exceptuando determinados supuestos marcados normativamente pero, en todo caso, siempre es confidencial y limitada a los riesgos específicos a los que el trabajador esté expuesto.

Ante esto, cabe preguntarse cuál debe ser la relación entre el médico asistencial y el médico del trabajo, porque a priori parecería que se pueden enriquecer mutuamente en beneficio del paciente. Se podría suponer que el propio trabajador sería el primer interesado en entregar toda la información del médico de la empresa a su médico asistencial, y al revés. Podría ser, sin embargo, que un trabajador no estuviera de acuerdo con este intercambio de información, aunque esto pudiera ir en contra de su salud, por temor a un posible perjuicio laboral (cambio de tarea, cambio de horario u otros). Hay que recordar, como se ha dicho antes, que la vigilancia de la salud es, en condiciones normales, un acto de aceptación voluntaria tanto en el ámbito asistencial como laboral.

La posible disyuntiva la encontramos en los casos en que la vigilancia de la salud se convierte en obligatoria. Algunos profesionales (fuerzas de seguridad, transporte público, sanidad y otras actividades de potencial riesgo para terceros) se pueden perjudicar gravemente a ellos mismos y a terceras personas si ejercen su labor en condiciones no óptimas. En algunas profesiones concretas, los trabajadores son conocedores y conscientes de que para acceder a ella deberán someterse a revisiones médicas que pueden condicionar su admisión, así como a evaluaciones de mantenimiento de la aptitud para mantener el trabajo. En estos casos el intercambio de información entre la medicina asistencial y la del trabajo podría ser incluso necesario y deseable, con la debida autorización del interesado o bajo la cobertura legal *ad hoc*.

La sentencia del Tribunal Constitucional de 15 de noviembre de 2004 (RTC 2004/196) especifica que la obligatoriedad de la vigilancia de la salud no puede imponerse si únicamente está en juego la salud del trabajador y que solo será obligatoria si es estrictamente imprescindible, y deja claro que la vigilancia de la salud en casos de trabajos que comporten un riesgo a terceros es ineludible. La negativa de un trabajador a someterse a la vigilancia de la salud obligatoria no es un tema que corresponda al médico del trabajo ni a ningún profesional de la salud laboral, sino que es un tema que debe resolverse entre la empresa y el trabajador mediante las medidas disciplinarias que cada empresa haya establecido para tomar las decisiones oportunas ante riesgos a terceros.

Desde la medicina asistencial (primaria o especializada) y en el marco de la legislación de la Seguridad Social, los procesos de incapacidad temporal tienen la triple función de dar asistencia sanitaria, ofrecer protección económica durante este periodo y proporcionar una recuperación funcional y profesional. La “baja”, en definitiva, es una herramienta de protección del trabajador que dispone, y prescribe, el médico que lo atiende, y actualmente es el trabajador quien debe entregar el documento de incapacidad laboral temporal (la baja) a su empresa. Parece paradójico que, con las facilidades actuales que proporcionan las TIC, que permiten la comunicación directa y automática de las incapacidades laborales entre diferentes entidades colaboradoras de la Seguridad Social, estas no se hagan directamente a la empresa en la que está contratado el trabajador. La Administración debería facilitar la adecuación técnica del procedimiento de las

bajas para garantizar el automatismo en la comunicación a las empresas. Como la indicación de una baja laboral no implica revelar el diagnóstico, este procedimiento automatizado no implicaría vulneración del deber de secreto por parte del médico, mientras que aportaría ventajas desde el punto de vista organizativo y de seguridad, que es lo que debatimos.

En este proceso de protección del trabajador, quedaría por establecer el vínculo entre los resultados de los exámenes realizados en centros homologados para expedir certificados de aptitud (aviación civil, conductores, ferroviarios, uso de armas, etc.) y los profesionales, tanto de la atención primaria y especializada como de la medicina del trabajo. El conocimiento de la no aptitud, o de la no renovación, ayudaría, en profesiones que desarrollan actividades de riesgo para terceros, a resolver posibles conflictos. En estos casos, este vínculo debería tener también una base legal.

### **El enfermo psiquiátrico**

La reducción hasta la abolición del estigma y de la discriminación que sufren los enfermos mentales es uno de los principales objetivos de los profesionales de la salud mental. Durante las últimas décadas, se ha venido observando una significativa reducción de la discriminación respecto a las diferencias raciales, étnicas y de género y del estigma de enfermedades como el cáncer o enfermedades infecciosas, pero este persiste con fuerza hacia los enfermos psiquiátricos graves. Los efectos adversos del estigma sobre enfermos mentales incluyen el retraso a la hora de pedir ayuda, el abandono del tratamiento, las dificultades en el acceso a la vivienda, al trabajo y a la autonomía socioeconómica, y todo esto se convierte en la primera barrera en el proceso terapéutico y la rehabilitación. A menudo “ellos” y “nosotros” se convierte en un muro infranqueable.

Pese a que los trastornos depresivos son bastante frecuentes y que cerca de una cuarta parte de la población sufrirá algún trastorno mental, el debate social ha derivado hacia considerar que las personas que presentan estos trastornos son potencialmente peligrosas y que hay que proteger a terceros por encima del derecho a la confidencialidad, con el consiguiente aumento de la discriminación que sufre este colectivo. Estos tipos de actitudes generan, en las personas que sufren un trastorno, una percepción de amenaza y entorpecen la relación médico-paciente, que debe establecerse sobre la confianza. Hay que insistir en la enorme importancia de un tratamiento precoz y adecuado, que solo es posible si los pacientes no temen pedir ayuda.

En España se reconoce que se producen unos 2.000 suicidios anuales. Mayoritariamente son actos solitarios, y los pocos suicidios que se acompañan de un asesinato son casos de violencia de género o de un episodio en el que el suicida, en una situación de desesperanza, decide no dejar vivos a seres queridos. Casos como el del copiloto de Germanwings son extraordinariamente raros.

Cuando el médico que atiende a un paciente con algún tipo de trastorno mental detecta un elevado riesgo para su seguridad o para la de terceros, tiene la posibilidad excepcional de ordenar un ingreso involuntario. Conviene recordar que la regulación legal de los ingresos no voluntarios viene determinada en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, la Ley orgánica de protección jurídica del menor y, en Cataluña, en los artículos 212-4 a 212-6 del libro segundo del Código civil de Cataluña, que obligan al médico a tomar las medidas oportunas para proceder a la asistencia psiquiátrica en régimen de internamiento involuntario en caso de existencia de un trastorno mental grave que implique un riesgo grave para la integridad física, la salud, la vida familiar o relacional, o los intereses en general de la persona, y en caso también de que el estado mental del paciente le impida la competencia necesaria para tomar una decisión responsable y conforme a sus intereses, o porque la medida de hospitalización es razonablemente más efectiva y beneficiosa para el paciente que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva.

En la relación médico-enfermo, la confidencialidad es un aspecto central y está protegida por la legislación. Sin embargo, es evidente que hay determinadas situaciones que pueden hacer aceptable la ruptura, si bien estas deberían ser específicas y con un propósito concreto, y únicamente para preservar la relación terapéutica. Estas situaciones engloban el concepto “protección del riesgo a terceros”. Por lo tanto, nos encontramos ante un conflicto de intereses entre el derecho a la confidencialidad, valor esencial de la profesión, y la protección a terceros. Algunas asociaciones nacionales de psiquiatría han hecho recomendaciones concretas respecto a:

- 1- La incorporación dentro del consentimiento informado de los límites de la confidencialidad; el paciente debe ser informado verbalmente y por escrito al inicio de la relación.
- 2- El derecho a la protección en caso de riesgo inminente, identificable por alguien, cuando este riesgo supone el uso de violencia e intervenir es urgente.

En todo caso, se debe hacer hincapié en el peligro que supone una sociedad defensiva que reclama de los profesionales de la medicina una absoluta protección, ya que puede comportar una dinámica perversa que genere la pérdida de confianza de los pacientes en los terapeutas, especialmente grave en el caso de la psicoterapia en psiquiatría, que requiere de un grado de confianza elevado. Un imperativo legal de carácter genérico en este sentido podría suponer un impedimento para recibir una buena atención mental en detrimento, paradójicamente, de la seguridad ciudadana que se pretendía preservar.

### **El médico enfermo**

El Código de Deontología elaborado por el Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña introdujo, en 1997, la norma por la que el médico que se sepa enfermo debe pedir ayuda a un

colega para que valore su capacidad profesional y, en otro artículo, señala la obligación de todo médico de advertir a aquel compañero que, por condiciones de salud, pueda perjudicar a sus pacientes, y/o comunicarlo al Colegio de Médicos, pues el bien de los pacientes es prioritario.

Bajo esta premisa, a mediados de los años noventa, se creó en el CoMB la Comisión de Evaluación de Sanitarios Infeccionados por Virus transmisibles por sangre (CASIV), destinada a apoyar y orientar a médicos que, por padecer determinadas enfermedades o por su condición de portadores de agentes transmisibles, podían representar un riesgo para sus enfermos y, por lo tanto, solo podían ejercer su especialidad en determinadas condiciones, y también para orientarlos.

Estos también son los fundamentos del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), pionero en España, que desde el año 1998 presta asistencia, mayoritariamente voluntaria, a médicos con trastornos mentales y/o adictivos. Su creación ha permitido atender, en condiciones de máxima confidencialidad, a médicos que hasta entonces demoraban la demanda de ayuda por temor a las consecuencias y al estigma correspondiente por ser conocida su enfermedad. La percepción de seguridad del médico enfermo ha permitido llegar a intervenir de forma precoz sobre un número significativo de pacientes médicos.

La existencia del PAIME también se justifica por la necesidad de ejercer un buen control de la praxis del médico enfermo y, por lo tanto, se han creado los dispositivos adecuados para poder garantizar que, cuando vuelve a ejercer, el médico está en condiciones de poder hacerlo. El PAIME concilia el objetivo colegial de vigilar, promover y procurar una buena praxis con una adecuada y precoz intervención terapéutica, siempre con la protección de la identidad del médico enfermo, y también con una finalidad asistencial y rehabilitadora. En aquellos casos que han llegado a instancias colegiales debido a la existencia de conflictos y/o situaciones de riesgo para el buen ejercicio profesional y que han supuesto una intervención forzada, el seguimiento realizado a través de un contrato terapéutico colegial se ha mostrado altamente eficaz para los objetivos propuestos.

El PAIME ha ido incorporando, desde su creación, otros colectivos sanitarios, como el de enfermería, los farmacéuticos, los veterinarios y, recientemente, los psicólogos y los odontólogos. Sería deseable que en otros colectivos profesionales, que en su ejercicio pueden incidir en derechos e intereses fundamentales de terceros que merecen protección, puedan desarrollarse programas similares que permitan una buena y precoz atención y un adecuado control sobre la actividad profesional en caso de que esta pueda representar un riesgo para el paciente o para otros.

La experiencia del PAIME permite afirmar que se trata de un instrumento asistencial, y también de evaluación y control, muy eficaz en la detección de situaciones de alteración que pueden suponer un riesgo en el ejercicio profesional, eficiente para su tratamiento, que ha permitido una rehabilitación muy alta, con una reinserción laboral con seguridad tanto por el médico enfermo como para sus pacientes, y desde el cual se ha conducido a apartarse definitivamente del ejercicio

a aquellos profesionales que por su patología no estaban en condiciones de ejercer con las garantías necesarias.

### **Los límites legales y deontológicos del secreto profesional**

El secreto profesional recibe en nuestro ordenamiento jurídico un tratamiento diferenciado en función del profesional a que se refiera. Así, por ejemplo, se prevé una dispensa legal del deber de declarar del abogado respecto a los hechos que le hayan sido confiados en su calidad de defensor, y también se dispone que tampoco pueden ser obligados a declarar los eclesiásticos y ministros de los cultos disidentes respecto a los hechos revelados en el ejercicio de sus funciones, ni los funcionarios públicos cuando no puedan declarar sin violar el secreto que por razón del cargo estén obligados a guardar, o cuando en virtud de la obediencia debida, no fueran autorizados por su superior jerárquico.

Por el contrario, al médico se le impone la obligación de comunicar al juez o al Ministerio Fiscal los delitos públicos de los que tenga conocimiento por causa de su ejercicio profesional, ámbito donde se encontrarían —y son los más frecuentes— los delitos de lesiones o maltrato, si bien no son los únicos.

Pero, al margen de esta obligación, el médico tiene el deber de guardar el secreto sobre todo lo que el paciente le haya confiado, lo que haya visto o deducido y toda la documentación producida en su ejercicio profesional.

Este deber de mantener el secreto profesional se deriva directamente del derecho del paciente a que se preserve la confidencialidad de la información relativa a su salud, en tanto que integrante de su intimidad, reconocida como derecho en el artículo 23.3 del Estatuto de Autonomía de Cataluña, y configurada como un derecho fundamental, que encuentra su máxima protección en la Constitución española, en su artículo 18, además de recoger su fundamento en el Código de Deontología, que dedica las normas 29 a 44 a la regulación del deber de secreto y el derecho a la intimidad del paciente, que asimismo prevé que la muerte del paciente no exime al médico de este deber de secreto.

Ahora bien, estos derechos del paciente a la preservación de su intimidad y la confidencialidad de sus datos de salud, como ha venido considerando la doctrina del Tribunal Constitucional, no es un derecho absoluto o ilimitado. En este sentido, el contenido del derecho a la intimidad se encuentra delimitado por el de otros derechos y bienes constitucionales y, por lo tanto, su ámbito de protección puede ceder en aquellos casos en que se constata la existencia de un interés constitucionalmente prevalente al interés de la persona a mantener la privacidad de determinada información.

El legislador, hasta la fecha, no ha dado cumplimiento al mandato constitucional de regular legal y específicamente el secreto profesional, que se encuentra regulado en diferentes normas y en

leyes sectoriales que recogen esta obligación: en el caso de los médicos, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica; la Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concerniente a la salud, la autonomía del paciente y la documentación clínica, y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Así, más allá de recoger la obligación de mantener el secreto profesional, o de regular las consecuencias de la revelación o divulgación, no existe una ley específica que regule el secreto profesional y sus límites. Pero la doctrina del Tribunal Constitucional ha venido considerando que no se puede calificar de ilegítima una intromisión en el derecho a la intimidad cuando encuentra su fundamento en preservar la protección de otros derechos fundamentales, y así la intimidad de la persona debe ceder ante razones de interés general previstas legalmente.

Por lo tanto, la protección de la intimidad y la obligación de secreto pueden ceder ante situaciones en las que hay un interés prevalente al de mantener la privacidad de determinada información, y establece jurisprudencialmente como requisitos que justificarían la injerencia en la intimidad los casos siguientes:

- a) Existencia de una finalidad constitucionalmente legítima (como son la protección de la salud o de la vida).
- b) Previsión legal de la medida limitativa.
- c) Observancia de la proporcionalidad de la medida, que requerirá: un juicio de idoneidad (para valorar si la medida es susceptible de conseguir la finalidad perseguida); un juicio de necesidad (para valorar que no existe otra medida más moderada para la consecución de la finalidad, y que sea igualmente eficaz), y el juicio de proporcionalidad en sentido estricto (que requerirá la valoración sobre si la medida es ponderada y sobre si se derivan más beneficios para el interés general que perjuicios por encima de valores en conflicto).

En cuanto a los límites del secreto profesional, el Código de Deontología, en su norma 32, dispone que el médico podrá revelar el secreto, con discreción, exclusivamente a quien haya de hacerlo y en los justos límites necesarios, en los casos siguientes:

- a) Cuando de la revelación se presuma un muy probable bien para el paciente.
- b) Cuando certifique un nacimiento.
- c) Cuando certifique una defunción.
- d) Si con el silencio se presumiera un muy probable perjuicio para el paciente, para otras personas o un peligro colectivo (declaración de enfermedades contagiosas, ciertas enfermedades mentales, estado de salud de las personas a cargo de la “res pública”, etc.).

- e) Cuando se trate de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo o de otros siniestros, si con la declaración se presupone que se evitarán otros similares.
- f) Cuando actúe como perito inspector, médico forense, juez instructor o similar.
- g) En ocasión de malos tratos a niños, ancianos, discapacitados psíquicos o actos de violación (en este caso con la aquiescencia de la víctima).
- h) Cuando el médico se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente, y este sea autor voluntario del perjuicio, a condición, sin embargo, que de la revelación del hecho no resulten otros perjudicados.

Como vemos, los límites legales y deontológicos del secreto profesional quedan vinculados, en nuestro país, a una previsión legal y a la certeza de un riesgo o peligro para el mismo profesional, para el paciente o para terceros.

En el ámbito laboral, estos límites se encontrarían en la salud de los trabajadores o de terceros, o en determinados sectores, en la protección frente a riesgos específicos y actividades de especial peligrosidad. Así, ante supuestos de enfermedad que pudieran poner en riesgo el trabajador, o la salud o vida de terceros, consecuencia de su actuación profesional, encontramos como norma habilitante para el levantamiento del secreto de forma proporcionada el artículo 22 de la *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales*, en virtud del cual el médico podrá informar al empresario de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados a los trabajadores, en relación con *su aptitud* para desarrollar el trabajo. La comunicación no se hará respecto al diagnóstico del trabajador, sino respecto a su falta de aptitud para desarrollar su trabajo habitual.

Esta norma, además, habilita para la realización de reconocimientos médicos en orden a verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa, exceptuando estos reconocimientos del carácter voluntario de la vigilancia de la salud que requiere el consentimiento del trabajador.

El problema se plantea cuando esta circunstancia no es conocida por los servicios de salud laboral de la empresa y sí, en cambio, por el médico del sistema público de salud —que prescribirá la baja laboral tras el oportuno reconocimiento—, o por el médico asistencial de ámbito privado.

Nuestro ordenamiento jurídico prevé que el médico del sistema público entregará al trabajador dos copias de la baja médica, una para el interesado y la otra para la empresa, y corresponderá al trabajador la entrega a la empresa del correspondiente parte médico de baja.

Por lo tanto, si el trabajador no entrega esta información a la empresa, y continúa trabajando, esta puede desconocer esta situación de incapacidad temporal, a pesar de que pueda ser tributaria de un riesgo cierto para la propia vida o salud del trabajador o para la de terceros.

Esta regulación actual seguramente responde y pivota en la relación médico-paciente y en la confianza mutua que fundamenta esta relación, pero el engaño por parte de un paciente no es siempre evitable, sino que es posible, y no podemos exigir a los médicos que se conviertan en inspectores de control de los pacientes.

En este sentido, y como ya se sugiere en otros apartados de este documento, para evitar que la decisión de comunicar a la empresa la incapacidad temporal para desarrollar sus tareas quede en manos del trabajador, sería razonable y conveniente promover una reforma de la normativa actual que, haciendo uso de las TIC, como ya se prevé en la actual regulación de esta y otras materias, se determinara una comunicación automática de la baja laboral en la empresa a través de la Seguridad Social. Obviamente, el alta del proceso de incapacidad laboral debería conllevar el mismo automatismo de comunicación.

En cambio, la situación en determinados supuestos podría ser más compleja en el ámbito asistencial de la medicina privada, dado que el médico no dispone del mecanismo de la baja laboral que, aunque no es definitivo, ayuda en este proceso de comunicación de la baja.

En este aspecto, hay que partir del hecho de que el médico de cualquier ámbito asistencial es la persona competente para emitir el diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad en base a su juicio clínico, y en este proceso, si detecta un riesgo para el mismo paciente o para terceros —y en este caso, que pueda adquirir especial relevancia en atención a su profesión—, debería ser proactivo de forma discreta, moderada, ponderada y proporcionada, y comunicar esa circunstancia solo a quien corresponda para evitar el eventual daño que se pueda derivar de ese riesgo detectado, y ello amparado en las normas del Código de Deontología y en la doctrina constitucional, antes mencionadas.

En los supuestos de extrema gravedad, nuestro ordenamiento jurídico ya prevé mecanismos de emergencia que puedan dar respuesta, como el ingreso involuntario urgente, con el posterior control judicial. Pero en aquellos supuestos en que la situación no se haga tan evidente y no sea necesariamente tributaria de ingreso, y en cambio requiera de una actuación proactiva por parte del médico, habría que plantearse dotar al profesional sanitario del mecanismo y de los medios que pudieran hacer más fluida la comunicación, sobre todo cuando el médico pertenece al ámbito asistencial privado.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1- El secreto profesional es un deber que la profesión tiene contraída con la sociedad para preservar el derecho de la persona a su intimidad. Es un valor irrenunciable de la profesión.

- 2- El secreto profesional no es ni un derecho ni un deber absoluto. Tanto el Código de Deontología, como alguna normativa sectorial y la doctrina jurisprudencial tienen en cuenta situaciones, especialmente relacionadas con la seguridad de terceros, que establecen límites a este deber.
- 3- Las reflexiones sobre el dilema “privacidad versus seguridad” deben hacerse desde la equidistancia entre los perjuicios que pueden derivarse de priorizar una u otra, ya que todos, como personas, nos podríamos encontrar eventualmente en cualquiera de las dos posiciones. En el análisis de casos concretos, hay que tener siempre en cuenta el principio de la proporcionalidad.
- 4- La eficacia de la relación médico-enfermo para alcanzar el objetivo de ambas partes (alivio o curación de la enfermedad) se basa en la confianza. El enfermo hace al médico depositario de su intimidad, conociendo —y confiando— que tiene y respeta el deber del secreto médico. Una priorización sistemática de la seguridad, sin una ponderación cuidadosa de cada caso, podría dañar la confianza en el profesional y provocar consecuencias negativas para la salud del enfermo.
- 5- Dicho dilema “privacidad versus seguridad” se plantea sobre todo a la hora de evaluar los riesgos a terceros derivados de la actividad profesional de personas con trastornos mentales y de las que ejercen tareas que, si no se llevan a cabo en condiciones óptimas, pueden suponer también un riesgo a terceros (médicos y otros profesionales sanitarios, fuerzas de orden público, transporte público y otros).
- 6- En el caso del enfermo psiquiátrico, hay que actuar con extrema delicadeza, tanto para no favorecer la grave estigmatización que ya sufre este colectivo —que se refleja a menudo en la consideración errónea que se les otorga de seres diferentes y potencialmente peligrosos— como para preservar la confianza necesaria para la eficacia del tratamiento. Como medida preventiva del conflicto, ante la posible necesidad de romper el secreto, sería recomendable incorporar en el acto —y eventualmente en el documento— de consentimiento informado una explicación de cuáles son los límites de la confidencialidad, a fin de que el paciente esté informado al inicio de la relación. Si el médico que atiende a un paciente con algún tipo de trastorno mental, sea del ámbito público o privado, detecta un elevado riesgo para su seguridad o para la de terceros, tiene la posibilidad de instar un ingreso involuntario.
- 7- Cuando el enfermo es el médico, el Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña obliga al médico que se sepa enfermo a pedir ayuda a un colega que valore su capacidad profesional, a la vez que obliga a todo médico a advertir a aquel compañero que, por condiciones de salud, pueda perjudicar a sus pacientes y/o comunicarlo al Colegio de Médicos, pues el bien de los pacientes es prioritario.

Con la doble finalidad de control y preservación de la buena práctica médica y de ayudar a la rehabilitación y reinserción laboral del médico enfermo, el CoMB dispone del Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), al que se han acogido otras profesiones sanitarias. Sería deseable que se reprodujera en otras profesiones no sanitarias, pero igualmente de gran impacto social (jueces, pilotos, militares, docentes...), tanto para ayudar a sus profesionales enfermos como para proteger a la sociedad y asegurar la calidad de los servicios.

- 8- La protección de la intimidad y la obligación del secreto pueden ceder ante situaciones en las que hay un interés prevalente, y el vigente ordenamiento legal ya requiere que la injerencia en la intimidad tenga una finalidad constitucionalmente legítima (como la protección de la salud y de la vida), que exista previsión legal para la medida limitativa propuesta y que esta observe el principio de proporcionalidad, idoneidad y necesidad. Además, el Código de Deontología, en la norma 32, especifica aquellas situaciones en las que el médico podrá revelar el secreto, pero siempre con discreción, exclusivamente a quien haya de hacerlo y en los justos límites necesarios.
- 9- Se debe considerar una eventual regulación específica del secreto profesional en la Unión Europea, a pesar de que hay diferencias de marco legal entre sus miembros. En este sentido, hay que tener presente que en nuestro país, en el que la colegiación es obligatoria y que contempla los límites del secreto profesional en el Código de Deontología del Colegio de Médicos —de obligado cumplimiento para los médicos—, la comunicación justificada y a quien corresponda de manera mesurada, discreta y proporcionada encontraría amparo en el mismo y el correspondiente apoyo de este Colegio.

El médico, ante la duda de romper el secreto profesional para proteger el propio paciente o a terceras personas, podrá consultar el Colegio de Médicos, que le orientará y le apoyará en términos legales y deontológicos para poder tomar la mejor decisión y, si fuera el caso, darle el amparo corporativo.

- 10- Es recomendable que se establezca un marco normativo que facilite canales de comunicación estables entre la medicina asistencial (tanto pública como privada) y la medicina de empresa, que deben verse no como una ruptura de la confidencialidad, sino como una ampliación del círculo del secreto profesional, para un mejor servicio a la sociedad y al trabajador.

En este sentido, un primer paso sería promover una modificación de la normativa actual, que regulara la instauración de un flujo bidireccional de información, y en la que, haciendo uso de las TIC, se determinara la comunicación automática a la empresa de la situación de baja y alta del trabajador, a través de la Seguridad Social.

**Equipo redactor**

Dr. Josep Terés (coordinador), presidente de la Comisión de Deontología del CoMB

Dr. Francesc Borrell, médico de familia

Dr. Eugeni Bruguera, psiquiatra

Dra. Anna Santaulària, médico del trabajo

Dr. Jaume Sellarès, médico de familia

Dr. Rafael Padrós, médico del trabajo

Sra. Mercedes Martínez, abogada de los Servicios Jurídicos del CoMB



Acceso otros idiomas