

La importancia de la confidencialidad como referente ético en el entorno sanitario.

Recomendaciones del Comité de Ética Asistencial

Redactado por:	Aprobado por:
<i>Cristina Berenguer de la Quintana María Teresa Gómez Sugranyes Clara González Llagostera Montse Roca de Bes Fecha: 04/2018</i>	<i>Comité de Ética Asistencial de: Hospital Universitari Dexeus Hospital Quirónsalud Barcelona Centro Médico Teknon Hospital El Pilar Fecha: 18/04/2018</i>

CONTROL DE CAMBIOS RESPECTO A ULTIMA VERSIÓN		
Versión	Fecha	Modificación
0	18/04/2018	Primera edición del documento

INDICE

1. ¿Para qué un trabajo sobre la confidencialidad?.....	4
2. ¿Qué es la confidencialidad?.....	4
3. Breve referencia al marco legal.....	5
4. Marco ético	6
5. Círculo de confidencialidad	6
6. Límites al deber de confidencialidad	7
7. Zonas grises	8
8. Una mirada a la situación actual	9
9. Medidas y soluciones	10
10. Conclusiones	11
11. Bibliografía	12

Este documento pretende ser un documento de consulta para los profesionales del ámbito asistencial ante situaciones en que se encuentre en conflicto entre el tratamiento y la gestión de la información relativa a la intimidad de una persona.

En ningún caso este documento se puede considerar como un protocolo de actuación o una guía de obligado cumplimiento, sino un documento de consulta, para orientar al profesional, según el criterio particular del Comité de Ética Asistencial del Grupo Hospitalario Quirónsalud.

Este documento ha sido revisado por todos los miembros del Comité de Ética Asistencial del Grupo Hospitalario Quirónsalud y ratificado en la sesión plenaria del CEA de 18 de Abril de 2018.

Composición del Comité de Ética Asistencial:

Presidente: Vicente Molina

Secretaria: Clara González

Vocales:

Ramon Aurell

Antoni Badrinas

Doris Barcia

Cristina Berenguer

Montserrat Boada

Carmen Cambray

Iván Javier Castro

Susana Farguell

Imma Fortea

Maria Teresa Gómez

Tricce Ibáñez

Roman Julià

Gracia Lasheras

Isaac Millán

José Antonio Neguillo

Roser Porta

Mercè Riera

Montse Roca de Bes

Carmen Sánchez

Catalina Serra

José Luis Simón

Santiago Viteri

1. ¿Para qué un trabajo sobre la confidencialidad?

La evolución desde una concepción paternalista de la medicina a una concepción basada en la autonomía del paciente, merecedor del reconocimiento y respeto de sus derechos, ha supuesto un verdadero cambio de paradigma que implica que es aquel quien decide, y no el facultativo, con quién desea compartir sus datos más íntimos, información que le es de su propiedad.

En la actualidad, la protección de la información personal es una obligación explícita para todos aquellos que cuidan la salud de los ciudadanos, aunque no siempre se aplica con el rigor que se debería. En la actividad cotidiana es fácilmente observable una cierta relajación de la obligación a la confidencialidad. Las prisas, fruto de la presión asistencial, hacen olvidar la necesidad de ser muy cuidadosos en la preservación de la intimidad. Además, a esto se suma la baja percepción de la gravedad que supone la falta de respeto a la intimidad, llegando incluso a una banalización de la cuestión.

Todo lo anterior hace necesario un cambio de mentalidad en el entorno asistencial, que debe velar por garantizar el derecho a la intimidad de las personas. Este cambio pasa por sensibilizar en este aspecto a todos aquellos que participan en algún momento del proceso asistencial y por facilitar, mediante la ayuda de medidas organizativas, tecnológicas y estructurales, el cumplimiento de la protección de la intimidad de los pacientes.

En esta línea de promover la sensibilización sobre la cuestión en el entorno sanitario, el Comité de Ética de los hospitales Quirón Dexeus, Quirón Barcelona, Teknon y El Pilar aborda la cuestión de la confidencialidad en la práctica clínica reconociendo los fundamentos éticos sobre los que se sustenta y proponiendo estrategias para facilitar su cumplimiento.

2. ¿Qué es la confidencialidad?

La confidencialidad implica reconocer el **derecho a la intimidad**, entendiendo intimidad como aquello más propio y exclusivo de la persona.

Sin embargo, el alcance del concepto de intimidad como derecho responde a una valoración subjetiva: Lo que es íntimo para unos puede no serlo para otros, pero lo cierto es que el legítimo propietario de esa información no es otro que el paciente, y por tanto el único con potestad de decidir qué información puede transmitirse y a quién.

La confidencialidad se basa en un pacto implícito entre dos partes: el paciente y el equipo asistencial. El marco de confianza que sustenta la relación entre el paciente y el equipo asistencial se quiebra si la confidencialidad no se respeta, así que aquello que es un derecho del paciente se constituye en un **deber** para todos aquellos involucrados en el entorno sanitario.

Desde otra perspectiva, también afirmarse que la confidencialidad es un **valor** en sí misma que implica: respeto, confianza, lealtad, compromiso y responsabilidad.

En opinión de este comité, la confidencialidad debería considerarse también como una **medida** de integridad y de competencia.

3. Breve referencia al marco legal

Toda persona tiene derecho al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público. Ley General de Sanidad (14/1986).

El respeto a la dignidad y a la intimidad de las personas viene reiteradamente reclamado por las normativas tanto internacionales como nacionales y comunitarias.

La **intimidad es un derecho fundamental** contenido en la Constitución Española de 1978 (artículo 18), que deriva del derecho al respeto a la vida privada y familiar, reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, e incluido en multitud de pactos, convenios y textos internacionales relativos a los Derechos Humanos.

La Ley Orgánica 1/1982, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la propia Imagen considera intromisión ilegítima la revelación de datos de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional de quien los revela.

El derecho a la intimidad también viene reflejado en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La Directiva 95/46/CE, sobre la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales y la libre circulación se traspuso en nuestro país mediante la Ley Orgánica de Protección de datos, Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre. El próximo 25 de mayo de 2018 comenzará a aplicarse el Reglamento 2016/679 del parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (RGPD) que sustituirá a la normativa vigente. Esta ley cataloga **los datos sanitarios como datos sensibles**. Significa que los datos sobre salud forman parte de la intimidad de las personas y merecen una especial protección. El Real Decreto 994/1999 por el que se aprueba el Reglamento de medidas de Seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal se indica que deberán aplicárseles medidas seguridad de nivel alto.

La consideración de la intimidad como un derecho fundamental, le confiere una especial relevancia respecto a otros derechos.

Sin embargo, el derecho a la intimidad no es un derecho absoluto y por lo tanto está sujeto a límites tales como el consentimiento del interesado, la protección de personas sin capacidad para expresar su consentimiento y cuando exista obligación de colaborar con la Administración de Justicia.

4. Marco ético

El deber de confidencialidad del equipo asistencial y de los profesionales sanitarios relacionados con el cuidado de la salud, se sustenta en unas **bases morales que justifican la obligación del secreto** y que tradicionalmente se basan en tres dimensiones:

- ✓ El paciente: implica respeto a su autonomía.
- ✓ El profesional: implica lealtad y la existencia de un marco de confianza en la relación asistencial.
- ✓ La ciudadanía: implica la confianza social en la discreción de la asistencia sanitaria.

El respeto a la autonomía se traduce en que el paciente puede consentir o rechazar las propuestas de los profesionales de la salud, y también en que tiene el derecho de decidir quién puede acceder a sus datos personales. Este respeto a la autonomía, es la base de la confidencialidad. Sin confidencialidad, no hay privacidad ni confianza. Sin confianza, no hay confidencia.

El silencio del entorno sanitario respetando el derecho a la intimidad del paciente, es una manifestación más del deber médico “Primum non nocere”. Desde el punto de vista ético, implica una gran responsabilidad por parte del profesional.

La confianza social es una garantía indispensable para la práctica sanitaria. Si no existiese confidencialidad en el ámbito de la salud, las consecuencias serían graves y podría ser perjudicial para la sociedad.

Sin embargo, tal y como se detalla más adelante, tres situaciones limitan el deber de confidencialidad: la preocupación por la seguridad de otras personas, la preocupación por la seguridad del propio paciente y la preocupación por el bienestar público. La posibilidad bien fundada de evitar un daño grave a terceras personas, al propio paciente o a la sociedad, constituye la justificación ética fundamental para poder revelar información confidencial, cuando no existe otro modo de evitar dicho daño.

5. Círculo de confidencialidad

El círculo de confidencialidad es el núcleo de personas entre las que circula información personal sin que se rompa el compromiso de secreto con el paciente, precisamente porque es él mismo quien debe definir los límites. Estas personas, tanto de su entorno personal como del entorno asistencial, pueden acceder a sus datos sanitarios, aunque no necesariamente con los mismos niveles de protección.

El hecho de que sea el propio paciente el que decide quién forma parte de ese círculo, implica que familiares y/o cuidadores que le puedan ser muy próximos no sean depositarios de esa información si el paciente no lo desea. Una vez definido el círculo, cualquier transmisión de información fuera de estos límites debe tener el consentimiento del paciente.

Tanto los medios de comunicación tradicionales (teléfono, correo postal) como las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (correo electrónico, mensajes de móvil, WhatsApp, etc.) presentan riesgos de vulneración de la confidencialidad, por lo que deben tomarse las máximas precauciones buscando el medio más eficaz y más seguro, sin que nadie pueda acceder a información del paciente sin su autorización.

Los sistemas de archivo o informatización de datos clínicos, proporcionan un mejor acceso a los datos clínicos registrados, pero a su vez pueden generar un mayor riesgo de acceso indiscriminado y divulgación no autorizada si no existe un correcto sistema de control de accesos.

Es importante preguntar al paciente a quién puede darse información de su entorno si la situación lo requiriera.

Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición (ARCO) garantizan a las personas el poder de control sobre sus datos personales.

6. Límites al deber de confidencialidad

Los tres grandes supuestos por los que se plantea hacer una excepción al deber de confidencialidad son:

I. Para evitar un daño a otras personas. A la hora de justificar la revelación de una información conocida bajo secreto médico para evitar un daño a terceras personas, habría que valorar las circunstancias haciendo con prudencia un balance de la magnitud del daño y la probabilidad de que se produzca. El conflicto surge en las situaciones intermedias en que la magnitud estimada del daño se considera menos grave, aunque sea muy probable que se produzca, o bien porque aun considerando el riesgo muy grave, es poco probable que se produzca. Un ejemplo de ello sería el caso en que un paciente seropositivo para VIH manifiesta su deseo de no revelar este hecho a su pareja.

Se han diseñado herramientas para evaluar si determinados riesgos prevalecen sobre el deber de secreto, como tablas de contingencia (2x2) que manejan probabilidades de daño (altas o bajas) y magnitud del mismo (mayor o menor).

Otro enfoque sobre este supuesto de ruptura de la confidencialidad para evitar daños a terceros, es el que plantea Diego Gracia. Este autor propone hacer uso de los principios clásicos de la Bioética, los cuales, teniendo como marco de referencia la dignidad del hombre y el respeto a los derechos humanos, no se encuentran todos jerarquizados al mismo nivel. Así, pueden jerarquizarse en un nivel universal, los principios de no-maleficencia y de justicia y, en un nivel particular, propio de la relación médico paciente, los principios de autonomía y beneficencia.

Desde esta perspectiva, el deber-derecho de confidencialidad se basa en el respeto del principio de autonomía del paciente, cumpliendo con el principio de no- maleficencia (evitar un daño grave a terceras personas concretas) y de justicia (tratar a todos los pacientes con el mismo respeto).

II. Para evitar un daño al propio paciente. Desde la perspectiva principialista, se trataría de confrontar el principio de autonomía con el de no- maleficencia, si el daño a evitar es grave.

El respeto a la autonomía del paciente, implica conocer si el paciente es autónomo, o si su comportamiento se considera como autónomo.

Una acción se considera autónoma, cuando la intencionalidad, la comprensión, la falta de control externo y la autenticidad, son coherentes con el propio sistema de valores y actitud ante la vida que la persona ha ido adquiriendo con los años de forma reflexiva y consciente. En pacientes no competentes que tienen afectada la autonomía, por ejemplo, por su estado mental o en el caso de los niños, no habría problemas para justificar la excepción del deber del secreto si fundamentamos la confidencialidad en la autonomía. Sin embargo, el compromiso implícito derivado de la lealtad con el paciente, obligaría a mantener la discreción. Parece que esta lealtad no se rompería en el

caso de que revelar la información sea el único medio para evitar la pérdida de la salud o de la vida, ya que en el caso contrario la lealtad pasaría a ser maleficencia.

En pacientes no competentes o menores de edad, el profesional sanitario debe ver en ellos a personas con derecho al respeto a su intimidad con la dimensión y contenidos propios de la etapa vital en la que se encuentran y valorar qué cuestiones han de quedar en el ámbito asistencial y cuáles deben ser reveladas en aras de un beneficio superior, de igual forma las personas en estado de incapacidad. Sirva como ejemplo el caso de un menor maltratado.

III. Por imperativo legal. Tanto en el caso de sospechar la comisión de un delito al atender una lesión, que conlleva el preceptivo parte de lesiones al juez, como al ser llamado a declarar como testigo o inculpado en un proceso judicial, sigue presente la lealtad del profesional hacia sus pacientes lo que implica el deber moral de secreto. Esto significa que el contenido de la declaración quedará limitado a lo estrictamente necesario y relevante para el objetivo judicial, justificado en el interés público.

7. Zonas grises

La asistencia sanitaria moderna y actual se aleja de una relación íntima exclusiva entre dos personas, siendo necesario el intercambio de información entre muchos profesionales de diferentes disciplinas y categorías profesionales con la finalidad de proporcionar tratamientos y servicios óptimos. Los pacientes no suelen ser conscientes de este hecho, ni saben que su información se proporciona y se difunde a este nivel sanitario, como tampoco conocen los objetivos del uso de los datos o la gente que puede acceder a los mismos.

Un claro ejemplo de este hecho es la participación de las compañías de seguros. El derecho a la confidencialidad de los pacientes y la necesidad de éstas de conocer la información fidedigna de los mismos, suele presentarse con frecuencia como una realidad enfrentada. Este enfrentamiento ocurre cuando las entidades aseguradoras hacen firmar una entrega total de datos o bien es un recurso de las aseguradoras para protegerse de las actividades fraudulentas. Actualmente el médico tiene que proteger la intimidad de los asegurados, actuando de manera correcta, con su comportamiento ético, protegiendo la confidencialidad de los datos médicos y al mismo tiempo, proporcionando a las compañías de seguros la información real que precisan para poder proporcionar la asistencia de sus asegurados.

En la unidad de cuidados intensivos (UCI) es fácil que se generen situaciones en las que fácilmente puedan vulnerarse los derechos fundamentales de los que venimos hablando, sobre todo si el paciente ha perdido la capacidad de comunicarse o de decidir por sí misma. Es habitual informar a los familiares sin conocer si el paciente desea compartir esa información con ellos. Los familiares desean conocer la evolución del estado de salud, mantenerse informados y estar en contacto con la persona querida, si bien el equipo asistencial debería tener en cuenta el círculo de confidencialidad definido por el propio paciente si lo hubiera. Una de las prioridades del equipo de salud debería ser buscar la mejor estrategia que permita al paciente crítico mantener intactos los derechos de intimidad y confidencialidad, derivados de su propia autonomía.

Es una práctica habitualmente común la revelación de datos médicos con la única finalidad de mejorar la asistencia directa, como es en el caso de consultas con otros compañeros, o por ejemplo en situaciones que no tienen nada que ver directamente con la asistencia sanitaria (investigación,

docencia, epidemiología, publicaciones científicas, identificación de grupos de pacientes con necesidades especiales, etc.).

Debemos recordar que siempre es necesario pedir la autorización del paciente para usar sus datos con cualquier finalidad que no sea la de su asistencia médica.

El Código Deontológico de Catalunya, en el capítulo II, “De la información” es muy explícito en cuanto a la información que el médico puede compartir:

- ✓ El médico sólo podrá dar información del paciente a otros colegas, instituciones o centros cuando disponga de su autorización explícita, y si el paciente no pudiese darla, la de las personas responsables vinculadas al mismo, o cuando la documentación o información transmitida sea necesaria para garantizar la continuidad de la asistencia, completar el estudio o el tratamiento del paciente.
- ✓ Los médicos deben proporcionar entre ellos la información necesaria, de forma entendible, evitando las siglas y la terminología no habitual, para ofrecer una buena asistencia.
- ✓ El médico tiene el deber de comunicar sus conocimientos al compañero que lo solicite y facilitarles el acceso a los centros de estudio, servicios o instalaciones sanitarias, sin más límites que la razonable buena marcha de la actividad y salvaguarda prioritaria de la intimidad del paciente.

Cuando el médico traspasa información de un paciente, la principal precaución debe ser informar vulnerando la confidencialidad en el mínimo grado posible, pero, al mismo tiempo, sin obviar datos clave para garantizar la continuidad asistencial. Esto supone un esfuerzo notable para discriminar qué datos son necesarios y cuáles no, considerando también las normas legales y deontológicas vigentes.

8. Una mirada a la situación actual

La hiperpersonalización de la medicina en un futuro próximo conlleva que la práctica de la misma se realizará cada vez más en equipo. Estos equipos serán multidisciplinares e incluso pertenecientes a diferentes centros. Por lo tanto la obligación de secreto se extiende a todas las personas que forman parte de este equipo multidisciplinar, implicando un mayor esfuerzo y creatividad para poderlo cumplir.

Además, el acceso a las historias clínicas informatizadas y por gestión centralizada, favorece el riesgo de vulnerar la confidencialidad al poder ser compartidas por diversos profesionales de diferentes especialidades.

Aunque en la actualidad se reconoce y resalta el valor de la intimidad personal, a menudo se banaliza en la práctica social cotidiana. Vivimos en una sociedad hiperconectada en la que abundan e interesan las intromisiones a la intimidad. Es habitual escuchar en los medios de comunicación noticias sobre el estado de salud de personas públicas, deportistas, político, etc.

El profesional sanitario debe tomar conciencia y ejercer la profesión con una actitud propia y coherente, que es lo que la sociedad espera del mismo. Conviene destacar la necesidad de establecer una serie de actitudes, hábitos y compromisos. Es importante crear un clima de confianza y lealtad en el ámbito que nos ocupa, reconociendo el legítimo gobierno de cada uno y la dignidad de la vida de cada paciente. Siendo exigente con el respeto a lo necesario y exigible en

cuanto a confidencialidad. Todo esto significa conseguir un modelo de relación que se mueva en las coordenadas de la deliberación y la participación compartida y, por encima de todo, la confianza.

9. Medidas y soluciones

La custodia de la confidencialidad y la protección de datos en los servicios sanitarios nos obliga a revisar nuestros entornos de trabajo en todos los ámbitos, desde la atención domiciliaria a las consultas externas, áreas de hospitalización, etc.

Esta visión también debe fijarse en los diferentes medios de soporte de documentación y en las tecnologías de la información y la comunicación. Por lo tanto, tenemos que reflexionar sobre cómo deben de ser estos espacios y medios, y sobre el uso que les hemos de dar para cumplir nuestro deber de una manera cuidadosa y respetuosa con la intimidad de las personas. A continuación, se detallan algunos ejemplos de propuestas de mejora.

✓ **Arquitectura y disposición de espacios físicos**

La diversidad de entornos de trabajo podría mejorar si se pudieran promover cambios:

- Incrementar el número de habitaciones individuales en las plantas de hospitalización.
- Adaptar y mejorar las estructuras físicas de los servicios masificados.
- Establecer espacios reservados para la recogida de información y datos.
- Definir ámbitos de privacidad para situaciones especiales.
- Tener especial interés y cuidado en los despachos compartidos.

✓ **Programas de formación en educación en hábitos y actitudes frente a la confidencialidad.**

- Potenciar la formación continuada en los distintos colectivos que intervienen en la práctica clínica asistencial.

✓ **Fomentar el conocimiento de las leyes y penas que conlleva la vulneración de este derecho.**

- Revisión de las políticas y procedimiento de mantenimiento de la confidencialidad dentro de cada institución. Velar por el cumplimiento de la confidencialidad.
- Evaluación de la calidad y mejoras en los cambios que se hayan efectuado.
- Dar a conocer los derechos ARCO y su reglamentación a los pacientes y personal sanitario.

✓ **Considerar estos hábitos y actitudes como “valiosos” y promoverlos desde la formación de los profesionales (Universidades, Escuelas Profesionales...etc.) hasta en los centros de trabajo.**

- Preguntar al paciente a quién quiere que se informe de su familia.
- Derecho a no saber, preguntar al paciente si quiere ser informado.

✓ **Documentación y soporte informático**

La utilización del papel no está libre de riesgos. Deben seguirse las instrucciones de destrucción de los documentos y tener mucho cuidado en no extraviar documentos o dejarlos a la vista.

Las recomendaciones para preservar el derecho a la confidencialidad aconsejan utilizar todos los medios técnicos necesarios para asegurar el blindaje frente posibles filtraciones o errores de seguridad. Los administradores de la información deben protocolizar la jerarquía de acceso y seleccionar aquellos datos que puede consultar cada persona del sistema. La rotación de personal

supone una dificultad añadida por lo que es importante conseguir sistemas ágiles en el trámite de suplicas.

Entre otras medidas, destacamos las detalladas a continuación:

- Establecer por parte de las instituciones quién, cómo y cuándo se puede acceder a la documentación clínica del paciente.
- Evitar los datos identificativos, custodia de la Historia Clínica electrónica (eHC).
- Traslados de pacientes por áreas no asistenciales con las historias clínicas.
- Implementar protocolos de actuación para los casos que se deba compartir o ceder la información con fines docentes, de gestión estadística, etc.
- Discusión de casos clínicos en espacios adecuados.
- Establecer barreras físicas y tecnológicas para el acceso a la información.
- Evitar en la medida de lo posible ordenadores compartidos.
- Generar un código específico cuando los pacientes sean personal sanitario del propio centro o centros de la misma red sanitaria.
- Anonimización de la eHC a través de la disociación de datos. La información genética y psiquiátrica debería llevar doble encriptación.
- Información recogida en la eHC debe ser la adecuada, pertinente y no excesiva en relación al ámbito y finalidades determinadas, explícitas y legítimas para las que se hayan obtenido.
- Caducidad de determinados datos. Nombrar a un responsable que se encargue de cancelar la información cuando deje de ser relevante para el fin que ha sido registrado.

Todos los cambios propuestos deben promoverse transversalmente e implicar al personal directivo del centro, a todos los profesionales y a los pacientes.

Las principales dificultades que pueden entorpecer la implementación de estas medidas son: las rutinas e inercias, hábitos implantados y actitudes descuidadas donde se diluyen responsabilidades.

10. Conclusiones

La protección de datos de carácter personal está ampliamente regulada, como ya se ha dicho, por normativas comunitarias e internacionales. Existe, bajo nuestro parecer, un alto grado de conocimiento popular del deber de cumplimiento de protección de datos ajenos y de la existencia de medidas sancionadoras ante situaciones de vulneración de estas normativas.

El reclamo que se pretende hacer desde este Comité de Ética Asistencial a la confidencialidad de datos, no se hace a través del acercamiento a la norma jurídica si no que se pretende apelar a la buena práctica individual basada en los principios de respeto a la intimidad de las personas. Aun siendo conscientes de las dificultades que entraña romper con las rutinas, inercias y hábitos implantados, no deberíamos dejar de tenerlo presente para dar la atención sanitaria que todo paciente merece.

Es importante que todas las personas, estén sanas o enfermas, sean respetadas de manera digna y con los mismos derechos para todas ellas.

11. Bibliografía

1. Confidencialidad y secreto profesional. M^a Teresa Delgado Marroquín. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza. Año 2015.
2. Confidencialidad e intimidad. M. Iraburu. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 49-59.
3. Intimidad, confidencialidad y secreto. Guías de ética en la práctica médica. JM Bertrán, E Collazo, J Gérvás, P González Salinas, D Gracia, J Júdez, JJ Rodríguez Sendín, J Rubí y M Sánchez. Año 2005. Fundación de Ciencias de la Salud. Ed. Ergon.
4. Confidencialidad. Recomendaciones del Grupo de Bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC). L. Cabré Pericas, I.Lecuona, R.Abizanda, R.Clemente et al. Med Intensiva. 2009; 33(8):393-402.
5. Principis de confidencialitat en la pràctica clínica. Robles del Olmo, B., Monés Xiol, J., Morató Agustí, M.L., Sala Pedrós, et al. Comissió de deontologia. Col.legi oficial de metges de Barcelona. Año 2015.
6. La confidencialidad en la práctica clínica: historia clínica y gestión de la información. J Júdez, P Nicolás, MT Delgado, P Hernando, J Zarco y S Granollers. Med Clin (Barc) 2002; 118(1):18-37.
7. La confidencialidad del médico y la información debida a las entidades aseguradoras. P. León. Rev Med Univ Navar. Vol. 44, No 1, 2000,2541.
8. La confidencialitat en la intervenció social: recomanacions del Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya. Comitè d'Ètica dels Serveis Socials de Catalunya. 2013, Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social i Família.
9. La ética aplicada a la intervención social. Revista de Servicios Sociales y Política Social, del Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social, nº 73, año 2006, pp. 135-144.
10. Opinión de los residentes de medicina familiar y comunitaria sobre problemas de confidencialidad. M. T. Delgado, E. Lahuerta, P. Garces, M. J. Lavilla, M. V. Pico, N. Martín. Cuadernos de Bioética 1998/4.