

# *Aspectos médico-legales en relación con la Medicina del Trabajo y la vigilancia de la salud*

---

María Castellano Arroyo

Como dice Ricardo de Angel<sup>1</sup> el Derecho es como un mandato, es la ley que ordena y, en definitiva obliga. A través de ella se reconoce y protege un derecho, y esto crea un deber para otros, y por ello, las personas que vivimos en sociedad hemos de concertar los deberes y derechos de unos y otros.

En el momento actual las normas legales se han internacionalizado ya que la integración en la Unión Europea obliga a los países miembros a unificar criterios en materia legislativa, sobre todo en lo que respecta de derechos fundamentales de las personas o a normativa laboral, al objeto de que no se generen discriminaciones en los trabajadores tras el derecho a la libre circulación entre los países integrados. Esto ocurre con la normativa que comentamos en este artículo respecto

a los derechos en materia de salud laboral y asistencia sanitaria.

Particularmente, el Derecho Sanitario lo integran normas que guardan estrecha relación con la asistencia sanitaria y los derechos y deberes derivados de la relación del personal sanitario con los pacientes y usuarios; regulan el intrusismo, el secreto profesional o la responsabilidad de los profesionales de las ciencias de la salud en materia asistencial.

En todo trabajador encontramos dos aspectos, en el primero como persona está expuesto a padecer diversas patologías, mientras que el segundo se refiere a su capacidad productiva y actividad laboral a través de un trabajo concreto del que puedan derivarse riesgos específicos. Su protección social a través de la asistencia sanitaria, por tanto, es doble, la común y la

---

1 De Angel Yagüez, R. *Introducción al estudio del Derecho*, 5ª ed. Universidad de Deusto. Bilbao, 1988.

laboral, y hará uso de una u otra, atendiendo a las situaciones en las que lo necesite.

Esta relación profesional sanitario/paciente /usuario se ajustará a las exigencias de la Constitución Española de dignidad hacia la persona y respeto a su intimidad y autonomía, exigencias que se concretaron en la Ley General de Sanidad, y que se han actualizado a través de 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. Ésta afecta a pacientes y usuarios, por lo que consideramos importante su difusión entre los médicos y DUE especializados en Medicina del Trabajo. Los contenidos de esta Ley los complementaremos con las disposiciones particulares del Estatuto de los Trabajadores o la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, con referencias concretas para la relación asistencial en el mundo del trabajo.

El objeto de la Ley 41/02 es la autonomía del paciente, la información y la documentación clínica, y respecto a esto, regula los derechos y las obligaciones que tienen los propios pacientes, usuarios y profesionales, así como los centros y servicios sanitarios tanto públicos como privados. Es decir, su ámbito de aplicación nos afecta a todos los que estamos en la profesión médica en cualquiera de sus formas de ejercicio y también en la asistencia y prevención en el campo laboral.

Los principios básicos son: la dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, poniendo todo ello en relación con la documentación clínica que se genera en la asistencia sanitaria. El pilar central de la autonomía está en prestar consentimiento previo a toda actuación médica, y esto precisa de la información necesaria, concreta y útil que permita decidir. La decisión entre las alternativas que se ofrezcan será libre y sin coacciones, lo que incluye

negarse a someterse a una intervención sanitaria, siempre que no esté entre las excepciones, determinadas por la ley, que se comentarán y que están motivadas en la preponderancia del beneficio colectivo sobre el individual, lo cual cobra especial importancia en el campo laboral, donde la convivencia suele ser la regla.

Estos principios generales, recuerdan al paciente o usuario el deber de comportarse con lealtad, proporcionando datos veraces sobre su salud o permitiendo que se obtengan (exploraciones y pruebas) y, de forma especial, cuando sean necesarias para una asistencia sanitaria de interés público.

## DEFINICIONES LEGALES

Esta ley incluye definiciones legales, que encierran conceptos a comentar, porque aparecen después referidos y no podemos olvidar que su significado es concreto y expreso, por lo que su conocimiento es, ahora obligado.

El *Certificado médico* se define así como “la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento”. Este es un documento propio del médico y esencial desde el punto de vista legal; en el se da fe pública de un hecho comprobado como cierto a través de un acto médico –grado de salud o de enfermedad– de una persona. No se sabe con qué fines se solicita o ante quién se va a exhibir (“y para que conste donde convenga”). Por ello nunca se firmará un Certificado por complacencia si no se ha comprobado, por sí mismo el hecho del que se da fe. La falsificación del Certificado está tipificada como delito en el artículo 397 del Código Penal.

Del documento de *Consentimiento informado* dice que es “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en

pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”.

El artículo 8 de la ley lleva exactamente ese título y desarrolla lo que debe ser el acto de prestar consentimiento y el documento en el se manifieste. Las principales características es que debe ser personal, y válido, desde la perspectiva jurídica, circunstancias habituales en Medicina del Trabajo, ya que los casos de menores o de pacientes con trastornos mentales graves tan severos que impidan comprender y decidir por sí misma a la persona, no suelen darse en la relación asistencial laboral.

Por *Documentación clínica* entiende la Ley “el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial”. Atendiendo a esto, aparte de los documentos en papel que registran resultados analíticos y otros, los soportes en los que quedan plasmadas habitualmente numerosas exploraciones como son las pruebas de imagen, radiológicas, muestras biológicas como biopsias, fluidos, etc., desarrollos cromatográficos o electroforéticos, imágenes informatizadas, registros acústicos (cardíacos), videos, fotografías, etc. constituyen documentación clínica y les afectarán todas las medidas legales sobre custodia, tiempo de conservación, etc. establecidas en esta normativa.

En esta línea, *Historia clínica* es “el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”. En estas definiciones, y desde nuestro punto de vista, la historia clínica es el marco en el que se integra la documentación clínica; pero va más allá, puesto que además de datos o informaciones, la historia clínica representa una valoración científica de la información que contiene. La valoración afecta a la anamnesis, cuyos datos se integran, asocian y jerar-

quizan en orden a una orientación diagnóstica; la valoración afecta a los resultados analíticos, pruebas de imagen, y otras como las invasivas (endoscopias, biopsias, etc.). Como resultado de la valoración científica, la historia clínica contiene un juicio clínico y un juicio diagnóstico, y en concordancia con ellos y como parte final del acto médico la prescripción en la que se indica un tratamiento, sin olvidar que en la historia clínica también pueden recogerse recomendaciones sobre medidas rehabilitadoras o hábitos saludables. También forma parte de la historia clínica la documentación clínica aportada por enfermería, imprescindible para comprender y valorar el estado del paciente y su evolución. Cualquier historia clínica se ajusta a este modelo, pero puede ser extremadamente extensa y compleja (historias de UCI) o simple y elemental como las historias de pacientes ambulatorios, las derivadas de la asistencia privada o las propias de los exámenes periódicos propios de la vigilancia de la salud, en el medio laboral.

Para esta ley, la *Información clínica* es “todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla”. Este concepto hace referencia a datos. Esos datos pueden ser de cualquier clase o tipo, y ayudan a los profesionales sanitarios a conocer más y mejor el estado de salud de una persona para actuar en la forma de asistencia (preventiva, rehabilitadora o terapéutica) que solicite o precise.

Un concepto mejor conocido, por estar específicamente regulado por la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, es el *Informe de Alta médica*, del que esta Ley dice es “el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un



paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas”. Este documento sí se venía cumpliendo en la práctica asistencial habitual, pero en esta nueva normativa se le dedican expresamente los artículos 20 y 21 y se proponen medidas para los casos en los que el paciente rechace el alta hospitalaria, pudiendo esta imponerse, con intervención judicial, cuando no exista indicación médica para continuarla.

La *Intervención en el ámbito de la sanidad* se entiende como “toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación”. Esta definición es importante porque la palabra

“intervención” estaba arraigada en la terminología médica con un significado quirúrgico –intervención quirúrgica–. A partir de ahora hemos de interpretar este término como un acto asistencial, que puede tener una finalidad preventiva, diagnóstica, terapéutica, rehabilitadora e incluso de investigación. En mi opinión, si es un acto asistencial podrá estar realizado por una persona que sea un profesional sanitario, es decir, una persona en posesión de un título oficial o académico que acredite y garantice la formación reglada correspondiente al título de que se trate (de acuerdo con la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias, LOPS), aunque aquí, podríamos extendernos mucho en la defensa que la mencionada Ley hace de que “corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”. Con esto queremos decir que es posible que enfermeras, farmacéuticos, dentistas, veterinarios, terapeutas ocupacionales, etc. realicen intervenciones en el “ámbito de la sanidad”, aunque no sean actos diagnósticos ni de prescripción, que quedan reservados a los médicos.

El concepto de *libre elección* se define como “la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso”. Este principio refuerza la autonomía de la persona, y sintetiza un derecho consubstancial al ser humano, la inteligencia como capacidad de comprender y la voluntad como capacidad de elegir y decidir, usadas ambas de forma direc-

ta por la persona que necesita asistencia sanitaria. Este derecho de libre elección se podrá ejercer respecto a múltiples ofertas sanitarias, aunque la más llamativa sea la elección entre alternativas terapéuticas, entre médicos distintos, o entre centros sanitarios.

En la siguiente definición se consagra una figura que es muy importante en la asistencia sanitaria común, cuando un paciente requiere hospitalización, es la figura del *Médico responsable* al que se define “como el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”. La figura de médico responsable impuesta por esta Ley es claramente coincidente con los principios deontológicos de reforzar una relación médico-paciente directa, continuada y confiada. Significa que todo Servicio asistencial debe incluir en su funcionamiento la organización del reparto de los pacientes a los facultativos que desempeñen allí sus funciones. De esta forma, la persona que recibe atención médica, conocerá a su médico y mantendrá con él, mientras esté ingresada, una relación permanente, coherente y recíproca en cuanto a la información que entre ambos se produzca; en el punto 3 del artículo 4 de esta Ley se menciona a este facultativo como garante de que se cumpla el derecho del paciente a recibir información continuada y la necesaria para tomar decisiones.

Para esta Ley, el *Paciente* es “la persona que requiere asistencia sanitaria y está sometida a cuidados profesionales para el mantenimiento o recuperación de su salud”.

Mientras que el *Usuario* es “la persona que utiliza los servicios sanitarios de educación y

promoción de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria”.

Muy interesante nos parece la diferencia de concepto entre el paciente y el usuario. Mientras que el paciente solicita asistencia sanitaria y en correspondencia se le proporcionan cuidados profesionales (médicos, de enfermería, rehabilitadores, etc.) que son necesarios para mantener o recuperar su salud, lo que significa que, de no prestarle estos servicios, su estado de salud se resentiría; el usuario se sirve y utiliza los servicios sanitarios de manera preventiva, evitando padecer enfermedades a través de información y educación sanitarias.

Esta diferencia es muy importante en Medicina del Trabajo, porque su actividad asistencial se concentra en el ámbito de la prevención, por ello, los trabajadores estarán con mayor frecuencia, comprendidos en el término de usuarios de la asistencia sanitaria, sirviéndose de ella en su aspecto formativo en hábitos saludables promotores de su bienestar integral y para la prevención de accidentes laborales y enfermedades profesionales; también la vertiente asistencial en Medicina del Trabajo tiene predominancia preventiva a través de los reconocimientos periódicos en vigilancia de la salud.

## INFORMACIÓN SANITARIA

El Capítulo II de la Ley trata del derecho a la información sanitaria. Si el derecho a la información, en general, está estrechamente ligado al derecho que tienen todas las personas a tomar las decisiones que consideren más favorables para sí mismas, en asistencia sanitaria, el derecho a la información es el primer pilar de la autonomía, ya que sin información no se puede elegir. Requiere capacidad de comprensión y juicio, así como del libre albedrío

o libertad, consustancial al ser humano; a través de ellos, se puede hacer una valoración adecuada sobre las consecuencias de esas decisiones atendiendo a los pros y contras o al “riesgo/beneficio” de cada posible decisión.

Si trasladamos este principio general al terreno de la asistencia sanitaria, en la que el paciente se enfrenta a situaciones personales de cuyas decisiones puede depender su seguridad, su salud o su vida, entenderemos que la información sanitaria sea absolutamente imprescindible para la toma de decisiones. Pero no basta con decir esto, sino que es necesario, tras reconocer y proteger este derecho, entrar a matizarlo en múltiples aspectos y situaciones, ya que, como bien sabemos los médicos, cada paciente es diferente (“no hay enfermedades sino enfermos” decía Marañón), y cada familia es distinta en sus relaciones afectivas, dinámica de funcionamiento, etc. No podemos olvidar que aunque algunos enfermos están solos, lo frecuente es que la enfermedad que afecta a una persona repercute en todos los miembros de la familia, trayendo para ellos consecuencias económicas, obligaciones, sacrificios, sufrimiento moral, acercamiento o desapego, hacia otros.

Las decisiones que habitualmente debe tomar el trabajador en la asistencia que se presta en Medicina del Trabajo, no suelen encerrar excesiva trascendencia; sin embargo, podemos encontrar situaciones en las que la comunicación de un diagnóstico, unas medidas terapéuticas, etc., exijan el mayor cuidado en la forma de transmitir la información, así como el mayor respeto para la decisión del trabajador.

La transmisión de información a los pacientes estaba muy impregnada en España por el *principio de beneficencia* por el que el médico, poniéndose en el lugar del paciente, y desde sus conocimientos, su experiencia y su conciencia, realizaba o aconsejaba la mejor deci-

sión referida a pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas. Aunque la Ley 14/86 General de Sanidad, recogía en su artículo 10, las bases para que se diera preponderancia al *principio de autonomía*, ésta no ha calado entre los profesionales sanitarios hasta estos últimos años, a través de las demandas por falta de cumplimiento del deber de información y de documento de consentimiento informado, a lo que se ha unido la promulgación y difusión progresiva de la Ley que comentamos en este trabajo.

En los artículos 4, 5 y 6 la Ley reconoce y protege que proporcionar información al paciente y usuario es un derecho para estos y un deber para los profesionales sanitarios; en segundo lugar se señala que el destinatario de la información es el propio paciente, y en tercer lugar se clasifican dos tipos de información: la información asistencial y la información epidemiológica. Dentro de la información asistencial se incluye la información clínica, y a ambas añadimos la información terapéutica, en la que consideramos importante matizar que, mientras que el principal destinatario de las dos primeras es el paciente, en la información terapéutica debe hacerse partícipe a la persona de la familia o entorno del paciente que él designe, a los efectos de que esté garantizada la cumplimentación terapéutica.

El derecho a no ser informado debe respetarse, aunque en los casos de afecciones infecciosas o con riesgo de contagio, el paciente debe conocer y asumir su deber de cumplir con todas las medidas y conductas dirigidas a evitar el contagio a otras personas de su entorno. Como principio general, la información debe ser veraz, comprensible y suficiente para tomar la decisión más favorable. La información puede transmitirse de forma verbal, aunque dejando constancia escrita en la historia clínica de que el paciente o la persona designada por él está al tanto de la evolución del

proceso, así como de las medidas diagnósticas o terapéuticas que se están siguiendo. Para pruebas diagnósticas o medidas terapéuticas que entrañen un riesgo concreto, se recabará consentimiento expreso y por escrito, al objeto de que quede constancia de que el paciente, o la persona designada por él, conocen el objeto de la prueba, así como los riesgos y beneficios esperados, consintiendo expresamente a su realización. El encargado de transmitir una información continuada y coherente es el médico responsable del paciente, pero cuando otro profesional interviene de una forma concreta en un acto médico con riesgos propios, éste será también responsable de informar y comprobar que el paciente consiente expresamente.

Como resumen, podemos decir que, en materia de información, el paciente debe saber siempre qué es lo que se le va a hacer, por qué se le hace y los riesgos que corre y resultados beneficiosos que se esperan; en su comunicación interpersonal con los profesionales que le atienden, éste manifestará su aceptación y consentimiento, todo ello es expresión de una buena comunicación y relación entre el médico y el paciente, de manera que se alcance el objetivo de prestar la mejor asistencia sanitaria.

Cabe insistir en que el destinatario de la información es el paciente, aunque *en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita* se podrá informar a la persona/s que él mismo designe.

Una novedad de esta Ley es que, como excepción al deber de informar, se contempla el *estado de necesidad terapéutica*, considerando que el médico puede ocultar o suavizar la información al paciente, cuando crea que el conocimiento preciso de su situación puede

ocasionarle un perjuicio grave para su salud. En estos casos, *el médico dejará constancia razonada en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho*.

Puesto que la convivencia social favorece actualmente vínculos afectivos que no se corresponden con los legales, la Ley reconoce que la persona que comparta la información con el paciente pueda ser familiar (cónyuge, hijos, padres, hermanos...) o relación de hecho (convivencia, afectividad...). Por ello, en una publicación nuestra ya antigua<sup>2</sup>, proponíamos que cuando un paciente se hospitaliza, su médico responsable le solicite que designe la persona/s con las que el médico pueda compartir la información, lo que facilita que esta persona que conocerá bien al paciente oriente sobre la forma de transmitirla o el momento; o incluso, en el caso excepcional de que el médico considere que puede existir un "estado de necesidad terapéutica", esta persona ratificará esta impresión médica y podrá ser la destinataria de aquella información que se le oculte al paciente en su propio beneficio.

Como complemento, comentamos la llamada información terapéutica; ésta hace referencia a la prescripción y a la forma de administración de la medicación, dietas, recomendaciones complementarias (hábitos saludables, etc.). En este caso estamos ante un paciente que puede estar en mejores o peores condiciones físicas o psíquicas, a la hora de autoadministrarse la medicación o seguir las recomendaciones terapéuticas en otros aspectos, por lo que, en su propio beneficio es acertado informar a la persona que se hace cargo de sus cuidados (vínculos familiares o de hecho) de la

---

2 Castellano Arroyo, M<sup>a</sup> y Gutierrez Pimentel M<sup>a</sup> J. *Aspectos médico-legales de la asistencia sanitaria*. En Guía Práctica de Coagulopatías Congénitas. Pp 305-329. Acción Médica S.A.. Barcelona, 2001.

prescripción y pautas y de todas las demás recomendaciones terapéuticas; esta medida garantiza el cumplimiento terapéutico y puede hacerse con discreción y respeto a la intimidad del paciente, de la que no podemos olvidarnos nunca.

En cuanto al derecho a la información epidemiológica dice la Ley que los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o para su salud individual, y el derecho a que esta información se difunda en términos verdaderos, comprensibles y adecuados para la protección de la salud, de acuerdo con lo establecido por la Ley. Este artículo invoca por primera vez en la Ley al *principio de justicia*, que viene a completar el trípode de los principios éticos. El principio de justicia afecta al conjunto social o grupo en el que se desarrolla la relación bipartita, íntima y concreta entre un médico y un paciente. El grupo social tiene unos derechos colectivos a preservar su salud que pueden colocarse con un rango de superior interés al del individuo enfermo cuando éste puede ser fuente de contagio para los que le rodean, o la colectividad. Por ello, la información epidemiológica puede significar difundir y explicar, con veracidad, aquellos datos de salud de otra/s personas, referidos sobre todo a patologías transmisibles frente a las que se deben poner en marcha medidas preventivas generales, individuales o colectivas. Siempre que sea posible, la información epidemiológica debe proteger la identidad de las personas enfermas, pero puede ser preciso explicar la naturaleza de una patología, el número de personas afectadas o la zona en la que esa patología ha aparecido (epidemia de gripe, de meningitis, intoxicaciones, etc.). Como medida de protección colectiva, para casos extremos, la Ley prevé, incluso, la posibilidad de que pueda procederse al interna-

miento hospitalario compulsivo sin consentimiento de la persona afectada, en el caso de que el aislamiento y/o la administración de tratamiento sean necesarios para proteger a la colectividad. Esta excepcional medida cuenta con plena protección jurídica, ya que de producirse el internamiento, debe contar con autorización judicial previa, o si se hizo de forma urgente, el centro en el que se lleve a cabo dispone de 24 horas de plazo para comunicarlo al Juez, que está obligado a comprobar si la medida es adecuada a la gravedad del caso, autorizándola en un plazo de 72 horas como máximo. El internamiento compulsivo se mantendrá sólo durante el tiempo preciso, en beneficio del propio enfermo o de la colectividad.

Los casos más delicados en la confidencialidad suelen estar relacionados con enfermedades contagiosas y de transmisión sexual, cuyo tratamiento debe hacerse desde los conocimientos científicos, sin prejuicios injustificados y con suma prudencia, pero sin olvidar el derecho a la protección de la salud individual y colectiva (tuberculosis, VIH, VHC, etc.).

También entran en la información epidemiológica campañas informativas sobre medidas preventivas en general y hábitos saludables, cuyo conocimiento suele derivar de estudios colectivos de salud y seguridad (prevención de enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico, alcohol, tabaco y salud, campañas de vacunaciones, etc.).

Todo lo que acabamos de decir tiene especial aplicación e importancia en la salud laboral y en la Medicina del Trabajo.

Ya nos hemos referido al hecho de que la información es requisito imprescindible y previo para que el paciente o la persona que lo represente, en los casos excepcionales en los que él no pueda hacerlo, otorgue el consentimiento libre y expreso ante las intervenciones en el curso de la asistencia sanitaria. Éste debe constar en la historia clínica del pacien-

te y usuario, en ocasiones como documento específico (*consentimiento informado*), y siempre, en forma de reflejo continuado de una adecuada relación entre el médico responsable o el que atiende al paciente o usuario (médico de familia, médico del trabajo, etc.). Nos referiremos al mismo, de manera concreta al comentar las normas específicas contenidas en el Derecho sanitario laboral.

## DERECHO A LA INTIMIDAD

El derecho a la intimidad está especialmente protegido en la Constitución Española y desarrollado en normas específicas, y asiste a toda persona y, especialmente, a los pacientes y usuarios de la asistencia sanitaria, en cuya situación se genera un riesgo de divulgación de datos especialmente sensibles y delicados. De manera expresa dice la Ley 41/02 “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”. Por ello, impone que “los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere este apartado y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.

Los datos referidos a la salud afectan directamente a la intimidad de las personas, por lo que merecen total protección legal; ésta se concretó en la LORTAD, actualizada en 1999 por la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal, que exige contar con el consentimiento de la persona antes de recabar, guardar o tratar informáticamente datos relativos a la salud, hábitos sexuales, creencias, etc. La excepción a este principio general es que una Ley pueda disponer expresamente la creación de una base de datos de carácter personal, cir-

cunstancia que puede darse, en un futuro próximo, ante situaciones como las bases de datos de ADN con finalidad criminalística, lo que ayudaría a la investigación policial de delitos ocasionados por reincidentes.

El Código Penal dedica su Título X al “descubrimiento y revelación de secretos” recordando en los artículos 198 y 199 que “revelar secretos ajenos de los que se tiene conocimiento por razón del oficio o de las relaciones laborales será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses” y, continúa, “el profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años”. En el caso de que se tenga la condición de funcionario público, y fuera de los casos en los que la ley prevé o impone el deber de comunicar datos médicos conocidos (parte de lesiones por posible delito, comunicación de enfermedades infecto-contagiosas, etc.), el revelar secretos se agrava, pudiendo imponerse inhabilitación absoluta por tiempo de seis a doce años. En este sentido hay que tener en cuenta que el actual Código Penal atribuye la condición de funcionario a todo aquél que realiza funciones públicas, incluyendo aquí a los médicos que trabajan en la Sanidad Pública.

Como vemos, con esos marcos legislativos de fondo, el artículo 7 de la Ley 41/02 viene a recordar que en asistencia sanitaria se debe respetar el derecho a la intimidad y para ello se deben adoptar todas las medidas necesarias, protocolizando las actuaciones en las que este derecho corra peligro de incumplimiento. Esto significa que la documentación clínica debe estar custodiada correctamente. Debe ser un médico el responsable último de cualquier base de datos médicos y estará en con-

diciones de garantizar que el acceso a esa base de datos se hará siempre por personal autorizado, debidamente instruido en los principios de la confidencialidad y el deber de secreto y, por último, quedará identificada toda persona que acceda a una base de datos médicos.

En esta línea, el acceso a las historias clínicas informatizadas requiere la clave previa e identificativa de cada médico, de forma que se pueda conocer quién ha sido cada una de las personas autorizadas que ha accedido a la historia, así como cual ha sido la que ha realizado cada anotación de las que se hayan escrito en la misma, esto tiene mucha importancia en los casos de demandas de responsabilidad profesional, ya que la historia clínica se convierte en estos casos en elemento de prueba y, a través de ella y de las anotaciones que contiene, se determina en qué momento y quién pudo cometer el error.

También el Código de Deontología y Ética médica dice que “el secreto profesional obliga a todos los médicos cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio”, y recuerda que “en el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto”.

Esta misma obligación de confidencialidad y discreción queda recogida en el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social para los Centros dependientes de la Seguridad Social y en el Estatuto del Personal Sanitario Titulado y Auxiliar de Clínica de la Seguridad Social.

## **DERECHOS DE LOS PACIENTES Y USUARIOS EN LA NORMATIVA LABORAL**

Todo lo dicho hasta aquí es aplicable a la relación asistencial propia de la Medicina del Trabajo y de la Vigilancia de la Salud, aunque ahora comentaremos algunos aspectos concre-

tos que quedan reforzados en la normativa propia de estos campos.

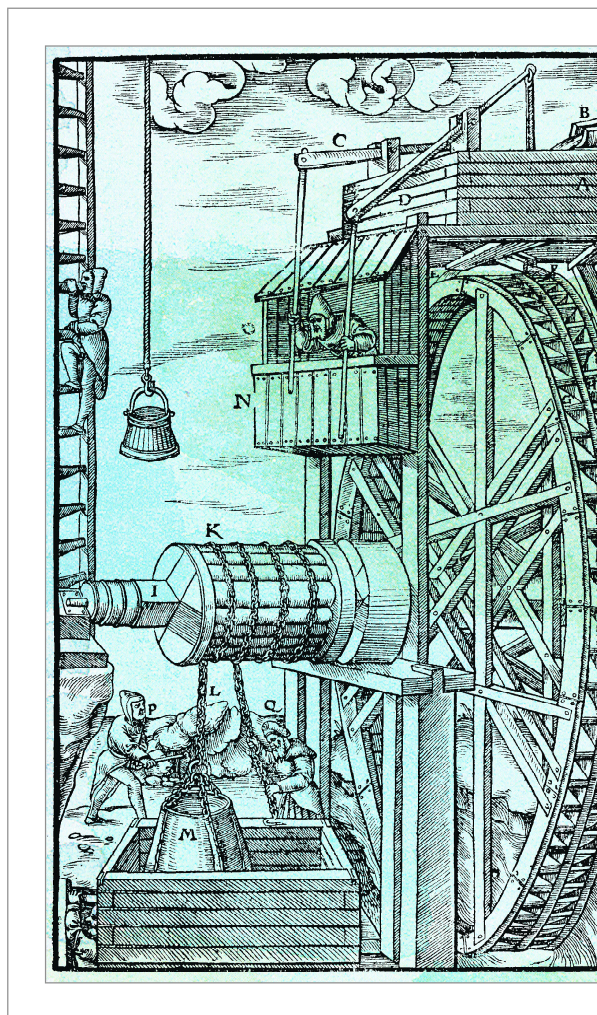
Los derechos de los trabajadores en materia de información, consentimiento, intimidad o vigilancia de su salud se recogen, sobre todo, en el Estatuto de los Trabajadores y en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales. En este sentido hay que tener en cuenta que la relación asistencial de los trabajadores se establece de manera programada a través de la Vigilancia de la Salud, y de forma más imprevista, cuando necesita asistencia por Accidente de trabajo o Enfermedad profesional.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales dice en el artículo 22 que “las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud”.

Estos principios hay que tenerlos muy en cuenta, para aplicar un trato digno al trabajador que tiene que someterse a exámenes médicos periódicos para que se cumpla con las medidas preventivas en materia de salud laboral, al igual que en cualquier otra situación asistencial que se genere en el ámbito laboral. En la misma línea se recuerda que en estas situaciones se debe preservar la intimidad de la persona explorada, así como mantener en secreto y custodiada la información derivada de las diversas exploraciones.

El derecho del trabajador a la información sobre su salud se ve protegido cuando el mismo artículo dice que “los resultados de la vigilancia y control de la salud de los trabajadores serán comunicados a los trabajadores afectados”. Esto significa que el trabajador debe ser informado sobre su estado de salud o de enfermedad, pero además, la ley obliga al empresario a notificarle los daños para la salud de los trabajadores que tengan relación

con su trabajo; aunque no está bien establecido en los términos en que esto deba cumplirse, entendemos que, del mismo modo que el médico responsable integraba la información continuada al paciente, en estos casos, el marco de la relación entre el médico del trabajo y el trabajador como usuario puede ser el ambiente adecuado de confianza y confidencialidad para llevar a cabo esta información. La misma ley sigue diciendo que “los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador”. El principio encerrado en esta norma es muy importante; la vigilancia de la salud tiene fines preventivos, los exámenes periódicos se hacen para detectar los primeros signos de patología, por ello, en el caso de que el resultado de la exploración sea positivo, el uso que se haga de esa información será para prescribir el tratamiento médico que cada caso requiera y, siempre en beneficio de la salud del trabajador, pero no para perjudicarlo o discriminarlo, respecto a sus compañeros. Corresponde al empresario, en cumplimiento de los derechos de los trabajadores “la obligación de elaborar y conservar la documentación relativa a la vigilancia de la salud, la cual estará a disposición de la autoridad laboral que la requiera”; en esta documentación se recogerán los resultados de los controles del estado de salud de los trabajadores y las conclusiones obtenidas de dichos exámenes y exploraciones, y en el caso de que cese la actividad empresarial, dicha documentación se pasará a las autoridades laborales. Los datos clínicos del trabajador, se recogen, pues, en su ficha o historia clínica, la cual merece el mismo trato que el dispuesto en la Ley 41/02 para este tipo de documentación. La intimidad de la persona trabajadora se garantiza a través de la adecuada custodia de estos datos.



Sin embargo, la particular situación del trabajador introduce perspectivas distintas a las implicadas en la relación asistencial entre el médico y el enfermo. En la salud del trabajador y en su preservación están comprometidas varias estructuras de la empresa; el primer responsable de que se cumplan las reglas preventivas es el propio empresario, ya que la citada ley establece que “el empresario garantizará a los trabajadores la vigilancia periódica de su estado de salud en función del riesgo del trabajo”. En esa misma cadena intervienen también los higienistas, los técnicos en seguridad y el personal sanitario. El conflicto de intereses entre la intimidad del trabajador y su derecho a la protección de su salud y su seguridad se plantea, cuando hemos de admitir que todo

el personal responsable de la salud y la seguridad del trabajador deberá conocer los datos precisos para sus actuaciones preventivas; el equilibrio en este punto debe buscarse en la selección de los datos suficientes para que la organización preventiva funcione, sin que se ponga en riesgo la divulgación de los mismos o un uso inadecuado de ellos.

Posiblemente la mejor forma de cumplir con los derechos del trabajador en relación a todo lo dicho, sea a través de las relaciones médico/paciente/usuario, ya que el médico puede explicarle lo que necesite para recuperar su salud o cuidarla, así como programar y organizar la educación en hábitos saludables que eviten enfermedades o accidentes relacionados con el trabajo o incluso sin relación directa con este.

El acceso a la información médica de carácter personal debe limitarse al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, se dice, de forma expresa en la Ley de Prevención de Riesgos Laborales “...sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador”.

Aparece ya aquí la necesidad de contar con el consentimiento del trabajador para toda intervención en el ámbito de la salud, como decía la Ley 41/02 y, por tanto, para someterse a las exploraciones propias de la vigilancia de la salud. Del mismo modo que es necesario su consentimiento para que sus datos se puedan proporcionar a las personas encargadas de velar por su salud.

También en las relaciones sanitarias en el mundo laboral se coloca en situación de privilegio el *principio de autonomía* que deja al trabajador el derecho de dar el consentimiento

para toda intervención sanitaria. Las únicas excepciones a este principio son: 1) los supuestos en los que los reconocimientos sean imprescindibles para evaluar las condiciones de trabajo sobre la salud de los trabajadores; 2) cuando el estado de salud del trabajador pueda comportar un riesgo para sí o para la colectividad y 3) cuando así esté dispuesto por una norma legal, en función de la protección de riesgos específicos o actividades de especial peligrosidad. Son numerosas las situaciones y ejemplos que aquí pueden evocarse<sup>3</sup>; a este respecto cada médico del trabajo o profesional implicado en la prevención de riesgos y seguridad de los trabajadores debe aplicarse la situación a las que encuentre o sean previsibles en el lugar concreto en el que desempeñe su trabajo, al objeto de tener previstas las respuestas

Ya hemos dicho que el empresario está obligado a responder, incluso penalmente, cuando no cumple con sus deberes en materia de seguridad de los trabajadores a los que tiene contratados. Por ello, aunque se ha dicho que no se le podrá proporcionar información médica de carácter personal sin consentimiento del trabajador, sí se reconoce que “el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención tienen derecho a recibir información sobre el estado de aptitud del trabajador para desempeñar su puesto de trabajo”, circunstancia que afecta al empresario, o para “aquellos que necesitan estos datos por necesidad de modificar o mejorar o introducir medidas de seguridad”, como es el caso de los mencionados técnicos en seguridad o higienistas.

Sin embargo, conviene aclarar que no es igual tener acceso a la información clínica o cono-

---

3 Villanueva Cañadas, E. *El Consentimiento*. En Gisbert Calabuig. Medicina Legal y Toxicología., 6º ed. Ed. Pp. 85-92. Masson. Barcelona 2004.

cer los datos de la salud o la enfermedad del trabajador que, como se dice en la ley “tener derecho a recibir información sobre el estado de aptitud”. La aptitud como capacidad para realizar determinadas tareas está basada en un estado de salud, pero no es preciso transmitir al empresario o a los higienistas o técnicos de seguridad los datos médicos concretos o el diagnóstico preciso que en ellos se apoya, sino la capacidad o no de realizar el trabajo, o la situación del trabajador que requiera medidas personalizadas de protección o prevención para salvaguardar su seguridad.

Otro derecho reconocido a los trabajadores es la prolongación de la vigilancia periódica de su estado de salud más allá de la finalización de la relación laboral en los casos en los que los riesgos inherentes al trabajo así lo hagan necesario. Esto obliga a un estudio riguroso de cada puesto de trabajo y, sobre todo, de los ambientes de trabajo en los que se esté en contacto con riesgos que puedan manifestar sus efectos “a posteriori”, cuando ya, incluso, el trabajador haya roto los vínculos con este lugar de trabajo. Esta circunstancia puede darse en riesgos de tipo químico cuyos efectos puedan manifestarse pasado un tiempo como sucede en algunos cánceres de tipo profesional, a los que el actual Proyecto de Enfermedades Profesionales dedica un apartado especial.

Con estas notas hemos querido recordar que en la Medicina del Trabajo la relación entre el personal sanitario y los trabajadores se corresponde, a menudo, con la situación de médico/paciente pero, aún con más frecuencia, con la de médico/usuario ya que la exploración médica no se realiza motivada por unos síntomas para los que se busca el diagnóstico correspondiente y el tratamiento adecuado, el diagnóstico cuya confirmación se busca es el de “estado saludable” y es el que habitualmente se encuentra; en otras actuaciones, la finalidad es puramente preventiva y formativa en hábitos saludables y seguros. No obstante, en todas las actuaciones médicas son de aplicación los derechos y deberes contenidos en la Ley 41/2002 en los que la intimidad, la información, el recabar el consentimiento, la confidencialidad de la documentación clínica, etc., deben ser objetivos que busquen y garanticen la mejor calidad en las prestaciones asistenciales. Con este espíritu de fondo, la Ley de Prevención de Riesgos Laborales hace algunas precisiones que son de aplicación en los derechos concretos de los trabajadores en sus relaciones laborales en estas materias. Todos los profesionales que desempeñan sus tareas al servicio de la salud de los trabajadores deben conocer estas normas y cumplirlas en beneficio de las propias relaciones en el ambiente laboral.