

LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD Y SUS VALORES
IMPLÍCITOS: SECRETO, INTIMIDAD Y CONFIANZA.

Gloria Lucía Rodríguez Salguero

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
Bogotá D.C.

2009

i

LA CONFIDENCIALIDAD EN EL ÁMBITO DE LA SALUD Y SUS VALORES
IMPLÍCITOS: SECRETO, INTIMIDAD Y CONFIANZA.

GLORIA LUCÍA RODRÍGUEZ SALGUERO

Trabajo De Grado Para Optar Por El Título De Maestría En Bioética

Directora de Tesis: Dra. Chantal Aristizábal Tobler
Docente Departamento de Bioética

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
DEPARTAMENTO DE BIOÉTICA
Bogotá D.C.

2009

ii

PÁGINA DE ACEPTACIÓN

AGRADECIMIENTOS

A la Doctora Chantal Aristizábal Tobler, por sus valiosos aportes.

Al grupo de profesionales de Eusalud por su aporte al desarrollo de las encuestas.

A William por su apoyo en todo momento.

A María Lucía y a Melissa María por su presencia.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Introducción.....	1
1 CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO PROFESIONAL.....	7
1.1 Fundamentación del secreto.....	13
1.2 El Juramento Hipocráticos y sus interpretaciones.....	19
1.3 Obligaciones de Confidencialidad.....	27
1.4 Rupturas justificadas de la confidencialidad.....	28
2. CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD.....	32
2.1 Justificaciones de la Intimidad.....	33
2.2 ¿Cómo proteger la intimidad de un paciente?.....	36
3. CONFIDENCIALIDAD Y CONFIANZA.....	38
4. Conclusiones.....	41
5. Anexos	

Anexo 1 Leyes y Sentencias.....	44
Anexo 2 Formato de la encuesta.....	49
Anexo 3 Ficha técnica de la encuesta.....	52
Anexo 4 Análisis de las encuestas.....	53
Bibliografía.....	68

INTRODUCCION.

Se presentan situaciones cotidianas donde establecer el límite entre lo público y lo privado es indispensable pero difícil, donde el *ethos* de la libertad y el *ethos* de la salud pública se relacionan de manera conflictiva, es decir, los derechos de confidencialidad, intimidad y libertad se enfrentan con los derechos de terceras personas, con su integridad y hasta con la vida, entonces ¿dónde establecer el equilibrio justo para que ninguna de las dos partes vea afectados sus derechos? Es cuando se hace necesario establecer un punto de equilibrio entre autonomía y justicia, entre derechos y deberes.

En el ámbito de la salud suelen confundirse los términos confidencialidad, intimidad y secreto, se habla de derecho a la privacidad como un derecho a no ser molestado o a la libertad de ser protegido contra acciones invasivas relacionadas con la información privada generalmente relacionada con su historia clínica, su intimidad, su religión, su orientación sexual; todos los individuos tienen razones para mantener cierta información en secreto o simplemente para no ser revelada a terceros sin su propio consentimiento.

En el campo de la Bioética se considera la confidencialidad como un derecho del individuo a mantener su información personal de manera reservada y poder

decidir en qué momento y a qué tipo de personas debe ser revelada esta información y lo más importante qué tipo de información se está dispuesto a revelar, ya sea al médico, al personal asistencial o simplemente a las personas más allegadas, porque la información personal relacionada con la religión o la orientación sexual puede en un momento dado determinar algún tipo de discriminación y hasta persecución.

Hoy se plantean diferentes e importantes puntos de vista con relación a la protección de la confidencialidad e intimidad concernientes con la salud y la enfermedad relacionados con los avances tecnológicos y los derechos de información de los pacientes, es así como estos problemas tienen dos caras: el aspecto humano y el aspecto técnico y en ambos coinciden el manejo de la confidencialidad y la intimidad y por supuesto el tema del secreto profesional.

La información que por razones del quehacer profesional, se llega a conocer, y que debe permanecer en secreto, puede desembocar en la generación de dilemas éticos relacionados con la confidencialidad y el secreto. En determinadas ocasiones se presentan dudas respecto a ciertas enfermedades o situaciones (riesgos de contagio) donde se compromete el bienestar de terceros, o donde se compromete el deseo de un paciente de no revelar su estado de salud a sus familiares. Estos deben ser analizados bajo la mirada pluridisciplinaria y pluralista de expertos y de los pacientes, de manera que se puedan aclarar y lograr

acuerdos mínimos y pragmáticos, siempre bajo la mirada de la bioética para “plantear y discutir correctamente los conflictos y evitar que la mayoría terminen en peticiones legales mal fundamentadas”.¹

Este trabajo surgió de la inquietud por conocer cómo se maneja y qué se conoce del tema del secreto profesional y la confidencialidad en el medio asistencial en una institución de salud de segundo nivel en la ciudad de Bogotá, ya que en los últimos años la relación médico-paciente y médico-profesional de la salud ha sufrido muchos cambios relacionados con la autonomía del paciente, los cambios tecnológicos relacionados con la historia clínica sistematizada y los cambios en las políticas sanitarias. El desarrollo del tema permite hacer una breve aproximación al tema, en ningún momento se trata de un diagnóstico general de la situación, de tal forma que admita seguir profundizando y más adelante lograr un diagnóstico más detallado y profundo de la situación y relacionarlo con otros tópicos importantes. Al lado del desarrollo del tema se realizó una encuesta a diferentes profesionales de la salud; médicos, enfermeras, bacteriólogas, nutricionistas, odontólogos, en total 50, con el fin de conocer la importancia y el manejo que le dan cotidianamente al tema de la confidencialidad y el secreto; los resultados se muestran a medida que se desarrolla el tema.

¹ Escobar Triana, Jaime. “Panorama de la Bioética en Colombia”. En Problemas de Ética Aplicada. Colección Bios y Ethos. No. 4 Bogotá. Ed. Kimpres Págs. 25-42.

Al final anexo apartes de leyes y comentarios a sentencias relacionadas con casos específicos en nuestro país, los cuales considero importante relacionar ya que permiten una visión más real del tema, mostrar las sentencias de la corte permiten analizar y conocer las excepciones a las reglas de confidencialidad en nuestro país y mostrar que los comportamientos éticos siempre deben ir de la mano de lo legal.

1. LA CONFIDENCIALIDAD Y EL SECRETO PROFESIONAL.

La confidencialidad y el secreto son, tal vez, dos de las disposiciones del Juramento Hipocrático que han permanecido inalterables por cerca de 3000 años.² El origen de la confidencialidad está en el Juramento Hipocrático, donde se lee: ***guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas.*** Aunque el “secreto” que formula el juramento hipocrático es muy diferente al que se formula hoy, en épocas anteriores era el médico quien decidía que se debía informar y qué no, era un deber del buen médico, no era correlativo a un derecho del paciente, hoy se define confidencialidad como un derecho y secreto como un deber, esto es que el deber de guardar secreto es correlativo al derecho de los seres humanos a guardar la confidencialidad de sus datos.

Hoy más que hablar solo del “secreto profesional” se debe hablar también del “deber de discreción” o “deber de sigilo” y por lo tanto no se trata de un derecho del paciente sino un deber del profesional con el paciente y con su equipo de trabajo para que la información de un paciente sea tratada con el mayor respeto posible.

2 Thompson. Ian E. The Nature of confidentiality. *J. Med. Ethics* 1979;5;57-64

La confidencialidad se considera como la reserva que deben mantener todas y cada una de las personas integrantes del equipo de salud frente a la comunidad, respecto a la información del estado de salud y a la condición misma de una persona, con el fin de garantizarle su derecho fundamental a la intimidad.

El derecho a la confidencialidad de los pacientes supone la obligación del profesional de guardar el “secreto profesional”, es decir, guardar cualquier información en secreto que se ha conocido en el ejercicio de la profesión y en el ámbito de la relación médico-paciente, la cual no se puede revelar a una tercera persona sin un permiso específico. El derecho a la confidencialidad se deriva del derecho a la intimidad, el cual protege contra una serie de intromisiones no deseadas en la libertad individual. Confidencialidad es, por lo tanto, el derecho de las personas a que aquellos que hayan entrado en conocimiento de datos íntimos suyos, no puedan revelarlos ni utilizarlos sin su autorización expresa.³

La doctrina tradicional sobre el secreto define como secreto objetivo como el dato que debe mantenerse oculto y secreto subjetivo es la obligación moral de no revelar esa información. Se habla de varios tipos de secretos:⁴

3 Fundación de Ciencias de la Salud y Colegio General de Colegio de Médicos. Guías de Ética en la Práctica Médica. Intimidad, Confidencialidad y Secreto. Madrid: Ediciones Ergon. 2005. Pág. 8.

4 Ferrer, Jorge José. Revista Selecciones de Bioética. Cocolbe y Universidad Javeriana. Bogotá. Abril de 2007. Págs. 20-31.

- Secreto natural: es por ejemplo, el defecto que tiene una persona y del cual yo me entero por casualidad. Este secreto no debe publicarse bajo ninguna circunstancia porque él tiene derecho a mantener su secreto, a que no se revele.
- Secreto prometido: es el que se recibe y se promete guardarlo después de haberlo conocido. Obliga a la fidelidad.
- Confiado o pactado: es el que se recibe después de pactar silencio total.
- Secreto profesional: es el secreto pactado que tiene por objeto guardar la información que se conoce en la práctica profesional y por tanto debe ser guardado.
- Secreto sacramental: es el secreto sagrado y absoluto que conocen los sacerdotes y es confiado en confesión.

1.1 FUNDAMENTACION DEL SECRETO

El secreto se fundamenta, en primer lugar, en la dignidad de la persona, cuya intimidad debe ser respetada. “El secreto es siempre una verdad cuya revelación se viviría”⁵, es decir una persona afectada lo vive como un atentado contra su propia identidad. En segundo lugar, la obligación de mantener el secreto se fundamenta en el bien común, la sociedad debe garantizar a los individuos el

5 Op Cit. Ferrer Pág 22

ámbito de la intimidad necesario para que puedan abrirse y buscar ayuda, con amigos o expertos en situaciones difíciles de la vida.

En el año 1963, en la revista de la Asociación Médica Canadiense⁶, aparece, tal vez, el primer comentario acerca de la importancia de romper el secreto ante situaciones legales, en éste se analizan las palabras del Señor C.D. Stewart del Tribunal Superior de Justicia de Ontario, quien se negó a recibir el testimonio de un psiquiatra respecto a información suministrada por un paciente y argumentó: “Creo que contrario a un juicio justo no se debe obligar a este médico a declarar. Me parece escandaloso que una profesión deba dictar ética a otra profesión... no tengo ninguna intención de obligar a este médico a revelar lo que le dice su paciente”. Aunque en 1963 la Asociación Médica Canadiense ya se había pronunciado a cerca de las excepciones relacionadas con la información obtenida por el médico y el cual podía revelar a terceros cuando fuera expresamente autorizado por el paciente, familiar o tutor.

El caso de Tatiana Tarasoff se ventiló en los tribunales durante los años en que se gestaba la Bioética, este controvertido y paradigmático caso sentó un precedente ético, legal y práctico de este tipo de conflicto. En su momento hizo pensar acerca de la prioridad de lo legal sobre lo moral y más adelante bajo la mirada de la Bioética americana se recapacitó sobre los dilemas implícitos en el caso a cerca

6 Canadian Medical Association Journal Mayo 16, 1964, Vol. 90 Págs. 1176-1177

de obedecer o no la tradición hipocrática y obedecer o no la ley.

A continuación un resumen sobre el caso: Prosenjit Poddar, nacido en la India, llegó a estudiar a California a finales de los sesenta, en el otoño de 1968 conoció a Tatiana Tarasoff, con quien inició una relación que él consideró seria, pero para Tatiana no lo era y decidió no continuar la relación con él. Para Poddar fue causa de una crisis emocional y cayó en un fuerte estado de depresión. En 1969, buscó ayuda y fue atendido por el psiquiatra Dr. Stuart Gold, quien lo remitió a psicoterapia con el psicólogo Lawrence Moore. Poddar revela a Moore sus intenciones de matar a una mujer, fácilmente identificable como Tatiana, Moore notifica a la policía que Poddar padece una reacción esquizofrénica paranoide y corre el riesgo de hacerse daño o hacerle daño a otros. La policía lo retuvo y lo liberó una vez se dio cuenta que el estudiante había cambiado su actitud. En octubre, Tatiana regresó del Brasil y continuó siendo acosada por Poddar y la mató el 29 de ese mes por negarse a sus requerimientos. La opinión del Juez Clark, determinó una condena de primera instancia por homicidio en segundo grado y finalmente el acusado fue expulsado a la India, donde se encuentra felizmente casado con una abogada.

Los dilemas éticos relacionados con la confidencialidad derivados de este caso fueron: ¿La información que conocía el psicólogo Lawrence Moore era suficiente o debió recurrir a una interconsulta con todo el equipo de salud para conocer más

y determinar un diagnóstico más exacto?, ¿Era absolutamente indispensable revelar el diagnóstico a la Policía?, ¿El psiquiatra debió alertar a Tatiana Tarasoff?

Cada uno de estos interrogantes puede ser analizado desde varios puntos de vista: la confidencialidad puede apoyarse tanto en argumentos deontológicos como en argumentos utilitaristas, ya sea desde el principio de autonomía o desde los principios de beneficencia y no maleficencia, ya sea desde el respeto de las personas o desde la seguridad tanto de pacientes como de allegados. El caso Tarasoff es un caso típico de dilema ético porque en su momento el Tribunal de Justicia se dividió en dos posiciones contrastantes, se debía elegir entre dos acciones opuestas sabiendo que ninguna de las dos era incontrovertible.

La mayoría representados por el Juez Trobiner declaró al psiquiatra culpable de negligencia profesional alegando que la necesidad de proteger a las personas de agresiones es más importante que mantener la obligación de la confidencialidad apelando al principio de beneficencia y por lo tanto recurriendo a la teoría consecuencialista o utilitarista. La minoría, representada por el Juez Clark, que defendió la actuación del psiquiatra alegó que éste actuó al mantener el secreto profesional, que se acoge al principio de autonomía y así fundamentarse en la teoría ética deontológica.⁷

De este análisis se desprenden explicaciones desde el punto de vista bioético: -

⁷ www.elabe.bioética.org. Bioética sistemática(2)

La información de un paciente puede ser discutida entre profesionales de distinta especialidad con el fin de establecer conductas homicidas, el diagnóstico médico es algo privado, el informe a la policía se debió limitar a los pensamientos y conductas y no a la “etiqueta” diagnóstica. En cuanto a no poner en aviso a Tatiana supuso un fallo en no acudir a una ética de naturaleza consecuencialista y no prevaleció el principio de justicia sobre los otros tres, el cual justificaría no respetar la confidencialidad.⁸

La opinión del Juez Clark en este caso fue la opinión discrepante y se basó en tres aspectos importantes para defender la confidencialidad de los pacientes: asegurar la confidencialidad hace que este tipo de pacientes acuda al profesional buscando un tratamiento, asegura que el paciente revele la información completa para lograr el tratamiento adecuado y asegura que el paciente vuelva a buscar al profesional en caso de requerirlo nuevamente.

El Juez Trobiner opinó acerca del caso que se debe contraponer el interés público por la seguridad al interés de apoyar un tratamiento a una enfermedad mental y a la protección de los derechos de los pacientes a la intimidad. Así la importancia de mantener la confidencialidad recae sobre las relaciones basadas en la confianza de médico y pacientes, de abogados y clientes, de sacerdotes y creyentes, en las cuales las personas estarán más dispuestas a revelar información sensible y

8 SALINAS R, Rodrigo A. La confidencialidad de la consulta psiquiátrica y el deber de protección a terceros: El caso Tarasoff. *Rev. Chilena de neuro-psiquiatría*. [online]. mar. 2007, vol.45, no.1, p.68-75. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272007000100011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9227.

personal, sin olvidar que el secreto profesional protege la dignidad del paciente y los intereses de la sociedad. De este caso se desprendieron enseñanzas valiosas para la Bioética:

- La confidencialidad ha perdido vigencia desde el momento que se le ha dado un giro legalista a las profesiones de la salud, se confunde lo ético con lo legal y lo bueno o lo malo con lo legal o ilegal.
- Toda la información de un paciente se considera “información sensible” y por tanto merece protección especial por parte de los profesionales.
- Las excepciones a las reglas de confidencialidad existen y se basan en la protección de la salud y el bienestar tanto del paciente como de la comunidad.
- La confidencialidad ha sido ampliamente ignorada y violada en el quehacer diario de los profesionales de la salud, los datos de un paciente son revelados sin consideración en sitios públicos, en reuniones sociales, y revisados sin ningún tipo de seguridad en las historias clínicas.

Confidencialidad y secreto son dos palabras que se confunden frecuentemente en el campo de la salud, y es un tema que ha formado parte desde el origen de la medicina occidental, el fundamento ético de la confidencialidad está muy ligado al fundamento de la intimidad ya que las dos protegen los deseos y los derechos individuales y se asocian fuertemente al derecho a la autonomía, y afirma María

Luisa Pfeiffer : “decide uno mismo, qué pasara con su cuerpo que es suyo, con sus propiedades que son tuyas, con la información sobre su vida que es tuya, con su vida que es solo tuya”⁹.

En el caso de los adolescentes, estos desean que sus relaciones con los profesionales de la salud sean de carácter privado y confidencial por varias razones, unos lo consideran, simplemente como parte del proceso natural de desarrollo de su autonomía y otros por temor a reacciones adversas de los padres. El secreto profesional motiva a los adolescentes a ser más confiados, dar mayor información al profesional y por lo tanto promueve el interés y cuidado de la salud.¹⁰

1.2 EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO Y SUS INTERPRETACIONES

El Juramento Hipocrático ha sido interpretado desde el punto de vista utilitarista y desde el punto de vista deontológico. Estas interpretaciones se basan en tres tipos de razonamientos, los cuales apoyan la confidencialidad: el razonamiento basado en el consecuencialismo, el razonamiento basado en los derechos de autonomía

9 PFEIFFER, María Luisa. “Derecho a la Privacidad. Protección de los datos sensibles”. En Revista Colombiana de Bioética. Vol. 3. No. 1 Enero a Junio 2008. Bogotá. Ed. Kimpres. Pág. 11-36

10 Sáenz Cortés, Mirtha. La adolescencia, punto de encuentro de dos paradigmas. En Ensayos en Bioética, una experiencia colombiana. Colección Bios y Ethos. No 11. Universidad El Bosque.

e intimidad y el razonamiento basado en la fidelidad.¹¹

1.2.1. Los argumentos o razonamientos consecuencialistas o utilitaristas advierten sobre la importancia de mantener las confidencias obtenidas en el curso de un diagnóstico o tratamiento a fin de no perder la confianza y por consiguiente la consecución de otros tratamientos o la búsqueda de ayuda médica. Su principio de base es “la moralidad de una acción se mide por su utilidad (es decir por la cantidad de placer, de bienestar, de felicidad, de efecto positivo... que aporta y/o la cantidad de sufrimiento que suprime o alivia).¹² Grant Gillet apoya esta teoría afirmando que el derecho a la privacidad es secundario con respecto al derecho a la vida, en el caso de los pacientes con Sida mantener la confidencialidad es fundamental para asegurar el tratamiento, la protección de terceros y la protección de los mismos pacientes a convertirlos en víctimas de un público poco educado.¹³ El fundamento del juramento hipocrático era lograr la confianza en el médico aunque nunca lo hubiera conocido antes.

Teniendo en cuenta los argumento consecuencialistas, es importante volver el caso Tarasoff, en el cual se analiza claramente la obligación que debe tener el profesional de la salud de advertir a las autoridades cuando la vida de otras

11 Beauchamp Tom L., op cit., 493

12 Hottois, Gilbert. Qué es la Bioética? Edición parcial en español. Bogotá, D.C. Colombia. Editorial Kimpres Ltda. 2007. Pág 57

13 Gillet, G. . AIDS and Confidentiality. Journal of Applied Philosophy. 4, 1987. 16

personas está en peligro. Los argumentos consecuencialistas que obliguen una estricta confidencialidad están basados en el razonamiento que los pacientes acudirán a la consulta y al tratamiento solo si hay una estricta confidencialidad, estos argumentos no están probados aún; algunos estudios empíricos así lo demuestran; en el estudio realizado por C. Jones (2003), donde encuestó a 30 pacientes, de los cuales el 72 % manifestó creer que su médico sí guardaría la confidencialidad, 83 % manifestó que la confidencialidad debería mantenerse y un 80 % manifestó que la información dada por el paciente no debería entregarse sin su consentimiento, el 77 % manifestó que la información debería suministrarse a terceros si corría peligro otra persona, de los cuales el 83 % opinó que debía darse la información en caso que se tratase de abuso a niños, y el 50 % en caso de enfermedades de transmisión sexual. Comparando los resultados de este estudio con los resultados obtenidos en la encuesta realizada en la ciudad de Bogotá, se encontró al preguntar a los profesionales: ¿Le parece difícil respetar la confidencialidad? El 18% respondió que le era difícil y el 82% restante manifestó no tener problemas para respetarla. A continuación al preguntarles el porqué, de este 18 % las razones que argumentan fueron: a) somos muy comunicativos 55% y b) la comunicación con otros colegas, 45 %. Las personas encuestadas que respondieron no tener problemas para guardar la confidencialidad y respondieron a la pregunta por qué, manifestaron: a) 80% por respeto al paciente y su dignidad, el 16 % manifestó ser un hábito en su desempeño, el 4 % por razones legales. Lo cual demuestra que una de las principales causas para no poder guardar la

confidencialidad de los datos de los pacientes radica en los mismos profesionales quienes reconocen ser muy comunicativos.

En cuanto a los argumentos utilitaristas que se derivan del estudio de Jones, se demostró que los pacientes están de acuerdo con que se revele información confidencial cuando hay un riesgo para una tercera persona, pero esta información debe ser revelada a la autoridad competente no a la posible víctima.¹⁴

La teoría utilitarista o consecuencialista también es aplicable al derecho a la intimidad, la cual da valor instrumental a ésta para fines como el desarrollo personal, la expresión individual y el desarrollo y mantenimiento de las relaciones sociales íntimas. La base de esta interpretación es el principio de autonomía porque se respeta la decisión de las personas a no ser molestadas, observadas o tocadas. La autonomía se refleja en la protección al territorio personal y expresa María Luisa Pfeiffer: “es la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y conocimiento de los demás... y lo público que es aquello que realizamos a la vista de los demás y que exponemos y nos exponen.”¹⁵

1.2.2. La segunda interpretación del Juramento Hipocrático afirma que el personal

14 Jones, C. The utilitarian argument for medical confidentiality. En *J. Med. Ethics.*; 29; 348-352. 2003

15 PFEIFFER, María Luisa. “Derecho a la Privacidad. Protección de los datos sensibles”. En *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 3. No. 1 Enero a Junio 2008. Bogotá. Ed. Kimpres. Págs. 11-36

de la salud está en la obligación moral de guardar la confidencialidad de los datos que ellos mismos han obtenido en la práctica profesional, que han animado a los pacientes a revelarla, deben proteger estas confidencias, basados en los principios de autonomía e intimidad.¹⁶ Esta interpretación más deontológica, invita a mantener la confidencialidad como un bien en sí mismo, como un principio médico-moral justificado para mejorar la confianza y la relación médico-paciente o profesional de la salud.

Casi todas las profesiones sanitarias se rigen por un Código de Ética, en los que se encuentran los términos confidencialidad, privacidad y secreto explicando las normas y obligaciones morales de las distintas profesiones con relación al tema que nos ocupa. En la encuesta realizada en el medio asistencial se encontró que el 18% de los entrevistados no conoce el Código de Ética que rige la profesión que ejerce aunque admiten saber que su profesión sí tiene Código de Ética.

1.2.3 La tercera justificación de la confidencialidad está basada en la fidelidad a cumplir las promesas implícitas y explícitas cuando el paciente revela información personal en una consulta, la cual debe ser aceptada como una norma esencial en la relación profesional-paciente y como norma que especifica los principios de

¹⁶ Ferrer, Jorge José. Confidencialidad, Libertad y los Derechos de las terceras personas. En Revista Selecciones de Bioética. No. 11 Abril de 2007. Universidad Javeriana. Bogotá. Págs. 21-31

autonomía, justicia y utilidad.¹⁷ La fidelidad es la base de los compromisos, las promesas voluntarias y los juramentos. La relación médico-paciente no es una relación de mercado es una relación basada en la confianza y por supuesto en la lealtad, aunque en algunas ocasiones las actitudes y actividades de muchos profesionales no son más que habituaciones, acercamientos irreflexivos para la atención de sus pacientes, es claro que en los sistemas actuales de atención en salud, la medicina opera en contra de los hábitos inteligentes y a favor de las habituaciones, se convierte el profesional en una máquina y también ven al paciente como una máquina, como una persona no individualizada, por lo tanto el médico no podrá responder por las sutiles diferencias entre pacientes.

El Pediatra Dr. D.Micah Hester, de la Universidad de Arkansas¹⁸, se refiere a los casos de hábitos problemáticos: los hábitos del “paternalismo ilustrado”, esto es proporcionar información mínima e inexacta para el “bien del paciente”. Con el transcurso de los años el profesional de la salud se han aprovechado de su condición de desequilibrio y poder en cuanto al manejo de la información que el paciente no conoce respecto a su estado de salud, este desequilibrio de la relación con el paciente actúa como el principal obstáculo para la comunicación.

17 Sánchez-Caro, Jesús y Sánchez-Caro Javier. El médico y la intimidad. Primera edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A. 2001. Pág. 63.

18 Mc Gee, Glenn. Pragmatic Bioethics. Segunda edición. Cambridge, Mass: MIT Press, 2003

Es así como antes de los años sesenta el profesional negaba información, realizaba procedimientos sin ninguna explicación y tomaban decisiones unilaterales alegando que era lo mejor para su paciente y por esto a finales de los setenta nacen los movimientos éticos y el establecimiento de los cuatro principios de la ética biomédica. Pero entonces surge otro problema, el consentimiento informado se torna como una base legal para un procedimiento, el médico se ha habituado a los formularios, a las firmas y al proceder de conformidad.

En este campo surgen preguntas relacionadas con el tema, que tal vez se puedan resolver argumentando que en las escuelas de hoy se ha enfocado al paciente y la enfermedad como algo solamente bioquímico o inmunológico y tratan a sus pacientes como procesos meramente biológicos y objetos materiales, se pierde por completo el aspecto social y personal del paciente. Si el profesional ignora el propio yo (la propia identidad del paciente en todas sus dimensiones) ignora la verdadera naturaleza de la salud y la sanación. Por todo esto, es fundamental un cambio de actitud, es decir, cambiar hábitos fundamentales de cuerpo y espíritu, de cultura y biología y ante todo recordar que “la medicina es una profesión humana desarrollada con fines humanos” y por lo tanto encaminada hacia la individualidad de cada paciente.

En un estudio realizado en la Universidad de Pensilvania ¹⁹ a un grupo de 85 mujeres demostró que las pacientes que sienten que su confidencialidad se respeta es más probable que sigan las recomendaciones y tratamientos médicos. En el estudio, las entrevistadas reconocen que hasta el momento no habían entendido la importancia de la confidencialidad relacionada con sus datos clínicos, y la mayoría de ellas expresó que la información dada en una consulta pertenece al que habla y al que escucha únicamente. La información que más preocupa ser revelada a terceros está relacionada con la salud mental y el comportamiento sexual. La naturaleza de la confidencialidad médica está dada por el tipo de información y el tipo de trabajo que realiza el médico, es decir, por ejemplo el caso de un médico de una institución militar tiene doble responsabilidad, una para el ejército y la otra para el soldado como paciente, el médico debe tener la responsabilidad moral de asegurar que tanto el soldado como el empleado comprenden que allí no se aplican las reglas de confidencialidad tradicionales. En la encuesta realizada en nuestro medio, al preguntar: ¿Cuándo le contrataron en la institución donde trabaja, le explicaron que debía respeto a la confidencialidad? El 48 % afirmó que sí le explicaron y el 52 % afirmó que no. Las razones por las que consideran sí le explicaron la importancia de la confidencialidad fueron: 47 % considera el respeto a la confidencialidad como parte de la ética de la institución, el 17.6 % como parte del respeto hacia el paciente, el 11.6 % por razones legales

19 Jenkis, G; Merz, JF; Sankar, P. A qualitative study of women's views on medical confidentiality. *Journal of Medical Ethics*. 2005; 31:499-504.

se debe respetar, al igual que los que consideran la confidencialidad como parte del secreto médico, el 5.6 % considera que forma parte de la calidad en la atención y el 5.6 % restante considera que respetando la confidencialidad se logra un servicio más confiable. Esto demuestra relación entre los deseos de los pacientes y los principios que hace valer el profesional relacionados con el respeto, el secreto y la confianza.

Ninguno de los tres argumentos prueba que las reglas de confidencialidad sean absolutas. Para Beauchamp y Childress: “Alegar reglas de confidencialidad como medios absolutos para protegerse pueden originar circunstancias escandalosas de daño o pérdida que habrían podido evitarse. Por lo tanto es imperioso una correcta comprensión de las formas de las obligaciones de confidencialidad y cuando deben ser sobrepasadas por obligaciones morales más importantes”.²⁰

1.3 LAS OBLIGACIONES DE LA CONFIDENCIALIDAD

Se definen como obligaciones informacionales²¹ de primer orden en las que los profesionales de la salud, ya sea médicos, enfermeras o investigadores, cuando deben revelar información a aquellos a quienes las acciones pueden afectar, es decir la información sobre riesgos o efectos de una intervención o procedimiento

²⁰ Beauchamp, Tom L. Op. Cit. Pág. 408.

²¹ Manson, Neil C., and O'Neill, Onora. Rethinking in informed Consent in Bioethics. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.

particular y las obligaciones informacionales de segundo orden son las que obligan a que las informaciones de primer orden se cumplan y se usen de la manera inicialmente acordada. Las obligaciones de confidencialidad se establecen entre diferentes agentes sin que existan relaciones legales entre ambas partes, un confidente no puede contarle a otros la información que a él le han confiado a menos que exista un consentimiento de quien reveló información y confió. La ley de confidencialidad protege la información sobre una posterior comunicación de la información, la cual no debe ser siempre personal, en algunos casos se puede tratar de los detalles privados de una negociación que debe ser protegida.

1.4 RUPTURAS JUSTIFICADAS DE LA CONFIDENCIALIDAD

Los Principios de Ética Médica de la AMA (American Medical Association) limitan las rupturas justificadas de la confidencialidad a las requeridas por la ley, en todos los casos se deben medir los riesgos frente a los beneficios de revelar o no información confidencial. La valoración de los riesgos-beneficios es uno de los principales objetivos de los comités de ética tanto clínicos como de investigación y por lo tanto implica la evaluación y análisis de los daños o beneficios. El cuadro de valoración de riesgos (tabla 1):²²

22 Beauchamp, Tom L., Op Cit. Pág. 283

Tabla 1

		Magnitud del daño	
		Mayor	Menor
Probabilidad de daño	Alta	1	2
	Baja	3	4

Para evaluar qué riesgo hay para un tercero y si está por encima de las reglas de confidencialidad, se debe ponderar la probabilidad que se materialice el daño frente a la obligación de la confidencialidad. El 1 de la tabla significa que a mayor probabilidad de daño menor debe ser la obligación de mantener la confidencialidad y el 4 el riesgo de daño disminuye y por lo tanto aumenta la obligación de mantener la confidencialidad. Para los casos 2 y 3 los dilemas aumentan y el análisis debe ser hacerse con mayor detenimiento.

Para el personal de la salud es fundamental cumplir el Código de Ética de su profesión, pero cuando éste es formulado solo con relación a las normas legales se considera un código inadecuado. Los profesionales de la salud tienen la obligación de buscar maneras alternativas de obtener el beneficio o de prevenir el daño antes de revelar información confidencial. En este campo existen muchísimos ejemplos relacionados con los pacientes VIH positivos y la responsabilidad del profesional de revelar o no un resultado y de proteger a terceros. En estos casos el profesional debe advertir al paciente sobre los límites

de la confidencialidad y pedir permiso para revelar información importante a terceros.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) explica las circunstancias que se presentan más frecuentemente en la consulta en psiquiatría y limitan la confidencialidad; cuando se somete a un paciente a tratamiento de manera no voluntaria, cuando se trata de proteger a un tercero de los actos peligrosos que pueda realizar el paciente, cuando exista una exigencia judicial como en el caso de abuso de menores.²³

Las excepciones al cumplimiento del derecho a la confidencialidad.

- Cuando un paciente padece una enfermedad contagiosa y se niega a informar él mismo a su compañera o compañero y su familia, el profesional debe persuadir al máximo a este paciente para que cumpla con el deber de informar.
- Cuando hay ausencia de razones para sospechar peligro, es decir cuando el compañero ya está infectado, cuando el compañero se encuentra en riesgo por conductas de riesgo propias o cuando el compañero o compañera ya sospecha por conocimiento de conductas de riesgo de su pareja.
- El paciente da el consentimiento para revelar la información.

23 Sánchez-Caro. Op. Cit. Pág. 68

- Cuando la información es requerida por la ley. Ver anexo 1.

2. CONFIDENCIALIDAD E INTIMIDAD

La intimidad es una de las consecuencias de la integración del individuo a la sociedad ²⁴ lo cual ha recalcado la importancia de la protección de esta esfera íntima de un individuo frente a los demás, esta protección se manifiesta y se maneja de formas muy distintas de acuerdo a los diferentes grupos sociales. Esta esfera íntima se relaciona con el cuerpo y se podría denominar intimidad personal e intimidad física. En el ámbito de la salud, este acceso limitado es muy importante, es un derecho autónomo y el cual puede derivarse como un derecho legal de los derechos fundamentales de la vida, la libertad, la propiedad y sobre todo “del derecho a disfrutar la vida, del derecho a estar solos”. ²⁵

Para los bioeticistas Beauchamp y Childress la palabra intimidad se puede confundir con el principio de autonomía.²⁶ Toda persona tiene el derecho a decidir si es tocada, observada o molestada y por lo tanto está muy relacionado con el principio de respeto a la autonomía, va de la mano con el derecho a dar consentimiento informado sobre el acceso al propio cuerpo y por consiguiente a su intimidad. La autonomía personal se relaciona con una región de soberanía para el yo y un derecho a protegerla y por lo tanto estrechamente ligada al valor

24 Fernández Lamelas, María Antonia. El respeto a la Intimidad. El secreto profesional en Enfermería. Cuadernos de Bioética, XIX, 2008. Págs 59-66

25 Ibid. p 393

26 Beauchamp, Tom L., Pág. 391

de la intimidad y al derecho a la intimidad, a lo que puede pasar con uno mismo, con su propio cuerpo, con la información sobre su vida y con sus secretos.

2.1 JUSTIFICACIONES AL DERECHO A LA INTIMIDAD.

Las justificaciones al derecho a la intimidad se pueden resumir en tres discusiones:

2.1.1. El derecho a la intimidad se reduce a otros derechos, como el derecho a no ser mirado, tocado, escuchado o acosado, dañado, herido o torturado, pero cada violación a cada uno de estos derechos es una violación clara a la intimidad de cada persona. La intimidad física exige actitud de respeto por parte del personal asistencial cuando se presentan situaciones en las que el enfermo debe revelar ciertos aspectos de su intimidad que generalmente estaban limitadas a su privacidad y tal vez a la de su familia.

2.1.2 El valor utilitarista de la intimidad y al derecho a la intimidad, se justifica para fines como el desarrollo de la personalidad, que permite al individuo distinguir entre sus propios pensamientos y sentimientos y los de otros; la creación y mantenimiento de las relaciones personales y la expresión de la libertad individual; el acceso físico limitado a otro individuo, lo cual protege de la inhibición que causa la presencia física de otro individuo; promueve la libertad de acción;

promueve la salud mental; promueve la autonomía, porque la autonomía moral es la aceptación reflexiva y crítica de las normas sociales; promueve y mantiene las relaciones humanas; ensalza la dignidad, se permite el acceso a la intimidad con el fin de mantener relaciones íntimas de respeto, amor, amistad y confianza, al igual que al profesional, le permitimos acceso a nuestro cuerpo buscando con ello proteger nuestra salud.²⁷

2.1.3 La tercera está muy relacionada con el principio de autonomía, se respeta el derecho de autonomía de una persona cuando ella decide no ser tocada, escuchada o molestada, es decir no violar su intimidad cuando así lo ha manifestado. Es decir, en el ámbito sanitario para actuar sobre el enfermo se necesita su permiso, que él lo permita. Para T. Engelhardt ““El principio de permiso fundamenta la moralidad del respeto mutuo, ya que exige que sólo se utilice a otras personas si éstas dan previamente su consentimiento (...) El principio de permiso muestra que no se debe utilizar a los pacientes como simples medios para un fin.”²⁸. El respeto a la autonomía y dignidad del paciente implica contar con él tanto para el tratamiento como para el manejo de sus datos personales, el paciente debe tener derecho a saber quien conocerá sus datos, qué información es accesible a otros profesionales, podrá solicitar la cancelación o modificación de contenidos de su historia clínica.

27 Sánchez-Caro. Op. Cit. Pág 59-63

28 Engelhardt, H. Tristram. Los Fundamentos de la Bioética. 1995. Ediciones Paidós Ibérica S.A. Barcelona Pás 371-376.

En la Historia Clínica sistematizada deberían existir tres niveles de información: en un primer nivel, los datos básicos los cuales pueden ser utilizados por cualquier profesional, en un segundo nivel, aquellos datos a los cuales se tiene acceso con el permiso expreso del paciente, y en un tercer nivel se pueden situar ciertos datos reservados a los que el paciente no tiene acceso ya sea porque se trata de observaciones subjetivas de los profesionales o datos referidos a terceras personas. En este último nivel se presentarían dificultades relacionadas con los que se considera subjetivo y lo que no.²⁹

El Tribunal Supremo de Estados Unidos ha insinuado que el derecho a la intimidad es en principio un derecho a la autodeterminación en la toma de decisiones y el concepto que la autodeterminación debe estar inmune al control social ha hecho que se discuta el derecho legal a la intimidad.³⁰ Igualmente se discute el derecho a la intimidad de una persona en estado comatoso, como es el caso de Karen Ann Quinlan, cuando el Tribunal autorizó al padre, quien la conocía y vivió con ella cuando era una persona competente, para que interpretara sus deseos y necesidades, a pesar que sus juicios se basaran en suposiciones, el Tribunal consideró “el derecho a la intimidad de Karen Ann Quinlan lo puede ejercer el

29 Declaración de la Sociedad Española de Medicina de familia y comunitaria acerca de “Informatización” y confidencialidad de la Historia Clínica. Cuadernos de Bioética y Ética médica. Murcia España. 2006. Pp 107-112.

30 Orellana -Peña Cecilia. “Intimidad del Paciente, Pudor y Educación médica.” Bioética y persona. Universidad de la Sabana. Vol. 12 Revista No. 1 (30) Págs. 8-15. 2008

sustituto en su lugar determinado”³¹

La intimidad ejerce varias funciones positivas para el desarrollo de una persona³², entre estas están: a) la posibilidad del desarrollo individual que permite diferenciar los propios pensamientos y sentimientos de los de los otros; b) el acceso físico limitado de un individuo; c) la intimidad promueve la libertad de acción; d) protege contra la censura y el ridículo; e) promueve la salud mental; f) promueve la autonomía moral cuando se define como la aceptación crítica y reflexiva de las normas sociales; g) promueve las relaciones humanas porque realza la capacidad del individuo para mantener relaciones humanas de distinta intensidad, y h) ensalza la dignidad. Las consideraciones éticas también obligan a otorgar un valor primordial a la intimidad. Los actos humanos auténticos se originan en la intimidad de la persona. Y el valor moral de un acto sólo puede juzgarse verdaderamente desde la intimidad de su autor. Por eso se ha llegado a pensar que la intimidad es el atributo que convierte a las personas en agentes morales. Además, la posesión de una intimidad única e irrepetible, es uno de los fundamentos de la dignidad moral, y basta para constituir a un ser humano como fin en sí mismo.

2.2. ¿CÓMO PROTEGER LA INTIMIDAD DE UN PACIENTE?

Al analizar la importancia del respeto a la intimidad de los pacientes, es importante

31 Beauchamp, Tom L. Op. Cit. Pág. 163

32 Sánchez-Caro- Op Cit. Pág 12

considerar el tema desde el punto de vista de la docencia a nivel de hospital universitario, donde un paciente puede ser valorado por cerca de 20 personas en un solo día, entre alumnos de medicina, enfermería, paramédicos y el personal encargado de su cuidado. En este sentido el pudor juega un papel importante para el paciente, el cual debe ser respetado por profesionales y estudiantes y tal vez nuevamente enseñado a estudiantes como un hábito positivo para salvaguardar la intimidad. “Es el gesto y la reacción espontánea de protección de lo íntimo”³³

33 Orellana-Peña. Op. Cit. Págs. 8-15

3. CONFIDENCIALIDAD Y CONFIANZA.

En 1971 en el British Medical Journal se presenta el caso del Dr. Browne quien fue acusado de revelar indebidamente información al padre de una niña de 16 años a la cual se le había prescrito el uso de anticonceptivos orales y resalta que revelar esta información a los padres podría persuadir a más niñas a no buscar ayuda profesional.³⁴ Con este hecho de hace casi 40 años inicio el análisis del tercer valor relacionado con la confidencialidad.

La confianza es un elemento crucial en las relaciones profesionales de la salud-paciente, cuando se confía en alguien se cree en esa persona, es fácil ponerse a su disposición para buscar alivio y se le reconoce autoridad profesional y moral.³⁵ La actividad médico-sanitaria se funda sobre una relación interpersonal, de naturaleza particular. Ella es "un encuentro entre una confianza y una conciencia". La "confianza" de un hombre marcado por el sufrimiento y la enfermedad, y por tanto necesitado, el cual se confía a la conciencia de otro hombre que puede hacerse cargo de su necesidad y que lo va a encontrar para asistirlo, cuidarlo, sanarlo. Éste es el agente de la salud.

34 British Medical Journal. 1971 March 20; 1(5750): 620-621

35 ¿Sabemos cuidar a los demás? Revista Vitral No. 51. Año VIII. 2002. Recuperado el 28-01-2009

La confianza no es una respuesta a la certeza acerca de las acciones futuras de los otros. Por el contrario, se necesita confianza precisamente cuando no tenemos certeza acerca de las acciones futuras de los demás y es redundante cuando la acción o el resultado están garantizados.³⁶ Buscar la confiabilidad, no solo en el tema de la ética médica, sino también en la parte social de la vida misma, porque no es posible apartarse del contorno social en el que vivimos, en el aire que respiramos, en los que comemos, en donde vivimos o sea toda lo que nos rodea; porque, que tan confiable puede ser no solo los profesionales de las áreas donde se concentran la especialización y la experiencia, incluyendo entre éstas, la medicina, la ciencia y la biotecnología, sino todos los productos mismos cuando por algún motivo se calla la verdad o esta se esconde a medias sin importar el motivo que sea y por esto tal y como lo anota lo extraño pero cierto es que “el único curso seguro de acción es el de no depositar confianza, asegurándose así que ninguna confianza estará mal depositada”, aunque no es posible totalmente y menos cuando se trata de procedimientos médicos que tan posible es no depositar mi confianza ante el galeno, no solo por necesidad sino por tranquilidad misma.

Sobre esto mismo la búsqueda de la ética, el mejoramiento de confiabilidad ética, así como la honestidad misma no quedan en nada si no se encuadran entre los numerosos reportes del mencionado comité de estándares del vida pública que

³⁶ O'Neill, Onora. *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge University Press. 2002.

promulgan siete principios éticos para la conducta de las personas: desprendimiento, integridad, objetividad, responsabilidad, transparencia, honestidad y liderazgo, conocidos como los “Principios Nolan”, que con estos no es más sino una vida dentro de estos parámetros no solo para una vida profesional sino para la vida misma dentro de la sociedad cualquiera que esta sea.

Logrando con esto mejorar la confiabilidad y adicionando ciertos procedimientos formales que incluyen contratos, cartas de compromiso y pagarés financieros que imponen condiciones sumamente complejas, que buscan incrementar la responsabilidad introduciendo mayor claridad acerca de las consecuencias y cargas profesionales a la falta de ética, y no solo esto se logra a través de contratos o documentos privados sino por el reconocimiento legislativo con regulaciones, estructuras y planes institucionales así como códigos profesionales con miras a asegurar un control éticamente aceptable, médica y científicamente responsable en la medicina, la ciencia y la biotecnología; aunque los costos de estos sean elevados es evidente que han dado y darán buenos resultados totalmente innegables, así como también la utilización de medios de control no solo determinados por los Estados, sino por los mismos profesionales para bienestar propio y de todos sus pacientes.

4. CONCLUSIONES

- Con relación a las dificultades que se presentan para guardar la confidencialidad de los datos de los pacientes, estos se presentan porque nos consideramos muy comunicativos, a este exceso de elocuencia es importante sugerir que se comparta información solo en lugares privados y emprender campañas de concientización del tema y del problema de “soltar” comentarios acerca de los pacientes, así sea bajo el anonimato.
- Los profesionales de la salud deben comentar datos clínicos de los pacientes en su quehacer diario, pero deben cuidar muy bien qué información se trasmite en la entrega de turno. Generalmente esto se hace en la misma habitación donde hay dos o tres pacientes y sus familiares que escuchan la información de uno y de otro. Las directivas de las instituciones podrían elaborar políticas y metodologías más íntimas para este tipo de procedimientos.
- Se debe sensibilizar al personal de la salud sobre la importancia de mantener la boca cerrada en sitios públicos, generalmente las centrales de enfermería son lugares abiertos cerca a las salas de espera donde siempre se encuentran familiares de los pacientes. No deben realizarse comentarios

personales sobre un paciente identificable, al igual que el cuidado que se debe tener al suministrar información telefónica.

- La historia clínica es la principal causa de vulneración del secreto y la confidencialidad de los pacientes por su fácil acceso y por la ligereza con que se trata la información. Por todo esto es importante recordar al personal de enfermería la custodia que tienen sobre las historias clínicas para evitar el acceso de personas que nada tiene que ver con el paciente. Ahora que las historias se manejan de manera sistematizada ocurre lo mismo que con las historias escritas en papel, se dejan abiertos los folios en las pantallas de los computadores sin tener cuidado de evitar que personas ajenas, como personal de limpieza, pueda leerlas.
- El acceso a la historia clínica debe ser estrictamente asistencial, un profesional no debe leer la historia de otros enfermos, que no son sus pacientes, así preste sus servicios en la misma institución. El acceso a las historias sistematizadas debe ser más controlado.
- El profesional de la salud tiene la obligación de reconocer el derecho a la confidencialidad y la intimidad de los pacientes y al consentimiento informado y por lo tanto a la autonomía que el paciente haya manifestado

sobre sus datos clínicos.

- Educar constantemente al personal sanitario en temas relacionados con confidencialidad, secreto, autonomía y derechos de los pacientes. Igualmente recordar los códigos de ética de las diferentes profesiones.

ANEXO 1

LEYES Y SENTENCIAS

A pesar de existir normas respecto a guardar absoluto silencio relacionada con el secreto profesional, existe también la teoría que se contrapone a ésta, la doctrina del secreto profesional relativo que impide que sea inmune frente a cualquier circunstancia o a cualquier persona ya que el secreto profesional tiene como finalidad asegurar la confianza del paciente y el respeto a su intimidad. Por lo tanto deben existir excepciones cuando exista perjuicio serio a otras personas.

Constitución de 1991.

En Colombia, nuestra Constitución de 1991 establece la inviolabilidad del secreto profesional en el artículo 74: “Todas las personas tienen derecho a acceder a los documentos públicos salvo los casos que establezca la ley. El secreto profesional es inviolable.

Ley 23 de 1981.

La ley sobre Etica Médica Ley 23 1981 y su Decreto reglamentario 3380. Por medio de la cual se dictan normas de Etica Médica. En el capítulo II. Del Juramento. Se adoptan los términos contenidos en la Convención de Ginebra: “Guardar y respetar los secretos a mí confiados”. En el Capítulo III se encuentran

las disposiciones relacionadas con el Secreto Médico: “Entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales. En el artículo 37 se lee entiéndase por secreto profesional médico aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto, oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por las disposiciones legales.

En el artículo 38 se consagran tres grupos de excepciones a la obligación de preservación del secreto profesional. El primer grupo tiende a la protección de los intereses del paciente - (literales a), b) y c)) porque el objetivo de la profesión médica es conservar la salud y preservar la vida y si al informar al paciente sobre su estado de salud se obtienen mayores beneficios en el tratamiento, está plenamente justificado informar; el segundo grupo se dirige a la conservación de los derechos de la colectividad - (literales d)) -; y, por último, el tercer grupo busca la defensa de la salud y la vida de los familiares más cercanos al paciente - (literal e)); es igualmente valorado el hecho de conocer el estado de un paciente por parte de sus familiares y allegados para brindar apoyo psicológico al paciente y asegurar el cumplimiento del tratamiento. Por lo tanto, en la relación profesional-paciente la información es la regla y no la excepción.

En el artículo 39 del mismo capítulo se lee: “El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional”.

Resolución 13437 de 1991. Por medio de ésta se constituyen los Comités de Ética Hospitalaria y se establece el Decálogo de los Derechos del Paciente. El numeral 4, dice textualmente: “derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos”.

Sentencia C-264 de 1996. Relacionada con el tema del secreto profesional explica la exequibilidad de los artículos 37 y 38 de la ley 23 de 1981, explican los magistrados: "es comprensible que la ley permita que bajo ciertas y específicas circunstancias se pueda omitir el cumplimiento de ciertos mandatos, justificado por la prevalencia de otros derechos o por la necesidad de esclarecer situaciones, para lo cual se haga (sic) indispensable conocer algunos hechos que están al alcance de ciertos profesionales por razón del ejercicio de su actividad". Por estos motivos, la inviolabilidad del secreto profesional consagrada en el artículo 74 de la Constitución no puede llevarse al punto de establecer que, en determinados eventos tendentes a "evitar un perjuicio o proteger la salubridad de la comunidad", los profesionales de la medicina no puedan revelar los secretos a ellos confiados. En la misma el representante del Ministerio de Salud solicita que la Corte delimite

los alcances del artículo 74 de la Carta con el fin de "impedir abusos por acción u omisión, al mismo tiempo que se garanticen los derechos de las personas contraídos en los Artículos 44, 49, 50 entre otros que tienen igualmente rango constitucional".³⁷

Sentencia C-411 de 1993. "En situaciones extremas en las que la revelación del secreto tuviere sin duda la virtualidad de evitar la consumación de un delito grave podría inscribirse el comportamiento del profesional en alguna de las causales justificadas del hecho" Las cuales hoy se denominan ausencia de responsabilidad, el profesional se encuentra ausente de responsabilidad de acuerdo a la ley pertinente.³⁸ Siempre que la prueba o la diligencia en la que interviene un médico, hubieren sido válidamente ordenadas por un Juez o autoridad competente dentro de un proceso o actuación pública, la presentación del peritazgo o dictamen en cuanto corresponde al cumplimiento de un encargo legal, no puede considerarse violatorio del deber de sigilo.

Sentencia C-254 de 1996: "La íntima ligazón funcional que vincula el secreto profesional con otros derechos fundamentales, en particular con los de naturaleza

37 LONDOÑO LONDOÑO, Hilda "Legislación en Bioética". En El horizonte bioético de las ciencias. Editor Gilberto Cely Galindo. Universidad Javeriana. Instituto de Bioética. Págs. 409-495

38. http://abc.senado.gov.co/prontus_senado/site/artic/20050708/asocfile/reformas_constitucion_politica_de_colombia_1.pdf
Recuperado 02-10-2008

personal, permite descubrir en el primero una especie de barrera protectora de la vida privada, distinguible de la vida social y de la pública. En ésta última, a través de la faz común de la ciudadanía, la persona participa en condiciones de igualdad en los asuntos que revisten un interés intrínseco para la comunidad”.³⁹

³⁹ <http://web.minjusticia.gov.co/jurisprudencia/CorteConstitucional/1996/Constitucionalidad/C-264-96.htm>
recuperado 05/10/08

ANEXO 2

FORMATO DE LA ENCUESTA

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
MAESTRIA EN BIOETICA**



Presentación.

Mi nombre es Gloria Lucía Rodríguez Salguero, Bacterióloga y estudiante de Maestría en Bioética en la Universidad El Bosque. Actualmente me encuentro realizando mi trabajo de tesis bajo la dirección de la Doctora Chantal Aristizábal Tobler. Para lo cual he iniciado un estudio sobre EL MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD. En este trabajo solicito su colaboración respondiendo lo más sinceramente posible la siguiente encuesta, la cual se usará garantizando el anonimato.

ENCUESTA “MANEJO DE LA CONFIDENCIALIDAD PERSONAL DE LA SALUD”

- Usted es profesional en:

- Medicina ()
- Enfermería ()
- Bacteriología ()
- Odontología ()
- Auxiliar de enfermería ()
- Otro Cuál? _____ ()

<p>1-. Tiene su profesión Código de Ética? SI () NO ()</p>	<p>2-. Conoce el Código de ética que rige su profesión? SI () NO ()</p>
<p>3-. Entre los principios o valores que fundamentan su actividad profesional, qué valor da a la confidencialidad? Nada () Poco () Bastante () Mucho ()</p>	<p>4-. Le parece difícil respetarla? SI () NO () ¿Por qué?</p>
<p>5-. Si se presentan dificultades para guardar la confidencialidad, con quién se presentan más? Con la institución () Con el personal sanitario: Médicos () Enfermeras () Auxiliares () Administrativos () Personal de limpieza () Unidades de apoyo () Con la familia del paciente Cónyuge () hijos () hermanos () otros familiares ()</p>	<p>6 -. En qué campo o con qué tipo de pacientes tienes más dificultad para respetar la confidencialidad? (Puede marcar más de uno) Asuntos relacionados con la vida (aborto, eutanasia) () Sida () Otras enfermedades infecciosas () Cáncer () Enfermedades síquicas. () Asuntos laborales () Reconocimiento médico en empresas () Reconocimientos previos para la admisión a un puesto de trabajo () Otros (describalos)</p>
<p>9 -. Cuando alguien del personal médico le ha hecho un comentario sobre la patología de un paciente o datos más personales, ¿le ha puesto atención y seguido la conversación? SI () NO () ¿Por qué?</p>	<p>10 -. Al comentar datos de un paciente con otros profesionales, lo ha hecho en: Las sesiones clínicas () Los pasillos () Los ascensores () Sitios públicos externos ()</p>

11-. Suministra telefónicamente información confidencial de un paciente? Sí, si es un médico aunque yo no lo conozca. () Sí, si es un familiar próximo (cónyuge, hijos, hermanos) () Sí, sea quien sea si muestra interés por el paciente () No. Nunca suministra información por teléfono. ()	12-. Qué tipo de sistema de archivo utiliza para almacenar la información de su paciente? Sistematizado () No sistematizado ()
13-. Considera necesario controlar el acceso a las historias clínicas? SI () NO () ¿Por qué?	14-. Cuando le contrataron en la institución donde trabaja, le explicaron que tiene que respetar la confidencialidad? SI () NO () ¿Por qué?
15-.Si respondió (NO) a la pregunta 14, considera conveniente hacerlo? SI () NO () ¿Por qué?	16-. Considera que sería necesario dar información sobre este tema a todos los que trabajan en esta IPS para que comprenda la importancia de la confidencialidad y aprendan a respetarla? SI () NO () ¿Por qué?

Si considera conveniente aportar mayor información sobre el tema, puede hacerlo a continuación

Muchas gracias por su sinceridad y colaboración.

ANEXO 3

FICHA TECNICA DE LA ENCUESTA

Nombre del proyecto de investigación: Manejo de la Confidencialidad Personal de la Salud.

Fecha de realización de campo: Septiembre y Octubre de 2008.

Grupo Objetivo: profesionales de la salud de EUSALUD IPS Mandalay e IPS Kennedy.

Diseño muestral: aleatorio.

Tamaño de la muestra: 50 profesionales.

Técnica de recolección: encuesta personal.

ANEXO 4

ANALISIS DE ENCUESTAS

Para la realización del trabajo de campo con el objetivo de hacer un pequeño diagnóstico de la situación respecto al manejo del derecho a la confidencialidad por parte del personal de la salud, se realizó una encuesta personal y anónima.

Al hacer este pequeño diagnóstico del manejo que hacen los diferentes profesionales de la salud al derecho a la confidencialidad en dos instituciones prestadoras de servicios de segundo nivel en la ciudad de Bogotá, se pretende comprobar:

- ¿El valor que se le da a la confidencialidad es suficiente para entender que se habla de un derecho de los pacientes?
- ¿Es importante en el ambiente sanitario controlar el acceso a las historias clínicas?
- ¿La falta de información o de políticas por parte de las directivas de las instituciones prestadoras de servicios influye en el poco valor que se le da a la confidencialidad?

MATERIAL Y METODO.

Se desarrolló una encuesta de 16 preguntas relacionadas con el tema, la cual se aplicó personalmente a 50 personas trabajadoras en las dos IPS de Eusalud, ubicadas en la localidad de Kennedy, la primera Eusalud IPS Clínica Medicoquirúrgica Mandalay y la segunda Eusalud IPS Kennedy. La encuesta se realizó personalmente, de manera anónima y solo se entrevistó personal asistencial.

RESULTADOS.

1. Las personas encuestadas corresponden a las diferentes profesiones así:

Medicina	11
Terapia respiratoria	1
Enfermería (Jefes y auxiliares)	20
Bacteriología	9
Psicología	1
Dietética y Nutrición	1
Odontología	1
Trabajo Social	1
Auxiliares de laboratorio, farmacia y radiología	5

Pregunta 1: Al interrogar al personal sanitario acerca de si la profesión que ejerce tiene Código de Ética, el 88 % respondió Sí y el 12 % respondió No. Los resultados se muestran en la Figura 1.

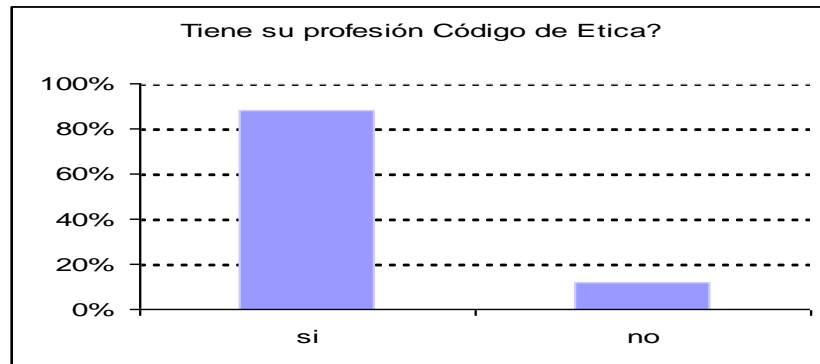


Figura 1

Pregunta 2: Al preguntar si conoce o no el Código de Etica que rige su profesión: el 82 % manifestó conocerlo y el 18 % restante manifestó no conocerlo. Los resultados se muestran en la figura 2.

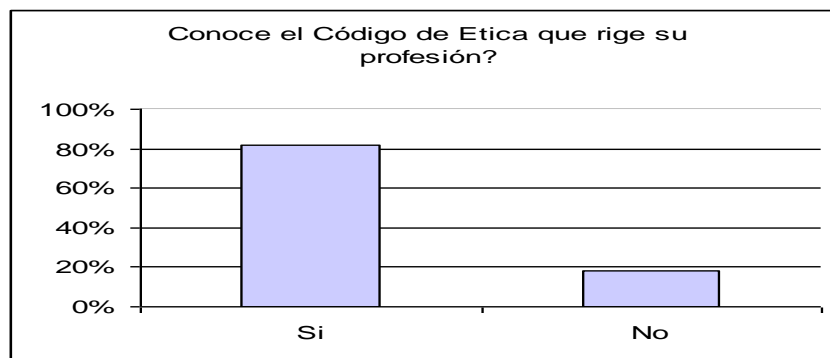


Figura 2.

Pregunta 3: ¿Entre los principios o valores que fundamentan su actividad profesional, qué valor da a la confidencialidad? El 4 % da poco valor a la confidencialidad, el 26 % da bastante valor a la confidencialidad y el 70 % da mucho valor a este principio. Los resultados se muestran en el figura 3.

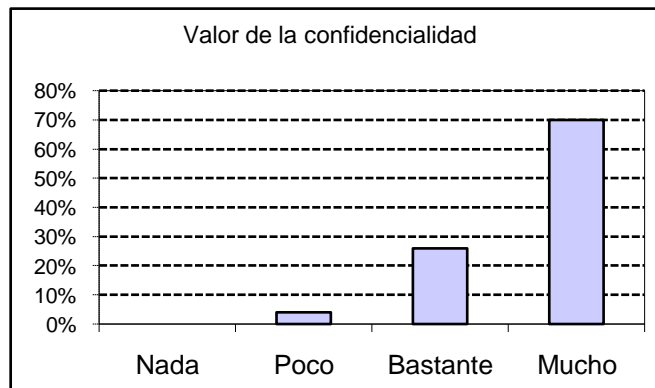


Figura 3

Pregunta 4: ¿Le parece difícil respetar la confidencialidad? El 18% respondió que le era difícil y el 82% restante manifestó no tener problemas para respetarla. A continuación se pregunta el porqué, de las 25 encuestas en donde se contestó la pregunta ¿Por qué? Las razones expresadas por las personas encuestadas que respondieron SI tener problemas para respetar la confidencialidad fueron: a) somos muy comunicativos 55% y b) la comunicación con otros colegas, 45 %. Las personas encuestadas que respondieron no tener problemas para guardar la confidencialidad y respondieron a la pregunta por qué, manifestaron: a) 80% por respeto al paciente y su dignidad, el 16 % manifestó ser un hábito en su desempeño, el 4 % por razones legales. Los resultados se muestran en las figuras 4 ,5 y 6.

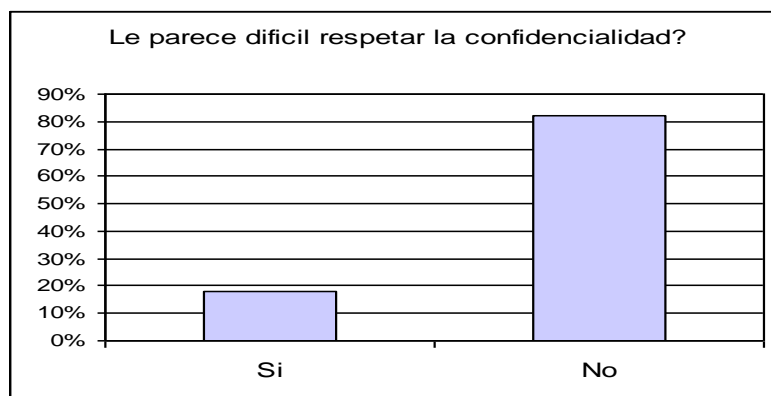


Figura 4.

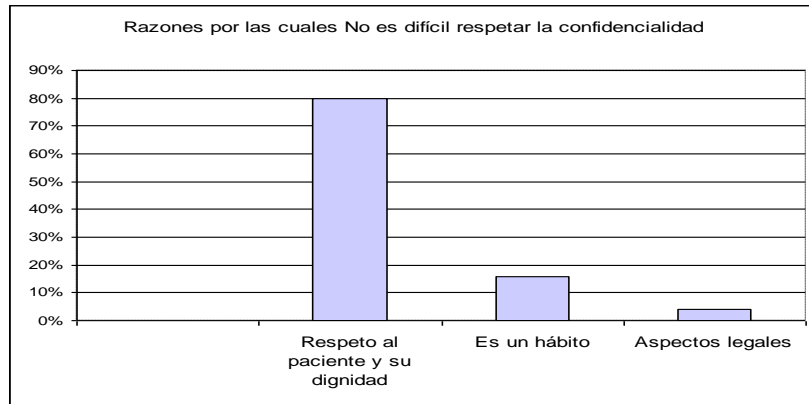


Figura 5

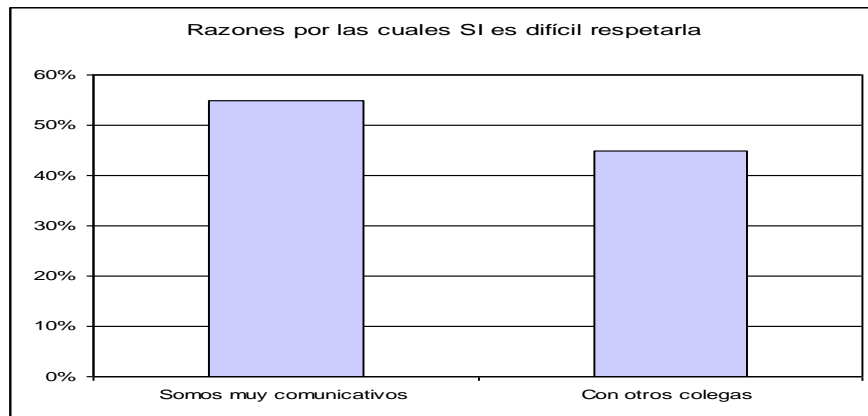


Figura 6

Pregunta 5. Al preguntar si se tienen dificultades para guardar la confidencialidad, con qué personas se presentan más dificultades. Esta pregunta presenta dos categorías en la respuesta, la primera relacionada con el personal asistencial y la segunda con el vínculo familiar; las repuestas relacionadas con la primera categoría fueron: el 40.9% manifestó tener inconvenientes con las enfermeras, el 15.2 % con los médicos y el 14.2 % con el personal de limpieza, en la segunda categoría, las respuestas fueron: el 11.4 % con el cónyuge del paciente y el 4.7 % con los hijos del paciente. Los resultados se muestran en las Figuras 7 y 8.

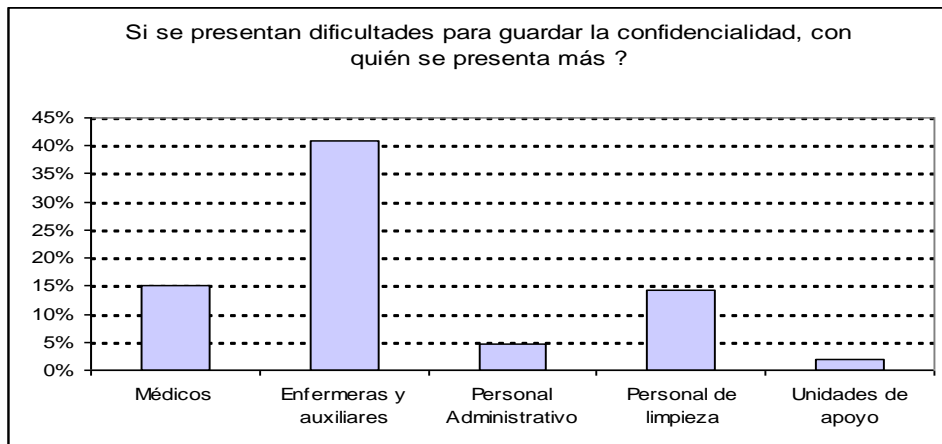


Figura 7

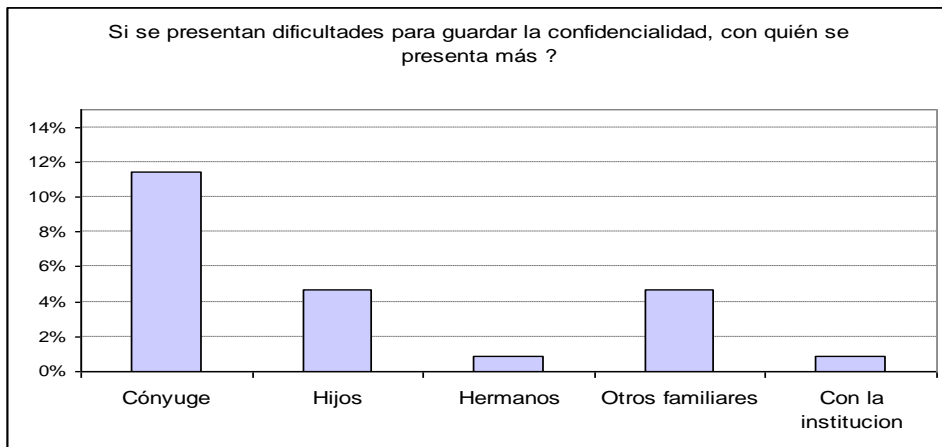


Figura 8

Pregunta 6. Al preguntar sobre en qué campo o con qué tipo de pacientes se tenían más dificultades para guardar la confidencialidad las respuestas fueron: el 24.9% manifestó que con los enfermos de Sida, el 17.9% con los pacientes con cáncer, el 16.6% con pacientes psiquiátricos, el 15.3 % con otras enfermedades infecciosas, el 7.6% con asuntos relacionados con la vida (como el aborto), el 5.1% con asuntos laborales al igual que con admisión a puestos de trabajo y el resto relacionados con reconocimiento laboral y otros asuntos. Los resultados se muestran en la Figura 9.

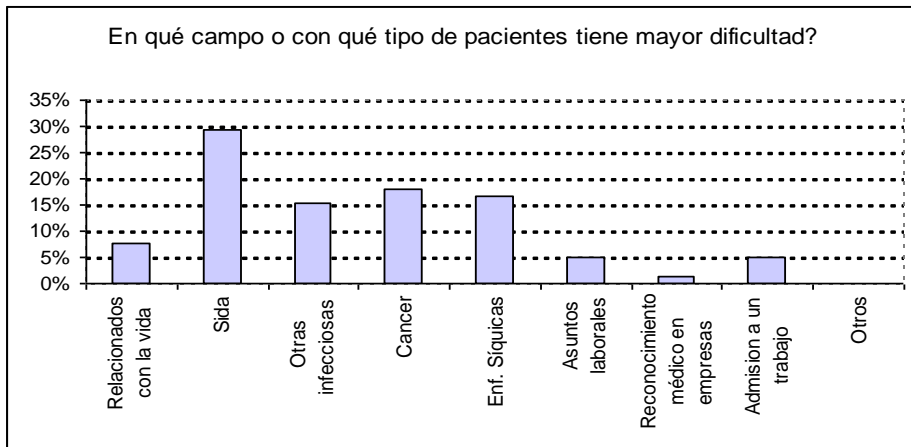


Figura 9

Pregunta 7. Al preguntar si comenta con otros profesionales datos clínicos de un paciente, el 86 % manifestó sí hacerlo y el 14 % no hacerlo. Las razones que se argumentaron para hacerlo fueron: el 49 % manifestó como parte del seguimiento, en su mayoría en la entrega de turno, el 46, 5 % para mejorar el diagnóstico, el 2.32 % porque no se comunica con el médico tratante y debe acudir a otro profesional y el 2.32 % restante para corregir fallas. Los resultados se muestran en las Figuras 10 y 11.

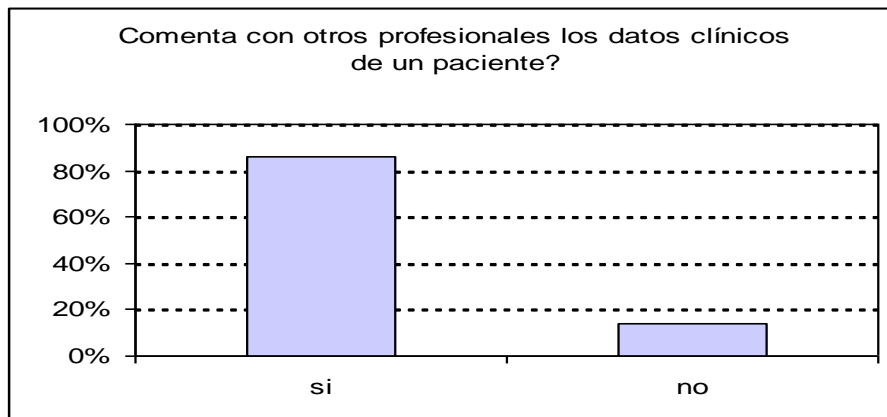


Figura 10

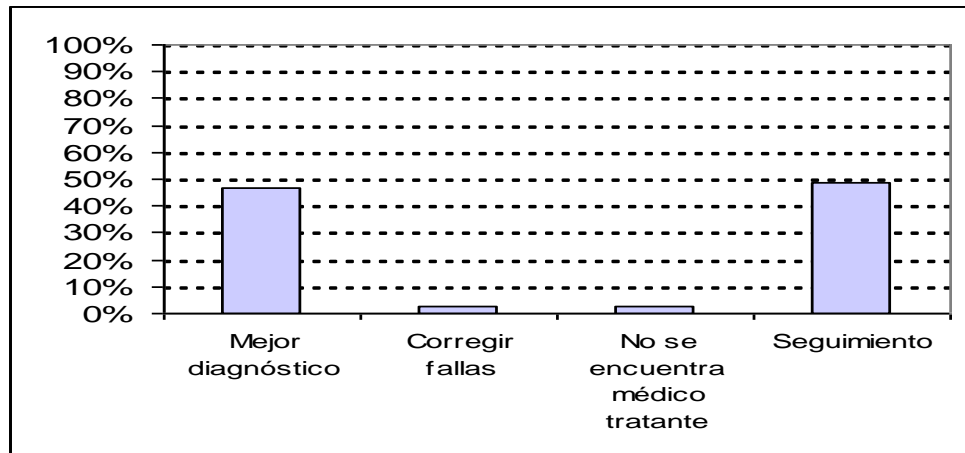


Figura 11.

Pregunta 8. ¿Ha comentado con otros profesionales datos de un paciente que a su juicio no tenían que ver con su estado de salud? Y porqué. Las respuestas fueron: el 40 % respondió Si y el 60 % NO. Las razones que argumentaron fueron: el 65 % manifestó curiosidad por conocer acerca de la vida del paciente, el 30 % argumentó que a veces conocer las condiciones familiares ayuda en el diagnóstico y el 5% argumentó que en algunos momentos que no se encontraba el médico tratante se hacía necesario conversar con otros profesionales. Los resultados se encuentran en las figuras 12 y 13.

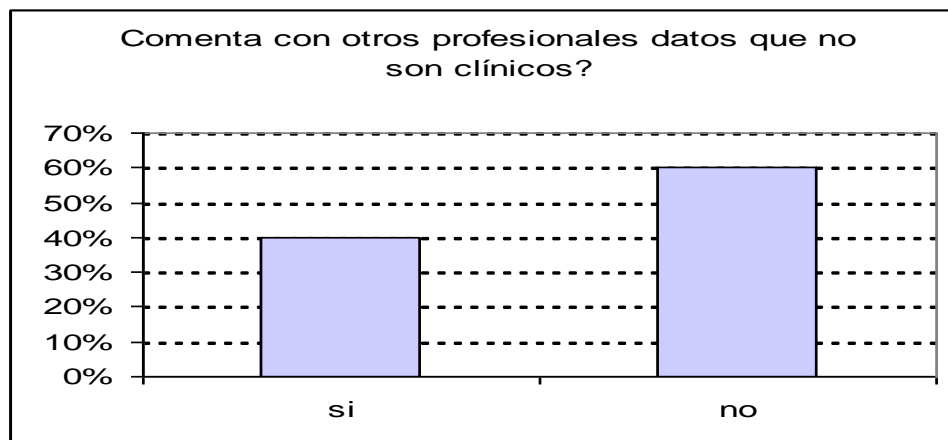


Figura 12.

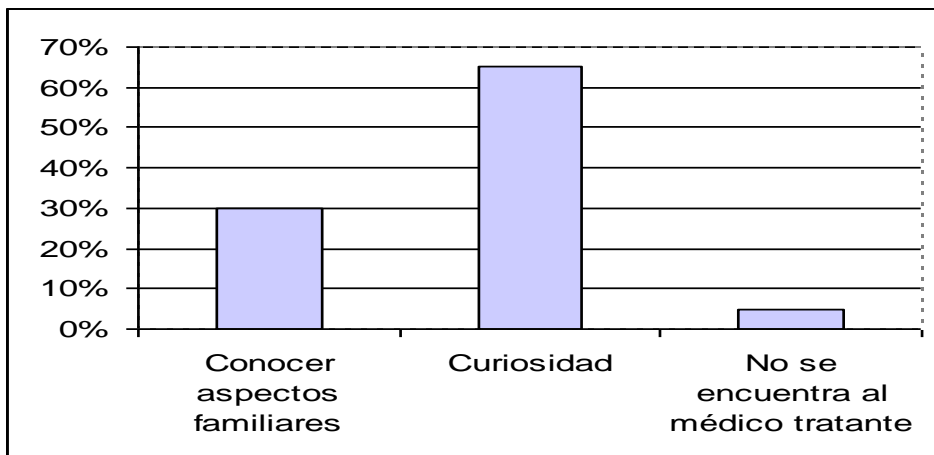


Figura 13

Pregunta 9. Cuando alguien del personal médico le ha hecho comentarios sobre la patología de un paciente o datos más personales. Le ha puesto atención y le ha seguido la conversación?. El 76 % respondió SI y el 24 % respondió NO. Las razones que argumentaron fueron: El 56 % argumentó que ayuda a establecer el diagnóstico, el 36 % argumentó curiosidad clínica y el 8 % dijo hacerlo con el fin de aprender. Los resultados se encuentran en las figuras 14 y 15.

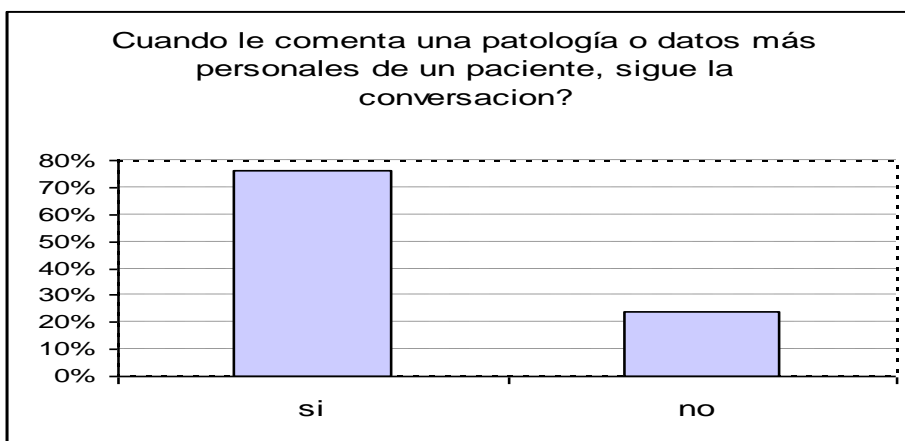


Figura 14.

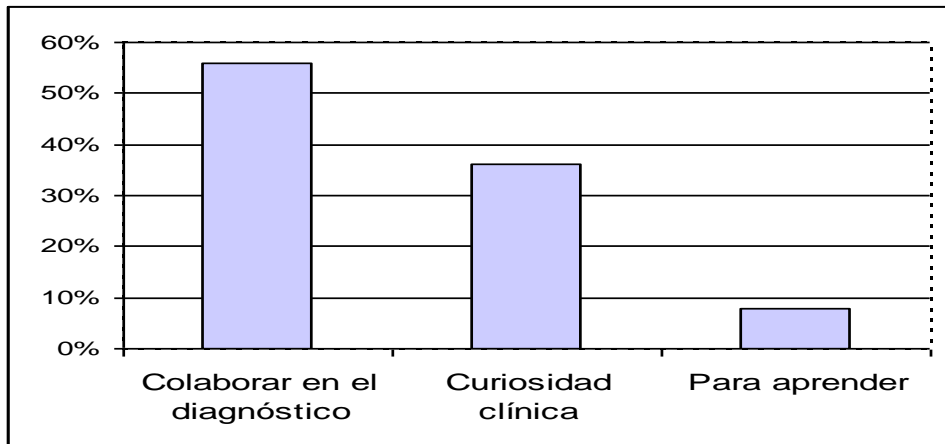


Figura 15

Pregunta 10. Al comentar datos con otros pacientes, lo ha hecho en? El 77.7 % en sesiones clínicas, el 20.7 % en pasillos de la institución y solo el 1.68 % reconoce haberlo hecho en sitios públicos externos. Los resultados se encuentran en la figura 16.

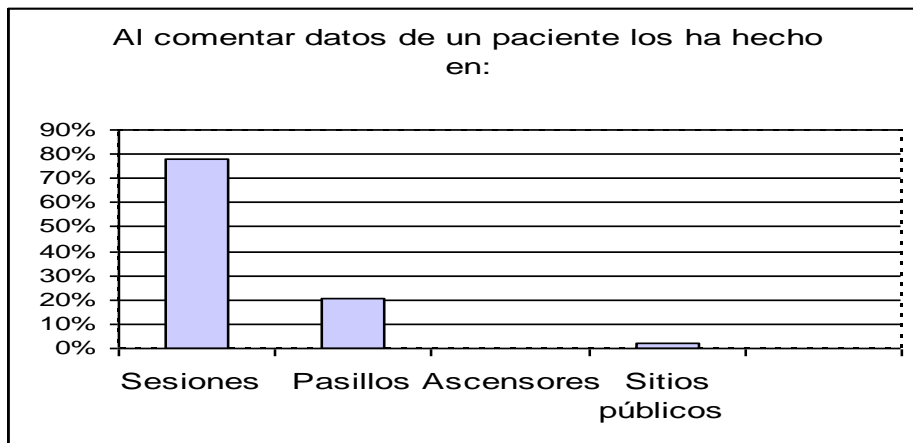


Figura 16.

Pregunta 11. Al interrogar sobre si suministra o no información telefónica, las respuestas fueron: 86.2 % aseguró no suministrar información por teléfono, el 7.8 % aseguró que solo a un médico así no lo conozca, el 3.9 % a un familiar próximo y el 1.9 % suministra información a quien sea si muestra interés en el paciente. Los resultados se encuentran en la figura 17.

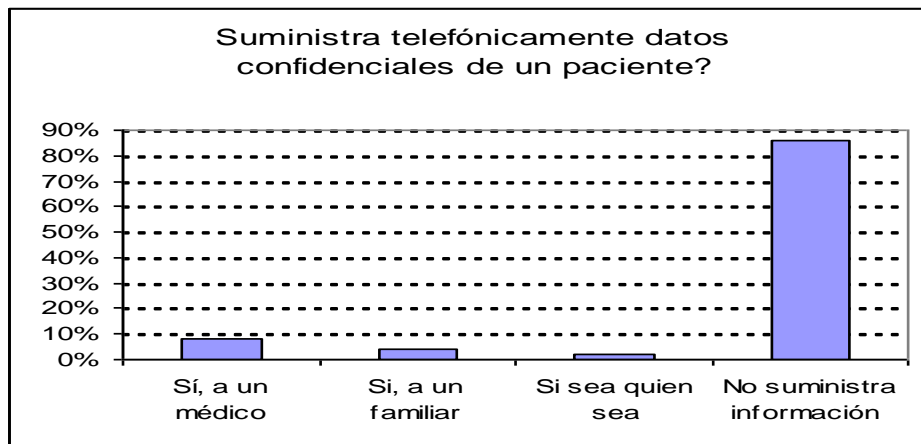


Figura 17

Pregunta 12. Relacionada con el tipo de sistema de archivo que se utiliza para almacenar la información de los pacientes, el 88 % utiliza la historia clínica sistematizada y en el 12 % no sistematizada.

Pregunta 13. Considera necesario controlar el acceso a las historias clínicas? El 96 % de los encuestados manifestó considerarlo importante mientras que el 4 % no lo considera importante. Las razones que argumentaron fueron: el 44 % considera importante controlar el acceso porque se trata de un documento confidencial, el 25 % considera que solo personal autorizado debe tener acceso a la historia clínica, el 19 % le da importancia de documento legal y el 12% considera que no se saben manejar los datos de la historia clínica. Resultados en las figuras 18 y 19.



Figura 18

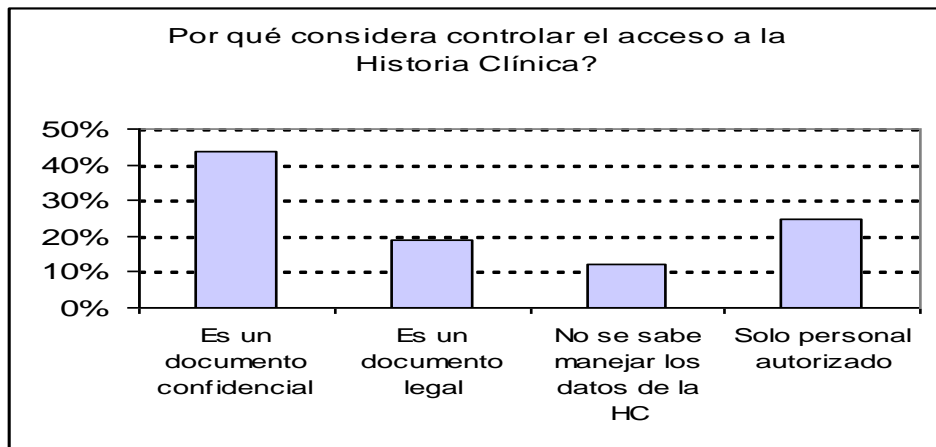


Figura 19

Pregunta 14. ¿Cuando le contrataron en la institución le explicaron que debía respetar la confidencialidad? El 48 % afirmó que sí le explicaron y el 52 % afirmó que no. Las razones por las que consideran sí le explicaron la importancia de la confidencialidad fueron: 47 % considera el respeto a la confidencialidad como parte de la ética de la institución, el 17.6 % como parte del respeto hacia el paciente, el 11.6 % por razones legales se debe respetar, al igual que los que consideran la confidencialidad como parte del secreto médico, el 5.6 % considera que forma parte de la calidad en la atención y el 5.6 % restante considera que

respetando la confidencialidad se logra un servicio más confiable. Ver figuras 20 y 21.

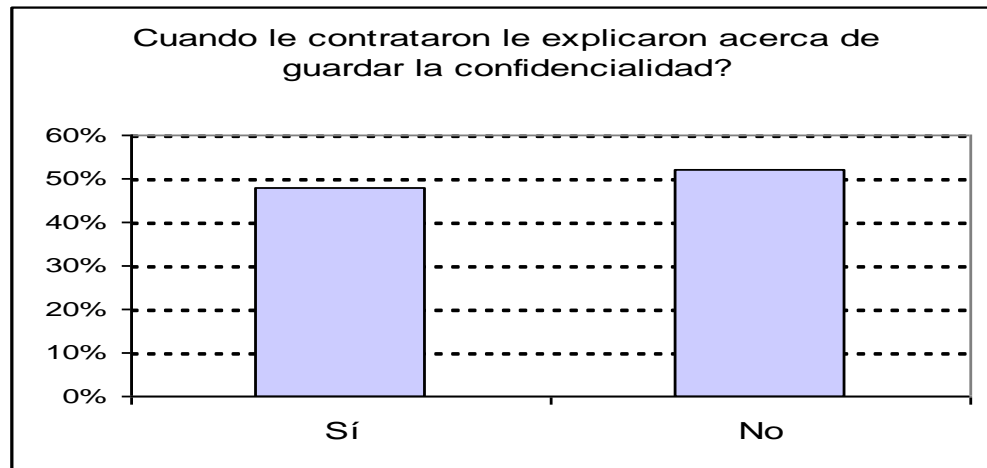


Figura 20

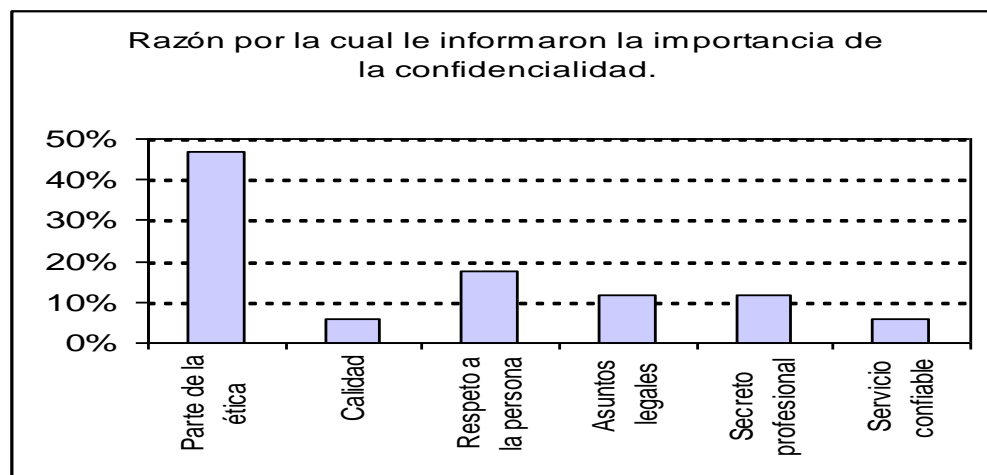


Figura 21

Pregunta 15. A las personas que respondieron NO a la pregunta anterior se les preguntó si consideraban necesario explicar la importancia de la confidencialidad en el momento de la contratación y respondieron: el 93.1 % Sí lo consideraba importante y el 6.9 % restante consideró no ser importante. Las razones por las cuales consideran importante hacerlo fueron: el 39 % considera importante recordar el respeto al derecho a la privacidad, el 17 % recordar que es parte del

ejercicio profesional, el 13 % considera importante hacerlo para evitar problemas y el 13 % restante considera que hacerlo contribuye a mejorar la calidad en la atención. Ver figuras 22 y 23.

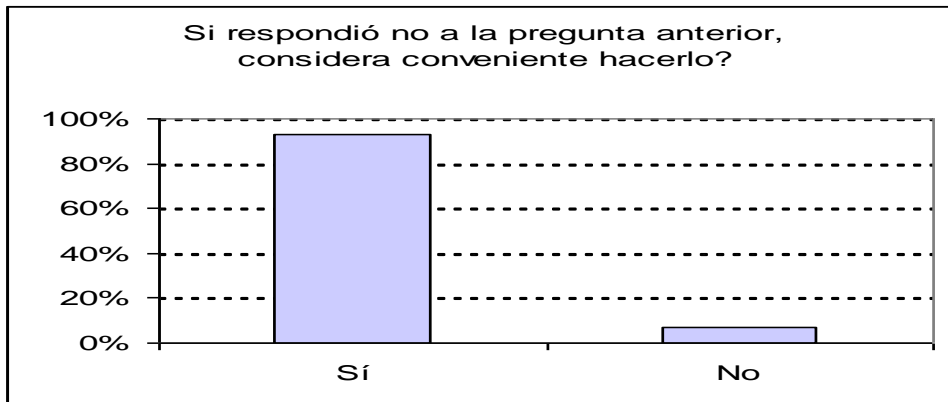


Figura 22

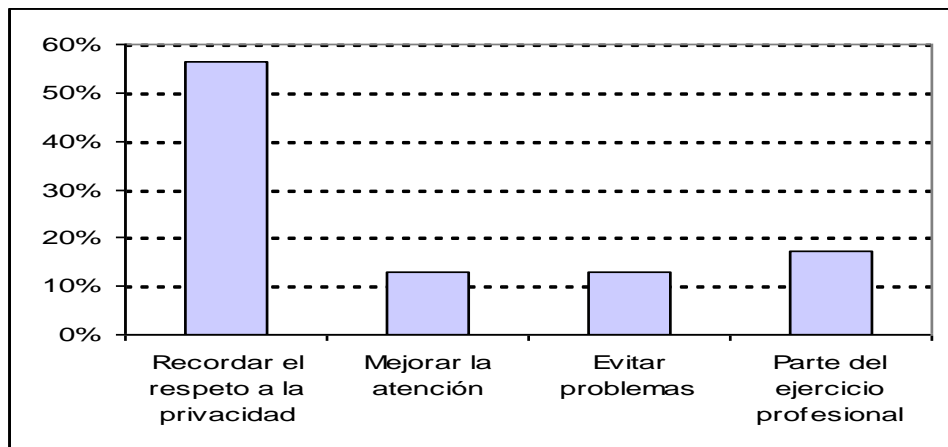


Figura 23

Pregunta 16. Si considera necesario dar información sobre el tema a los colaboradores de la IPS para comprender mejor la confidencialidad y aprender a respetarla, las repuestas fueron: 98% respondió Si y 2% respondió NO. Las razones por las cuales consideran que es importante recibir información sobre la confidencialidad fueron: 32 % considera importante crear conciencia en el

personal 29 % para recuperar el respeto hacia el paciente, 14% para asegurar mayor calidad, 11% para recuperar la ética y el 14 % restante manifestó debía ser obligatorio para evitar problemas. Los resultados se muestran en las figuras 24 y 25.

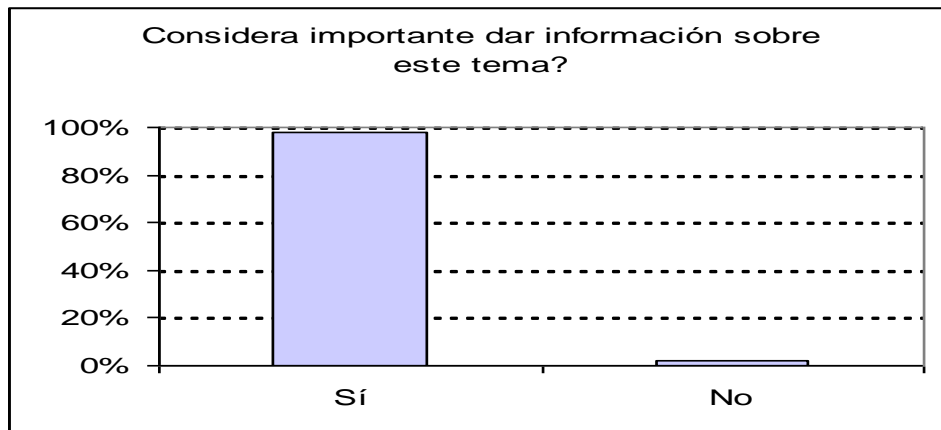


Figura 24

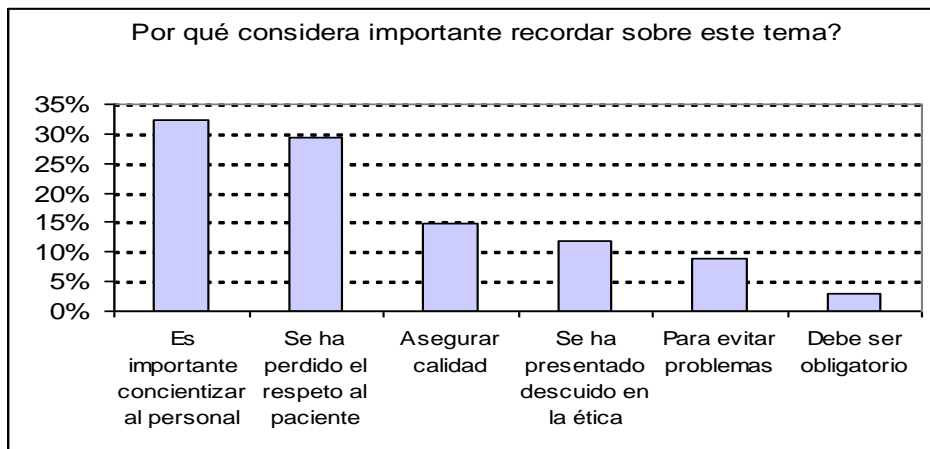


Figura 25

BIBLIOGRAFIA

- BEAUCHAMP Tom L. y CHILDRESS James F. Principios de Etica Biomédica. Versión española de la cuarta versión. Masson. 1999. Pág. 402-413
- DECLARACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA acerca de "Informatización y confidencialidad de la Historia Clínica. Cuadernos de Bioética y Etica Médica. Murcia España. 200 Págs 107-112
- ENGELHARDT, H. Tristram. Los fundamentos de la Bioética. Barcelona: Paidós. 1995. Pág. 371-376
- ESCOBAR TRIANA, Jaime. "Panorama de la Bioética en Colombia". En Problemas de Etica Aplicada. Colección Bios y Ethos. No. 4 Bogotá. Ed. Kimpres Págs 25-42.
- FERNANDEZ LAMELAS, María Antonia. El respeto a la intimidad. El secreto profesional en enfermería. Cuadernos de Bioética, XIX, 2008. Págs 59-66
- FERRER, Jorge José. Confidencialidad, Libertad y los Derechos de terceras personas. Revista Selecciones de Bioética. Cocolbe y Universidad Javeriana. Bogotá. Abril de 2007. No. 11 Págs 20-31
- FUNDACION CIENCIAS DE LA SALUD y Colegio General de Colegio de Médicos. Guías de Etica en la Práctica Médica. Intimidad, Confidencialidad y Secreto. Madrid: Ediciones Ergon. 2005
- GILLET, G. Aids and Confidentiality. Journal of Applied Philosophy. 4, 1987, 16.
- HOTTOIS, Gilbert. Qué es la Bioética? Edición parcial es español. Bogotá, D.C. Colombia. Editora Kimpres Ltda. 2007. Pág 57
- JENKINS, G. A qualitative study of women's view on medical confidentiality. Journal of Medical Ethics. 2005; 31:499-504.
- JONES, C. The utilitarian argument for medical confidentiality. En Journal of Medical Ethics; 29; 348-352. 2003
- LONDOÑO LONDOÑO, Hilda "Legislación en Bioética". El horizonte bioético de las ciencias. Editor Gilberto Cely Galindo. Universidad Javeriana. Instituto de Bioética. Págs. 409-495

- MANSON, Neil C., and O'Neill, Onora. Rethinking in informed Consent in Bioethics. Cambridge: Cambridge University Press, 2007.
- Mc GEE, Glenn. Pragmatic Bioethics. Segunda edición. Cambridge, Mass: MIT Press, 2003.
- O'NEILL, Onora. Autonomy and Trust in Bioethics. Cambridge University Press. 2002.
- ORELLANA PEÑA, Cecilia "Intimidad del Paciente, Pudor y Educación médica." Bioética y persona. Universidad de la Sabana. Vol. 12 Revista No. 1 (30) Págs. 8-15. 2008.
- PFEIFFER, María Luisa. "Derecho a la Privacidad. Protección de los datos sensibles". En Revista Colombiana de Bioética. Vol. 3. No. 1 Enero a Junio 2008. Bogotá. Ed. Kimpres. Págs. 11-36.
- RENDELL, W., VANPATTER HT. Confidentiality. [Journal Article] Canadian Medical Association Journal. 90:1176-7, 1964 May 16.
- SALINAS R, Rodrigo A. La confidencialidad de la consulta psiquiátrica y el deber de protección a terceros: El caso Tarasoff. Revista Chilena de Neuro-psiquiatría. [Online]. Mar. 2007, vol.45, no.1, p.68-75. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272007000100011&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9227.
- SÁNCHEZ-CARO, Jesús y SÁNCHEZ-CARO Javier. El médico y la intimidad. Primera edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos S.A. 2001.
- SAENZ CORTÉS, Mirtha. La adolescencia: punto de encuentro de dos paradigmas. En Ensayos en Bioética, una experiencia colombiana. Colección Bios y Ethos. Universidad El Bosque.
- SIEGLER, M. Confidencialidad en medicina, un concepto decrepito. New England Journal of Medicine. 1982; 307; 24: 1518-1521.
- THOMPSON, Ian E. The Nature of confidentiality. Journal of Medical Ethics 1979; 5; 57-64.