
El manejo del secreto profesional con pacientes de SIDA

*Alfonso Llano E., S.J.**

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Caso común

Alarmado por algunos síntomas, Jaime, un joven homosexual de 25 años, se presenta a su médico. Este, hechos los exámenes indicados, comprueba un caso sero-positivo de HIV. El paciente solicita a su médico tratamiento, rogándole al mismo tiempo la mayor reserva posible, por temor a discriminación de trato entre sus amigos y familiares, y sobre todo por temor a perder su empleo en un banco de la ciudad. Con todo, el doctor le advierte la obligación que tiene, como médico, de reportar el caso a la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud. Le llama la atención sobre el riesgo que corren, sobre todo, su o sus compañeros de vida sexual y además sus familiares y amigos.

Este es un caso tomado de la vida real. Los manuales de Ética Médica y los autores que hoy escriben sobre el secreto médico¹ lo enfocan de ordinario desde el punto de vista del paciente. Con frecuencia, debido al movimiento contemporáneo en pro de los derechos del

* Doctor en Filosofía, Pontificia Universidad Gregoriana de Roma. Doctor en Teología Moral, Instituto Alfonsiano de Roma. Jefe del programa de Ética Médica de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y director del Centro de Ética Médica de la misma institución (CEMA).

1. Por ejemplo Elio Sgreccia, *Problemi etici nel trattamento dell' AIDS*, en Medicina e Morale. Nuova Serie - anno XXXVII - Gennaio/Aprile 1987. Javier Elizari, *Conductas Sexuales y SIDA. Aproximación Moral*. En Moralia. Revista de Ciencias Morales. Vol. X 1984/4 Oct-dic. N. 40, pp 379-408. Tristram Engelhardt, Jr. en su libro *The Foundations of Bioethics. Confidentiality*. p. 297-301. Citemos un Manual de Ética Médica entre muchos que siguen el enfoque tradicional: *Current Problems in Medical Ethics*, de George V. Lobo, p. 168 C. *Professional Secrecy*. St. Paul Publications, 1974. Nota: aunque estos autores siguen el enfoque tradicional, sus obras y escritos contienen observaciones muy valiosas, dignas de consideración.

hombre, el discurso sobre el secreto profesional del médico se apoya sólo sobre el derecho del paciente a dicho secreto.

Nos parece un enfoque desacertado, alejado de la realidad. El manejo del secreto profesional constituye, ante todo, un problema para el médico, no para el paciente. Desde sus orígenes, la Ética Médica se dirige al médico, no al enfermo. La Ética le ayuda a resolver los problemas éticos que le plantea diariamente el ejercicio de su profesión.

Esta sencilla pero capital observación, nos lleva a darle a este problema del secreto profesional con los enfermos de SIDA *un enfoque prevalente desde el médico*, no desde el paciente, como tampoco desde terceras personas o desde la sociedad.

No sobra aclarar que aquí entendemos por médico, todo el personal médico y paramédico que, por oficio, debe enterarse del secreto y cuidar del paciente de SIDA durante toda su enfermedad. En su momento haremos mayores precisiones.

1. 2. Planteamiento tradicional del problema

Pertenece a los deberes esenciales e inmutables del médico garantizar la confianza del paciente en él, confianza fundada en el derecho que le asiste al secreto de cuanto el médico oye y conoce durante el tratamiento.

El Juramento Hipocrático. Ya desde el s. V A.C. el Juramento Hipocrático les viene exigiendo a los médicos el secreto profesional:

“Cualquier cosa que viere u oyere de la vida de los hombres, en el ejercicio de mi profesión o fuera de él, que no convenga revelarlo, no lo divulgaré, considerándolo como un secreto dentro de mí”.

Este Juramento está concebido dentro de un ejercicio privado de la Medicina, como lo fue desde sus orígenes hasta nuestros días. Presenta un sabor paternalista, muy propio de la Época Antigua que inspiró la medicina que se ejerció hasta comienzos de este siglo XX. A pesar de sus limitaciones, explicables, por la época en que se produjo, dicho Juramento exige el secreto profesional con el fin de salvaguardar la confianza del paciente en su médico, sin la cual no se da tratamiento médico, humano y eficaz.

Tampoco se puede entender el Juramento Hipocrático dentro de un marco de derechos humanos, en concreto, dentro del discurso actual de los derechos del paciente, discurso que apenas aflora ya entrado el siglo XX. Se daba, en verdad, el fundamento que consiste en la exigencia natural, por parte del paciente, de discreción y prudencia en el médico, exigencia que en la tradición aparece reconocida y formulada por el médico, no por el paciente mismo.

La cláusula del Juramento, según la cual, el médico se compromete a guardar en secreto “lo que no convenga divulgar”, no se entendió propiamente como un derecho del médico a revelar el secreto, ni le creó al médico un problema especial, por tres razones:

- primera, porque el ejercicio de la medicina era privado y a domicilio;
- segunda, porque las enfermedades contagiosas, llamadas pestes, eran calamidades públicas y, por ello, de público conocimiento;
- tercera y última, porque los pacientes no habían tomado conciencia de sus derechos y mal podían, por entonces, exigir a los médicos, su observancia.

Con todo, Robert M. Veatch, actual Director (1991) del Kennedy Institute of Ethics de Georgetown University, en Washington, afirma que la cláusula, que comentamos, le planteaba precisamente al médico el dilema entre lo que convenía y no convenía revelar². Lo que convenía revelar, de todas formas, en los tiempos pasados era muy poco, por las razones aducidas.

1.3. La situación actual

Mark Siegler, profesor asociado de medicina de la Universidad de Chicago y Director del Centro de Ética Clínica en la misma Universidad, llega a afirmar: “El secreto profesional, tal como ha sido tradicionalmente entendido, ya no existe”³.

El título de su artículo *Confidentiality in Medicine : A decrepit Concept*, constituye ya todo un desafío para el eticista. Pero no sólo el título asusta. Leamos todo el primer párrafo:

“El secreto médico, tal como lo han entendido tradicionalmente médicos y pacientes, ya no existe. Este antiguo principio médico, incluido en todos los juramentos médicos y códigos éticos desde los tiempos de Hipócrates, se hizo viejo, gastado e inútil. Se trata de un concepto decrepito.”⁴

2. Robert M. Veatch, *Case Studies in Medical Ethics*, Harvard University Press. Chapter 5 Confidentiality, p. 116.

3. Mark Siegler, *Confidentiality in Medicine - A Decrepit Concept*, en *New England Journal of Medicine*, Vol. 307 (1982) p. 1518. Encontramos este artículo en la obra *Biomedical Ethics*, Second Edition, de Thomas A. Mappes y Jane S. Zembaty, edit. McGraw-Hill Book Company. New York. 1986. Cfr. p. 159.

4. *Ibidem*.

“Medical confidentiality, as it has traditionally been understood by patients and doctors, no longer exists. This ancient medical principle, which has been included in every physician’s oath and code of ethics since Hippocratic times, has become old, worn-out, and useless; it is a decrepit concept”.

Una vez leído y analizado todo el artículo, no dudamos en afirmar que fue uno de los más sugerentes y acertados, entre los artículos que leímos como preparación de este trabajo.

Ante un estudio tan claro y contundente, empezamos a cambiar nuestra manera tradicional y rutinaria de enfocar este problema del secreto profesional.

¿Por qué razones juzga el autor caduco y aun contraproducente el secreto profesional?⁵

Siegler, a la hora de la verdad, no resulta tan ingenuo ni tan iconoclasta como para acabar, del todo, con el secreto profesional. No está en sus manos. No hay que olvidar que cuando una norma se apoya en un valor absoluto, no es cuestión de un autor iconoclasta acabar con ella. Tanto mejor le va (a la norma) si encuentra crítica, pero de la buena. La crítica pone a prueba su valor. Creemos que esta purificación es lo que está sucediendo con la norma antigua del secreto profesional.

Los hechos fueron los que llevaron a darle al secreto profesional un tratamiento nuevo con el fin de salvarlo. La clave para entender la afirmación con que califica de *obsoleto* y *contraproducente* el secreto profesional es aquella cláusula que dice: “tal como ha sido tradicionalmente entendido”. Siendo precisos y fieles a su pensamiento, no es el secreto mismo, ni el valor ético en que se apoya, lo que caducó, sino *la forma y el contexto tradicional en que se entendió*.

Como anota el autor⁶ es el mismo paciente quien desea el tratamiento ideal para su enfermedad. Tal tratamiento suele darse hoy día en clínicas y hospitales. Ante la exigencia de secreto por parte de un paciente con una obstrucción pulmonar crónica, Siegler se permitió enumerar las personas con legítima responsabilidad médica para enterarse de la enfermedad y llegó a contar más de 75. “Le indiqué al enfermo que todo este grupo de personas estaba ocupado en darle y administrarle los servicios de salud que él mismo requería. Le aseguré que todos trabajábamos para su bien. A pesar de todo, el paciente se molestó y le dijo al doctor: “Yo siempre creí que el secreto profesional era parte del código de Ética Médica. Usted me debería haber dicho qué entendía por tal”⁷. Como se ve en este caso, médico y paciente no se entendieron ¡porque hablaban por diversa onda!

5. Ibidem.

6. Cfr. nota 3, p.160.

7. Ibidem.

Los servicios de salud y, en general, casi toda la atención médica, está dejando de ser privada y se ha convertido en un hecho social, en clínicas y hospitales, en los que, por oficio, deben actuar e informarse muchas personas del cuerpo médico y paramédico, juntamente con los administradores de dichos servicios. Fuera de esta consideración, debe tenerse en cuenta como fenómeno común en todos los países, que las enfermedades, y su tratamiento rutinario, producen consecuencias en el orden judicial, sanitario, policivo, económico, medios masivos de comunicación: radio, prensa, T.V., etc.

Siegler advierte⁸, además, que la Medicina va pasando del concepto de enfermedad orgánica, al de un modelo que incluye problemas de orden psicológico y social, lo cual lleva nuevamente a ampliar el radio de información.

A este respecto recuérdese la definición de salud que nos ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Debe entenderse por salud no propiamente la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar orgánico, psicológico y social"⁹.

1.4. Aclaración del nuevo enfoque

Tratemos de entender y justificar el cuestionamiento que le hace Siegler al secreto médico con algunos elementos tradicionales de la Ética Filosófica y con el parecer de otras autoridades en la materia. Empecemos por aclarar los términos y conceptos en cuestión.

Secreto es el "compromiso moral de no manifestar las noticias conocidas o recibidas por vía confidencial"¹⁰. Puede ser *natural*, cuando dimana de la misma naturaleza de la confidencia hecha, (como es el caso del secreto médico), o *prometido*: cuando interviene una promesa, ofrecida o pedida, de no revelar las noticias o datos recibidos en confidencia.

Confidencia es el acto de revelar, en secreto, un dato personal. Y confidente es la persona que, por amistad o por calidad humana, merece nuestra confianza y hace que nos fiemos de ella, confiándole nuestros secretos.

El objeto o materia de la confidencia suele ser algo íntimo de la persona. Llegamos, con esto, al punto central o núcleo del secreto: *la intimidad*. Este término viene de la palabra latina *intimum*, superlativo del adverbio *intus* = dentro. Intimo designa, por lo tanto, lo que se

8. Ibidem.

9. Daniel Callahan *The Definition of Health*, en *Contemporary Issues in BIOETHICS*, edit. by Tom L. Beauchamp and LeRoy Walters, Dickenson Publishing Company, Inc. Encino, California, and Belmont, California, 1978, p. 90.

10. M. Vidal: *Moral Profesional para Enfermeras*, Edit. Perpetuo Socorro, Madrid, 1976, p. 136.

encuentra más en el interior de nosotros, tanto en nuestra dimensión corporal, como espiritual, que no es otra que nuestra conciencia, con todo su contenido consciente e inconsciente. Nuestro cuerpo posee partes íntimas, cuyo respeto prepara para acceder al respeto de las cosas íntimas espirituales, propias y ajenas.

Apliquemos estas pocas nociones al nuevo enfoque. Lo primero que *cuestionamos* es que se pueda hablar en el mismo sentido y con el mismo alcance de secreto profesional en la medicina moderna y en este siglo, con razón llamado “era de la indiscreción”¹¹, porque viola, con frecuencia y en todas formas, nuestra doble intimidad.

El cuerpo humano, en toda su extensión, profundidad y en sus diversos orificios, es objeto de toda clase de exámenes clínicos y bacteriológicos con el fin de llegar a hacer un buen diagnóstico. Las entrevistas con diversas personas del cuerpo médico; las frecuentes charlas de día y de noche con enfermeras y auxiliares, y las exhaustivas y numerosas sesiones de toda clase de terapias, dejan abierta a muchas personas nuestra intimidad física y espiritual, (que deja de ser tan íntima, al menos en este contexto médico).

No podemos menos de preguntarnos: *¿dónde está la intimidad* que es precisamente, como vimos, la materia del secreto, cuando todo el cuerpo y aun el mismo espíritu quedan tan al descubierto ante tantas personas, y otras muchas, no enumeradas aquí, que por oficio se enteran de ese mundo personal e íntimo, tanto físico como espiritual, del paciente? *¿Se puede hablar de confidencia del paciente con su médico, como se hacía antes en la medicina privada y domiciliaria? ¿Y quién es aquí el confidente, cuando casi ninguno o ninguno de estos miembros del hospital o clínica, es conocido por el paciente? ¿Y, entonces, cómo se puede hablar de secreto, cuando cincuenta, cien o más personas, máxime si se trata de un hospital universitario, se han enterado de un sinnúmero de datos, vistos u oídos, físicos y espirituales, que no resultan ya tan íntimos?*

Y si hablamos del manejo de estos datos o “confidencias” del paciente, por parte de este “macro-médico” que es la institución de salud, *hacia afuera*, en concreto: familiares y amigos del paciente; funcionarios de los servicios de salud pública; de compañías de seguro; medios masivos de comunicación: prensa, radio, T.V; miembros de la justicia; etc., *¿en qué va a quedar la intimidad del paciente, su derecho al secreto, su confianza en el médico, necesaria para mantener la relación médico-paciente y la estricta confidencialidad, fundamento de dicha relación?*

Si a estos factores de cambio en la forma de prestar los servicios de salud, se añaden los que trae consigo el paciente de SIDA, tendremos un cuadro aproximado del conflicto que se le crea al médico y demás personal médico y paramédico, entre los intereses del paciente y los derechos de la sociedad y terceras personas en peligro cierto de contraer la

11. Ibidem, p. 130.

enfermedad. Este contexto clínico y social, y la forma como se practica hoy la medicina, son completamente nuevos y modifican el planteamiento y el manejo tradicionales del secreto médico.

Debemos, pues, darle la razón a Siegler cuando juzga que se dan hechos nuevos y objetivos que nos obligan a modificar el planteamiento del problema del secreto profesional, y en consecuencia, el manejo del mismo.

Pero tengamos muy en cuenta que Siegler no anula el derecho del enfermo al secreto profesional, sino que trata de protegerlo dentro del nuevo contexto de los servicios de salud y de la vida social¹².

1. 5. El problema del médico frente al paciente de SIDA

Nos referimos aquí a un problema ético, no científico, nuevo, que se le plantea al médico y a cuantos, por oficio, se enteran de la historia clínica de un paciente de SIDA, enfermedad nueva, contagiosa y, hasta el presente, mortal.

Si habláramos hoy de medicina privada, ejercida a domicilio, como se hizo en siglos anteriores, con base en un derecho casi absoluto¹³, por parte del paciente, al secreto profesional, pasando por alto los derechos de los demás y la forma como se ejerce hoy día la medicina, el problema estaría mal planteado. En teoría el asunto ya estaría resuelto; no habría problema y, en la práctica, el paciente tendría que recluirse en una casa o pieza privada, para recibir tratamiento particular y secreto de su médico. Pero tal planteamiento es equivocado, como acabamos de ver y, por lo tanto, llevaría al médico a deducir consecuencias éticas, que no dudamos en calificar de equivocadas y funestas por las consecuencias negativas que se seguirían.

Por lo demás, hoy día es casi imposible que el paciente dé con un médico que acepte tratar a un enfermo de SIDA que le imponga tales restricciones :

- *que violan sus deberes legales de informar a las autoridades sanitarias;*

12. Cfr. Art.cit. p.160 *The Role of Confidentiality in Medicine*. Aquí se lee: "Estas dos importantes funciones del secreto profesional son tan importantes ahora como lo fueron en el pasado". "These two important functions of confidentiality are as important now as they were in the past".

13. En el Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la Asociación Médica Mundial, se lee: "A doctor owes to his patient absolute secrecy on all which has been confided to him or which he knows because of the confidence entrusted in him", citado por LeRoy Walters en el artículo *Ethical Aspects of Medical Confidentiality*, parte del capítulo: *Confidentiality*, de la obra *Contemporary Issues in Bioethics*, Edited by Tom L. Beauchamp and LeRoy Walters, Dickenson Publishing Company, Inc. Encino, 1978, p. 169.

- y quebrantan las obligaciones éticas que le prescriben defender a terceros, de un posible contagio.

Pero éste no es el caso ordinario. Lo común es que el paciente de SIDA, sobreponiéndose a sus temores, acepte el tratamiento que se le impone, en una clínica u hospital.

El problema real, entonces, se le plantea al médico y demás personal médico y paramédico, que por oficio, por ética y por ley, se vayan enterando del caso, dentro de un concepto más amplio y actual de enfermedad y servicio de salud.

Concretando la situación real del médico ante el paciente de SIDA, vemos que se encuentra enfrentado, de una parte, ante el derecho del paciente, al secreto profesional y, por otra, ante los derechos ciertos de terceros a informarse de dicha enfermedad para tratarla, investigarla, prevenirla, controlarla y pagarla.

Se trata de un caso nuevo del típico y tradicional conflicto de derechos.

Ya con este planteamiento, que nos parece el más acertado y actual, quedan invalidados o debilitados, al menos, los planteamientos que se ponían, a priori, de parte del derecho del paciente al secreto profesional¹⁴; o de parte de los derechos de terceros a la información, en forma casi indefinida, hasta diluir o anular el derecho del enfermo al secreto.

Resumiendo:

El planteamiento ideal nos parece que debe hacerse y estudiarse desde el médico, puesto en conflicto, frente a los derechos ciertos, tanto del paciente de SIDA como de terceros.

1. 6. Confirmación del nuevo enfoque, aplicado al SIDA

Antes de pasar a indicar las líneas de solución al problema planteado desde el ángulo del médico, ante un paciente de SIDA, en el contexto de una medicina abierta, más científica y técnica, que atiende a los pacientes en clínicas y hospitales, con equipo de médicos y especialistas que procuran no sólo manejar un caso desesperado, sino prevenir a terceros de contraer la enfermedad, de investigarla, de ejercer un control epidemiológico, etc.; antes, repito, de pasar a indicar algunas líneas de solución de este problema ético, tratemos de confirmar este nuevo enfoque con el peso de otras autoridades en la materia.

Permítasenos antes una observación: una señal muy clara de acierto del nuevo enfoque nos la da el hecho de que, entre los autores que leímos para redactar este trabajo, advertimos

14. Cfr. supra referencia 1.

la siguiente diferencia, a saber, que quienes no estudiaban a fondo el tema del secreto médico, se limitaban a repetir el enfoque antiguo “desde el derecho del paciente al secreto profesional” y a llamar “violaciones” al secreto o “excepciones” al mismo, los casos (¡muchos!) en que el médico se ve obligado a revelar el secreto o a compartirlo con muchos otros colegas, personal médico, paramédico y otras personas de oficio. En cambio, vimos con satisfacción, que quienes lo abordaban en su realidad, como problema nuevo, candente, casi insoluble, eran los que estudiaban a fondo el asunto, cuestionando el enfoque tradicional y su fácil solución, (obviamente que en el papel), y poniéndose en actitud imparcial frente a los derechos de ambas partes.

Vengamos al eticista holandés Paul Sporken, autor de un libro de Ética Médica, excelente por su honestidad en cuestionar los principales problemas del ejercicio de la Medicina, y en tratar de darles un enfoque nuevo y de sugerir vías orientadoras de solución, no de dar soluciones ya hechas, algo así como “prefabricadas” y autoritarias. Prefiere dar pautas y guías para la reflexión personal, que no eximen al lector, ordinariamente médico, de la responsabilidad de formar su propio juicio moral en la situación y en el caso concretos, para saber lo que conviene hacer.

Nos referimos a su obra traducida del holandés con el título: *Medicina y Ética en discusión*¹⁵. La forma de introducir este problema del secreto profesional, muestra ya una actitud crítica positiva:

“Por muy extraño que suene, debo decir, en primer lugar, que el título ‘secreto profesional’ es bastante impreciso y se presta a equívocos. La antigua Ética Médica era muy individualista y por ello en las relaciones entre médico y paciente se ponía el acento sobre todo en los derechos y deberes de la profesión médica... Se trataba, sobre todo, de la protección de la vida privada del individuo”. Y al final de este párrafo termina diciendo: “Creo, por el contrario, que se ha iniciado un auténtico proceso [de cambio] tanto en relación con el fundamento como con la interpretación del secreto profesional”.¹⁶

La actitud crítica de Sporken se apoya en un artículo de H.J.J. Leenen titulado: *El secreto en el cuidado de la salud*, publicado en la Revista holandesa *Medicina Social*, 47 (1960) 842,¹⁷. Leenen hizo pensar a Sporken en que era necesario cambiar el enfoque y la perspectiva para manejar el problema actual del secreto médico. Lo que cuenta para nuestro estudio es que Sporken, en su libro, hizo suyo el pensamiento de Leenen.

15. Cfr. 2.7.1. *El Secreto Profesional*, pp. 80-90, Paul Sporken, *Medicina y Ética en Discusión*, segunda edición, edit. Perpetuo Socorro, Madrid 1982.

16. *Ibidem*, p. 80.

17. Puede verse la cita del autor en la nota 11 de ese capítulo, que aparece en la página 63.

A diferencia de los tradicionalistas, que fundamentan el secreto profesional únicamente en el derecho del paciente a la confidencialidad, Sporken y Leenen, lo mismo que vimos en Siegler, apoyan la obligación del médico (y demás funcionarios) a guardar el secreto profesional *tanto en el derecho del paciente como en el de la sociedad. Los derechos de una y otra parte son ciertos, y con anterioridad al caso, no se puede saber ni decidir, cuál predomina o prevalece sobre el otro; por el contrario, uno y otro son importantes, se entrelazan y condicionan mutuamente y deben tenerse en cuenta a la hora de la deliberación y decisión.* Oigamos a Sporken:

“El fundamento del secreto profesional radica en el ejercicio de la profesión, en la cual tienen la misma importancia los intereses sociales que los intereses individuales, porque están tan íntimamente ligados que nunca se los podría valorar correctamente si se los separase. Se trata de sopesar e integrar los intereses que guardan una relación recíproca y se complementan mutuamente. Por eso, el fundamento no consiste [sólo] en la protección de los intereses individuales, sino que la base del secreto profesional radica [juntamente en la protección de] los intereses del individuo y de la comunidad en lo que tienen de trabazón mutua y de restricción recíproca”¹⁸.

Sporken es, pues, muy explícito en afirmar un doble fundamento de la obligación del médico frente al secreto profesional:

- de una parte, se impone el derecho del paciente al secreto,
- de otra, se impone igualmente el derecho de la comunidad a la información para investigar, prevenir, tratar, etc. la enfermedad. Ambos intereses y derechos se entrelazan en la vida real en tal forma que no es posible separarlos, sin lesionarlos.

Madison Powers

De todo el material que manejamos para este trabajo, el estudio que nos pareció, quizás el más amplio, más detallado y más ajustado al tema del secreto profesional con pacientes de SIDA, fue el capítulo octavo, que no lleva título, de una obra en preparación, del eticista norteamericano Madison Powers, M.D., presentado, para su discusión, en el Seminario permanente del Kennedy Institute of Ethics, de la Universidad de Georgetown en Washington, el martes 31 de octubre de 1989¹⁹. El autor se ocupa a fondo del secreto profesional con

18. Ibidem, pp. 80-81.

19. Pro manuscrito. Puede solicitarse al Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington DC 20057.

los pacientes de SIDA y del problema de su legislación. Es obvio que el problema se analiza, se enfoca y se trata desde el punto de vista norteamericano. Allí, *en el ejercicio de la profesión*, la ley cuenta más que la ética; lo cual no quiere decir que la ética no cuente. Y esto no sucede en el resto de los países de América. Entre nosotros sucede lo contrario: cuenta más la ética que la ley, pero, obviamente, también cuenta la ley. Por esta razón, el autor enfoca el secreto profesional con pacientes de SIDA desde un ángulo prevalentemente legal.

Pero, a la hora de la verdad, lo que cuenta para nuestro estudio, es la preocupación del autor por analizar a fondo el problema del secreto profesional con pacientes de SIDA y el interés, del mismo, por cuestionar el enfoque tradicional. Estudiada la situación actual, el autor llega a la misma conclusión de Leenen, de Sporken y de Siegler, en afirmar tanto la insuficiencia del contexto privado del Juramento Hipocrático, como la necesidad de enfocar el problema desde un doble fundamento, a saber, los intereses del paciente y los de la comunidad.

En la primera parte de su estudio, Powers analiza cuidadosamente los intereses en juego que debe tener en cuenta el legislador, en nuestro caso, el Médico, intereses que debe ponderar, comparándolos y midiéndolos, para saber cuál prevalece y en qué medida; y son los siguientes: los del paciente, los de los administradores de servicios de salud, los de terceros en peligró y los de la sociedad en general.²⁰

Tratándose del SIDA, enfermedad contagiosa y mortal, la información a terceros y a la comunidad en general, se justifica por múltiples razones. Powers enumera las siguientes:

1. la investigación en busca de vacuna,
2. la protección de terceros, cercanos al paciente,
3. la información al público, útil para el cambio de conductas que favorecen el contagio,
4. el estudio epidemiológico de la enfermedad,
5. la ayuda a personal paramédico para que tome las medidas preventivas del caso,
- 6 la información al cuerpo médico para que trace sus planes²¹

20. Ibidem, p. 4.

21. Ibidem.

No sobra mencionar, siquiera, otra sólida autoridad a favor del enfoque del doble fundamento. Nos referimos al artículo de William C. Spohn, *The Moral Dimensions of AIDS*²².

2. ALGUNAS VIAS DE SOLUCION

¿Cuál debe ser la actuación del médico, en el manejo del secreto profesional, situado frente a su paciente de SIDA, y a los derechos ciertos de terceros?

Nos atenemos al título: *vías* de solución, *no soluciones*. Sería ofrecer más de lo que podemos y tenemos, si habláramos de soluciones. Pero se da una razón más importante para ofrecer sólo vías de solución, y *es no eximir al médico del deber y responsabilidad de buscar, en cada caso, la solución*. Aquí sólo daremos algunos instrumentos de trabajo y elementos de juicio para que él mismo haga el juicio, que por tratarse de valores morales, se llama juicio de valor.

2.1. Valores que salvar

El hecho de que hayan cambiado en el siglo XX la forma de prestar los servicios de salud y la relación del médico con el paciente y frente a diversos estamentos de la sociedad (justicia, salud, medios de comunicación...), no elimina el *fundamento absoluto* del secreto profesional, a saber, la dignidad de la persona humana y su derecho irrenunciable al secreto profesional que debe ser conjugado, hoy más que antes, con los derechos ciertos de terceros, a la información.

El paciente sigue siendo persona, hoy más que nunca, cuando, después de largos siglos de lucha, la persona humana va conquistando la conciencia de sus derechos fundamentales e irrenunciables y el reconocimiento de los mismos por parte de la sociedad. El paciente sigue siendo sagrado y respetable, a pesar de tantas profanaciones a que se ve expuesto en esta "era de la indiscreción", tanto en su dimensión física como espiritual.

22. Theological Studies, Vol. 49 (1988), pp. 89-109. Se trata de una revista norteamericana de teología, seria y de mucho prestigio.

El hecho de que la ciencia y la tecnología hayan ideado nuevas formas de análisis y de diagnóstico, no niegan la verdad inmutable del carácter personal de la corporeidad de todo paciente.

El hecho de que muchas personas del cuerpo médico, paramédico y administrativo se tengan que enterar de todos o parte de los datos médicos y personales del paciente, no exime a todos ellos de proteger la zona de confianza, (hoy dilatada en extremo, pero no imposible de controlar), fundamento tradicional de la relación médico-paciente.

En fin, el hecho de que a diversos estamentos de la sociedad les asista el derecho a la información para tomar sus respectivas medidas, no exime a todo el personal de los servicios de salud y estamentos sociales de manejar, en conciencia, unos datos y unas confidencias que sólo se pueden usar para bien de la sociedad, sin detrimento de la fama e intereses del paciente, que necesita para la protección y promoción de su irrevocable dignidad.

En virtud de estos principios podemos afirmar: en toda persona que por oficio se entere del nombre y datos confidenciales de un paciente de SIDA *surge el deber de guardar el secreto profesional siempre y cuando se dé una previsión razonable de que una revelación del mismo puede causar un daño y un perjuicio serios a la fama y bienes del paciente.*

*A su vez, se puede decir que se da una infracción del derecho al secreto profesional, siempre y cuando alguien, enterado por oficio del secreto y con el deber de proteger los bienes y fama del paciente, revela con deliberación y sin necesidad, la información secreta del paciente o es negligente en protegerla.*²³

No hay que olvidar que existe una mayor obligación de guardar el secreto del paciente ya que éste, a diferencia de una persona sana, no se encuentra en iguales condiciones de proteger su secreto contra imprudentes y funestas revelaciones. Así sean muchos los confidentes, deben guardarlo y proteger la información a ellos confiada. En este caso se puede hablar de un *secreto compartido entre muchos.*

2.2. Distinciones que hacer

Un segundo paso, para orientar al médico en la solución del problema planteado, consiste en aplicar una medida muy acertada que encontramos en Siegler²⁴. Esta medida consiste

23. Cfr. Powers, op. cit. p. 6-7.

24. pp. 160-161.

en introducir algunas distinciones, relativamente obvias, pero que no se suelen tener en cuenta y que ayudan mucho para diferenciar el tipo de obligación que le incumbe al médico frente a sus pacientes. Algunas de estas distinciones se pueden aplicar a los pacientes de SIDA.

1a. La primera distinción que se ocurre hacer, se da entre los pacientes que exigen tratamiento privado, (y se dan casos de estos con pacientes de SIDA) y el tratamiento 'público' en clínicas y hospitales. Mientras el enfermo permanece en su casa o en habitación privada, como lo fue por siglos en la medicina tradicional, le resulta más fácil al médico guardar en reserva las confidencias que le hace el paciente. Tratándose de pacientes de SIDA y dada la falta de información y los fundados temores de discriminación y despido, no es raro que se den estos casos, al menos en los primeros estadios de la enfermedad.

Otra cosa sucede cuando el paciente pide o acepta hospitalización. Aquí la cosa se complica en lo que se refiere al secreto profesional, con consecuencias más complejas y difíciles de manejar, por parte del médico, no del paciente, como en el caso que citamos de Siegler²⁵.

2a. Aquí cabe otra distinción, que viene muy bien a nuestro caso. No es lo mismo guardar el secreto con pacientes que sufren enfermedades no contagiosas, que en el caso en que sí lo son. En este último caso, el médico, de acuerdo con el doble fundamento, que establecimos, del secreto profesional, tiene obligaciones con el derecho y los intereses de la comunidad. Esto sucede con los pacientes de SIDA. Estos no pueden imponer al médico una reserva absoluta, ya que no tienen derecho. El médico está cogido por la doble exigencia; pero antes de obrar y para obrar, tiene que ver cuál derecho prevalece; y habrá casos, en los que prevalece el derecho de la comunidad; lo cual no lo exime del deber de tratar de proteger, en la medida de lo posible, los intereses del paciente.

3a. Al paciente de SIDA lo suelen tratar muchas personas y muchas otras deben enterarse por oficio de la enfermedad. Es más fácil guardar el secreto si se comunican los datos y la historia clínica sólo al personal médico que tiene que cuidar del paciente, y se procura ocultarlos al personal burocrático y anónimo que no necesita saber la historia clínica ni el nombre del paciente. Este personal no tendría por qué enterarse del secreto. Es necesario establecer vigilancia muy estricta sobre los archivos de historias clínicas para impedir el acceso a ellos, a personas no interesadas.

4a. Se aconseja anotar en las historias clínicas los datos estrictamente médicos para reservar su alcance a médicos y enfermeras; dejando los datos menos específicos, por ej. costos, drogas, tipo de imágenes diagnósticas, exámenes... para otros registros. Obviamente que en la medida de lo posible.

25. Cfr supra, referencia 7.

5a. Sería útil distinguir entre la información clínica, (manejada seria y discretamente por el personal médico y paramédico), y la divulgación irregular e irresponsable en pasillos, cafeterías y cocteles, hecha por gente inescrupulosa e irresponsable. Siegler advierte la importancia de no hacer llegar información a este segundo tipo de personas por el mayor peligro de que abusen de ella²⁶

6a. Finalmente convendría distinguir entre portadores asintomáticos del virus HIV y enfermos de SIDA. Dado el largo período de incubación de la enfermedad, sólo la motivación y la educación pueden evitar que el portador asintomático contagie a otros. El médico tratante, dada la imposibilidad e inconveniencia de informar a terceros que pueden contagiarse, debe advertirles la grave obligación de tomar las medidas convenientes para evitar este contagio. En la práctica resulta más fácil que los enfermos declarados tomen dichas medidas, sin que el médico tenga que revelar la información a muchas personas.

2.3. Los derechos se relativizan entre sí

Dada la importancia del asunto no sobra insistir. Observa con tino Sporken que como el fundamento del secreto profesional es doble, a saber, los derechos del paciente y los intereses de terceros, fundamento que actúa en cada caso, el médico y demás poseedores del secreto del paciente, no pueden caer en el simplismo de verse cogidos por uno sólo, como si uno eliminara el derecho y los intereses del otro. No es así. *En cada caso ambos derechos, los del paciente y los de terceros, ejercen sus exigencias concretas que debe tener en cuenta quien se siente en la necesidad de revelar. Ningún derecho queda propiamente anulado sino relativizado.* “Los derechos del individuo y de la comunidad forman un campo de tensión en el que ambos se relativizan” dice Sporken²⁷

Como se ve, no se dan normas absolutas, ni se pretende resolver en abstracto ni de antemano el problema. Lo único cierto, dado el consenso en este punto, entre los principales autores consultados, *es que el médico, en cada caso, debe hacer la ponderación de los pros y los contras de los derechos en conflicto para ver con objetividad cuál prevalece sobre el otro, sin ir a pasar por alto el derecho contrario. Ambos deben influir en la ponderación y ambos deben ser respetados, en alguna forma, en la práctica.*

Obsérvese que una consecuencia interesante de este enfoque, consiste en que ya no se debe hablar de *violaciones del secreto profesional ni de excepciones del mismo*, cuando el médico concluye en su deliberación que debe dar preferencia al derecho de terceros, revelándoles con discreción algunos datos del enfermo y de su enfermedad. Cuando prevalece un derecho sobre el otro, en sana ética no se puede decir que éste es violado.

26. p. 161.

27. Sporken, op. cit. p. 82.

Este lenguaje era frecuente, y aún sigue siéndolo, en quienes plantean con rutina este problema según el contexto tradicional de un derecho al secreto, prácticamente absoluto, de parte del paciente.

2. 4. Norma Principal

Supuestas las normas dadas, respecto de los valores que salvar, de las distinciones que hacer, de los intereses que proteger, la norma concreta más importante que podemos dar es la siguiente: dado que a priori, es decir, con anterioridad a la toma de decisión sobre la necesidad o no de revelar el secreto (a quiénes y en qué medida), sólo se pueden dar indicaciones generales y vías comunes de solución, el "médico" (es decir, cualquiera que conozca profesionalmente el secreto) *tiene la obligación de ponderar los pros y los contras, tanto de parte del paciente como del tercero a quien convendría revelar el secreto por razón de su oficio o de un eventual contagio. Hecho esto y, caso de duda, consultadas, en secreto, las personas que le pueden ayudar a ver claro para tomar la decisión, deberá decidir si revela el secreto o calla, a favor de la persona más perjudicada, sin dejar de tener en cuenta, en el momento de proceder, los intereses de la otra parte, para salvarlos en la medida de lo posible.*

2. 5. Algunas precisiones más

En general encontramos en todos los autores leídos, inclusive en los que exigen un nuevo planteamiento del problema, *que, sin una excepción, todos exigen mucho esmero en proteger los derechos del paciente aún en el caso que hubiera que revelar información a otras personas.* Sugieren, por ejemplo, en casos no legales, contar con el visto bueno del paciente, haciéndole ver que es conveniente informar a personas allegadas para que tomen las medidas del caso; pero que, aún así, se guarde la mayor reserva posible. En los casos previstos por la ley, no hace falta preguntarle al paciente, pero se procurará guardar parte del secreto, por ejemplo, no citando su nombre, si no es necesario, por ejemplo cuando se trata de llevar una estadística; y que en todo caso, lo que se hace, se haga por necesidad racional, procurando defender, en lo posible, los intereses del paciente.

Que esto último sea posible, lo comprueba el hecho, ya rutinario, del informe legal que se pasa a las secretarías de salud, sobre personas infectadas con enfermedades venéreas, informe en el que se suele omitir el nombre del enfermo. W. Spohn en su artículo *The Moral Dimensions of AIDS* afirma que en los Estados Unidos en más de dos millones anuales de casos reportados, nunca se ha revelado el nombre de los afectados²⁸.

28. Cfr. supra referencia 22, p. 99.

Quizás el mayor temor del paciente de SIDA a que se divulgue su enfermedad, juntamente con su nombre, provenga de la preocupación por la *discriminación que se pueda seguir con su persona*, por ejemplo, la exclusión del colegio, de la universidad, del trabajo, etc. A este respecto, convendría dar alguna tranquilidad al paciente, haciéndole saber que, para la hora presente, ya prácticamente todos los países han legislado a favor de los enfermos, imponiendo graves sanciones y multas a los que intenten tales discriminaciones, con la orden de readmisión de los pacientes si han llegado a ser despedidos. ¡Por supuesto que conviene antes verificar esta presunción!

Otro temor no pequeño de los pacientes de SIDA, a la divulgación de su nombre y enfermedad entre sus familiares y amigos (y aún entre el personal médico y paramédico), suele provenir de las posibles reacciones exageradas, y aun de medidas absurdas y humillantes que puedan tomar dichas personas para con ellos, por falta de información.

Se trata de una falsa alarma que sólo desaparece, precisamente con la seria, segura y urgente información científica dada a ellos, y en general, a toda la comunidad.

Se impone esta información científica con carácter de urgencia porque lamentablemente el miedo ciego e infundado al contagio suele sembrar un terrorismo que cunde con rapidez, aún entre los mismos médicos, y que hace que la gente tome medidas absurdas, exageradas y muy humillantes para los enfermos.

Cuando se sabe que el contagio sólo puede provenir por cuatro vías, a saber, por contacto sexual, por transfusión de sangre, por drogadicción intravenosa y por transmisión directa de madre a hijo en el embarazo²⁹, se disipan los temores y se puede continuar la convivencia con el enfermo de SIDA en casa, en clase, en la oficina, y casi en todas partes.

2. 6. Última recomendación

Una recomendación muy acertada que no queremos pasar por alto, es el sabio consejo que da Donald Reid. Después de analizar con tino el problema del secreto profesional médico, y de ver que no se pueden dar normas absolutas para guardarlo, el autor termina diciendo:

“Todas las situaciones arriba descritas colocan un grave peso de responsabilidad sobre las espaldas del médico y con frecuencia demandan reflexión cuidadosa, consulta entre colegas (incluyendo el recurso a un médico consejero y un médico

29. SIDA, *Perfil de una Epidemia*. Publicación científica No. 514, de la Organización Panamericana de la Salud, 1989, p. 252.

general), y juicio afinado. El médico debe guiarse más por una discreción razonable y delicada que por normas estrictas"³⁰.

Conclusión

En vez de atenemos inútil y aun contraproducentemente al enfoque tradicional, que crea más problemas que soluciones, deberíamos dedicar nuestra atención a determinar qué aspectos, de los presentados aquí, son dignos de retenerse, para llevarlos a la práctica³¹.

30. "All the situations described above place a heavy burden of responsibility on the doctor and often demand careful thought, consultation between colleagues (including consultant and general practitioner), and fine judgement. He must be guided by sensible and sensitive discretion rather than rigorous rules". Donal Reid, *Confidentiality*, en el Dictionary of Medical Ethics, editado por S.S. Duncan, e.a. edit. Crossroad, New York. 1981, p. 107

31. Op. Cit. p. 162