

El secreto médico

Aurelio Castilla García

Médico Psiquiatra, Valladolid.

1.- Consideraciones generales

Lamentablemente, el médico se ha acostumbrado a vivir en la contradicción de defender el secreto médico pero violarlo con cierta frecuencia (1). El objeto o materia del secreto es, como más adelante veremos, la intimidad personal. Y no es posible poner en duda que la intimidad debe ser respetada. Así se refleja en el artículo 12 de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, de 1948: "Nadie será objeto de ingerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación..."; y, por poner sólo otro ejemplo, en la Constitución Española de 1978, en su artículo 18.1, se dice: "Se garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen".

Ahora bien, si nadie duda de la necesidad e importancia de respetar la intimidad, ¿por qué tan fácilmente divulgamos los secretos de los demás? No cabe duda que la posesión de secretos da poder (2); y la revelación de un secreto ajeno nos revaloriza ante el otro por nuestro saber y conocimiento y nos sirve incluso de testimonio de amistad y confianza, pues entregamos algo de lo que los demás carecen (3). Es probable que por ello sea tan frecuente entre nosotros el hábito de tender a no respetar la intimidad de los demás, a pesar de defender de modo importante la nuestra y sentirnos dolidos cuando alguien no la respeta.

Si, además, tenemos en cuenta que existen hoy en día una serie de circunstancias que hacen más difícil mantener el secreto, e incluso en ocasiones obligado el no observarlo, nos encontramos con un panorama complejo en lo que hace referencia al secreto médico. Consideremos lo que ha supuesto la aparición de la medicina pública y los avances en la informática y la epidemiología, a lo que hemos de añadir la tendencia a la protección de la sociedad frente al individuo. Esto ha conducido a que aun siendo reconocida en general la necesidad del secreto médico, sin embargo se disienta en el modo de valorar las condiciones en que el mismo debe ser respetado.

Añadamos a esto que, por regla general, cuando hablamos de secreto médico lo hacemos desde el personal sanitario, pero poco sabemos de la opinión de los pacientes al respecto, aunque algún estudio realizado en este sentido, allende nuestras fronteras (4), ha aportado datos de que el paciente necesita un respeto mayor del secreto que el que el médico le ofrece. Si las expectativas del paciente no coinciden con las del médico, ¿con qué nos quedaríamos, siendo la intimidad propiedad del paciente?.

Vemos, pues, que el secreto médico sigue siendo un tema de total vigencia. En la prensa médica de nuestro país surgen con alguna frecuencia referencias a él, y así este año nos hemos encontrado con declaraciones sobre la importancia de la confidencialidad en epidemiología al hilo de un posible decreto del Ministerio de Sanidad sobre vigilancia epidemiológica, en el que al parecer se planteaba que la declaración de la tuberculosis incluiría el nombre del paciente (5); y, recientemente, a finales del mes pasado, surgía una Orden en el Diario Oficial de la Generalidad de Va-

lencia sobre protección del secreto de los informes médicos de empresa (6), en la que se exige que los informes médicos que se remiten a los departamentos de personal solamente incluyan apreciaciones referentes a la aptitud o capacidad para la actividad que desempeña el trabajador, pero no reflejen el diagnóstico ni la historia clínica. Esto nos puede llevar a considerar también nuestros informes a los servicios de inspección médica del INSALUD, cuando nos demandan sobre la situación clínica y capacidad laboral de los pacientes.

A pesar de todo, es posible que como el secreto médico queda con frecuencia diluido en el cotidiano hacer de la práctica diaria, más de uno de los presentes hoy aquí piense que ya es sabido que hay que respetar el secreto y que su conciencia bien le dice en cada momento el modo correcto de obrar, es decir, lo que debe hacer. Sin embargo, nada más lejos del razonamiento ético, pues cuando hablamos de ética no nos podemos quedar en este nivel de reflexión moral, del qué debemos hacer, sino que como claramente ha expuesto Maliandi (7), profesor de ética argentino, la ética se inicia con dos preguntas, ¿qué se debe hacer? y ¿por qué se debe hacer?. Y si queremos actuar racionalmente, hemos de buscar la justificación o fundamentación de la norma, y entonces se hace necesario responder a la segunda pregunta: ¿por qué se debe hacer?, ¿por qué debemos mantener el secreto médico?. Esto es lo que busca la ética normativa. No nos quedemos, pues, solamente con los códigos deontológicos que nos dicen lo que debemos hacer. A pesar de ser éstos importantes, es imprescindible una crítica y un por qué. Y algo de esto intentaremos hacerlo hoy aquí.

Dicho esto, a continuación afrontaremos unas cuestiones conceptuales para entendernos.

2.- Concepto

La palabra secreto, proviene del participio del verbo latino *secerno*, -crevi, -cretum = separar, poner aparte. Es secreto aquello que se mantiene separado del conocimiento de los otros, oculto a los demás.

Podría definirse el secreto médico como aquella conducta del médico consistente en guardar reserva de los hechos conocidos por él en el ejercicio de la profesión, quedando aquí englobados los hechos que del paciente conoce el médico aunque no sean expresamente revelados confidencialmente por éste. Y es que aunque generalmente se considera secreto aquello que es informado de manera confidencial, sin embargo, en el contexto de la relación médico paciente, éste, el paciente, puede considerar secreto todo lo que ha surgido en su interacción con el médico, incluyendo el hecho mismo de consultar (pensemos en las consultas por enfermedades venéreas y por trastornos psíquicos, por ejemplo).

Un aspecto particular del secreto es la ocultación de datos de diagnóstico y pronóstico al paciente. En este caso no es la intimidad del paciente lo que está en juego, por lo que este aspecto lo separamos de lo que se suele considerar habitualmente como secreto médico, a pesar de que aquí el médico se plantea también guardar en secreto algo que él sabe del paciente y que ha obtenido de la información que éste le ha aportado. Pero algunos lo separan porque es guardar el secreto frente al propio paciente. Aquí el secreto es del médico, no del paciente, no se trata de guardar los secretos del paciente sino del mé-

dico. Por ello, dice Loiret (8), aquí se debería hablar más bien de guardar silencio que de guardar secreto.

El secreto médico, junto con el secreto de abogados y sacerdotes, forma parte de tres tipos específicos de secreto profesional que, aunque pudieran parecer semejantes revisten características diferentes. Así, el abogado no requiere que el cliente le diga la verdad; incluso el abogado defensor supone, y posiblemente prefiere creer, que su defendido es inocente. El sacerdote se puede colocar, y se coloca muchas veces, en un nivel en el que los dos interlocutores son anónimos, y tiene además la obligación de olvidar todo lo que ha oído. El médico no se puede colocar en un lugar anónimo, debe recibir la veracidad del paciente y no puede olvidar, sino al contrario recoger y retener, lo que le comunica el paciente, para establecer el diagnóstico y el tratamiento adecuados. Esta peculiar comunicación que se establece en la relación médico paciente es la que va a determinar las características especiales que reviste el secreto médico, junto con algo más que también es importante tener en cuenta: que la medicina es un servicio de pública necesidad, al que tienen obligatoriamente que acudir los que sufren enfermedad. Esto convierte al médico en un confidente obligado del paciente, y al secreto en un compromiso tácito que se adquiere en la relación médico paciente, así como, según opinan algunos, en una garantía social indispensable para la práctica de la Medicina (9), pues gracias al secreto sería posible el acercamiento confiado del paciente a los servicios sanitarios, mientras que si no se mantuviera el secreto, los pacientes podrían mostrarse poco dispuestos a revelar a los médicos

una información que muchas veces es de importancia decisiva, o se mostrarían reacios a buscar ayuda médica (10,11). El secreto sería, por tanto, una garantía para mejorar y proteger la salud del paciente (12). Ahora bien, otros opinan que esto es dar un valor excesivo al secreto médico y que probablemente haya muy pocas personas que no prefieran renunciar a la naturaleza absoluta del secreto con tal de curarse (2). Por ello, habría que preguntarse si en realidad más que una garantía para mejorar la salud, mas que una garantía para la práctica de la medicina, lo que será es una garantía para el respeto del paciente en su autonomía e intimidad.

Y pensando en la autonomía y la intimidad, surge una pregunta: ¿Quién decide lo que es secreto y lo que no lo es? En realidad, generalmente lo decide el médico. Aquí hay que decir que como el secreto médico tiene por objeto la preservación de la intimidad, y como ésta es algo propio y exclusivo de cada persona, no corresponde al médico juzgar lo que es íntimo en cada paciente, no puede el médico calificar si algo de lo que ha conocido en el trato con el paciente, es importante o no para éste a la hora de decidir si lo puede o no divulgar; como tampoco le sería lícito al médico, salvo faltando al respeto a la intimidad, hacer demasiadas averiguaciones, caer en la tentación de conocer datos del paciente más allá de lo que es imprescindible saber para su diagnóstico y cuidado terapéutico. Si lo hiciera, estaría utilizando al hombre como objeto. Tengamos en cuenta que el paciente, ante la necesidad de ser atendido en su salud, se encuentra en una situación de indefensión y dependencia proclive al abuso del desvelamiento de su intimidad.

A continuación vamos a pasar a la fundamentación ética del secreto médico, y hablaremos algo más de esto.

3.- Fundamentación ética

¿Por qué el médico debe sentirse obligado a mantener el secreto de lo que conoce del paciente?

Siendo conscientes de que, como dice Aranguren (13), los principios de validez universal que han desarrollado los distintos pueblos, han surgido conforme a las distintas ideas del hombre que éstos han tenido, nosotros apoyamos el personalismo ético, entendiendo por tal toda forma de fundamentar la moral en el valor autónomo y absoluto del hombre (14). Defendemos por tanto la categoría moral de la dignidad humana como lugar de apelación de la ética.

Dicho esto, veamos como fundamentamos el deber del secreto.

Secreto hemos dicho que es lo que se mantiene oculto, es decir, lo que está en nuestro interior. Precisamente eso es lo que significa la palabra íntimo, lo que se encuentra más en el interior del hombre, la intimidad. Esta sería el núcleo del secreto (15), el objeto o materia del secreto. Pero dado que la intimidad es parte constitutiva esencial del ser personal del hombre y es algo propio y exclusivo de cada persona, el secreto médico está fundamentado básicamente en el respeto a la persona, a la dignidad humana.

Entendemos por dignidad humana la condición especial que reviste el ser hombre. El hombre es persona, no animal o cosa, es sujeto, y no objeto cuyo comportamiento se determine desde fuera. El hombre no tiene, pues, carácter de medio sino de fin; y debe ser tratado siempre como tal, por lo que es mere-

cedor de un respeto incondicional y absoluto (14). Y por ello debe ser respetada su intimidad, aquello que le es propio y exclusivo.

Hemos dado, pues, respuesta a la pregunta del por qué debemos mantener el secreto médico; hemos justificado éticamente la necesidad de la observancia del secreto: el secreto es obligado porque es preciso respetar la intimidad, parte constitutiva esencial de la persona, dado que ésta, por ser tal, exige un respeto absoluto.

Sin embargo, esto no quiere decir que el secreto médico sea también algo absoluto. Hay situaciones que plantean un conflicto entre el deber de respetar la intimidad del paciente y el deber del médico frente a terceras partes. ¿Qué hacer así con la información secreta ante situaciones como el SIDA y la necesidad de prevención del contagio?; ¿cómo actuar ante la demanda de información de una empresa sobre un conductor de un autobús con trastornos epilépticos?; y en el caso de enfermedades hereditarias, como el corea de Huntington, ¿informaremos, contra la voluntad del consultante, sobre los problemas de tener descendencia? ¿Y cómo respetar la intimidad sin quebrar el progreso de la medicina (formación de los estudiantes, trabajos de investigación), o incluso el propio proceso diagnóstico y terapéutico (medicina de equipo)?

En todos estos casos se hará preciso un equilibrio entre ambos deberes y derechos, el individual y el de terceras partes, para lo cual el médico tendrá que ponderar los pros y contras de los deberes o derechos en conflicto para ver cuál prevalece sobre el otro, pero siempre teniendo en cuenta que no debe pasar por alto el derecho contrario, y que a veces ambos intereses están enlazados de tal modo

que no es posible separarlos sin lesionarlos.

Aquí, aceptando la referencia moral de la dignidad humana como principio ético universal, hemos de tener en cuenta otros principios éticos ampliamente aceptados, y que han permitido un lenguaje común ante los problemas concretos de toma de decisión en el campo de la ética médica. Se trata de los principios de beneficencia, autonomía y justicia, plasmados en el Informe Belmont (16), publicado en Estados Unidos, en 1978, por una Comisión Nacional creada al efecto para estudiar los problemas planteados por el gran progreso de las ciencias biomédicas. A estos tres principios, Beauchamp y Childress añadieron un cuarto, el principio de no maleficencia, un año después (17).

De un modo excesivamente resumido se puede decir que el principio de beneficencia obliga al profesional de la salud a hacer el bien al paciente, a poner el máximo empeño en mejorar su salud, de la forma que él considere más adecuada. Por tanto, la palabra beneficencia tiene aquí su sentido etimológico (del latín beneficencia: virtud de hacer el bien) y no el de caridad paternalista. El principio de autonomía se basa en la convicción de que el hombre debe ser libre y respetado en sus decisiones vitales básicas. Por tanto, significa que deben respetarse las decisiones de los pacientes (no se puede tratar a un paciente competente contra su voluntad, por ejemplo). El principio de justicia, menos elaborado conceptualmente, se ha identificado con la equidad, pero en el sentido no de tratar a todos los pacientes de la misma manera, sino que cada uno tiene derecho a tener acceso a los servicios médicos adecuados, dignos y básicos. Y, por último, el principio de no maleficencia se basa en la máxima de *primun*

no nocere, ante todo no hacer daño. Este principio es distinto del de beneficencia, porque obliga más el no hacer mal que el hacer bien: no estamos obligados a hacer bien a otro contra su voluntad, pero sí a no hacerle mal.

Así, y sólo por citar algunos ejemplos, el principio de autonomía entrará en conflicto con el de beneficencia cuando se planté la necesidad de compartir las confidencias del paciente con otros miembros del equipo médico en beneficio del enfermo; igualmente, cuando en algún caso se vea como imprescindible romper el secreto, en beneficio del paciente, y hablar con los miembros de su familia sin previo consentimiento del mismo. Por otra parte, el principio de justicia se verá enfrentado con el de autonomía en el momento en que nos encontremos con la necesidad de violar el secreto para promover un beneficio social, como en el caso de intentar prevenir un daño para otros en base al derecho a la salud de todos los ciudadanos.

Estos principios deben estar presentes en todas las actuaciones médicas que impliquen aspectos éticos, y, en caso de no entrar en conflicto, todos son del mismo obligado cumplimiento (18), de ahí que se denominen principios *prima facie*; pero si surge un conflicto, ¿existe alguna manera de poder valorar el establecimiento de un orden jerárquico entre dichos principios o deberes?. Aunque algunos sostienen que esto no es posible desde un punto de vista estrictamente ético (19), los principios de no maleficencia y de justicia parecen jerárquicamente superiores a los de autonomía y beneficencia, pues como sostiene Gracia(17), pueden definirse como criterios universales, ya que obligan aun en contra de la voluntad de las personas: no estamos obligados a hacer bien a otro en contra de su

voluntad, pero sí a no hacerle mal, decíamos antes; del mismo modo, en caso de conflicto hay que anteponer el bien común a mi bien particular. Esto no ocurre con los otros dos principios de autonomía y beneficencia que no tienen definición universal, pues las opiniones y elecciones de los pacientes son personales de cada uno, no universalizables, de la misma manera que es personal el modo de entender lo que es beneficioso o no.

Ahora bien, creo que hay que ser muy cuidadosos al colocar el bien social por encima del individual y velar porque el beneficio social a obtener sea un beneficio social cierto, no supuesto (al menos cuando se de un conflicto con otros principios). Hay que tener en cuenta que el bien social no puede significar siempre la pérdida de intimidad y que la sociedad no puede utilizar al hombre como objeto.

Para concluir, unas puntualizaciones, a modo de ejemplo, sobre el secreto médico y el SIDA, dado que el secreto es uno de los temas más frecuentemente tratados en relación con las personas VIH positivas.

4.- Secreto médico y SIDA

Escojo este tema a modo de ejemplo sin estar muy convencido de que sea un buen ejemplo, porque está cargado de elementos afectivos y de asociaciones con terrores ancestrales en torno a la peste y la lepra. Sin embargo, el secreto en este tema plantea un debate vivo, con posturas diferentes, desde los defensores del secreto absoluto hasta los que consideran el secreto como un obstáculo para la salud pública. Y no faltan razones para el conflicto si tenemos en cuenta lo siguiente (20):

1.- Existe una conexión importante entre

SIDA y amenaza de muerte, de modo que seguramente el abordaje del secreto variaría si existieran medios terapéuticos adecuados y eficaces para combatir la enfermedad. Entonces, los que exigen conocer la identidad de los contagiados perderían terreno y el secreto no ofrecerla un nivel tan elevado de conflictividad.

2.- El comienzo de esta enfermedad en homosexuales y drogadictos ha conducido a la estigmatización y aislamiento de los portadores VIH positivos, que pueden ver en el mantenimiento del anonimato un modo de protección contra la hostilidad social.

3.- La necesidad de prevención obliga a servicios de información y asesoramiento adecuados. Pero parece que muchas personas con conductas de riesgo no acudirían voluntariamente a los servicios de atención si no se garantizara el secreto.

Vemos, pues, que el secreto médico en el caso del SIDA, además de proteger la autonomía y la intimidad, sirve como defensa ante reacciones sociales injustas, e incluso puede ser útil para la prevención de la enfermedad (permitiendo el acercamiento a los servicios de las personas con conductas de riesgo) y, por tanto, un beneficio para la salud pública. Es decir, parece importante mantenerlo por el bien del paciente y de la sociedad. Pero no mantener el secreto permite también, en algunas ocasiones, proteger la salud de terceras personas identificadas. De modo que no es de extrañar que nos encontremos con una situación conflictiva en la que entran en juego el bien de los afectados, de terceras personas conocidas y de la sociedad en general.

Probablemente uno de los casos más frecuentes de debate en torno al secreto y el

SIDA, sea el relativo a la información por parte del profesional sanitario al cónyuge o compañero sexual del paciente. Aquí, antes de tomar una decisión, deberíamos tener en cuenta lo siguiente:

1.- Que el paciente se niegue a informar él mismo, a pesar de los intentos por responsabilizarlo de ello.

2.- Que el cónyuge o compañero desconozca el peligro que corre.

3.- La existencia de un peligro real de contagio

4.- El conocimiento de la persona destinataria posible de la comunicación.

Supuestas estas condiciones, algunos consideran que hay que advertir al amenazado pues la vida del cónyuge o compañero sexual es un bien superior a la intimidad del paciente. Otros opinan lo contrario apoyándose en la necesidad del secreto para proteger la salud pública, de rango superior a la salud del cónyuge o compañero sexual amenazado. En el fondo, el problema radica en el modo de concebir la relación entre individuo y sociedad. Considero que no es lícito sacrificar contra su voluntad a la persona por un potencial beneficio social, pues equivaldría a colocar al ser humano como medio al servicio de la sociedad, lo que atenta contra la dignidad humana. Y no es negar la dimensión social de la persona, sino considerar inadmisibles que la infección del cónyuge sea el precio a pagar en beneficio de la salud pública.

Otra situación es la planteada ante el posible derecho del personal sanitario a conocer la identidad de los pacientes contagiados por el VIH. Aquí hay que tener en cuenta lo siguiente:

1.- Es necesario que en todo centro sanitario se disponga de información suficiente y

medios adecuados para evitar posibles contagios: batas, guantes, etc., y que se utilicen. Si se cumplen estas medidas de índole general y personal, se ha hecho todo lo posible para evitar el contagio con el enfermo. No se ve qué elemento nuevo de protección añade la revelación del secreto a las medidas particulares y generales recomendadas.

2.- Evaluación del peligro real de contagio. Este parece ser pequeño y menor aún si se toman las precauciones debidas.

Bibliografía:

(1) San-Marco JL, Larher MP. Secret médical et SIDA. La Revue du Praticien 1989, 25: 2256.

(2) Norrie K. Medical confidentiality. Forensic Science International 1988; 36: 143-145.

(3) López Azpitarte E. Ética y vida. Madrid: Paulinas 1990; 340.

(4) Weiss BD. Confidentiality expectations of patients, physicians, and medical students. JAMA 1982; 247: 2695-2697.

(5) Gil C. Expertos piden garantías para la confidencialidad en epidemiología. Diario médico 1994 Feb 4.

(6) Barreda I. Valencia protege el secreto de los informes médicos de empresa. Diario médico 1994 Mar 24.

(7) Maliandi R. Ética: conceptos y problemas. Buenos Aires: Biblos, 1991; 40-41.

(8) Loiret P. La théorie du secret médical. Paris: Masson, 1988; 67.

(9) Martí JA, Buisán L. El secreto profesional en medicina. En: Vilardeell F, coord. Ética y medicina. Madrid: Espasa Universidad, 1988; 89.

(10) Anónimo. Medical confidentiality (Editorial) J Med Ethics 1984, 1: 3-4.

(11) Herranz G. Comentarios al código de ética y deontología médicas. Navarra: Eunsa, 1993; 87.

(12) Murray JP. New concepts of confidentiality in family practice. J Fam Practice 1986; 23: 229-232.

(13) López Aranguren JL. Ética. Madrid: Alianza Ed., 1990; 266.

- (14) Vidal M, Santidrián PR. *Ética personal: las actitudes éticas*. 7ª ed. Madrid: Paulinas, 1980; 135.
- (15) Llano A. El manejo del secreto profesional con pacientes de SIDA. *Theologica Xaveriana* 1991; 41: 81-98.
- (16) The Belmont Report. En: García F. *Ensayos clínicos en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988; 101-111.
- (17) Gracia D. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid: Eudema, 1991; 125.
- (18) Beauchamp TL, McCullough LB. *Ética médica: las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona: Labor, 1987; 13.
- (19) Hare R. The philosophical basis of psychiatric ethics. En: Bloch S, Chodoff eds. *psychiatric ethics*. Oxford: Oxford University Press, 1981; 33.
- (20) Elizari. *Bioética*. Madrid: Paulinas, 1991; 303-308.