

OPINION DE LOS RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SOBRE PROBLEMAS DE CONFIDENCIALIDAD

**Delgado Marroquin M.T.^{1,2,3},
Lahuerta Pérez E.³, Garces Baquero P.^{1,2,4},
Lavilla Fernandez M.J.³, Pico Soler M.V.²,
Marín Espildora N.^{1,2,4}**

(1) *Grupo de bioética de la Sem FYC (Soc.*

Española de Medicina Familiar y Comunitaria)

(2) *Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de
Zaragoza*

(3) *Centro de Salud Torre Ramona. Zaragoza*

(4) *Centro de Salud Actur Sur. Zaragoza*

Este trabajo forma parte de un proyecto de investigación mas amplio financiado en parte por el FISS (Expediente.nº 94/1642.), realizado con el apoyo del Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza

Con el objetivo de conocer las actitudes adoptadas por los residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, ante situaciones de la práctica clínica que nos plantean un conflicto de confidencialidad, se realiza un estudio descriptivo transversal mediante encuesta autocumplimentada.

Se obtuvo una respuesta en el 49,5% de los casos. La mayor parte de los residentes apoya la actitud de defensa de la confidencialidad en los casos: " Adolescente con problemas de drogadicción que oculta el problema a su familia", "paciente terminal que quiere guardar el secreto ante los suyos", "seropositivo que se niega a comunicárselo a

su pareja" y "abogado que solicita informe médico para beneficiar a su cliente". La actitud de los residentes se inclina a revelar información en los casos de: ""Sospecha de malos tratos", "paciente con E.T.S. cuya mujer recoge el resultado de la prueba diagnóstica", y "médico de empresa que solicita informe de un paciente en situación de ILT".

INTRODUCCION

Se entiende por secreto médico el deber de custodiar la información relativa a un paciente, revelada por él, o conocida a través de la relación profesional establecida por y para su atención sanitaria (1-7).

El derecho del paciente al secreto profesional en el ámbito sanitario viene recogido en todos los Códigos deontológicos (2). El Código de Etica y Deontología Médica vigente en nuestro país lo reconoce como un derecho del paciente. Abarca a todo lo que éste confía o el médico haya podido conocer, sin que ni la misma muerte del paciente exima al médico de su guarda, y obliga a todos los colaboradores que participan en la atención del enfermo, siendo responsables del secreto todos los miembros de un equipo sanitario (4).

Desde el punto de vista legal (1,2,6,7) el derecho al secreto profesional es un mandato constitucional (Art. 18,20,36) desarrollado en la Ley Orgánica 1/1982 de Protección Civil del derecho al honor, la intimidad personal y familiar. Su obligatoriedad está determinada por la Ley General de Sanidad (Art. 10.3 y 61) y por una serie de normativas específicas entre las que se encuentra la LORTAD (5/1992) y sus modificaciones, para el tratamiento informatizado de datos de carácter

personal, y el Estatuto Jurídico del Personal Médico de la Seguridad Social (Art.55).

Desde el pasado 24 de mayo de 1996, la revelación voluntaria o negligente del secreto profesional constituye un delito.

La salvaguarda de la confidencialidad es un deber conocido y respetado por todos los médicos desde siempre. Pero ¿es una obligación absoluta?. No. El mismo bien común que fundamenta la existencia del secreto profesional puede justificar su revelación. La ley, por su parte, establece determinadas enfermedades de declaración obligatoria y especifica los casos en que debe revelarse el secreto médico, tanto para evitar la comisión de un delito, como al ser llamado a declarar en un proceso judicial.

Los profesionales no siempre tienen claro qué es lo que debe hacerse. Mientras que algunos autores afirman que el secreto profesional es un deber inquebrantable (8), otros consideran que es una obligación relativa (2).

Los estudios practicados sobre cuestiones de confidencialidad en medicina de familia (9-11) muestran que los médicos de cabecera están muy interesados en el tema. Algunas publicaciones no han encontrado diferencias significativas entre el manejo de situaciones confidenciales entre médicos, residentes y alumnos de medicina (12).

Por sus propias características, la atención primaria permite un contacto estrecho y duradero en el tiempo entre el médico y el paciente. A lo largo de la relación clínica los miembros del equipo de atención primaria llegan a conocer muchos datos de la vida del paciente y sus familiares, con frecuencia atendidos también por el mismo grupo de profesionales. La atención continuada, tanto

en el centro como en el domicilio, y la relación con la familia del sujeto, unas veces como grupo familiar y otra como paciente, enriquece la relación clínica y favorece la confianza mutua. Pero puede ser también motivo de discrepancias y de dilemas éticos para el profesional (1,7).

El objetivo de este trabajo es describir como responden los residentes de medicina familiar y comunitaria de los dos hospitales docentes de Zaragoza ante diferentes supuestos que implican el deber de secreto, como primer paso para acercarnos a las actitudes de los médicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras seleccionar una serie de supuestos clínicos, se elaboró un cuestionario autocumplimentable de respuesta cerrada (tabla 1). Se procedió a la distribución individualizada del mismo a todos los residentes (primero, segundo y tercer año) durante el último trimestre de la etapa formativa correspondiente. Al final del cuestionario se recogían datos del encuestado como sexo, edad, religión, formación ética, hospital de referencia y año de residencia.

Los datos fueron procesados con un ordenador Pentium 100, mediante una base de datos y programa estadístico tipo spss para windows.

Para la descripción de la población se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de las variables cualitativas, y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas.

Para la comparación de porcentajes se utilizó el Test Ji cuadrado y la prueba exacta de Fisher en tablas de contingencia 2x2 con

algún valor esperado menor de 5. Se consideraba que las diferencias eran significativas si la *p* era, al menos, inferior a 0,05.

RESULTADOS

De los 109 residentes respondieron al cuestionario 54 (49,5%). Sus características se recogen en la Tabla 2. No se encontraron diferencias significativas entre la muestra y la población de referencia respecto al porcentaje de residentes de ambos hospitales docentes, proporción de primer, segundo y tercer año, y distribución por sexo. La media de edad era de 28,2 +/- 3,03 con rango de 24 a 38 años. Los que procedían del HCU eran discretamente mayores que los del Hospital Miguel Servet, al igual que en la población de origen. El 81,5% de ellos se manifestaban creyentes. Sólo un 24% refería haber recibido formación ética.

Entre un 68% y un 92% referían conocer o creer posibles los casos presentados. Los casos que habían sido vividos por un mayor porcentaje de ellos eran el 4 (paciente diag-

nóstico de cáncer terminal que lo quiere ocultar a la familia), con un 28%, y el 3 (paciente con E.T.S. cuya esposa va a buscar el resultado del exudado uretral), con un 26%. Entre el 60 y el 83% de los residentes consideraban difícil o muy difícil decidirse.

Los resultados de la encuesta se recogen en la Figura 1.

En el grupo de residentes el sexo determinaba diferencias significativas en la toma de decisiones del caso 4 (paciente diagnosticado de cáncer terminal que lo quiere ocultar a la familia) las residentes son más partidarias de revelar información que los residentes. (Figura 2)

El único caso en el que aparecen diferencias significativas entre residentes de primero, segundo y tercer año (R1, R2 y R3), es el caso 2 (adolescente con adicción a drogas que no quiere informar a sus padres). Figura 3. Dentro de una mayor respuesta global de respeto a la confidencialidad, los R1 son más partidarios de revelar información que los R2 y R3 (35% frente a 10%). Figura 4.

TABLA 1
CUESTIONARIO

	Respetar la confidencialidad	No respetar la confidencialidad	NS / NC ¹
CASO 1: Sospecha de malos tratos a un menor.			
CASO 2: Joven (16 años) con adicción a drogas que no quiere informar a sus padres.			
CASO 3: Paciente con E.T.S. ² cuya esposa va a buscar el resultado del exudado uretral.			
CASO 4: Paciente diagnosticado de cáncer terminal que lo quiere ocultar a su familia.			
CASO 5: Médico de empresa que solicita información sobre una paciente de baja laboral.			
CASO 6: Paciente VIH ⁺ ³ que se niega a informar a su pareja.			
CASO 7: Abogado de una paciente en trámites de separación que solicita información para favorecer a su cliente.			

1 = No sabe, no contesta

2 = Enfermedad de transmisión sexual

3 = Virus de la inmunodeficiencia humano

TABLA 2
CARACTERÍSTICAS DE LOS RESIDENTES ENCUESTADOS

	NÚMERO	PORCENTAJE NO VÁLIDO
EDAD		
• < 26 años	40	75,5%
• o más años	13	24,5%
• NS/NC	1	
SEXO		
• Hombre	12	22,5%
• Mujer	41	77,5%
• NS/NC	1	
RELIGIÓN		
• Creyente	44	88%
• No creyente	6	12%
• NS/NC ¹	4	
FORMACIÓN ÉTICA		
• SI	13	26%
• No	37	74%
• NS/NC ¹	4	
EXPERIENCIA CLÍNICA		
• SI	33	69%
• NO	15	31%
• NS/NC ¹	6	

Figura 1: Residentes ante situaciones de confidencialidad

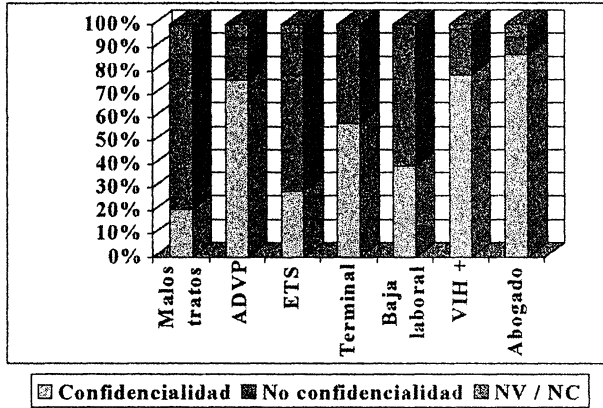


Figura 2: Diferencias que establece el sexo ante un paciente terminal

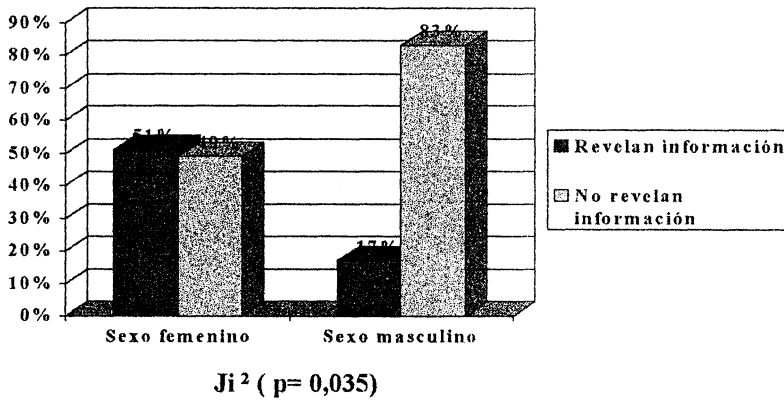


Figura 3: diferencias entre R1 y R3 frente al SIDA

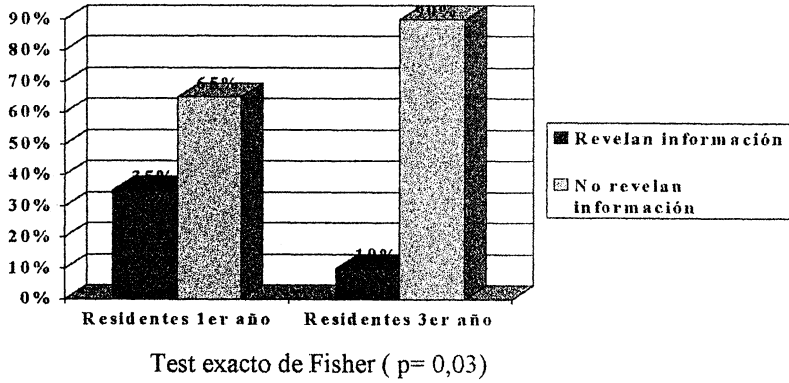
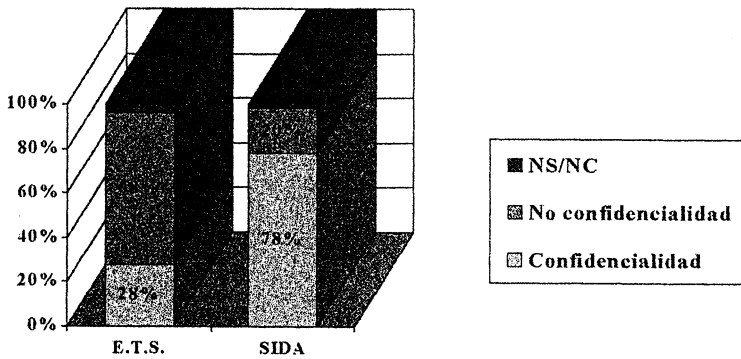


Figura 4: E.T.S. versus SIDA



DISCUSION

El estudio aporta datos hasta ahora desconocidos sobre la opinión de los residentes ante dilemas de confidencialidad que surgen en la práctica clínica. No hay estudios de estas características publicados en nuestro país. Tampoco se parece a los cuestionarios empleados para estudiar la actitud de los médicos frente al deber de secreto a nivel nacional e internacional (9-12).

Llama la atención que, existiendo un conflicto entre justicia (peligro cierto de contagio de una enfermedad a una persona identificable) y autonomía (respeto a la confidencialidad e intimidad de la persona enferma) en el caso 6 (paciente VIH positivo que se niega a informar a su pareja), y en el caso 3 (paciente con E.T.S. cuya esposa va a buscar el resultado del exudado uretral), las respuestas hayan sido tan dispares, sobre tratándose de una enfermedad incurable en el primer caso (Figura 4). Mientras que prima sin lugar a dudas la confidencialidad del seropositivo, se tiende claramente a revelar información en el caso de la E.T.S.

Bibliografía

1. V.V.A.A. Sobre Bioética y Medicina de Familia. Documento Semfyc nº 7, Palma de Mallorca, 1996.

2. El Secreto Profesional. Enfoque multidisciplinario. JANO 1992; 43: 1544-86.

3. Gisbert Calabuig J. El Secreto Médico. En: Polaino Lorente A. Manual de Bioética General. Madrid: RIALP, 1994: 298-310.

4. Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médicas. Navarra: Eunsa 1993.

5. Castillo García A. El secreto médico. Cuadernos de Bioética 1996; 2: 202-209.

6. Secreto en la esfera médica. En: García Macho R. Secreto Profesional y libertad de expresión del funcionario. Valencia: Tirant Loblanch 1994: 94-123.

7. Delgado Marroquín MT. Secreto Profesional. En: Pautas de Actuación en Medicina de Familia. Barcelona: Doyma, 1997 (en prensa).

8. Kottow EH. Medical confidentiality: an intransigent and absolute obligation. J Med Ethics 1986; 12: 117-122.

9. Lako CJ, Huygen FSA, Lindenthal JJ, Persoon JMG. Handling of confidentiality in general practice. A survey among 272 general practitioners in the Netherlands. Fam Pract 1990; 7: 34.

10. Lako CJ, Lindenthal JJ. Confidentiality in Medical Practice. J Fam Pract 1990; 31: 167-170.

11. Lako CJ, Lindenthal JJ. The management of confidentiality in general medical practice: a comparative study in the U.S.A. and The Netherlands. Soc Sci Med, 1991; 32 :153

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

Dirección correspondencia: M^a Teresa Delgado. Marroquín. E. Gómez Avellaneda 57, 3, 1^oD Zaragoza 50015