

El principio de confidencialidad

Emilio García Procel

En la práctica cotidiana de la medicina occidental se ha considerado establecer básicos y fundamentales nexos de responsabilidad compartida entre los médicos y sus pacientes. Esta vivencia, en muchas ocasiones puede llegar a un extremo paternalista e ignorar los deseos y las expectativas de los enfermos y aún falsear la realidad patológica de los mismos.

El principio de confidencialidad es la expresión moderna de lo que en el pasado se conoció como secreto profesional. El texto donde se le menciona fue escrito en griego antiguo y quedó incorporado, en los primeros siglos de nuestra Era, en la colección del *Corpus Hippocraticum* bajo el título de Juramento:

“Todo lo que llegue a mi conocimiento en el ejercicio de mi profesión o fuera de ella o en mi diaria relación con los individuos, evitaré diseminarlo y nunca lo revelaré”.

A lo largo de la historia, este Juramento incorpora valores éticos que han sido determinantes protectores de los pacientes en el mundo de las cotidianas relaciones entre ambos.

El deseo pertinaz de hacer descansar la relación médico-paciente en base al respeto y la confianza constituye uno de pilares de la ética médica. La confidencialidad tiene sentido al unirse con las otras premisas como el respeto a la autonomía de los pacientes y actuar con justicia y los principios hipocráticos de evitar causarle daño y procurar su beneficio.

Sin embargo, en épocas recientes estos principios se han visto modificados o reinterpretados ante la desmitificación de la medicina o ante la incorporación de los descubrimientos e innovaciones técnicos y científicos. Estos cambios empezaron a hacerse notorios a partir del Renacimiento con el surgimiento de las universidades, el sentido de la profesionalización y la competencia médica, el surgimiento de las primitivas instituciones dedicadas al manejo de las enfermedades sobre todo las de carácter infecto-contagiosas dejando atrás el simple cuidado de los enfermos para ingresar al mundo del tratamiento general de las enfermedades con la incorporación de los registros, sus principios del registro informativo y la emergencia paulatina de actividades especializadas

promovidas al través de distintos medios de comunicación científica.

Con el advenimiento de las amplias posibilidades operativas de las instituciones dedicadas a la salud, todos estos principios se han tenido que ser sometidos a un análisis crítico. Sería inimaginable la falta de un cauce continuo de información utilizable para el desarrollo de las instancias operativas.

Por este motivo, la confidencialidad constituye en la actualidad un principio sometido a muy alta presión y escrutinio de la relación médico-paciente desbordando el interés a la sociedad de distintas formas.

Para empezar debemos aceptar establecer las limitaciones operativas que requieren ser preservadas en las múltiples facetas que poseen. No cabe la menor duda que la confidencialidad debe proteger al paciente en su autonomía y su privacidad. Constituye un requisito fundamental para asegurar una buena práctica médica y establece un signo de confianza entre los médicos ante el temor de diseminar información innecesaria. Desde tiempo atrás el principio ha tenido que irse modificando para adaptarse a las modalidades de los diferentes momentos.

En la práctica médica actual los esfuerzos por mantenerla en su expresión original están destinados al fracaso y generan mayores problemas que soluciones.

Sometido a juicio analítico debe aceptar que en su aplicación primitiva careceríamos de toda la información médica útil el conocimiento de las enfermedades y las áreas del quehacer médico. Sin su rompimiento parcial jamás habría sido posible construir lo que Sir William Osler llamó “la gran República de la Medicina”.

En la actualidad debemos señalar que las notas y registros médicos constituyen documentos que pueden ser consultados por un gran número de personas y por otro lado, es un derecho de los pacientes mantener, con carácter de privacidad. Se ha aceptado que información médica sea liberada de manera que el individuo no pueda ser identificado y tan sólo aquella útil para el médico tratante, el equipo hospitalario participante, las instituciones de salud. Baste mencionar que tan sólo en un hospital de mediana capacidad tienen acceso a la información de los pacientes entre 25 a 100 personas

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina de la UNAM

Correspondencia: Dr. Emilio García Procel

Palacio de Medicina

Brasil Núm. 33, Plaza de Santo Domingo

Centro Histórico, México D.F.

Tel. 56 23 31 13

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

pertenecientes a los múltiples servicios de salud que lo conforman.

Nuestro problema surge al tratar de establecer los límites de la confidencialidad. En otras situaciones de posible difusión suele mantenerse en reserva y tan sólo bajo permiso escrito podrá ser liberada. Asimismo en algunas circunstancias operativas modernas este compromiso resulta funcional. Su mejor aplicación práctica se aprecia en la investigación, en el estudio de casos o cuando los escritos se publican, la identidad del paciente nunca se revela e inclusive cualquier dato que lo pudiese reconocer suele eliminarse o cambiarse. Si este proceder no se cumple el paciente está en posibilidad de reclamar y aún establecer demanda legal.

La dificultad máxima actual radica en incluirlos en los registros de las empresas de salud que deben pagar los seguros, directa o indirectamente o terceros pagadores, ya sean privados o públicos. En este sentido resulta casi imposible mantener información verdaderamente confidencial y los registros médicos quedan al alcance no sólo del personal hospitalario sino también a otras instancias administrativas, aseguradoras y incluso legales. De manera más pormenorizada varias son las organizaciones que han venido solicitando información sobre los pacientes y sus padecimientos. Otras instituciones de salud, empresas de asistencia financiera, terceros pagadores, instituciones de salud y de investigación, los propios familiares (aún en condiciones inciertas y sospechosas) y los sistemas judiciales o legales.

Desde principios del siglo XXI se ha visto con preocupación la difusión de la información y sus limitaciones. Existe una corriente que busca establecer subcomités de ética para analizar su liberación. Varios organismos vigilan y controlan los asuntos administrativos, otros protegen los derechos humanos, otros más enfocan el mundo de la economía, las inversiones de las aseguradoras y de los terceros pagadores y finalmente existe un escrutinio social.

Nuestro mundo, favorecimiento la productividad y el comercio tiende a relegar a la ética médica a un segundo plano. Ha surgido un discreto deseo de introducir una ética de los negocios que pretende examinar el proceso desde distintas perspectivas; sin embargo, las argumentaciones han conducido al mundo de conflicto entre los distintos grupos de la cadena comercial. Así, algunos proponen que el principal objetivo de los negocios consiste en obtener las máximas ganancias y otros, por el contrario, suponen que los negocios debe adaptarse a la ley y adherirse a los principios morales que operan en la sociedad.

De este conflicto nació hace años, la Teoría de la Justicia, proclamada por John Rawls y el Movimiento de la Calidad de Tomás Donason.

Más recientemente surgió el concepto de la Responsabilidad Social Corporativa que incluye algunos principios ético-sociales. Esta corriente considera el cada vez mayor interés internacional e incluye aspectos domésticos prima-

rios de las distintas sociedades humanas. Refleja el interés y las futuras expectativas globalizadoras sustentables que incluya todas las regiones del mundo. Toma en consideración las contribuciones de las corporaciones orientadas a favorecer el desarrollo económico de los países y unificar los múltiples intereses sociales y ambientales.

En los últimos 20 años, el aspecto dedicado a los recursos humanos hace participar un manejo profesional aplicado más eficiente. Se viene insistiendo sobre la prioridad del liderazgo y el trabajo en equipo eficientes. El paradigma busca motivar un marco conceptual racional y estratégico en la responsabilidad de las organizaciones; tanto en la esfera interna así como en su relación externa al través del establecimiento de perspectivas y expectativas a largo plazo.

Las empresas dedicadas a los distintos aspectos de la salud sobre todo, deben incluir al futuro la incorporación de valores, tradiciones y presiones ejercidas sobre el ambiente laboral e incluir las decisiones generales de la ética y la bioética.

El panorama ante el cual las diferentes naciones deben analizar cuidadosamente los beneficios y los costos de las distintas alternativas para mejorar la información médica y los alcances de la atención médica. Como todos los aspectos que interesan a los pacientes y sus médicos nos enfrentamos profesionalmente a los problemas éticos biomédicos del mundo incluyendo el ecológico, buscando fórmulas internacionales que nos permitan abordarlas de manera más integral y satisfactorias.

Por tanto, el clima de la ética médica globalizada debe hacer participar valores y requerimientos formales que puedan ser capaces de afectar a los intereses interpersonales tradicionales de la sociedad.

De no tomar en consideración ésta y otras preocupaciones de la ética médica y la bioética actual solamente podríamos esperar al futuro, incremento de la tensión social, experiencias económicas desafortunadas y descalabros políticos.

Bibliografía

1. Adams F. *The Genuine works of Hippocrates*. Williams & Williams Co. Baltimore. 1939.
2. Bilbeny N. *Ecoética. Ética del Medio Ambiente*. Aresta. España, 2010.
3. Crocker DA. *Ethics of Global Development*. Agency, Capability, and Deliberative Democracy. Cambridge Prrss. 2008.
4. Gupta AD. *Ethics, Business and Society*. Response SAGE Pub. California. 2010.
5. Kulse E, Singer P. *Bioethics. An anthology*. Blackwell pub. Australia. 1999.
6. Lomberg B. *Global crises, global solutions*. Cambridge Univ. Press. Cambridge. 2009.
7. Morrison EE. *Ethics in Health Administration*. A Practical Approach for Decision Makers. Jones and Barlett Pub. Boston. 2006.
8. Nash DB, Goldfarb NI. *The Quality solution. The Stakeholder's Guide to Improving Health Care*. Jones and Barlett pub. London. 2006.