

**“DILEMAS DE CONFIDENCIALIDAD EN LA ATENCIÓN DE
PERSONAS CON VIH/SIDA”**

LILIANA BEATRIZ RAMOS

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN BIOÉTICA**

**“DILEMAS DE CONFIDENCIALIDAD EN LA ATENCIÓN
DE PERSONAS CON VIH/SIDA”**

Trabajo de tesis para optar al título de Magíster en Bioética

Autor: Liliana Beatriz Ramos

Director: Dr. Diego Fonti

**CÓRDOBA
REPÚBLICA ARGENTINA
2017**

“LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS NO SE HACE SOLIDARIA
CON LAS OPINIONES DE ESTA TESIS”

ÍNDICE

Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción	4
2. Análisis bioético del problema.....	15
3. Metodología	37
4. Resultados.....	41
5. Análisis	77
6. Conclusiones.....	83
7. Propuestas.....	85
8. Anexos	86
9. Bibliografía	96

RESUMEN

Este trabajo aborda los dilemas de confidencialidad planteados en la práctica asistencial a los profesionales de un hospital público de perfil infectológico, en particular los que surgen cuando un paciente con VIH-sida se niega a comunicar su situación a la pareja sexual.

Se parte de una indagación del concepto de confidencialidad estudiando su vinculación con otros conceptos seleccionados: intimidad, beneficencia, autonomía y secreto profesional, y se analizan sus implicancias éticas y legales en el ejercicio profesional.

A continuación se desarrolla una indagación empírica de tipo cualitativa a través de la realización de entrevistas a los profesionales que integran el equipo de salud del Hospital Rawson de la ciudad de Córdoba, con el relato de los distintos casos dilemáticos que atendieron en la práctica y los modos de resolución adoptados.

Se establecen, por último, conclusiones y propuestas a partir de las propias experiencias de los entrevistados.

ABSTRACT

This research work deals with the dilemmas about the confidential framework in the health care practices faced by professionals working at public hospitals for infectious diseases, especially those arising from the HIV-AIDS patients' denial to communicate his/her situation to their sexual partner.

First, the concept of confidentiality is developed, studying its relation to other key concepts: privacy, social welfare, autonomy and professional secret, as well as the ethical and the legal implications in the professional field.

Then, an empirical and qualitative research is carried out. It includes interviews with professionals belonging to the staff of the Hospital Rawson, in the city of Córdoba where they talk about the different problematic cases, and the procedures followed.

Finally, conclusions and suggestions based on the interviewees' experiences there will be presented.

1. Introducción

1.1 Marco contextual: el Hospital Rawson, historia y presente

El Hospital Rawson (HR) de la ciudad de Córdoba (Argentina) es una Institución que depende del Ministerio de Salud de la Provincia, y que atiende pacientes con patologías variadas, predominando las infecciosas.

Entre los antecedentes más remotos de los fundamentos de creación de un Hospital dedicado a la atención de pacientes con enfermedades infecciosas, figura la epidemia de la viruela a fines del año 1700 y luego la del cólera, la cual se repitió en años posteriores, especialmente en 1886, con renovados casos fatales. Otro de los antecedentes relevantes se remonta hacia mediados de la década de 1910, cuando el municipio de la ciudad construyó la denominada “Casa de Aislamiento”, destinada a la atención de pacientes de extrema marginalidad que eran apartados temporariamente por las características de sus patologías.

Su primer emplazamiento se encontraba en los predios correspondientes a la actual Terminal de Ómnibus, donde había un hospicio cerrado que era administrado por religiosas. Esta Institución, adquiere el nombre de Hospital Rawson en el año 1921 y desde entonces se lo identifica con la atención de enfermos con patologías infecciosas. En ese entonces, como señala Carbonetti: “en la Provincia de Córdoba no existían establecimientos hospitalarios que dependieran directamente del Estado provincial, la mayoría pertenecían a sociedades de beneficencia, aunque con el apoyo pecuniario de la Provincia” (Carbonetti, 2005: 90).

Con motivo de la expropiación de los terrenos para la construcción de la actual Terminal de Ómnibus, es que se produce el

traslado al presente establecimiento dependiente de la Provincia, que fuera diseñado originalmente como casa asilo de menores madres, por lo que fue necesario adaptar la infraestructura para que funcionara como hospital. La inauguración del nuevo edificio se realizó el 17 de agosto de 1963. En la actualidad está ubicado en el denominado Polo Sanitario de la ciudad de Córdoba, en la calle Bajada Pucará 2025, esquina Ferroviarios, al costado del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad y frente al Nuevo Hospital San Roque.

Ante la irrupción de una nueva enfermedad, el VIH-sida, que luego se convirtiera en una pandemia, se realizaron décadas atrás importantes reformas edilicias. Tanto los distintos Pabellones como las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y de Cuidados Intermedios (UCI), fueron reacondicionados de tal modo que actualmente ofrecen una funcionalidad adaptada a las normas de bioseguridad que deben seguirse en la atención de los pacientes.

Es un Hospital Escuela de mediana complejidad, y aunque recibió últimamente la denominación de Polivalente por el Ministerio de Salud de la Provincia, se continúan recibiendo pacientes con patologías predominantemente infecciosas.

Este breve recorrido histórico nos permite comprender la construcción de determinadas características que imprimen un sello particular a la institución, al equipo de salud y a la población que concurre habitualmente a la misma. En relación a esto José Bleger señala “el ser humano encuentra en las distintas instituciones un soporte y un apoyo, un elemento de seguridad, de identidad y de inserción social o pertenencia” (Bleger, 1974: 80), lo que permite entender algunos de los preconceptos que se ponen en juego cuando se hace alusión al tema de las relaciones entre los individuos y las instituciones que forman parte. Con respecto al VIH-sida, las representaciones sociales dan cuenta de los prejuicios existentes en la comunidad hacia aquellas personas que concurren al hospital para su atención, las que al tener esta

infección son en muchas ocasiones objeto de estigmatización y exclusión social.

El tratamiento de esta nueva enfermedad planteó al equipo de salud en general, numerosas dudas y temores acerca de cómo hacer frente a esta nueva realidad social, dadas las complejas cuestiones de naturaleza ética y legal que comporta.

1.2 Punto de partida de la presente investigación

La principal motivación que condujo a indagar sobre el tema de la confidencialidad y sus dilemas surgió a partir de observar en la práctica asistencial el problema que aparece cuando un paciente con vih-sida se niega a informar de su situación a su pareja, y las diferentes posturas que asumen los profesionales de la salud en la resolución de este conflicto.

A partir de las experiencias vividas por el equipo de salud, surgió la necesidad de estudiar las relaciones entre los derechos establecidos legalmente y que dan un marco a la privacidad y autonomía de los pacientes, y las tensiones y dilemas que surgen para los equipos de salud frente a una posible transmisión de la enfermedad por causas directamente relacionadas con la no comunicación de su situación a sus parejas por parte de quienes la portan. Es por esto que este trabajo trata sobre el tema de la confidencialidad y sobre los dilemas que esta cuestión actual plantea en la práctica diaria a los profesionales de un hospital público de perfil infectológico. Siendo un concepto tan complejo en el ámbito de la salud, aquí se trata de aclarar su significado para poder aplicarlo a problemas concretos que surgen en la práctica asistencial. Se analiza también su repercusión en especial ante una enfermedad infecciosa transmisible como el vih-sida, y los problemas éticos y legales que su aplicación, y la de otros conceptos relacionados

como intimidad, secreto médico, beneficencia y autonomía, presenta al profesional en el ejercicio de su actividad.

1.3 Preguntas que orientarán la indagación y primer esbozo de respuesta a partir del marco legal y deontológico vigente

Frente a la realidad descrita surgen un conjunto de interrogantes iniciales:

- ¿Qué significado tiene el concepto de *confidencialidad*?
- En el ámbito sanitario, ¿qué repercusiones tiene la confidencialidad ante determinadas enfermedades infecciosas transmisibles tales como el vih-sida?
- ¿Qué problemas éticos y legales plantean a los profesionales la aplicación de este concepto?
- Ante situaciones complejas, ¿cómo resuelven los profesionales los problemas enunciados para tomar decisiones en el ámbito de la salud?
- ¿Qué criterios utilizan los profesionales en las decisiones que toman en relación a la confidencialidad?

Estos cinco interrogantes estructuran la indagación del presente trabajo.

Como se ha descrito en párrafos precedentes, la legislación nacional vigente que entiende sobre la protección de la confidencialidad en vih-sida, obliga a los profesionales involucrados en la actividad asistencial a no revelar la información del diagnóstico. La Reglamentación de la Ley N° 23.798, en su art. 2, inc. c) establece que “los profesionales médicos así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus vih o se halle enferma de sida, tienen prohibido revelar dicha información” (...). Vemos aquí que la ley garantiza la confidencialidad

como derecho individual que debe ser resguardado para no individualizar a las personas ni producir estigmatización. Aunque, al mismo tiempo, afirma que no se trata de una norma absoluta y establece un marco de excepciones que tienen un carácter extraordinario y limitado. La última, expresa lo siguiente: “Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor”. Aquí, como contrapartida, la ley le reconoce al profesional una responsabilidad en la prevención ante una probable transmisión de la enfermedad a otras personas. En el presente trabajo se consideró relevante tomar este último ítem de excepción previsto en la Reglamentación de la Ley nacional de Sida, para interrogar qué pasa con el deber del profesional médico de mantener la confidencialidad cuando un paciente con diagnóstico vih-sida se niega a informar, o permitir al profesional que informe de su situación a su pareja.

La normativa vigente, en este inciso de excepción, es poco clara y no contiene una solución expresa al conflicto, ya que deja en manos del médico tratante la responsabilidad de tomar el camino de la confidencialidad o el de la revelación como soluciones extremas al conflicto. Además no se han establecido cuáles son las instancias y bajo qué condiciones deberá tomarse una actitud u otra. En ese marco, y considerando que aún se tienen numerosos interrogantes, la pregunta central de este estudio se formula como sigue:

¿Cómo resuelven los profesionales de la salud del Hospital Rawson el conflicto de confidencialidad frente a la negativa del paciente de comunicar su diagnóstico a la pareja para prevenir un mal mayor?

1.4 Objetivos

Orientado por esta pregunta general, este trabajo de investigación se plantea con el propósito de reflejar esta complejidad, a través de la

realización de entrevistas a los profesionales que integran el equipo de salud del Hospital Rawson, con el relato de los distintos casos dilemáticos que tuvieron que enfrentar en la práctica cotidiana y los modos de resolución adoptados. Por ello, en el desarrollo de la investigación se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Conocer el modo de resolución de los dilemas de confidencialidad que los profesionales enfrentan en la práctica clínica.

Objetivos Específicos:

- Examinar las diferentes posturas que asumen los profesionales en relación a la confidencialidad.
- Describir las problemáticas principales y comunes de los profesionales en relación a la confidencialidad.
- Comprender el modo de razonamiento ético de los profesionales y los argumentos que sustentan sus decisiones.
- Conocer qué aportes requiere el profesional para la resolución de dilemas en relación a la confidencialidad.
- Sugerir a la institución un conjunto de criterios que faciliten la reflexión y orienten la resolución de dichos dilemas en la práctica cotidiana.

Se considera importante realizar este estudio ya que en la práctica clínica hospitalaria el profesional tiene que abordar complejas situaciones alrededor de la confidencialidad, que le plantean dilemas éticos. Esto le genera temores y dudas sobre las decisiones a tomar en

cada una de ellas. Para cada caso dilemático existen características propias que lo diferencian de los demás, en cuanto a tiempo, lugar y personas involucradas en la situación. Por ello, con el objetivo de incentivar la reflexión, se proporcionan algunos criterios de actuación que sirvan de orientación para tomar decisiones en casos conflictivos, a partir de las propias experiencias de los profesionales que trabajan en este ámbito.

1.5 Marco Teórico Conceptual: el concepto de confidencialidad en el marco bioético

La Bioética se difundió a todo el mundo desde los Estados Unidos en el marco del principalismo. La formulación de los principios surgió de la ética de la investigación en sujetos humanos con el Informe Belmont (1978) que introdujo los principios de: respeto a la persona, beneficencia y justicia. En el año 1979 Tom L. Beauchamp y James F. Childress publicaron el libro "Principios de ética biomédica", donde presentaron de modo paradigmático los principios ya enunciados en el Informe Belmont, pero aplicados a la práctica clínica: respeto a la autodeterminación del paciente (autonomía), hacer el bien (beneficencia), evitar el mal (no-maleficencia) y promoción de la equidad (justicia). El modelo principalista, con gran influencia en la bioética, se originó como una forma de enfocar los conflictos morales involucrados en las prácticas biomédicas debido al creciente desarrollo biotecnológico y ha mostrado una reconocida utilidad para el análisis de situaciones clínicas en el ámbito institucional. El desarrollo de estos principios en la práctica clínica permitió la aplicación de reglas éticas fundamentales, tales como la confidencialidad, la veracidad y el consentimiento informado.

Un importante aporte de este enfoque fue el reconocimiento del paciente como agente moral autónomo, con capacidad para tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud. Asimismo se observó la incorporación de estas reglas éticas en normativas jurídicas, tal el caso de la legislación nacional de sida N° 23.798/90. Esta ley establece pautas estrictas en relación a la obligación del médico en cuanto a la veracidad de la información que brinda, la protección de la confidencialidad del diagnóstico y el requerimiento del consentimiento informado previo a la realización de pruebas serológicas (Maglio, 2001: 21).

Un requerimiento que se ha reconocido en la historia de la ética médica, y se ha manifestado como condición sine qua non para un ejercicio pleno de la autonomía en el marco de la relación sanitaria, es la confidencialidad. Por eso, la confidencialidad es un derecho fundamental de las personas que son asistidas en una institución hospitalaria. Sin embargo y dada la complejidad de este ámbito, con frecuencia se observan dificultades en el resguardo de este derecho en situaciones tales como: la diversidad de profesionales que participan en la atención de un paciente, la falta de protección adecuada de las historias clínicas, la observación de pacientes por estudiantes de diferentes carreras sin consultarlos previamente, el informe de datos médicos de pacientes a terceras personas sin su consentimiento específico, entre otras tantas situaciones similares. En el área de salud, el problema de la protección de los datos de las personas incluye cuestiones referidas a este tema específico que aparece, en muchas ocasiones, muy ligado al concepto de intimidad.

La confidencialidad atañe a la comunicación de información privada y personal de una persona a otra, cuando habitualmente se espera que la persona que recibe la información, en este caso el profesional de la salud, no la revelará a un tercero (Sánchez-Caro y Sánchez-Caro, 2001: 17). En la situación de confidencia se comunica algo que pertenece al mundo interno del sujeto, algo íntimo, siendo el propio sujeto el que decide exteriorizar parte de su intimidad y la comunica al interlocutor. Las otras personas tienen un acceso limitado a la información confidencial, salvo que sean autorizadas adecuadamente por el titular. En consecuencia, se puede decir que, en la relación profesional de la salud-paciente, el derecho a la confidencialidad está basado en el derecho a la intimidad que, a su vez, está vinculado al principio de autonomía. Beauchamp y Childress sostienen que el derecho a la intimidad es una especificación del principio de respeto a la autonomía y se justifica por dicho principio. Así lo expresan: “los

derechos derivados de la intimidad son pretensiones válidas frente al acceso no autorizado, que tienen su base en el derecho a autorizar o denegar dicho acceso. Estos derechos están justificados por derechos derivados de las decisiones autónomas, correlativos a las obligaciones expresadas en el principio de respeto a la autonomía” (Beauchamp y Childress, 1994: 394). En relación con este aspecto, los ya citados autores afirman que “la justificación del derecho a la intimidad es paralela a la justificación del derecho a dar un consentimiento informado” (Beauchamp y Childress, 1994: 394).

Distintos autores coinciden en afirmar que la protección de la confidencialidad es fundamental en el caso de las personas con vih-sida y que la confidencialidad de la infección debe ser respetada primariamente a favor del paciente. Sin embargo, también sostienen que la confidencialidad acepta excepciones, siendo para ello condición necesaria que la finalidad tienda a proteger la salud pública y se respeten los derechos humanos, intentando así conciliar el interés individual con el general. Respecto a este punto cabe señalar que, desde la perspectiva de la salud pública y la protección de los derechos humanos, la bioética y el derecho han realizado importantes aportes al estudio del vih/sida. Jorge J. Ferrer señala que “el quebrantamiento de la confidencialidad puede exponer a la persona portadora del vih a numerosas discriminaciones, gravemente perjudiciales para sus legítimos derechos e intereses. Sin embargo, la confidencialidad no es un valor absoluto que deba prevalecer siempre en caso de conflicto” (Ferrer, 1997:150). Por su parte, Beauchamp y Childress indican que “las reglas de confidencialidad se consideran prima facie no absolutas, tanto para la ética como para el derecho. Las reglas de confidencialidad utilizadas de manera absoluta pueden originar circunstancias de daño o pérdida que hubieran podido evitarse” (Beauchamp y Childress, 1994: 408). Y desde la perspectiva del derecho se sostiene que “en una democracia constitucional, en la que la dignidad y el valor de la persona

humana ocupan un lugar prioritario y central, dicha dignidad exige que se respeten las decisiones personales, el propio plan o proyecto de vida que cada cual elige para sí, en la medida en que no perjudique a terceros ni afecte al bien común” (Bidart Campos y Herrendorf, 1991:169).

No escapa a la comprensión lógica de estas expresiones, ni mucho menos a la experiencia vivida por quienes trabajamos en el ámbito de la salud, que estas expresiones aparentemente claras y coherentes conllevan fuertes tensiones entre sí en los casos concretos. ¿Cómo hacer lugar a una excepción y en vistas de qué bien común, que conllevaría finalmente a no respetar el sigilo inherente a la confidencialidad? ¿Por otro lado, cuál sería el argumento legitimatorio que forzaría a guardar silencio ante una posible práctica de transmisión voluntaria y causada por la no comunicación de una condición?

Sucede que un capítulo dentro del tema de la confidencialidad es la problemática que plantea la negativa del paciente a comunicar su situación de infección a la pareja sexual, por las previsible consecuencias que esta decisión puede tener para la misma. En el presente trabajo se aborda esta situación dilemática y se analizan las circunstancias que justifican la aplicación de límites razonables en relación al respeto de la autonomía personal y la protección de la confidencialidad de la infección. En la práctica clínica del Hospital Rawson, cuando un paciente con vih-sida se niega a comunicar el diagnóstico a su pareja, lo que habitualmente hace el profesional es ofrecerle contención psicológica para trabajar los motivos de su negación y brindarle apoyo para que él mismo le pueda informar. La persistencia en su actitud de no comunicar plantea un dilema ético.

2. Análisis bioético del problema

La Bioética tuvo su origen al comienzo de los años setenta y se constituyó como una nueva disciplina fundada en los cuatro principios antes mencionados (Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia), que se convirtieron en pilares de su desarrollo, en particular en la corriente anglosajona. Posteriormente, la Bioética pasó por una etapa de reformulación y ampliación conceptual, dando lugar en el campo de la salud pública a importantes aportes teóricos que vienen siendo desarrollados principalmente en Latinoamérica que, como región, tiene otro contexto. Vemos así que la bioética de los principios se aplicó inicialmente al ámbito biomédico y se centró básicamente en los conflictos morales surgidos en el marco de la relación clínica profesional de la salud-paciente dentro de una institución sanitaria. Pero esta relación también involucra cuestiones y responsabilidades sociales teniendo en cuenta que el ser humano vive en sociedad y al estar integrado a una red de interrelaciones más amplia, otros seres humanos se ven afectados por sus acciones, por lo cual el respeto por los derechos no se reduce a la protección de una autonomía individual.

Por ello, si bien esta concepción principalista sigue siendo relevante y constituye un abordaje útil para analizar y dar respuesta a los dilemas que se presentan en el ámbito institucional, sin pretender sustituirlo, se añade a este modelo la aplicación de otras formas de abordaje que toman en cuenta principalmente el respeto a la dignidad humana y la protección de los derechos humanos, que son derechos universalmente pactados y compartidos por todos los miembros de la sociedad. Subrayando esta dimensión social e intersubjetiva que complementa a la individual, en el presente trabajo partimos de los principios en su comprensión y aplicación habitual en una institución de salud, pero esta visión se verá complementada y matizada con aportes

de otras corrientes que han ampliado estos principios tradicionales de la Bioética, reconociendo un contexto más amplio de consideraciones.

2.1 Beneficencia y Autonomía: aproximación conceptual

La beneficencia ha sido siempre el objetivo principal de la medicina. Se encuentra presente inicialmente en el texto del Juramento Hipocrático en la expresión: “en beneficio del paciente” (Gracia, 1989: 68). Diego Gracia señala que, en este antiguo documento, la célebre cláusula del secreto reúne las características sobresalientes de la ética médica griega: su rol sacerdotal y paternalista. El texto expresa que el ámbito del secreto lo establece el médico, quien aparece como una especie de sacerdote o padre que decide qué es lo que “jamás debe trascender” y, por consiguiente, actúa “según su capacidad y criterio”. Por su parte, el paciente aparece en un papel pasivo, sin capacidad para tomar decisiones en cuanto a su salud. Según este autor, a lo largo de la historia de la medicina el paternalismo ha sido la característica definitoria del rol profesional, aunque en tiempo reciente ha dado paso al reconocimiento de que el médico ya no puede ejercer esa beneficencia de un modo paternalista y absoluto.

La beneficencia no paternalista es definida por el autor como “aquella que intenta hacer el bien o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten” (Gracia, 1989 :103). Se entiende así que de acuerdo a este principio el profesional no puede hacer el bien o ayudar sin el consentimiento informado del paciente.

De este modo, en tiempo reciente, se comienza a reconocer que el acto médico no puede realizarlo el médico solamente, el paciente tiene un rol protagónico tanto en el consentimiento a un tratamiento como en la toma de decisiones misma. Por consiguiente, el médico debe permitir al paciente ejercer sus derechos y facilitar su participación en la

toma de decisiones. Además se reconoce que médico y paciente no están solos, existe un contexto asistencial, un equipo de salud, una familia y toda una red de relaciones sociales que enmarcan una serie de circunstancias condicionantes de las decisiones que se toman.

De acuerdo con Veatch, es posible encontrar la presencia de cuatro modelos diferentes del ejercicio de la medicina:

a) El médico ingeniero: es un técnico que, frente al paciente, le presenta el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, los riesgos y los beneficios, con el objetivo de dejarlo hacer sus elecciones. Su conducta sería parecida a la de un mecánico que actúa para reparar un daño. Según este modelo, el médico adopta una postura neutral y no da consejos al paciente, a quien deja solo en su elección.

b) El médico sacerdote: es el que tiene la palabra final, tanto en cuestiones médicas como morales. En sus manos están todas las decisiones porque él sabe lo que es bueno o malo para el paciente. En este modelo, el paciente recibe pasivamente las mejores decisiones y sus mejores prácticas. La imagen sacerdotal del médico tiene como característica positiva la cercanía, el interés y la compenetración con los problemas del paciente. Lo negativo es que decide en lugar del paciente y no se abre al diálogo. Como más atrás hemos mencionado, en medicina la relación paternalista es muy antigua y está expresamente establecida en el juramento hipocrático.

c) El médico amigo: en este modelo se establece una relación de cooperación y participación mutua, cuyo único fin es el bien del paciente. El médico aporta su saber profesional y el paciente su saber acerca de sus dolores, malestares, temores y esperanzas. En este vínculo participativo, el médico adopta una actitud de consejo, educación y cuidado del paciente. Esto constituye la amistad médica, que es una forma especial de amistad en la cual se conserva la comunión y participación mutua en actos que primariamente buscan el beneficio al más necesitado de recuperación y mantenimiento de la salud. Este

modelo subraya la fe y la confianza que todo profesional de la salud debe generar en la relación.

d) El médico que firma un contrato: en este vínculo cada uno de los integrantes tiene sus propios intereses y, como en todo contrato, hay una negociación para que cada uno pierda lo menos posible. El contrato acordado entre ambos garantiza al paciente que se llevarán a cabo todos los procedimientos que constan en el mismo. En este modelo no importa la empatía con el paciente, ambos protagonistas mantienen una distancia prudente que permite realizar los procedimientos sin invadir espacios. Este tipo de modelo médico como prestador de servicios es el que se observa con mayor frecuencia en la actualidad (Veatch, 1995: 56-62).

Esta secuencia de modelos, relacionados con la modalidad de ejercicio de la beneficencia, tiene su importancia ya que de acuerdo a las características que se impriman al acto médico, se juega la posibilidad de que el paciente tome decisiones autónomas respecto a su vida y su salud. A esto se añade la importancia de tener en cuenta el contexto familiar y social más amplio, la relación entre las personas, sus respectivos valores y derechos, así como las circunstancias clínicas particulares que enmarcan las decisiones del paciente.

Las decisiones del paciente requieren un marco de libertad y capacidad de disposición de sí que se han condensado en la palabra autonomía. La palabra autonomía deriva del griego *autos* (“propio”) y *nomos* (“regla, autoridad o ley”). Inicialmente se utilizó en Grecia haciendo referencia a la autorregulación y autogobierno de las ciudades-estado independientes. Para Beauchamp y Childress (1994:113) este término se utiliza en la actualidad en relación a las personas y hace referencia esencialmente al autogobierno, la elección individual, la libre voluntad, a ser dueño de uno mismo. En relación con este aspecto, los autores señalan que “una persona autónoma actúa libremente de acuerdo con un plan elegido, de la misma manera que un

gobierno independiente maneja sus territorios y establece sus políticas de acción” (Beauchamp y Childress, 1994: 114).

Esta noción de autonomía en el campo de las prácticas ha tenido diversas fundamentaciones en la historia del pensamiento, pero sin dudas una de las más influyentes surge del pensamiento de Kant. A fines del siglo XVIII en su obra *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, Kant dejó planteada su posición de que las personas son valiosas en sí mismas, tienen dignidad y no precio, son libres porque pueden elegir el tipo de conducta que van a realizar y son autónomas, esto es, tienen la capacidad de darse leyes a sí mismas y regirse por ellas. Desde esta perspectiva un ser autónomo es un ser capaz de darse leyes a sí mismo desde su propia razón, entendida como voluntad legisladora universal. La norma moral será por tanto aquella que comprenda que todos deberíamos cumplir. Refiere así que los distintos seres racionales se encuentran enlazados por leyes comunes de tratarse a sí mismos y a todos los demás como fines en sí mismos y no ser simples medios, “...los seres racionales se denominan personas porque su naturaleza los distingue ya como fines en sí mismos, esto es, como algo que no puede lícitamente ser usado meramente como medio y, por tanto en la misma medida restringe todo arbitrio (y es objeto del respeto)” (Kant, 1996: 187). La afirmación kantiana constituye un fundamento para los derechos humanos y sirve al mismo tiempo de orientación moral para la conducta, puesto que entiende que cada uno de nosotros ha de decidir qué leyes cree que son propias de las personas, qué normas un sujeto se daría a sí mismo en tanto que persona.

Y su condición racional les permite ponerse fines a sus propios actos, y de ese modo tomarse a sí mismos como fines. En esto reside su valor propio, y precisamente por este reconocimiento de su valor en sí mismas, merecen las personas ser respetadas (Cortina y Martínez, 1996: 145).

¿Qué quiere decir entonces respetar la autonomía de una persona? Esto implica respetar su derecho a tener opiniones propias, a elegir y a realizar acciones basadas en sus propios valores y creencias personales. Pero ¿qué pasa cuando, por ejemplo, en el ámbito de la salud, los profesionales se encuentran ante situaciones en las cuales este derecho individual de un paciente tiene consecuencias previsibles que afectan la integridad de otra persona con la cual se relaciona?

Beauchamp y Childress sostienen que para que este principio de respeto a la autonomía pueda servir como guía práctica para la conducta, tiene que ser especificado en función del contexto. Y en base a eso, se indicará cuáles son las excepciones válidas, teniendo en cuenta que, en ocasiones, los derechos de una persona se ven limitados por los derechos de otra. Señalan los autores un ejemplo típico que puede darse en el ámbito de la asistencia sanitaria: si la elección de un paciente, supone un peligro para la salud pública o un peligro potencial para otras personas, es posible justificadamente limitar el ejercicio de su autonomía (Beauchamp y Childress, 1994: 118).

Por consiguiente, es importante tener presente esta dimensión solidaria que tiene lugar en las relaciones intersubjetivas y subrayar que las posibles consecuencias de las acciones o decisiones que se toman es una cuestión ética relevante. Y en la actualidad existe un amplio consenso entre los especialistas con respecto a la necesidad de hacerse cargo responsablemente de las consecuencias previsibles de aquellas acciones que puedan afectar a otros.

En base a lo expuesto, puede denotarse una tensión muy interesante. Pues si bien la autonomía es siempre pensada a nivel personal, resulta también necesario considerar que la persona existe en una sociedad y está inmersa en un conjunto de relaciones. Generalmente se encuentra enlazada con otros por vínculos en los que precisamente se efectiviza, aunque no siempre es así, el respeto mutuo por la autonomía. Y en base al reconocimiento de esa reciprocidad y

correspondencia igual de derechos de una persona con otra (mutualidad) se identifica también la necesidad de una comunicación y un acuerdo, ya que en un sistema de vida democrático, la persona, además de expresar sus preferencias subjetivas, participa en la organización de la vida social. Por lo tanto, la autonomía personal no puede confundirse con el individualismo. Por eso, Adela Cortina dice que “un individuo es cualquier ser completo en su género, sea animal o vegetal, mientras que la persona autónoma se define por ser un individuo capaz de darse a sí mismo leyes universales” (Cortina, 1990: 282). En este sentido, para la autora, el término autonomía no significa “hacer lo que tengo ganas” sino optar por aquellos valores que son universalizables ya que se aplican a todos los seres humanos. Lo cual significa que en una sociedad democrática ha de respetarse el carácter autónomo de todos los ciudadanos que pertenecen a la misma. Ello implica respetar cada cual su autonomía sin perjudicar al otro.

Se entiende así que la persona decide libremente en un contexto donde todos los miembros deben ser tratados como fines y en donde la libertad de expresar sus preferencias subjetivas y de autolegislar internamente se entienda también como participación en la organización social externa. La cuestión consiste en conectar la autonomía individual en una trama de relaciones intersubjetivas. Adela Cortina señala que “puesto que de la autonomía procede la dignidad humana, todos los hombres son igualmente dignos y tienen igual derecho a decidir y discutir las leyes por las que han de regirse” (Cortina, 1996: 196).

2.2 Conceptos relacionados: intimidad, confidencialidad y secreto profesional

La autonomía tiene un carácter de autolegislación subjetiva, es decir, de potestad de decisión respecto de fines que conciernen a la

propia persona. Al mismo tiempo, supone que esos fines puedan permanecer en el ámbito de la intimidad subjetiva, si es parte de la propia decisión del sujeto que así sea. De acuerdo con el Diccionario de la lengua española de la Real Academia, la intimidad se define como “la zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia”. Se agrega además que íntimo, del latín *íntimus*, es “lo más interior o interno”. ¿Y qué contenidos conforman la intimidad de los seres humanos? Lo íntimo se compone de valores, creencias, deseos, ideas, afectos, etc. que nos dan identidad y nos diferencian de las demás personas. Se puede decir entonces que en un sentido amplio el concepto de intimidad define la existencia de un necesario espacio propio, íntimo y reservado donde el ser humano puede expresarse en sí mismo y donde solo acceden otros si son autorizados, y habitualmente en forma parcial. La descripción física sería la de un círculo acotado espacialmente dentro del cual no se puede penetrar sin el consentimiento del titular. La afectividad, la sexualidad, la condición de tener una determinada enfermedad y toda la información que un sujeto desea mantener en reserva, pertenece a ese círculo (Benéitez Merino, 2000: 38).

En un principio, el derecho a la intimidad fue interpretado como protección de un área de vida privada frente a la intrusión de otros y también como medio de preservar información personal frente a los demás. Se desprende de lo anterior que intimidad es un concepto bastante amplio, lo cual hace que se confunda con la noción de confidencialidad en muchas ocasiones y se utilicen ambos términos en forma indistinta. Por ello trataremos de dar algunas precisiones al respecto.

La confidencialidad se define en el Diccionario de la Lengua de la Real Academia Española como “la calidad de confidencial”, que a su vez se define como “lo que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas”. Además se puede agregar que es

“la situación en la que tiene lugar la confidencia” y que confidencia deriva del latín *confidentia*, que significa según el mismo Diccionario, “revelación secreta, noticia reservada y confianza estrecha e íntima”.

La confidencialidad está muy ligada al concepto de secreto médico y, en la tradición médica, está considerada como un requerimiento absoluto. El Juramento Hipocrático, como ya señalamos, es un documento fundamental de la ética médica y expresa lo siguiente: “Lo que en el tratamiento o incluso fuera de él, viere y oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré teniéndolo por secreto”. En Estados Unidos, el Código de Ética de la Asociación Médica Americana (AMA), adoptado en 1957, establecía como requisito de confidencialidad: “Un médico no puede revelar las confidencias depositadas en él, en el curso de la atención médica, o las deficiencias que pueda observar en el carácter de los pacientes, salvo que sea requerido para hacerlo por la ley o que sea necesario hacerlo para proteger el bienestar del individuo o de la comunidad”.

La Asociación Médica Mundial en su Declaración de Ginebra también estableció reglas de confidencialidad: “Respetaré los secretos que se me confíen, incluso después de la muerte del paciente”. Y en su Código Internacional de Ética Médica estableció un requisito aún más exigente: “Un doctor guardará secreto absoluto sobre todo lo que conozca de su paciente, debido a la confianza depositada en él”.

En síntesis, la protección de la confidencialidad se encuentra como requisito en los distintos códigos de ética. Este modo de protección se convierte, deontológicamente hablando, en un deber, el cual ha sido plasmado en la noción de “secreto profesional”. Al respecto, Javier Sanchez-Caro y Jesús Sánchez-Caro definen el secreto profesional como el compromiso que adquiere el profesional, tradicionalmente el médico, ante el paciente, de guardar secreto sobre todo aquello que le hubiere sido confiado por el paciente o que llegue a

conocer sobre él en el curso de su atención médica. Y de acuerdo a su alcance, distinguen dos tipos: a) Secreto médico absoluto: en la relación clínica se mantiene el secreto intacto frente a cualquier circunstancia; se equipara al secreto de confesión de la tradición católica, que significa inhabilitación absoluta de su comunicación, y b) Secreto médico relativo: según esta doctrina no puede mantenerse el secreto cuando haya un perjuicio serio para otras personas o para la sociedad, estableciéndose, en consecuencia, las necesarias excepciones o límites (Sánchez-Caro y Sánchez-Caro, 2001: 110). Y es aquí donde surgen inmediatamente las tensiones entre intimidad y confidencialidad que protegen derechos individuales, por una parte, y la protección de bienes públicos o la integridad de otros, de otro lado.

En el ámbito sanitario, la confidencialidad supone la obligación del profesional de mantener en secreto cualquier información proporcionada por su paciente en el marco estricto de la relación profesional-paciente, no pudiendo revelársela a un tercero sin su permiso específico. (Sánchez-Caro y Sánchez-Caro, 2001:64). Así, de acuerdo a lo expuesto, aparece claro que el juramento hipocrático y todos los códigos médicos posteriores ya mencionados han exigido al médico no revelar la información de sus pacientes. Como sostiene Diego Gracia, el deber del secreto era la idea predominante en toda la etapa antigua y medieval. No se trataba por tanto de un derecho del paciente, sino de un deber del médico. El secreto médico tenía un carácter de mero deber discrecional y el médico tenía poder para determinar lo que se podía o no revelar. Esto es lo que se entendió clásicamente por discreción o sigilo profesional. En etapas posteriores, el secreto comenzó a configurarse como un derecho subjetivo del ser humano. Y en la actualidad se lo considera como un derecho del ciudadano, más concretamente un derecho-deber. El derecho a la confidencialidad de los datos íntimos es un derecho subjetivo de todo ser humano, que obliga a todos los individuos y muy especialmente a los profesionales que

conocen datos íntimos en virtud de su ejercicio o cargo, es un derecho-deber de confidencialidad (Gracia Guillén, 2000: 25).

Jesús y Javier Sánchez-Caro señalan que “la confidencialidad constituye la perspectiva del paciente, que desea mantener con carácter confidencial ciertos datos o informaciones relativos a su persona. Se trata, pues, de un derecho del mismo. Por el contrario, el secreto es el punto de vista del médico, que al recibir datos confidenciales, contrae la obligación de guardarlos de tal modo” (Sánchez-Caro y Sánchez-Caro, 2001: 75). Este deber no corresponde sólo al médico, sino también a los representantes de todas las disciplinas vinculadas a la salud que incorporan en sus normativas el deber del secreto, tal es el caso de Psicología, Enfermería, Trabajo Social, entre otras.

Debido principalmente a que, en la práctica clínica hospitalaria, el equipo de salud está integrado no sólo por médicos, sino también por profesionales de otras disciplinas y por personal administrativo, resulta muy elevado el número de personas que tiene acceso a la historia clínica del paciente (electrónica o en soporte papel). Siendo esto muy frecuente sobre todo en el ámbito público, explicaría que algunos autores como Siegler, consideren que la confidencialidad se ha transformado en el presente en un “concepto decrépito”. Este autor fundamentó tal afirmación con el caso de un paciente quien solicitó a las autoridades del hospital que le informaran la cantidad de personas que tenían acceso a su historia clínica. Cuando se le comunicó que eran setenta y cinco las personas involucradas en su atención y, por tanto, con acceso a su ficha clínica, el paciente expresó: “Yo siempre pensé que la confidencialidad médica era parte del código de ética de los doctores. A lo mejor deberían explicarme qué es lo que ustedes entienden por confidencialidad” (Siegler, 1982: 1518-1521) (Beauchamp y Childress, 1994: 403).

Este caso es útil para mostrar que si bien intimidad y confidencialidad son dos conceptos próximos, presentan sus

diferencias: cuando alguien obtiene acceso a una información protegida sin nuestro consentimiento, a veces decimos que infringe nuestro derecho a la confidencialidad y, en otras ocasiones, que infringe nuestro derecho a la intimidad. Por ello corresponde señalar la siguiente diferencia entre ambos conceptos: se vulnera el derecho a la confidencialidad cuando el profesional que recibe una información en confidencia, la revela a otros sin justa causa; en tanto se vulnera el derecho a la intimidad cuando una persona cualquiera invade el archivo de un hospital o toma una información de una base de datos sin autorización alguna. Es decir, sólo puede vulnerar la confidencialidad el profesional de la salud o la institución que ha recibido la información por las expectativas puestas en razón de la profesión o la actividad. Por ello, Maglio señala que “el depositario obtiene el dato en razón de su profesión y no por un vínculo de amistad o de confianza previa” (Maglio, 2001: 81).

A partir de estas delimitaciones conceptuales, es posible decir que los datos sanitarios relativos al cuerpo y la salud son considerados como datos sensibles que requieren una especial protección ya que afectan a lo más íntimo y propio de las personas. Mientras que la confidencialidad se aplica a la información privada, personal, sensible y en ocasiones, potencialmente perjudicial o embarazosa, revelada o exteriorizada dentro del marco de una relación especial. Y en nuestro caso, en sentido tradicional hace referencia a la relación entre un profesional y un paciente.

2.3 Tipos de Argumentación en relación a la Confidencialidad

Los principales trabajos sobre argumentaciones vinculadas con la confidencialidad exponen estructuras argumentales que, por sus características, pueden ser agrupadas en cuatro tipos: las tres primeras

apoyan la regla para proteger la confidencialidad y el cuarto tipo de razonamiento es utilizado a favor de la revelación:

a) Argumento consecuencialista o utilitarista: este tipo de razonamiento se asienta en la creencia, basada en datos empíricos, de que si no se protegen las confidencias del paciente, comunicadas en el curso del diagnóstico y del tratamiento, éste renunciaría a buscar ayuda médica, a dar información sincera o a participar plenamente en el tratamiento. El daño causado a la sociedad excedería a los beneficios de la revelación, por lo que mejor sería proteger las confidencias de los pacientes. Existen estudios experimentales al respecto que han utilizado encuestas para conocer la opinión de grupos de pacientes y de sujetos sanos sobre el efecto que tendrían los cambios en los niveles de confidencialidad para seguir una terapia y expresarse con sinceridad. Estos estudios avalan en conjunto lo anteriormente expuesto. Pero no ofrecen evidencias claras acerca de si los pacientes aplazarían una terapia necesaria o retendrían datos importantes en el caso de que la confidencialidad no estuviera garantizada y no existieran otras posibilidades de tratamiento.

b) Argumento deontológico: esta argumentación afirma que los profesionales tienen la obligación moral de proteger las confidencias de sus pacientes al inducirlos a comunicar información comprometida y creando las condiciones de confianza para que las mismas puedan ser expresadas. Este punto de vista contempla el hecho de mantener la confidencialidad como un bien en sí mismo, al margen de que no resulte algún tipo de daño para el paciente. En el ámbito específico de Salud Mental, los tratamientos requieren el desarrollo de una relación de confianza en la cual son comunicados los datos más íntimos. Por ello resulta evidente que la protección de la confidencialidad del paciente, de acuerdo con este modelo, debería ser de un interés ético fundamental para el psicoterapeuta. Esta argumentación moral estaría justificada por su contribución a mejorar el tratamiento médico del paciente y el respeto

a su autonomía e intimidad. Pero esta obligación moral no sería absoluta, dado que existe una serie de excepciones a la confidencialidad basada en otros principios, también fácilmente justificables.

c) Argumento basado en la fidelidad: esta última justificación de la confidencialidad está basada en la obligación de la fidelidad del médico a las promesas (implícitas o explícitas) que implica la relación médico-paciente. En el ejercicio de la medicina se requiere la comunicación de información privada y sensible, y no respetar la confidencialidad supone una ruptura significativa de dicha relación. La relación terapéutica está fundada en la confianza y revelar las confidencias del paciente representaría una gran amenaza para la misma (Sánchez-Caro y Sánchez-Caro, 2001: 61-63).

d) Argumento a favor de la revelación: los que apoyan este razonamiento refieren que el deber de mantener la confidencialidad no es absoluto, cede ante una política pública más compulsiva que los intereses de un paciente individual. El ejemplo clásico de ello es el famoso precedente judicial “Tarasoff vs. Regentes de la Universidad de California”, en el que la falta de revelación acerca de la amenaza de un paciente con trastornos mentales de matar a su ex novia, terminó con la muerte de la joven. En este caso la Suprema Corte de California halló responsable al psiquiatra del paciente por no haber advertido a la víctima, señalando que “la política pública que favorece la protección del carácter confidencial de las comunicaciones entre paciente-psicoterapeuta, debe ceder en los casos en que la revelación es esencial para evitar peligros a terceros. El privilegio de proteger la confidencialidad termina cuando el peligro público comienza”. Tarasoff fue el primer caso que impuso el deber de proteger a terceras personas de los potenciales actos peligrosos de los pacientes. Esta idea es tomada por las leyes y normas sobre salud pública, que obligan a los médicos a denunciar enfermedades transmisibles y abusos de menores a las autoridades gubernamentales. Además, la doctrina jurídica

sostiene que el citado fundamento podría ser aplicable a todos aquellos casos en que los profesionales teman que sus pacientes transmitan a otros una enfermedad grave. Ello puede tener gran importancia en materia de vih-sida (Wierzba, 1996: 162-163).

2.4 Aspectos legales

a) Normativa Nacional

Vale destacar que el ejercicio de la actividad de las distintas disciplinas que integran el equipo de salud, les exige atenerse al marco constitucional y a la legislación vigente en la materia. En nuestro país, los derechos a la intimidad y a la confidencialidad están contemplados en los art. 18, 19 y 43 de la Constitución Nacional, en el art. 1071 bis del Código Civil, en el art. 156 del Código Penal, en el art. 2 de la Ley de Sida Nº 23.798, en el art. 2 del Decreto Reglamentario Nº 1.244, en los art. 8 y 10 de la Ley de Protección de Datos Personales Nº 25.326, en el art. 11 de la Ley de Ejercicio de la Medicina Nº 17.132, en el art. 2 inc. c) y d) de la Ley de Derechos del Paciente Nº 26.529, y en los Códigos Deontológicos de las distintas disciplinas vinculadas a la salud (Psicología, Enfermería, Trabajo social, Abogacía, entre otras).

b) La confidencialidad en vih-sida

De todo lo expuesto anteriormente, se advierte que los profesionales de la salud no pueden revelar una información privada del paciente, como son los datos relativos a la salud, sin justa causa, ya que se estaría vulnerando su derecho a la confidencialidad. En el caso particular de las personas con vih-sida, a diferencia de otras patologías, existe una protección especial a la confidencialidad para preservar su identidad y evitar así la discriminación, a la que muchos especialistas consideran como el principal factor que contribuye a la propagación de esta infección. Se hace evidente que, en esta materia, mantener la

confidencialidad además de ser un deber ético tiene un sentido social y preventivo. Si bien en la actualidad hay un mayor conocimiento de la patología por parte de la población en general, aún hoy persiste la discriminación y se continúan vulnerando derechos fundamentales de las personas afectadas por el virus, tales como el derecho a la atención médica, al trabajo, la educación, entre otros. Y aún hoy suceden situaciones con actitudes discriminatorias respecto a la diversidad de expresiones de la sexualidad de las personas que presentan esta infección. Es por ello que el marco legal vigente en Argentina garantiza en todos los casos el respeto por los derechos fundamentales de las personas con vih-sida a fin de evitar la estigmatización.

La Ley Nacional de Sida Nº 23.798/90 en su art. 2 expresa: “Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso puedan: a) Afectar la dignidad de la persona; b) Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación; c) Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva; d) Incursionar en el ámbito de la privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina; e) Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada”.

En su Decreto Reglamentario Nº 1.244/91, en el art. 2 inc. c) se aclara: “Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus hiv, o se halle enferma de sida, tienen prohibido revelar dicha información” (...), salvo en los supuestos de excepción que la normativa detalla y que serán expuestos más adelante.

La regla de confidencialidad, en el caso particular del vih/sida, obliga no solo al médico tratante sino a todos los profesionales involucrados en la actividad asistencial (enfermeros, psicólogos,

trabajadores sociales, entre otros), como así también a: 1) Profesionales y/o técnicos que realicen serologías para detectar el virus; 2) Personal administrativo con acceso a historias clínicas; 3) Personal docente o directivo que conozca la serología vih de sus alumnos; 4) Profesionales auditores que supervisen la prestación en salud; 5) Médicos del ámbito laboral; 6) Personal afectado a los servicios de hemoterapia; 7) Personal relacionado al área de justicia en aquellos casos donde se traten causas de personas con vih-sida.

Sin embargo, al igual que sucede con los derechos fundamentales, la obligación de proteger la confidencialidad del diagnóstico no es absoluta pues la legislación particular ha previsto casos en los que la protección cede y esa información referida a la salud del paciente puede ser revelada a terceras personas. Aquí se opera dentro de la norma una excepción a la misma

c) Excepciones a la confidencialidad en vih/sida

El Decreto Reglamentario 1.244/1991, en su art.2 inciso c), ha incorporado un marco de excepciones que tienen un carácter extraordinario y limitado. Son las siguientes: 1) A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz; 2) A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma; 3) A los Entes del Sistema Nacional de Sangre; 4) Al Director de la Institución Hospitalaria o al Jefe de su Servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos; 5) A los jueces en virtud de auto judicial dictado por el juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia; 6) A los establecimientos mencionados en la Ley de Adopción. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes; 7) *Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.*

Este último supuesto podría englobar varias circunstancias, como son los casos en que la persona afectada se niega a comunicar la infección a aquellas personas con riesgo de exposición al VIH: parejas sexuales, quienes comparten agujas intravenosas y personas víctimas de violaciones. En nuestro estudio, el interés está centrado en la pareja sexual del paciente, al ser la vía sexual una de las formas más frecuentes de transmisión del virus.

Wierzba analiza esta excepción y señala que “es la que genera mayores polémicas, ya que no especifica quiénes serían las personas que podrían sufrir un “mal mayor” como consecuencia de la falta de información, sino que se limita a expresar que el médico será el responsable de su determinación” (Wierzba, 1996: 188). Indica que la frase “mal mayor” está referida a lo que en doctrina se llama “estado de necesidad justificante”, según la norma del art. 34, inc. 3 del Código Penal. Marca como diferencia que la norma penal requiere la “inminencia” del mal mayor, condición que no aparece impuesta en el decreto reglamentario de la Ley Nacional de Sida. Su postura es que la presente excepción deja librado a criterio del médico la determinación de qué personas deben recibir esta información y aclara que la responsabilidad por la decisión será del propio profesional.

A lo largo de su análisis, Wierzba afirma que, en casos conflictivos, hay dos valores que son puestos en cuestión: 1) El derecho individual de las personas a que se mantenga la confidencialidad de sus datos médicos, con el fin de evitar cualquier efecto de estigmatización o marginación, 2) y la responsabilidad del profesional de proteger a terceras personas para prevenir la transmisión del virus, justificando así la revelación por cuestiones de salud pública. De esta manera el interés privado y el interés público convergen al momento de fijar los límites de la confidencialidad.

Dado lo expuesto y como principio general, Wierzba establece dos pautas para la acción en casos conflictivos:

1) Las decisiones en cuanto a si debe informarse o no al tercero en riesgo, deben ser tomadas previo asesoramiento del Comité de Bioética de la institución, o bien luego de la interconsulta con profesionales de otras disciplinas (psicólogos, trabajadores sociales) y hasta abogados y religiosos, si la institución contara con ellos.

2) Y respecto al profesional médico, el mismo no podrá ser responsabilizado si decidió informar a un tercero o guardar silencio, siempre que con su actitud no haya incurrido en un supuesto de seria negligencia. Agrega además que al profesional sólo le bastará la justificación de su decisión razonablemente tomada para salvar su responsabilidad, de acuerdo a lo expresado por la doctrina nacional (Wierzba, 1996: 189).

A modo de conclusión vale destacar la siguiente expresión de la autora: “Existe un consenso generalizado entre los juristas, en el sentido que el cónyuge o el compañero sexual conocido del paciente afectado, deben ser advertidos sobre la condición de aquel, de tal modo que puedan tomar los recaudos necesarios para evitar el contagio. Ello, ya que una de las formas de contagio más frecuentes es la sexual, y en consecuencia, el daño que podría provocarse resulta previsible” (Wierzba, 1996: 190). También se destaca el valor que la autora asigna a la intervención interdisciplinaria y a la consulta al Comité de Bioética para la resolución de los conflictos éticos y jurídicos que podrían plantearse en relación al tema.

La opinión de esta autora tiene muchas coincidencias con lo planteado por Maglio, quien afirma que, en casos conflictivos, “debe asegurarse la intervención interdisciplinaria de todos aquellos miembros del equipo de salud”, “para generar estrategias racionales de abordaje”. Además, el autor sostiene que será de gran utilidad que “el profesional tratante pueda poner el caso a disposición y estudio de un Comité de Bioética, para que con su recomendación, la decisión final encuentre una

fundamentación sostenida en un ámbito plural, interdisciplinario y secular” (Maglio, 2001: 94).

En resumen, puede decirse que esta excepción da lugar a muchas interpretaciones y plantea al profesional de la salud dilemas éticos de difícil resolución. Ante esta situación, Maglio señala que para proteger a terceras personas con exposición al riesgo “el profesional se enfrenta a la encrucijada de revelar y alertar a aquéllas vulnerando la regla y exponiéndose al reclamo del confidente, o mantener la confidencialidad y responder por los daños ocasionados a las víctimas desprevenidas” (Maglio, 2001: 82).

d) Dilema ético

Si han de ser legítimos en una época caracterizada por la pluralidad axiológica, los principios morales deben tener algún tipo de validez intersubjetiva, es decir, los principios morales serán aquellos que puedan ser considerados como válidos para todos y que representen lo que toda persona querría para toda la humanidad. Para ello es importante esbozar un modelo de fundamentación capaz de ser asumido por todos los que se comunican y entablan diálogos sobre dilemas éticos en busca de un consenso. Uno de los principios que parecen ineludibles, como condición para lo anterior, es considerar que cada persona es valiosa en sí misma, tiene dignidad y merece ser respetada en sus derechos: a la vida, a la salud, al trabajo, a ser informado con la verdad, a la confidencialidad, entre otros. Estos aspectos de la dignidad habitualmente configuran lo que llamamos valores o derechos. Sin entrar en las diferencias entre éstos, sí vale afirmar que de ambos se siguen obligaciones morales que revisten la forma de una prohibición: “no harás daño”, “no matarás”, “no revelarás confidencias”. Son mandatos negativos, contundentes y precisos, dado que ordenan abstenerse de realizar una conducta que se considera mala o perjudicial para otros. Los mandatos positivos, en cambio, prescriben

comportamientos que pueden realizarse de muchas maneras y admitiendo gradaciones.

En la vida cotidiana existen situaciones en las que se puede presentar un conflicto entre mandatos negativos o, también a veces, un mandato positivo se presenta con mayor fuerza de exigencia que uno negativo. En tales casos, hay que tener en cuenta que los principios morales son muy generales y que, en circunstancias normales, hay que considerarlos como principios *prima facie*, esto es, que han de ser seguidos siempre que no entren en conflicto. Sin embargo, las circunstancias en que se presentan conflictos nos obligan a asumir la responsabilidad de ponderar los elementos de la situación concreta sopesando las consecuencias para dar prioridad a alguno de ellos, aunque esto suponga “un mal menor”. En definitiva, a través de un proceso de comunicación y diálogo, acordando un modo de obrar que sea justo para todos los involucrados en tal situación y optando por aquellos valores que nos hacen personas responsables de sus actos y de las consecuencias de los mismos. No hay un orden jerárquico, absoluto y rígido, entre los principios morales que se aplique a todos los casos. En cada contexto concreto de acción, las personas involucradas tendrán que decidir por cuál de ellos optarán, teniendo siempre en cuenta el contexto, las circunstancias concretas y las consecuencias de cada situación determinada y asumiendo una responsabilidad en la decisión que tomen (Cortina y Martínez, 1996: 147-148).

En base a lo antes expuesto, se puede decir que los dilemas éticos existen desde la antigüedad aunque, en la época actual, a los profesionales de la salud se les plantean complejos problemas morales que requieren de ellos, para su resolución, de amplia experiencia y de adecuada formación ética.

En la práctica clínica asistencial, los dilemas éticos se refieren a la toma de decisiones en condiciones de incertidumbre. Es decir, en un dilema existen dos principios, valores o normas, que demandan dos

cursos de acción incompatibles. Lo que una alternativa exige está prohibido por la otra. Y a la inversa. Seguir una alternativa presupone renunciara la otra, que es valiosa y obligatoria tanto como la anterior. En el presente trabajo un dilema ético es definido como aquella situación en que por lo menos hay dos caminos éticamente aceptables, pero excluyentes entre sí, que pueden ser seguidos en un determinado momento.

Gracia señala que la resolución de los problemas éticos no es una tarea sencilla y que para ello se necesita de sólidos fundamentos y amplia experiencia profesional. El autor expresa: “es un error grave, que al final se paga caro, el intento de resolver los problemas prácticos y concretos sin un previo trabajo de fundamentación” (Gracia, 1989: 12-13). Además considera que el razonamiento moral exige el respeto de todos y cada una de las personas involucradas en la situación, atenerse a los principios universales (de contenido deontológico) y ponderar las circunstancias ante cada caso particular. De esta manera se puede llegar a tomar decisiones razonables, prudentes y probables. Teniendo en cuenta además que las decisiones posibles van variando de acuerdo con la evolución de nuestros conocimientos y pueden coexistir varias soluciones para un mismo problema.

3. Metodología

El presente trabajo de investigación tiene como propósito, junto a la indagación conceptual, investigar empíricamente en el ámbito hospitalario, las actitudes, justificaciones y modelos de resolución del dilema aludido por parte de diversos actores del equipo de salud. Para ello, la indagación empírica sigue un encuadre metodológico de tipo cualitativo. Taylor y Bogdan sostienen al respecto: “un estudio cualitativo no es un análisis impresionista, informal, basado en una mirada superficial a un escenario o a personas. Es una pieza de investigación sistemática conducida por procedimientos rigurosos, aunque no necesariamente estandarizado” (Taylor y Bogdan, 1992: 22).

En este marco, y dadas las preguntas del estudio, se aplicaron entrevistas en profundidad (Vallés, 1999) a los profesionales que integran el equipo de salud encargados de la atención de pacientes con infección vih-sida del Hospital Rawson de la ciudad de Córdoba. Dichos profesionales reunieron el requisito de haber atendido casos que plantearon dilemas éticos relacionados a la confidencialidad del diagnóstico de la mencionada patología.

Para realizar las entrevistas a los profesionales se solicitó previamente su autorización verbal. Las mismas fueron anónimas, resguardando de este modo la identidad de los profesionales y se respetó la confidencialidad de los datos personales. Esto se ve reflejado en la forma de citación de los fragmentos textuales de cada entrevista, la cual consiste en consignar solamente el número de la misma. Esto remite a una tabla (véase Anexo 1), en la cual cada entrevista se asocia a:

- a) Género
- b) Especialidad
- c) Antigüedad

d) Dependencia en la que desarrollan sus tareas

Cabe señalar que en el guion de entrevistas aplicado (véase Anexo 2), se incluyó el relato de un caso que mostrara el mencionado conflicto ético y su modo de resolución. Asimismo, se ofrecieron a modo de alternativas, los enunciados de los cuatro Tipos de Argumentación en relación a la Confidencialidad, a los fines que tomaran posición al respecto, como si estuvieran frente a la situación dilemática (véase Análisis bioético del problema). Los resultados de dicha consulta, se vuelcan en el Anexo 3.

Se tomaron un total de 13 entrevistas durante el transcurso del segundo semestre de 2013. Este número respondió al criterio de saturación, propio de los estudios cualitativos de este tipo (Vallés, 1999), el cual está determinado por la aparición de recurrencias reiteradas en las respuestas obtenidas. Las mismas incluyeron:

-11 médicos del área de Infectología del hospital (2 residentes, 4 jefes de área, 1 docente de la Residencia, 1 integrante del Comité Hospitalario de Bioética y 3 médicos de planta)

-1 psicóloga

-1 trabajadora social.

El texto global de los discursos de los entrevistados provenientes de las entrevistas, más las notas de campo tomadas durante y después de las entrevistas, constituyeron el material de base para el análisis.

Las entrevistas fueron grabadas, para proceder luego a su transcripción rigurosa, respetando el lenguaje de los entrevistados, condición necesaria para su análisis.

El proceso analítico estuvo conducido por el paquete informático Atlas Ti, indicado para estudios cualitativos. Para dicho proceso de

análisis se siguieron las pautas de Glaser y Strauss (1967), cumpliendo la siguiente secuencia de tareas:

1ª. Transcripción de las grabaciones respectivas,

2ª. Codificación abierta del corpus, para producir segmentos del texto global en unidades que den cuenta de un aspecto específico susceptible de ser comparado con otros. Estos segmentos se asocian posteriormente a “etiquetas” o categorías¹, es decir nombres conceptuales: algunas de ellas *“pueden ser extraídas de una teoría existente, otras son desarrolladas por el investigador durante el análisis y todavía otras, que son usualmente llamadas categorías “emic”², se extraen de la estructura conceptual de la gente estudiada”* (Maxwell, 1996: 13). Luego, se identificaron propiedades de las categorías, es decir, sus características generales y específicas, de tal forma de ampliar el conocimiento de la misma y avanzar en las comparaciones. Finalmente, las categorías se fueron especificando en sub-categorías, al ir precisando información acerca de la misma.

3ª. “Codificación axial”: es decir, relacionar las categorías antes mencionadas con sub-categorías, para determinar cómo se vinculan entre sí. Esto permitió identificar una estructura de sentido para cada entrevista, la cual se comparó con otras en la búsqueda de semejanzas, diferencias y contradicciones, intentando producir una interpretación del punto de vista de los entrevistados respecto del objeto de estudio.

4ª. “Codificación selectiva”, consistió en refinar las relaciones entre categorías, de tal forma, de construir proposiciones o hipótesis que permitan describir y explicar las modalidades que asume la forma de

¹ Las categorías construidas están respaldadas por fragmentos discursivos de los entrevistados. En la transcripción de los extractos de las entrevistas se respetaron las siguientes pautas tipográficas y de identificación: las intervenciones de los entrevistados se presentan en cursivas, entrecuilladas y seguidas de un número de entrevista como ya se detalló precedentemente.

² Equivalentes a la noción de “categoría local” en la Etnografía.

resolución del dilema ético en estudio, las cuales se ofrecen en las conclusiones del presente trabajo.

4. Resultados

4.1 Acerca del “Dilema ético”

En este estudio nos hemos propuesto explorar los modos de resolución de los dilemas de confidencialidad que se les presentan en la práctica a los profesionales que conforman el equipo de salud del Hospital Rawson.

El dilema ético que estamos considerando remite en un sentido general a la obligación del profesional de mantener la confidencialidad respecto a cualquier dato relativo a la salud del paciente, estando imposibilitado de revelar dicha información a una tercera persona, sin su permiso específico. En el caso particular del vih-sida, la protección especial a la confidencialidad del diagnóstico tiene el sentido de preservar la identidad del paciente y evitar así la discriminación de que éste podría ser objeto.

No obstante, la característica de ser una infección de transmisión sexual tiene como consecuencia previsible que la pareja sexual del paciente, sin dicha información y sin las medidas necesarias de prevención, se exponga al riesgo de contraer la infección con el consecuente perjuicio para ella. De este modo, el derecho individual del paciente a la confidencialidad del diagnóstico entra en colisión con el derecho de otra persona, que está involucrada en la misma situación de vulnerabilidad y compartiendo igual derecho a decidir sobre su cuerpo y salud.

El núcleo del dilema ético tiene que ver, entonces, con la contraposición de dos circunstancias extremas: si ante esta situación el profesional médico evalúa que su obligación es respetar los derechos del paciente y mantener la confidencialidad, por un lado, o revelar el

diagnóstico para proteger la integridad de la pareja, que también es vulnerable y corre riesgos si no se diagnostica a tiempo, por el otro.

Tratándose de una investigación de tipo cualitativo, importan las formas de dar significación al problema en estudio que ofrecen los propios sujetos. Es por ello que en primer término se re-construirá en qué consiste el dilema ético de confidencialidad, desde las perspectivas de los profesionales del equipo de salud en la institución considerada.

El dilema es claramente identificado por los entrevistados cuando un paciente con diagnóstico vih-sida se niega a comunicar su situación a aquellas personas con riesgo de exposición al virus, en particular el cónyuge o pareja sexual:

“Ahí se nos generó el dilema ético: estábamos obligados por la ley a respetar la voluntad del paciente de no decir el diagnóstico pero, en este caso, conociendo que esta persona, la esposa, estuvo expuesta durante mucho tiempo a contraer el virus”.
(Entrevista10)

“Es altamente preocupante pensar que uno sabe algo que pone en riesgo a una tercera persona y dejar librado al otro a un probable contagio, ahí está el dilema ético que no está resuelto”. (Entrevista 6)

La tensión dilemática aparece cuando “uno por respetar un derecho vulnera otro”, como refiere una médica residente, mostrando la encrucijada de alternativas excluyentes que enfrenta el profesional interviniente. Ante esta situación concreta el profesional tiene conciencia de su obligación de mantener la confidencialidad del diagnóstico, pero además percibe la importancia de tener en cuenta las posibles consecuencias perjudiciales en la pareja, al estar expuesta al riesgo de contraer la infección. Lo cual muestra que la participación de la vida en

sociedad implica reconocer que ningún derecho es ilimitado y que no podemos avasallar los derechos del otro.

4.2 Posiciones asumidas por los profesionales

Teniendo en cuenta este dilema, nos preguntamos en el curso de la investigación: ¿cuáles son efectivamente las posturas que asumen los profesionales en relación a la confidencialidad? En la bibliografía disponible respecto a esta materia, los distintos autores coinciden en poner en primer plano el respeto a la confidencialidad del diagnóstico de la persona con vih-sida. No obstante, también afirman que este derecho a la confidencialidad no es absoluto y acepta excepciones. Ésta parece ser la posición más frecuente entre los agentes de salud entrevistados en este estudio. Cuando se los interrogó sobre si consideraban que existía consenso al respecto entre los integrantes del equipo de salud del Hospital, en forma predominante respondieron por la negativa:

“Para abordar esta situación no hay consenso entre los médicos”.
(Entrevista 9)

Y la trabajadora social del hospital aportó más elementos:

“Actualmente no está claro cómo actuar en estos temas, excepto en los médicos que están avezados en encarar este tipo de situaciones. Y creo que no se da un trabajo en equipo, dependiendo de la postura individual de cada profesional”.
(Entrevista 8)

Si bien este tipo de respuestas es recurrente, al momento de responder, ya sea en un sentido abstracto o cuando relatan sus experiencias concretas al respecto, se observa una clara tendencia a

respetar la voluntad del paciente de no revelar su condición, aunque como ya se refirió, esto les genera dudas y preocupación por las posibles consecuencias perjudiciales en la pareja del paciente.

Esta posición de respetar el derecho a la confidencialidad del diagnóstico se mantiene durante muchos años, en el transcurso del desarrollo de la enfermedad:

“Atendí un solo paciente con esa conflictiva, ella tenía serología positiva para vih y tenía una pareja que no conocía su diagnóstico. Era muy adherente al tratamiento antirretroviral (TAR) y tenía Carga Viral (CV) negativa (indetectable). Le pregunté si se cuidaban en las relaciones sexuales, me dijo que en ocasiones se cuidaban y otras veces tenían relaciones sin protección. El riesgo de transmisión del virus era mínimo por su CV negativa, pero no se lo quería decir. Una vez la paciente vino a consultorio y comentó que la pareja había hecho un síndrome diarreico. Le dije “decile que venga y le vamos a pedir el análisis entre otros estudios”, él vino y era negativo. La paciente venía a control en forma ambulatoria, estuvieron cinco años juntos y luego se separaron pero por otros motivos, ella nunca se lo quiso decir y él no se enteró del diagnóstico”. (Entrevista 2)

“Recuerdo un caso en particular que lo vi en consultorio externo, no era paciente mío, tenía otro médico de cabecera, la señora no sabía nada del diagnóstico y actualmente sigue sin decirle a la mujer y lleva años de infección”. (Entrevista 4)

Incluso aún después del fallecimiento del paciente:

“Un día estaba haciendo guardia en UTI y me toca el timbre un familiar de un paciente que había muerto en UTI, era un tío del paciente y me trajo un médico para hablar conmigo quien me dijo:

la familia me dice que el paciente tenía una meningitis y que la única que sabe de qué murió es la hermana. Yo le respondí: este es el Hospital Rawson, se imagina de qué murió el paciente y la única que sabe el diagnóstico que Ud. se imagina es la hermana. Yo no revelé el diagnóstico y respeté el secreto médico”. (Entrevista 4)

“Tuve un caso de una mujer que se negaba a comunicarle el diagnóstico a todo el resto de la familia, la pareja anterior de la paciente había muerto y ella no le dijo ni a sus hijos ni a una hermana, que eran los familiares que la visitaban en la internación. Ella se terminó muriendo en UTI y no le pudimos decir a ningún familiar el diagnóstico”. (Entrevista 10)

Es posible observar, entonces, que aunque los profesionales entrevistados sostengan que no existe consenso explícito entre ellos, sí podría afirmarse la existencia de una especie de acuerdo tácito de respetar el derecho del paciente a mantener la confidencialidad del diagnóstico y de que sea él mismo quien comunique su situación a otros, en especial a su pareja. Ya dijimos al principio que la protección de la confidencialidad del diagnóstico es fundamental para evitar la discriminación en el caso de las personas con vih-sida. En el estudio realizado los profesionales entrevistados evidencian que en su práctica prima la conciencia del deber del secreto y el resguardo de la confidencialidad, sobre todo en la cuestión específica de no revelar el diagnóstico a terceros sin el permiso de su titular. Se observa que, en este ámbito particular, los profesionales siguen un manejo estricto de la información médica y proceden de acuerdo a la normativa legal vigente en la materia:

“Intuyo que hay un consenso tácito de no revelar, debe ser un consenso tácito de que ninguno de nosotros lo hace, Ninguno de los médicos lo hace, yo particularmente no lo hago”. (Entrevista 4)

“Lo que está claro es que el paciente va a decir el diagnóstico cuando quiera y a quien quiera”. (Entrevista 12)

Como se planteó anteriormente, en la bibliografía disponible acerca del tema, los distintos autores coinciden en poner en primer plano el respeto a la confidencialidad del diagnóstico de la persona con VIH-sida. Sin embargo también afirman que este derecho no es absoluto y admite excepciones. En el presente estudio, un límite a este derecho está claramente definido por los profesionales entrevistados y se relaciona con la salud de terceras personas: presencia de hijos y embarazo de la pareja:

“A veces la pareja o esposa está en segundo lugar, la prioridad son los hijos, creo que en todos los casos la prioridad es cuando hay hijos”. (Entrevista 1)

“Mi paciente era mujer con serología positiva y él era negativo, ahora si el paciente es varón con serología positiva y la pareja está embarazada o hubiera riesgo de un supuesto embarazo, ahí sí se lo decimos, en el caso que la mujer quedara embarazada ahí sí le decimos”. (Entrevista 2)

Otra circunstancia especial es el caso del paciente que, internado en la unidad de terapia intensiva, se encuentra en un estado calificado como crítico con amenaza de muerte próxima y sin capacidad de comunicación. Algunos de los profesionales entrevistados han sido claros en manifestar que el estado clínico grave del paciente plantea una

situación de excepción que justifica quebrantar la confidencialidad del diagnóstico cuando son previsibles las consecuencias perjudiciales en la pareja y hay escasa disponibilidad de tiempo para actuar:

“Por ejemplo, si el paciente está en UTI, intubado, le terminás diciendo a la pareja, para estudiarla, ahí si violamos el secreto. Porque en esa situación está más claro: hay que estudiar a la pareja y además no sabes si el otro, el paciente, se va a recuperar”. (Entrevista 3)

“Si el paciente se encontrara incapacitado de transmitir su diagnóstico, por secuelas neurológicas o estado de inconsciencia, es obligación del equipo profesional, en defensa de los derechos del otro, manifestar el diagnóstico a las personas directamente involucradas en situación de haber podido contraer la enfermedad, no así al resto del entorno”. (Entrevista 8)

Vemos así que si bien aparece como general el acuerdo tácito entre los profesionales de respetar el derecho del paciente a la confidencialidad del diagnóstico, se presentan situaciones clínicas excepcionales condicionantes de este derecho. En tales circunstancias concretas y teniendo en cuenta las consecuencias previsibles que afectan a otros, los profesionales proceden de un modo que podríamos calificar como paternalista ya que deciden comunicar ellos el diagnóstico aún cuando el paciente no lo hubiera autorizado. Siguen en estos casos una vía unilateral de resolución del problema. Así, en situaciones de urgencia vital y de serio perjuicio para terceros, el criterio profesional es la revelación para proteger la salud de otras personas. El contexto relacional y el estado clínico del paciente modelan, en gran parte, el modo de actuación del profesional.

Aunque también, algunos entrevistados han recordado un caso que ante el conflicto planteado, se debió dar intervención a otras instancias para la resolución del dilema, tales como la consulta al Comité de Bioética del hospital y la consulta al Abogado del Polo Hospitalario:

“Ahí se nos generó el dilema ético: estábamos obligados por la ley a respetar la voluntad del paciente de no decir el diagnóstico, pero, en este caso, conociendo que esta persona, la esposa, estuvo expuesta durante mucho tiempo a contraer el virus. Se hicieron dos consultas: al asesor letrado del Polo Hospitalario que funcionaba en el Hospital de Niños y al Comité de Bioética de la institución (HR) y las dos recomendaciones, en el aspecto legal y en el aspecto ético, fueron las mismas. Coincidieron que se le comunicara el diagnóstico a la esposa para ofrecerle el testeo, que era lo que la mayor parte del staff de UTI pensaba hacer, pero necesitaba el respaldo y la opinión de otros actores no involucrados en la atención del paciente. Antes de fallecer el paciente, se localizó a la mujer para comunicarle el diagnóstico y el resultado de eso fue que la mujer no tenía ningún tipo de sospecha, ella no se hubiera testeado de manera espontánea porque nunca se lo hubiese imaginado. Aceptó hacerse ese mismo día la extracción de sangre y el resultado fue reactivo. Y el paciente falleció”. (Entrevista10)

Aquí para tomar una decisión respecto a cómo proceder en un caso conflictivo se consultó previamente al Comité de Bioética de la institución. (Referencia a la consulta de un caso clínico al comité de bioética institucional)

4.3 Modos de resolución de los dilemas de confidencialidad

- a) Formas de proceder (lo que hicieron efectivamente con el paciente)

Ya vimos que, en general, lo primero que aparece en los profesionales entrevistados es la conciencia del deber del secreto y el acuerdo en resguardar el derecho a la confidencialidad, sobre todo en la cuestión específica de no revelar el diagnóstico a terceras personas sin el permiso del paciente. Aunque también han planteado con claridad las situaciones de excepción o límites que justifican quebrantar este derecho: presencia de hijos, circunstancia de embarazo, estado clínico grave del paciente cuando existe una pareja en situación de exposición al riesgo y hay escaso tiempo disponible para actuar. En estas circunstancias concretas se observa que los profesionales entrevistados asumen un rol paternalista y siguen una vía unilateral en la resolución del problema, ya que deciden comunicar ellos el diagnóstico aún sin contar con la autorización del paciente.

Ahora bien, en algunos de los casos relatados se ha podido observar que, frente a la negativa del paciente de informar por *motus proprio*, en primer lugar el profesional intenta llegar a un acuerdo con él, le ofrece ayuda para comunicar el diagnóstico y promueve la inclusión de la pareja. Aquí el profesional sigue una vía participativa en la resolución del problema: le ofrece que ambos, tanto paciente como pareja, participen en una situación de diálogo:

“Nosotros le decimos a los pacientes: “querés que le digamos nosotros?, necesitás ayuda para decirlo?”. (Entrevista 4)

“Yo le ofrezco la posibilidad de que si él no se siente seguro que hablemos los tres”. (Entrevista 7)

“Se habló con ella, se le explicó y se le ofreció la posibilidad de que nosotros hablaríamos con la pareja”. (Entrevista 9)

Pero si esta opción no es aceptada por el paciente, entonces la postura de respetar la confidencialidad se complementa con la estrategia de lograr que al diagnóstico lo comunique el propio paciente para, de este modo, no vulnerar la confidencialidad ni tampoco dejar desamparados a aquellos que pudieran correr riesgo de contraer la infección:

“Considero que se deben arbitrar todas las estrategias para que sea la propia persona la que transmita el diagnóstico a todas las personas directamente involucradas, como son los contactos sexuales”. (Entrevista 8)

“...tengo que hacer todo lo posible para que el paciente comunique el diagnóstico a quien corresponda”. (Entrevista 13)

“La persona encargada de informar a la pareja es el propio paciente y nosotros intervenimos en forma secundaria, pero es fundamental que la pareja lo sepa”. (Entrevista 5)

Los relatos de casos en los cuales los profesionales entrevistados han tenido que lograr que el paciente comunique el diagnóstico, frente a la negativa de que el propio profesional lo haga, muestran un proceso en el cual los integrantes del equipo de salud desarrollan distintas estrategias. Una de las principales es la de persuadir al paciente con argumentos racionales para que él revele su condición, lo cual implica convencerlo de la importancia de que lo haga:

“En la primera consulta con el paciente le digo que la pareja lo tiene que saber, que es importante que alguien sepa el

diagnóstico y lo acompañe por si le pasa algo, la pareja o un familiar”. (Entrevista 7)

“Uno induce al paciente a que comunique a la esposa y los hijos y que se hagan el análisis y le traiga los resultados”. (Entrevista 1)

En este punto, el profesional ofrece toda una serie de argumentos sobre la necesidad de que la pareja conozca la condición del paciente, que son comunicados a él a los fines de convencerlo:

“Ha habido casos en que el paciente, que sabía que era positivo, estaba en pareja y no le había dicho a su pareja. Pero inducido por mí sobre el hecho de que si una relación se construye entre dos y se arma desde la mentira, va a ser falsa y cuando el otro se entere no va a querer más nada”. (Entrevista 11)

“Yo traté de convencerla, le dije si estás bien con él, está bueno que él lo sepa porque puede estar infectado y para que vos puedas hacer un tratamiento para impedir la transmisión vertical al niño”. (Entrevista 12)

Es interesante observar de qué modo el despliegue de estos argumentos que el médico ofrece, nos permite objetivar las distintas explicaciones de porqué es necesario que la otra persona conozca dicha información, más allá de la evidente cuestión de la prevención de la transmisión o de la detección temprana del diagnóstico en la pareja o en el niño que va a nacer:

“Siempre he logrado que el paciente le diga a la pareja y a algún familiar, y esto es positivo para él porque no se siente tan solo y no tiene el peso de llevar el diagnóstico solo”. (Entrevista 7)

“Acceden a decirlo a algún familiar o amigo y eso los alivia mucho, compartir con alguien el diagnóstico”. (Entrevista 13)

“El interés del equipo era que ella pudiese contar con alguien de la familia para hacer los trámites que requería Servicio Social y para que los familiares pudiesen ir con la receta a solicitar los medicamentos para su tratamiento a la obra social”. (Entrevista 10)

“Comunicar su diagnóstico tiene mucho que ver con la adherencia al tratamiento. Los que no comunican su diagnóstico son pacientes que no adhieren al tratamiento y no se controlan porque el peso de sobrellevar solo esa situación es mayor”. (Entrevista 7)

Como puede verse, las explicaciones que los profesionales dan a sus pacientes para justificar la necesidad de comunicar el diagnóstico, se refieren no sólo a las consecuencias perjudiciales para la otra persona involucrada directamente en su situación, sino también a la protección del propio paciente en relación al cuidado de sí mismo: la contención afectiva, cuestiones prácticas referidas a trámites de la enfermedad, e, incluso, lo refieren como un factor que favorece lo que se ha calificado como adherencia al tratamiento. El profesional en sus mensajes refuerza la responsabilidad del paciente en relación a la protección del otro, aunque enfatizando ante todo la actitud de autoprotección. El paciente tiene que asumir la responsabilidad de decirlo para no perjudicar a la otra persona, su pareja, pero principalmente porque es positivo para él. Con ello el profesional deja en claro que su principal objetivo es el bien del paciente.

En algunos casos, la estrategia de persuasión desarrollada por el profesional apela a la propia conciencia moral del paciente, a los fines de hacerlo asumir la responsabilidad por los riesgos que se corren al no informar. Así el médico, sin romper el secreto y sin revelar el diagnóstico, busca concientizar al paciente acerca del cuidado de su propia salud y

la de su pareja. Esta actitud de dialogar con el paciente nos muestra una característica más participativa del ejercicio de la medicina:

“Lo que hago es decirle al paciente que no nos ponga en ese compromiso y que lo diga él porque siempre hay un grupo que no lo sabe, la mujer u otro familiar”. (Entrevista 4)

“Le decimos: tenés que decirle sí o sí a la pareja, sino tenemos que llamarla nosotros. Aunque apelamos a la conciencia del paciente y no a medidas coercitivas. Eso, si sabemos que tiene pareja, porque a veces el paciente puede negar que la tiene”. (Entrevista 5)

“... le señalé que su responsabilidad era el cuidado de sí mismo y de su mujer, que tenía que cuidar a la madre de sus hijas y que si ella tenía el virus, no se podía perder tiempo porque podía necesitar tratamiento”. (Entrevista 6)

“Me parece que lo que uno tiene que hacer es explicar al paciente que el deber moral del médico y del paciente es avisarle a estas personas, que yo tengo el deber moral de protegerlo a él y además proteger y trabajar con el paciente para que él comunique y la traiga a su pareja”. (Entrevista 10)

Desde la perspectiva de un médico con 35 años de experiencia en el tema, la estrategia de convencer con diversas argumentaciones para que sea el propio paciente quien comunique, se resume en el concepto de “lavarle la cabeza al paciente”. Textualmente expresa:

“Hay un consenso de “lavarle la cabeza” al paciente, insistirle para que él lo diga porque no hay un amparo legal y los pacientes se dan vuelta y le recriminan a uno. Primero está el secreto médico, la tarea mía como profesional es lavarle la cabeza al paciente para que comunique a la esposa, la familia, pero que sea él quien

lo diga (...) Lo que hacemos en general es meterle en la cabeza al paciente que debe decirlo, por precaución, que algún familiar tiene que saber qué le está pasando”. (Entrevista 4)

La estrategia de persuasión, que consiste en inducir al paciente con argumentos racionales para que él mismo comunique, se sostiene con todo un trabajo de escucha, paciencia y diálogo en la relación profesional-paciente, que comienza en la primera consulta y se continúa en entrevistas posteriores con recomendaciones de diverso tipo:

“Hablo con el paciente, le informo que si hace tratamiento va a andar bien, pero que tiene que usar preservativo por las otras infecciones y ahí le explico desde el herpes hasta la hepatitis”. (Entrevista 11)

“En la primera consulta les hablo, les informo lo básico y les doy para que lean el librito del Programa. Y en la segunda consulta plantean dudas, les hablo de cómo se transmite el virus y les pido que hagan memoria con las personas que estuvieron en el último tiempo”. (Entrevista13)

Lograr que sea el propio paciente quien manifieste su diagnóstico a quien haya estado en riesgo de transmisión, implica un trabajo sostenido en el tiempo, porque lo que el profesional busca no es decidir por el paciente (sin manipular ni coaccionar), sino a través de un proceso de diálogo y utilizando una estrategia de persuasión, lograr que asuma esta acción con responsabilidad. Esta actitud en el profesional, explica las referencias continuas en los relatos respecto de la insistencia con la cual reiteran al paciente, consulta tras consulta, que debe comunicar su condición a la pareja:

“Se le dice esto varias veces y depende de la insistencia de cada médico, en general el paciente lo termina haciendo, se lo dice a la

esposa, algunos más rápidamente, otros demoran, pero en general lo dicen”. (Entrevista 4)

“... me dijo que tenía pareja, por lo que le solicité que le informara su situación, se negó, le insistí en varias visitas que trajera a la pareja, no tuve éxito en la gestión y dejó de venir”. (Entrevista 5)

“Cuando volvió, pensando que podía convencerla, le insistí en la postura que su esposo tenía derecho a saber el diagnóstico porque estaba en riesgo su vida”. (Entrevista 12)

En muchos casos la mencionada estrategia se complementa con la interconsulta a profesionales de otras disciplinas, como son los servicios de Salud Mental y Trabajo Social del Hospital:

“Desde Trabajo Social se consideró relevante la intervención de Salud Mental y se coordinó con el Servicio de Salud Mental de este hospital para hacer un abordaje interdisciplinario y no multidisciplinario”. (Entrevista 8)

“Yo le ofrezco la posibilidad de que si él no se siente seguro que hablemos los tres o lo hacemos en conjunto con la psicóloga”. (Entrevista 7)

“Esta era una paciente que se negó sistemáticamente a comunicar el diagnóstico a la familia y se trabajó con Salud Mental y Servicio Social para que se sintiera contenida y ella no accedió”. (Entrevista 10)

“En este caso siempre que tengo un paciente con diagnóstico de VIH lo derivo a Salud Mental y Servicio Social (...) Y los que no tienen pareja estable y han estado en el último tiempo con varias personas, les ofrezco la posibilidad de contactar con Servicio Social para que ellos los localicen en forma anónima ”. (Entrevista 13)

La escucha atenta del paciente, la transmisión de información, la espera de los tiempos psicológicos que permitan al paciente superar la negación y estar preparado para revelar su situación, la coordinación del trabajo interdisciplinario, suponen una demanda de tiempo y compromiso subjetivo de los profesionales que integran el equipo de salud para afrontar el dilema ético que estamos investigando. Es por ello que, como lo reconoce un médico de 25 años de antigüedad, la actitud que se requiere, en algunos casos, es de tolerancia y “paciencia” con los tiempos del paciente (Entrevista 9).

Curiosamente, es como si se invirtieran los roles que tradicionalmente se adjudican en la relación médico-paciente: es el médico el que se vuelve “paciente” o, por lo menos, se trata de dos sujetos que se vuelven pacientes en el transcurso de un proceso que involucra a ambos, frente a los tiempos que determina el cambio de posición del paciente respecto a la comunicación de su enfermedad.³ Vemos así que, en algunos de los casos relatados, los profesionales siguen una vía más participativa en la resolución del problema planteado: adoptan una actitud de empatía, llevan adelante una tarea educativa y dan lugar a que el paciente pueda intervenir en las decisiones. Esta posición tiene clara relación con el modelo participativo contemporáneo, donde los pacientes autónomos son parte del proceso sanitario mismo.

El tema de la paciencia remite a la cuestión de los tiempos que suponen esta forma de asumir la responsabilidad por parte del propio paciente de revelar su diagnóstico. Es decir, esta estrategia, que apela a convencer al paciente y no a obligarlo, supone disponer de una actitud de tolerancia, contar con tiempo⁴, acompañar y esperar con el paciente

³ Las relaciones que este punto tiene con el llamado modelo médico hegemónico, serán retomadas más adelante.

⁴ A veces, por cuestiones que hacen al estado clínico del paciente, no se cuenta con ese tiempo, como veremos más adelante.

el tiempo necesario para que asuma la noticia de la infección, supere el período de negación y reúna el valor de comunicarlo, haciéndose cargo de su diagnóstico y de la responsabilidad de revelarlo a su pareja. Así lo relata respecto de un caso la trabajadora social del Hospital:

“Trabajo Social intervino en un rol de escucha para hacer la derivación a Salud Mental. Transcurrió un tiempo y luego de varias entrevistas y debido a las limitaciones de Trabajo Social para abordar determinados temas, el paciente aceptó la intervención del profesional de Salud Mental. En ese espacio el paciente pudo comunicar su diagnóstico a su familia y pareja”.
(Entrevista 8)

Insistencia sin coacción, presentando argumentos y razones, abrirse al diálogo con el paciente, tolerancia y paciencia, interconsulta con otras disciplinas, en algunos casos, son las características de la estrategia que estamos describiendo y que tanto una de las médicas residentes como la trabajadora social del Hospital denominaron “trabajo de hormiga”:

“Lo que hacemos es un trabajo de hormiga, consultamos con Salud Mental, hablamos mucho con el paciente para tratar de convencerlo y tratar de mantener un contacto citándolo seguido después del alta para hacerle un seguimiento por consultorio externo para que no abandone”. (Entrevista 7)

“Cuando se planteó el dilema en el equipo, se hizo un trabajo de hormiga para que el paciente mismo lo comunicara a su pareja”.
(Entrevista 8)

“Trabajo de hormiga”, que implica la preocupación por buscar y elaborar soluciones alternativas con el paciente. Así lo expresa una médica infectóloga de 35 años de antigüedad en el hospital: “Fabricamos

situaciones para que el paciente lo diga. Esto da resultado porque el paciente de alguna manera le comunica a la pareja”. “Trabajo de hormiga”, que demanda “involucrarse mucho con la situación”, como reconoce la misma médica (Entrevista 11).

En síntesis, un acuerdo que parece básico entre los profesionales es privilegiar el valor del secreto y resguardar la confidencialidad del diagnóstico, tratando de acordar con el paciente a través de diversas estrategias de que sea él mismo quien asuma la responsabilidad de informar a la pareja tomando conciencia sobre las consecuencias. De este modo, la noción de autonomía se enriquece en términos intersubjetivos, mostrando que no sólo la constitución subjetiva surge en términos dialogales, sino también que las sucesivas respuestas a las cuestiones que surgen por la relación con los demás implica tenerlos en cuenta. Sin embargo, todavía no está claro el modelo legítimo que una respuesta así implica, frente a la doble necesidad de tener en cuenta tanto el respeto por la confidencialidad como las posibles consecuencias negativas del mismo.

4.4 Mecanismos utilizados para evaluar los posibles cursos de acción en la resolución del dilema

Al describir la forma de proceder y la postura que en general asume el profesional ante situaciones dilemáticas, se observa que esta actuación práctica depende en gran medida de que el estado clínico en que se encuentre el paciente le permita la comunicación y se disponga de tiempo para hacerlo. De este modo, los mecanismos que vamos a detallar a continuación tienen como condición de posibilidad, la situación clínica del paciente.

Los canales de resolución del dilema encontrados en este estudio, se subdividen en dos, de acuerdo a los objetivos predominantes en cada momento considerado: Por un lado tenemos aquellos mecanismos

centrados en el intercambio de puntos de vista con otros (ya sea consultas a colegas, profesionales de otras disciplinas, comité de bioética, instancias jurídicas, entre otros), a los que apela el profesional médico para evaluar la elección de un posible curso de acción en la resolución del problema. Por otro, encontramos el momento de toma de decisión final del médico que, en general, responde a lo que hemos denominado una decisión “en soledad”.

a) Momento uno: apelando a la articulación con otros

Luego de que el médico se ha encontrado con la negativa persistente del paciente a que se revele su diagnóstico, en general, los entrevistados refieren que se enfrentan con un dilema ético. En este momento, describen que recurren a la consulta de otros miembros del equipo de salud: profesionales colegas de la medicina y profesionales de otras disciplinas, tales como Psicología y Trabajo social.

Así, por ejemplo, en algunas entrevistas aparece el recurso de discutir de manera grupal el caso entre los médicos integrantes de la Residencia de Infectología, entre los integrantes del equipo de salud, en el Servicio correspondiente o en revistas de sala:

“Este tema fue discutido la Residencia”. (Entrevista 2)

“Estos casos generalmente los comento con el grupo que me consulta, con el equipo comentamos estas situaciones o cuando hablamos de adherencia al tratamiento se hace mención a estos temas”. (Entrevista11)

“Yo comenté este caso en el Servicio de Infectología y en la Revista de Sala”. (Entrevista 12)

Entre los médicos más jóvenes, el procedimiento más usual es apelar a los puntos de vista y perspectivas de los médicos de mayor

antigüedad. Así, por ejemplo, lo recuerda una médica de varios años de ejercicio profesional:

“Lo que siempre hubo fue la consulta de los médicos más jóvenes a sus instructores y a la gente con mayor trayectoria acerca de cómo operaban en estos casos (...) En mi caso, en mis primeros años de residente, le preguntaba a otros profesionales que tenían más años, consultaba la Ley, recuerdo que hubo jornadas en el hospital de discusión de la Ley con Vázquez Acuña. Ahora que me toca estar en el otro lado, sigue la misma actitud: los más jóvenes preguntan a los de mayor antigüedad”. (Entrevista 10)

Esta perspectiva, respecto a consultar a una persona de mayor antigüedad en la institución como autoridad en la materia, es compartida por una joven residente:

“Uno aprende de lo que le dan los profesionales más grandes. (...) Yo en general consulto a gente, a otros médicos de mayor experiencia”. (Entrevista 7)

Otro de los recursos utilizados es la interconsulta a profesionales de otras disciplinas. Así aparecen las intervenciones de los profesionales de los servicios Salud Mental y Trabajo Social, las cuales reciben una ponderación positiva de parte de los médicos entrevistados.

“El aporte que hace la Psicología en este tipo de pacientes, que no quieren hablar con nadie (del diagnóstico) y después de una intervención de Salud Mental, el paciente cambia, el trabajo con Salud Mental a mí me ayudó en esos conflictos que yo tenía al principio”. (Entrevista 1)

“Lo que hacemos es un trabajo de hormiga, consultamos con Salud Mental”. (Entrevista 7)

“En este caso siempre que tengo un paciente con diagnóstico de VIH lo derivó a Salud Mental y Servicio Social. (...) Y los que no tienen pareja estable y han estado en el último tiempo con varias personas, les ofrezco la posibilidad de contactar con Servicio Social para que ellos los localicen en forma anónima”. (Entrevista 13)

Esta relativa articulación interdisciplinaria, también la podemos observar entre los profesionales de los servicios de Trabajo social y Salud Mental, a saber:

“Trabajo Social intervino en un rol de escucha para hacer la derivación a Salud Mental. Transcurrió un tiempo y luego de varias entrevistas y debido a las limitaciones de Trabajo Social para abordar determinados temas, el paciente aceptó la intervención del profesional de Salud Mental. En ese espacio el paciente pudo comunicar su diagnóstico a su familia y pareja”. (Entrevista 8)

Cabe recordar que dentro del organigrama hospitalario, encontramos una instancia que cumple un rol protagónico en el análisis de casos que plantean conflictos éticos en la asistencia cotidiana, esto es, el denominado Comité Hospitalario de Bioética (CHB). Al respecto, encontramos entre los entrevistados, algunas formulaciones sumamente claras acerca de las funciones del mismo:

“Cuando se percibe que se contraponen derechos, tiene que haber una discusión, involucrar a las distintas disciplinas, y es importante la consulta al Comité de Bioética en caso de que no haya un acuerdo. La consulta al Comité de Bioética debe hacerse cuando se agota la discusión entre los planteos de diferentes profesiones”. (Entrevista 10)

Sin embargo, también aparecen menciones que no ubican al Comité como una instancia visible en la práctica a la hora de realizar la consulta correspondiente:

“Estos casos conflictivos creo que, en general, lo resuelven los médicos, consultan a Salud Mental y Trabajo Social, pero no consultan al Comité de Bioética”. (Entrevista 6)

“No consulté al Comité de Bioética, es un organismo que no sabemos dónde está, Salud Mental tiene su consultorio, Servicio Social tiene su consultorio, el Comité de Bioética no. Además los tiempos de Bioética son más prolongados, me parece que es un comité que se reúne una vez por semana para tratar temas abstractos y no concretos, de poca practicidad. Y para que estemos esperando una respuesta, que me parece que van a responder de acá a un año, la damos nosotros mismos”. (Entrevista 5)

Entre los registros con los que contamos a partir de las entrevistas realizadas, encontramos al menos dos referencias respecto de la intervención del Comité de Bioética en este tema específico:

- la participación del CHB en el Programa de Formación de Residentes de Infectología, a partir de un pedido de su Instructora Docente, para trabajar el tema referido a cómo comunicar el diagnóstico al paciente con vih-sida y establecer formas de canalizar las diferentes dificultades que se presentan en estos casos;
- y el pedido de consulta de un caso clínico realizado por una médica de UTI :

“En el año 2008 hubo una intervención incidental del Comité Hospitalario de Bioética acerca de cómo comunicar el diagnóstico al paciente vih ante un pedido de la Instructora de la Residencia de Infectología. Y la Residencia de Infectología tomó una determinación de que los médicos residentes no iban a hacer consultorio externo solos. Tenían que hacerlo junto con otros médicos especialistas que apoyaran y con la posibilidad de consultar a Salud Mental que

atendía en esos mismos horarios. La devolución por parte del Comité de Bioética acerca de cómo informar al paciente y cómo abordar a la pareja, se realizó a través de dos reuniones con los residentes de Infectología. Eso fue lo único formal desde el Comité de Bioética, después el resto es por transmisión oral”. (Entrevista 10). El caso clínico es relatado por la misma médica y se detalla más adelante.

De este modo, entre los motivos por los cuales el Comité no es percibido por los entrevistados como un medio idóneo ante quien consultar en casos conflictivos, encontramos:

-las dificultades derivadas de una escasa visibilidad del Comité en el espacio institucional hospitalario, no saben dónde funciona;

-la percepción del manejo de tiempos prolongados para responder a las consultas, lo cual está reñido con la urgencia a las que las mismas están sujetas;

-la percepción de que el comité trata temas teóricos, alejados de la práctica diaria.

De este modo, este recurso institucional merecería ser potenciado a los fines de incrementar sus posibilidades de acompañamiento al equipo de salud frente a estas situaciones dilemáticas. Retomaremos esta cuestión más adelante.

A la luz de los registros, es importante ver cómo la primera respuesta siempre está dada mediante la conciencia de las normas vigentes y la prudencia en su interpretación referida al caso. Por eso, el canal legal se constituye recién como último recurso frente a situaciones extremas, generalmente en relación a pacientes que se encuentran muy graves internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital:

“Conozco casos extremos, graves, en la UTI (Unidad de Terapia Intensiva), de un paciente que tenía pareja. Como estaba a punto

de morir se pidió la intervención de un Juez quien liberó la orden de que se le pudiera decir el diagnóstico a la pareja protegiendo así el derecho de la pareja a saber y para pedirle la serología”. (Entrevista 7).

Los médicos de mayor antigüedad recuerdan estos casos nítidamente:

“Incluso hubo casos en que se solicitó la intervención de la asesoría legal del Ministerio, recuerdo que, en un caso, se pidió la participación del abogado del Polo Hospitalario y del Comité de Bioética”. (Entrevista 9)

“Otro caso también en UTI: Un hombre de 30 años, casado, había convivido durante 3 años con su pareja y estaba casado con la misma hacía un año y medio. El paciente, con infección vih de 7 u 8 años de evolución, con abandono de la medicación y los controles médicos. Ingresó a UTI con insuficiencia respiratoria diciendo que era soltero y que no quería que nadie de su familia conociera el diagnóstico. A las 48 hs. de internado apareció la esposa, se presentó con la libreta de familia y el paciente continuó negándose. Después admitió que era casado pero se negó a que la esposa entrara a verlo a la visita y que se le comunicara el diagnóstico de vih. Sólo permitió que se le diera el mismo informe acerca de la neumonía que presentaba, sin mencionar el vih, a la familia y a la esposa. Hasta ese momento la familia recibía esa información de neumonía y nada más, él pedía que le dieran a la esposa igual información. Persistió en esa postura varios días y cuando le comunicamos que lo íbamos a intubar y dormir, recién en ese momento permitió que la esposa entrara a verlo para la visita, después de dormido, sin autorizarnos a dar el diagnóstico de vih. Ahí se nos generó el dilema ético: estábamos obligados

por la ley a respetar la voluntad del paciente de no decir el diagnóstico pero, en este caso, conociendo que esta persona, la esposa, estuvo expuesta durante mucho tiempo a contraer el virus. Se hicieron dos consultas: al asesor letrado del Polo Hospitalario que funcionaba en el Hospital de Niños y al Comité de Bioética de la institución y las dos recomendaciones, en el aspecto legal y en el aspecto ético, fueron las mismas”. (Entrevista 10)

b) Momento dos: la decisión “en soledad”

A pesar de que para tomar una posición frente al dilema ético, se pueden utilizar los distintos mecanismos antes detallados, observamos que finalmente la decisión de seguir uno de los dos caminos o cursos de acción posibles (mantener la confidencialidad del diagnóstico o revelarlo a la persona en riesgo), corre por cuenta y cargo de cada médico de manera individual:

“Al no estar aceitado un mecanismo de abordaje, cada uno trabaja aisladamente sin tener un consenso general y el responsable en definitiva sigue siendo el médico. En la reglamentación de la ley no está establecido que en casos así se actúe de determinada manera y una se siente sola en la decisión”. (Entrevista 3)

“Creo que no se da un trabajo en equipo, dependiendo de la postura individual de cada profesional”. (Entrevista 8)

“En estos casos no hay un manual de procedimientos, es actuar de acuerdo a cómo le parece a cada uno y con cada caso en particular”. (Entrevista 11)

Los criterios que finalmente orientan la decisión para tomar una actitud u otra respecto al dilema considerado, forman parte de la

posición ética del profesional, y serán abordados en términos de “argumentos y modo de razonamiento ético de los profesionales” en la sección siguiente.

Ahora bien, resulta significativo mostrar de qué modo, desde la percepción de algunos entrevistados, la decisión “en soledad” de los médicos viene condicionada por un cierto vacío a nivel institucional sobre este tema. Citamos a continuación, dos fragmentos de entrevista que resultan altamente ilustrativas al respecto:

“Nosotros los médicos no hemos tenido nunca un proceso de discusión de estos temas, salvo muy al principio se hacían talleres con las distintas disciplinas, pero este es un tema que ahora no se discute entre las disciplinas. Los chicos residentes se mueven con instrucciones de sus jefes de residencias, no sé si conocen estrategias de comunicación, salvo que estos temas se traten en una mesa de un congreso. Hace años que no se hacen charlas conjuntas en el hospital para tratar cuestiones sociales y psicológicas. No conozco espacios donde se estén discutiendo estos temas. No tenemos una escuela, acá nunca la hubo. Hubo una experiencia propia, nunca ví gente que tuviera armado una forma de transmitir bien. Cada uno lo fue aprendiendo sobre la marcha, individualmente, nunca tuvimos una verdadera interdisciplina que nos ayudara a saber transmitir estas cosas”. (Entrevista 5)

“A nivel institucional no hay una instancia formal. Formalmente una capacitación continuada con actualizaciones respecto a este tema puntual, no existe ni existió”. (Entrevista 10)

De este modo, las razones por las cuales se intenta comprender, desde la perspectiva de estos dos médicos con muchos años de experiencia en el Hospital, los déficits institucionales en el abordaje de estos temas, podrían resumirse como sigue:

-la no disponibilidad de espacios sostenidos e interdisciplinarios para desarrollar el debate sobre estos temas;

-la no existencia de espacios de formación que estén organizados y coordinados por la institución, donde se transmitan conocimientos teóricos y prácticos sobre estos temas y donde los médicos jóvenes se capaciten en prácticas de comunicación, lo cual genera un modo espontaneísta o intuitivo de abordaje de la problemática planteada.

Respecto a la relativa discrecionalidad con que suelen tomarse estas decisiones, al no existir en la actualidad espacios de reflexión interdisciplinaria sobre estos temas, citamos dos párrafos de profesionales que hacen referencia, el primero, a la formación médica, y el segundo, a la situación particular de los residentes:

“Todo esto parte de la formación médica, todos estos aspectos (...) tienen que ver con la formación médica. Si bien la ley no es clara, deja un gris en este aspecto, hay una cuestión de formación médica que es el punto más débil, formación pre y post grado. Es importante comenzar la discusión de estos temas en el pre grado, en la formación universitaria de los médicos”. (Entrevista 9)

“Si hay un residente en el pabellón y me pregunta qué hacer en estos casos, yo lo inclino para mi lado, yo soy temeroso de los temas legales, si después el residente rota a otro pabellón, verá lo que le dice el otro jefe de pabellón”. (Entrevista 4)

Esto implica, por un lado, que los profesionales entrevistados para tomar las decisiones, cuentan con amplia experiencia en el tema pero reclaman espacios interdisciplinarios de reflexión conjunta que les permita fundamentar y justificar de manera más sólida la decisión final que adoptan en la resolución del dilema. Y en el caso de los residentes, resuelven el conflicto no en base a un razonamiento ético propio sino según lo que le indican los médicos que son sus jefes en el pabellón.

Los residentes dependen de las instrucciones de sus jefes quienes les transmiten cómo deben actuar, lo cual refleja la organización del sistema asistencial en la práctica.

4.5 Modo de razonamiento ético de los profesionales: argumentos utilizados para fundamentar su decisión

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos específicos de esta tesis fue enunciado como: “Comprender el modo de razonamiento ético de los profesionales y los argumentos que sustentan sus decisiones”, dentro de la guía de temas que conformó la entrevista aplicada a los distintos integrantes del equipo de salud, se les presentaron los cuatro tipos de argumentación en relación a la confidencialidad. Estos cuatro argumentos se desprenden del análisis bibliográfico de antecedentes realizado que, desde un punto de vista práctico, delimitan las dos alternativas o cursos de acción posibles de seguir en la resolución del dilema ético considerado. Como podrá advertirse, los tres primeros apoyan la decisión de mantener la confidencialidad, mientras que el cuarto razonamiento es utilizado a favor de la revelación. Los mismos, que se detallan a continuación, fueron ofrecidos a los entrevistados con el propósito que ellos fijaran su posición de acuerdo o desacuerdo⁵:

Argumento 1 (consecuencialista): “Si el paciente se entera que el médico vulnera la confidencialidad, esto provocaría que él no confíe datos, no sea sincero con su médico y no se comprometa con el tratamiento”.

⁵Los mismos están sintetizados en el Cuadro de argumentos que se ofrece en el Anexo 3.

Argumento 2 (deontológico): “Es un deber moral del médico, en el ejercicio de su profesión, guardar en secreto los datos confidenciales del paciente, como por ejemplo su diagnóstico”.

Argumento 3 (basado en la fidelidad): “La relación profesional-paciente está fundada en la confianza y no respetar la confidencialidad significaría una ruptura de dicha relación”.

Argumento 4 (a favor de la revelación): “El derecho del paciente a la confidencialidad cede cuando hay un peligro para una tercera persona. Si el profesional estima que un paciente puede transmitir el virus a la pareja, su deber es proteger del peligro a la tercera persona por una cuestión de salud pública”.

Un primer aspecto a resaltar es que las respuestas a esta pregunta, se convierten en un analizador del dilema ético que este tema representa para el equipo de salud, ya que varios entrevistados asumen los argumentos a favor de mantener la confidencialidad del diagnóstico, pero no sin que esta decisión les genere dudas frente a la responsabilidad respecto a las otras personas expuestas al riesgo de transmisión. Esto implica que no existe una posición rígida o estabilizada de los entrevistados ante el dilema y que en la toma de decisiones pueden utilizar uno solo de estos argumentos o varios, como se muestra a continuación:

“Respecto a los Argumentos, coincido con los cuatro: los 3 primeros dicen que la relación médico-paciente implica un vínculo de confianza, la confidencialidad sostiene el vínculo y eso está bien, es así. Pero es altamente preocupante pensar que uno sabe algo que pone en riesgo a una tercera persona y dejar librado al otro a un probable contagio, ahí está el dilema ético que no está resuelto “. (Entrevista 6)

El deber ético del médico de guardar en secreto el diagnóstico, aparece como eje de los argumentos que avalan el mantenimiento de la confidencialidad. Sin embargo, aquellos que sostienen esta línea argumental rápidamente caen en la cuenta que su compromiso no es sólo con el paciente, sino también con aquellas personas que estuvieron expuestas al riesgo de contraer la infección. En este punto radica el dilema ético que estamos estudiando:

“Acuerdo con la Argumentación 2 y 4 porque en esta situación es un deber moral del médico proteger la confidencialidad del paciente pero también mi deber moral es proteger a un tercero, a una pareja que se identifique y se reconozca como tal”.
(Entrevista 10)

“Coincido con el Argumento 2 (Es un deber moral del médico, en el ejercicio de su profesión, guardar en secreto los datos confidenciales del paciente, tal como es su diagnóstico): Hay que respetar la confidencialidad del diagnóstico. Pero si muere el paciente, le planteo a la pareja hacerse todos los análisis”.
(Entrevista 11)

Una línea argumental que se le ofrecía como opción a los entrevistados, tenía que ver con la confidencialidad asociada a la confianza en la relación médico-paciente. Este fue un argumento por el que optaron 4 entrevistados. Lo interesante en estos casos es que en el modo de razonamiento ético aquí encontrado, el mantenimiento de la confianza que se pondera cuando se respeta el secreto, es ubicado en un lugar de factor protector del tratamiento:

“Coincido con Argumento 1: (Si el paciente se entera que su médico ha vulnerado la confidencialidad del diagnóstico, esto provocaría que el paciente no le siga confiando datos, no sea sincero con él y no se comprometa con el tratamiento) Pero si el

paciente pierde la confianza en el médico, también estamos ante un mal mayor porque si deja de venir y abandona el tratamiento va a ir a la muerte segura, sin tratamiento el paciente va a la muerte segura”. (Entrevista 3)

“Coincido con el tercero y el cuarto. La relación médico-paciente es una relación de confianza y no podés decirle a la mujer sin que lo sepa el paciente porque no podés violar la confianza. El paciente confía ciegamente en el médico y si uno lo traiciona, el paciente se muere”. (Entrevista 7)

“Coincido con tercer argumento: la relación profesional-paciente está fundada en la confianza y no respetar la confidencialidad implicaría la ruptura de esta relación. Seguro que se rompe la relación. El paciente nunca más te ve si te ha expresado que no quiere que se ventile su diagnóstico”. (Entrevista 12)

El razonamiento ético que aquí encontramos parte de la base de que la confianza es uno de los pilares principales en la relación médico-paciente. En consecuencia, no respetar la confidencialidad implicaría algo así como vulnerar el contrato implícito de colaboración mutua para llevar adelante el tratamiento, ocasionando el abandono del mismo. Es, por lo tanto, un argumento muy valorado para justificar el mantener la confidencialidad.

Un argumento usualmente esgrimido para avalar la confidencialidad es aquello que determina la Ley, aunque el contenido legal no está explicitado en esos términos entre las opciones de argumentos que se presentaron a los entrevistados. Esto supone el conocimiento de los profesionales que integran el equipo de salud del marco jurídico que regula su praxis, lo cual aparece con mucha claridad en todas las entrevistas:

“La mayoría de los médicos sabemos que si el paciente no quiere decirle a la pareja, no se lo podemos decir y los mismos pacientes saben que por ley los médicos no se lo podemos decir a nadie por más que la otra persona se vaya a infectar, no se lo podemos decir. Y el decreto reglamentario recomienda que se insista al paciente y que si se sigue negando, no se lo decimos”. (Entrevista 2)

“Porque hay una Ley Nacional que te impide revelar esto para resguardar la identidad del paciente. Cuando un familiar viene y pregunta qué tiene el paciente, a veces uno siente que le está mintiendo a los otros porque el paciente no quiere que le digas a determinados familiares. En consultorio cuando el paciente viene por primera vez y dice que no quiere hacerse el análisis para detectar el virus, yo tengo la posibilidad de decirle “buscate otro médico”, pero una vez que tiene el diagnóstico, es confidencial y tenés que guardar el secreto”. (Entrevista 4)

“Legalmente el médico no puede citar a la pareja ni decirle el diagnóstico a la pareja”. (Entrevista 7)

“Los médicos tienen claro que la ley de sida ampara al paciente en el derecho a la confidencialidad del diagnóstico, no se abre el diagnóstico, eso el médico lo tiene claro”. (Entrevista 12)

Estos testimonios permiten concluir que en general los médicos entrevistados conocen la Ley Nacional que regula la cuestión de la confidencialidad que debe guardar frente al diagnóstico, pero caben dudas acerca del real conocimiento del marco de excepciones establecido en la Reglamentación de la mencionada Ley, como sostiene un médico con una antigüedad de 18 años:

“El artículo central es lo que dice la ley, lo del decreto reglamentario no circula entre los médicos”. (Entrevista 12)

Resulta llamativo que a propósito de este tema, surgen aspectos no abordados en la entrevista. Así, por ejemplo, emerge cierto sentimiento de temor que el médico tendría frente a esta situación dilemática, miedos que lo llevan a apreciar lo que la ley dice como un amparo ante potenciales reclamos legales que surgieran en un futuro:

“La ley no nos autoriza a decirlo y yo soy temeroso de temas legales, uno es de la antigua época”. (Entrevista 4)

“Todos estuvimos de acuerdo en no abandonarla (a la paciente), no obligarla porque tenemos una ley que nos protege (...) Yo estaba seguro que la ley me iba a amparar si surgía algún reclamo”. (Entrevista 12)

Este tipo de argumentaciones sugieren que el asumir la posición a favor de mantener la confidencialidad no está solo sujeto al deber ético del médico, sino también al temor de ser sancionado ante el incumplimiento de una norma jurídica, lo cual implica un encuentro entre ambas dimensiones y que la argumentación ética no puede ser separada de los aspectos legales.

También se encuentran referencias a las “lagunas” o insuficiencias que presenta la normativa legal vigente y a la necesidad de revisarla:

“La ley no es clara, deja un gris en este aspecto”. (Entrevista 9)

“Debería discutirse la ley. Después de veinte años quizás deberían volver a reunirse los expertos para contemplar situaciones específicas”. (Entrevista 10)

“Debería haber algo reglamentado con respecto a las parejas”. (Entrevista 7)

“Si hubiera una normativa intrahospitalaria que nos diga qué hay que hacer, serviría para manejarnos mejor”. (Entrevista 2)

De los trece entrevistados, solo 6 asumen el argumento a favor de revelar el diagnóstico, aunque esta posición siempre aparece condicionada a que sea un último recurso, luego de haber insistido en que sea el propio paciente quien lo comunique:

“Yo creo que sí, hay que comunicarle a la pareja, pero antes que todo lo induzco a que lo haga él porque está en juego otra vida”. (Entrevista 1)

“Coincido con la argumentación 4: Es fundamental desarrollar la potencialidad del paciente, en las sucesivas visitas lo vas orientando para que esa persona acceda a decirle a su pareja, y si esto no se da, hablar con la pareja y revelar. Pero primero desarrollar la potencialidad de la persona porque al principio puede tener miedo a ser discriminado y es el paciente el que tiene que cambiar de postura”. (Entrevista 5)

“Coincido con el Argumento 4: Me inclino por el cuarto, en el caso del VIH o de cualquier enfermedad que vulnere el derecho o ponga en riesgo a una tercera persona. Sin embargo, previo a esta decisión, considero que se deben arbitrar todas las estrategias para que sea la propia persona la que transmita el diagnóstico a todas las personas directamente involucradas, como son los contactos sexuales”. (Entrevista 8)

“Coincido con el Argumento 3 y 4. Lo ideal es el cuarto argumento, pero tiene que estar avalado por la ley. Si hay un riesgo de contraer la enfermedad y comunicar el diagnóstico está avalado por la ley, sería lo ideal porque evitaría un conflicto al médico”. (Entrevista 7)

En uno de los casos que se inclinan por este cuarto argumento, pero aclaran:

“Coincido con el Argumento 2 y 4. El argumento cuatro porque tiene que ser una excepción, como el caso que te expliqué: tuve un paciente que se hizo el análisis en una infección aguda y con la mujer embarazada a punto de parir y él accedió a que le dijera a la mujer la sospecha, porque tenía el resultado de la primera muestra, de que él tenía VIH y que ella se tenía que hacer el análisis por el riesgo de la transmisión al bebé. Y se lo dije. Pero nunca llegué al punto que me planteara un conflicto porque él accedió, no se mantuvo en la negativa”. (Entrevista 13)

“Coincido con el Argumento 2 y 4 porque en esta situación es un deber moral del médico proteger la confidencialidad del paciente, pero también mi deber moral es proteger a un tercero, a una pareja que se identifique y se reconozca como tal. Me parece que lo que uno tiene que hacer es explicar al paciente que el deber moral del médico y del paciente es avisarle a esta persona, que yo tengo el deber moral de protegerlo a él y además proteger y trabajar con el paciente para que él comunique y la traiga a su pareja. Porque si no lo más probable es que el paciente no vuelva más”. (Entrevista 10)

Como puede verse, el hecho de que la pareja del paciente esté embarazada, es un condicionamiento fuerte para inclinar los argumentos hacia la revelación.

También encontramos la opción de revelar el diagnóstico, ante otra situación extrema como es la muerte del paciente:

“Coincido con el Argumento 2: Hay que respetar la confidencialidad del diagnóstico. Pero si muere el paciente, le planteo a la pareja hacerse todos los análisis, incluido el VIH,

porque es lo que corresponde. Si el resultado es negativo, no se le dice nada y si el resultado da positivo, ahí se habla. Y si la mujer está embarazada, se lo hace al análisis porque dentro de las normas de manejo de una mujer embarazada está hacerse el análisis de vih”. (Entrevista 11)

“Coincido con el argumento 2 y le agregaría que es importante en la relación médico-paciente, darle argumentos al paciente para que le comunique a la pareja la serología y hacer hincapié en el abordaje interdisciplinario”. (Entrevista 9)

En síntesis, podemos observar en varias respuestas de los entrevistados que este dilema parece buscar una solución a través de una opción no disponible dentro del tipo de argumentos ofrecidos a partir de la revisión bibliográfica realizada. Esta suerte de salida sería que el propio paciente sea quien revele el diagnóstico a su pareja, con lo cual la decisión última en estos casos dilemáticos queda en manos del paciente y no del médico. Así lo refleja el profesional entrevistado con el último argumento.

5. Análisis

Este trabajo trata los dilemas acerca de la confidencialidad que se plantean en la práctica clínica a los profesionales de un hospital público de perfil infectológico, en particular aquellos casos en que la persona con vih-sida se niega a comunicar la infección a la pareja. La intimidad, tal como se señala en el análisis del concepto, hace referencia a lo más interior e íntimo de una persona, a su vida psíquica, sus valores, sus convicciones morales.

Por otro lado, el concepto de intimidad está estrechamente relacionado con el de autonomía. Todos tenemos derecho a autorizar o no el acceso a nuestra intimidad, lo cual se justifica por el derecho que ejercitamos al tomar decisiones de manera autónoma. En este sentido, tal como sostienen Beauchamp y Childress (1994), la justificación del derecho a la intimidad es paralela a la justificación del derecho a dar un consentimiento informado.

A su vez, la confidencialidad está basada en la intimidad y ambos conceptos, aunque están muy vinculados, presentan sus diferencias. La intimidad contiene los aspectos más íntimos y propios de la persona, que nos identifican y nos diferencian de los demás; por ello los datos sanitarios relativos al cuerpo y la salud son considerados sensibles y deben ser protegidos. Mientras, la confidencialidad se aplica a la información privada y personal comunicada o exteriorizada a otro dentro del marco de una relación especial (relación profesional de la salud – paciente).

Si bien en el ámbito institucional, el enfoque de los principios es muy útil para abordar los conflictos que surgen en el marco de la relación profesional de la salud-paciente, se señala que en esta relación también se juegan responsabilidades sociales por lo cual en la toma de

decisiones es importante considerar el contexto más amplio teniendo en cuenta las relaciones entre las personas, sus respectivos valores y derechos y las consecuencias que puedan afectar a otros. De este modo, en el presente estudio las nociones de beneficencia y autonomía, que están expresadas en el Análisis bioético del problema, contemplan este contexto social más amplio que actúa como condicionante de las decisiones que se toman. Así, en el ejercicio de la beneficencia, el médico tiene en cuenta el bien y la salud del paciente individual y, al mismo tiempo asume, en un diálogo abierto con el paciente, una tarea más educativa destinada a proteger la salud de su núcleo inmediato más significativo. En tanto, la noción de autonomía es tomada en su dimensión interrelacional, como elección subjetiva y autolegislativa, aunque también reconociendo la necesidad de asumir la responsabilidad por las consecuencias que puedan afectar a otros.

Finalmente, respecto a los conceptos bioéticos seleccionados en este estudio, se señala que la confidencialidad está ligada a la noción de secreto profesional, que es el compromiso de no revelar todo aquello que el médico haya podido conocer sobre el paciente o lo que éste le hubiera confiado en el curso de la relación clínica, en particular sobre su enfermedad. En este marco, Javier y Jesús Sánchez Caro distinguen entre secreto médico absoluto, es decir aquel que no puede ser vulnerado bajo ninguna circunstancia, y secreto médico relativo, según el cual el secreto no puede mantenerse cuando exista un perjuicio serio para otras personas y para la sociedad. Y es aquí donde surgen tensiones entre la protección de derechos individuales y la protección de la integridad de otros.

Ahora bien, por lo que se refiere a los aspectos legales implicados en este estudio, y en el marco de la relación indagada entre profesional de la salud-paciente, siempre se ha privilegiado el derecho a la confidencialidad del paciente, mientras que, en el caso particular de la

persona con vih/sida, existe una protección especial a la confidencialidad para preservar su identidad y evitar así la discriminación de la que puede ser objeto. Esta protección tiene rango jurídico, expresado en la ley nacional de sida N° 23.798/90. Particularmente, el decreto reglamentario N° 1.244/91 en el art. 2 inc. c), puntualiza: “Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentre infectada por el virus vih o se halle enferma de sida, tienen prohibido revelar dicha información”.

Al mismo tiempo, esta misma normativa establece un conjunto de excepciones a este artículo que constituyen situaciones a partir de las cuales es posible la revelación de dicha información.

El mencionado decreto reglamentario de la normativa sobre sida dispone una serie de excepciones respecto a la regla de confidencialidad, siendo de interés para este estudio, particularmente aquella que autoriza al médico, bajo su responsabilidad, la revelación a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor (art. 2 inc. c) punto 7). Y este punto es precisamente el que produce un dilema ético en los profesionales del equipo de salud encargados de la atención de pacientes con vih-sida. En consecuencia, este dilema es el que genera las dificultades operativas propias del equipo de salud, y demanda que el análisis bioético proponga cursos de acción razonables y legítimos, para evitar cuestiones indeseables como la arbitrariedad, la judicialización, y en general el malestar o temor en el ejercicio de la relación sanitaria.

Como sostiene Wierzba (1996), esta excepción jurídica deja librada a criterio del médico la determinación de qué personas deben recibir esta información e implica adjudicarle al profesional la responsabilidad por la decisión que tome. Recordemos que Maglio (2001:82) describe el dilema ético que se le presenta al profesional en

estos términos: “El profesional se enfrenta a la encrucijada de revelar y alertar a aquellas vulnerando la regla y exponiéndose al reclamo del confidente, o mantener la confidencialidad y responder por los daños ocasionados a las víctimas desprevenidas”. Alude así a las dos alternativas extremas a las que puede apelar para resolver el conflicto.

En este marco, en el presente estudio nos propusimos como objetivo general “Conocer el modo de resolución de los dilemas de confidencialidad que los profesionales enfrentan en la práctica clínica”. Para ello, según como ya fue desarrollado, mostramos las distintas estrategias que los profesionales despliegan ante el paciente, las cuales ponen en evidencia distintos modos de ejercicio de la beneficencia por parte del médico, tal como lo detallamos en el marco del Análisis bioético siguiendo a Veatch.

Como hemos expuesto en el capítulo anterior, el criterio prevaleciente entre los profesionales del equipo de salud en estudio es proteger la confidencialidad del diagnóstico y tratar que sea el propio paciente quien revele su situación a la pareja, para lo cual los profesionales desarrollan lo que hemos denominado una estrategia de persuasión. Esto implica que el profesional médico, luego de proporcionar al paciente la información adecuada sobre su enfermedad y el modo de prevenir su transmisión, le expone una serie de argumentos a favor de comunicar el diagnóstico, ya que esto lo beneficia en su propio cuidado, en cuestiones tales como: contención afectiva, acompañamiento en actividades prácticas como trámites y el aumento de la adherencia al tratamiento.

El profesional en sus mensajes enfatiza el cuidado personal y, además, hace hincapié en la necesidad de hacerse cargo de la responsabilidad en relación a la protección del otro: pareja e hijos. Se trata de una tarea que lleva adelante el profesional que requiere de

compromiso e involucramiento personal a lo largo del tiempo, lo cual se aproxima al denominado modelo de médico amigo, porque se trata de un vínculo que se basa en la búsqueda de cooperación mutua, tendiente a lograr en definitiva el bien del paciente. Como ya dijimos, en este modelo participativo, el médico no deja solo al paciente en su decisión ya que adopta una actitud de consejo, educación y cuidado del paciente.

Es interesante destacar que estas intervenciones médicas, en ocasiones, llevan a que el paciente finalmente comunique su situación a la pareja, en otras, abandona el tratamiento, y también sucede, como fue mencionado por uno de los entrevistados, que el paciente no diga que tiene pareja.

Otro aspecto relevante es también analizar de qué modo, en la instancia de reflexión que el médico protagoniza al considerar el dilema, tiene en cuenta un conjunto de elementos que no tienen que ver solo con la condición biológica del paciente sino también con aspectos psicológicos y sociales, lo cual lleva a acciones de interconsulta con profesionales de otras disciplinas que integran el equipo de salud (Servicios de Salud Mental y Trabajo Social).

A nivel de los argumentos éticos que sustentan la decisión del profesional, en estos casos conflictivos, de mantener o no la confidencialidad del diagnóstico, esto se corresponde con la elección de argumentos de tipo deontológico, es decir, aquellos que se basan en mantener la confidencialidad porque es un deber moral del médico. Además sostienen que revelar el diagnóstico del paciente sin su consentimiento significaría vulnerar la confianza y el apego al tratamiento (argumento consecuencialista).

El criterio profesional de revelar el diagnóstico a la pareja, rompiendo la regla de confidencialidad y sin contar con la autorización del paciente, se reserva para situaciones excepcionales tendientes a

proteger la salud de terceros: presencia de hijos, circunstancia de embarazo y estado clínico grave del paciente cuando hay consecuencias previsibles en la pareja. En estos casos, los profesionales mayoritariamente asumen que tienen la legitimación para la decisión de revelar el diagnóstico.

Desde la perspectiva bioética, respecto a lo que relatan que hacen en la práctica los profesionales, podríamos decir que el médico cumple con la normativa legal vigente, porque respeta la confidencialidad del diagnóstico, cumple con el deber del secreto e implementa acciones tendientes a prevenir la expansión del virus. Pero esto solo parece que no alcanza, porque el marco legal presenta algunas lagunas e imprecisiones que le generan dudas y porque en la práctica se plantean distintas situaciones particulares que no se ven reflejadas en la ley.

6. Conclusiones

Los datos recabados, y su análisis a la luz de la ley y de los modelos éticos indagados, nos permiten afirmar que hay un conocimiento generalizado de la normativa, y ciertos criterios éticos que guían el momento prudencial de su aplicación, aun cuando estos modelos éticos no sean formulados o estén pensados de modo claro por quienes los utilizan.

Por otra parte, las dificultades y tensiones producidas en las diferentes respuestas – a pesar del patrón común explicitado – llevan a pensar la necesidad de modelos claros, consensuados, generalizables y legitimados para la evaluación de los casos. Además, se ve necesario implementar un sistema más efectivo a nivel institucional para su análisis. Aunque haya opiniones que demandan una legislación más detallada, esto implica virtualmente una imposibilidad, ya que la casuística es demasiado amplia. En todo caso, los mecanismos de aplicación son aquellos que se pueden utilizar de un modo más adecuado.

Una conclusión bioética de relevancia del presente trabajo, es que la noción de autonomía no puede entenderse de un modo individualista y cerrado. La noción de intersubjetividad será el punto de partida para futuros estudios que enriquezcan, delimiten y aclaren el concepto de autonomía.

Finalmente, sobre toda la cuestión analizada, podemos plantearnos: ¿Qué herramientas desde la Bioética se pueden pensar para, sin vulnerar la confidencialidad, se pueda prevenir la expansión de la enfermedad? ¿Qué función debe cumplir el consentimiento informado?

En nuestra opinión, cuando un paciente ingresa en una institución hospitalaria y es atendido por el profesional que le proporciona la información más relevante como parte del proceso de consentimiento informado, pensamos que los límites del acceso a su intimidad así como las implicancias en su derecho a la autonomía, no están claros y no son bien entendidos por los pacientes y los profesionales de la institución. Con frecuencia se olvida que, al ingresar, el paciente no autoriza un acceso ilimitado y, a menos que el paciente viva aislado, existe una responsabilidad individual y una responsabilidad social compartida con otros.

Junto con la información relevante, se debería informar al paciente, al momento de iniciar el proceso de atención, que se van a preservar todos sus derechos (intimidad, confidencialidad, autonomía) y, además, se van a atender las consecuencias negativas que afecten a otros. La relación que en ese momento inicia, es un camino para el que tenemos indicaciones, pero en el cual la relación interpersonal es imprescindible.

7. Propuestas

El análisis de los dilemas de confidencialidad en este ámbito particular, plantea al equipo de salud en general desafíos en cuanto a la búsqueda conjunta de respuestas que orienten las decisiones en la práctica y, también, sobre los modelos hegemónicos de relación entre médico y paciente. A partir de las propias experiencias relatadas por los profesionales que trabajan en este ámbito se sugiere:

- Implementar espacios de capacitación conjunta y continuada para que, con la participación de las distintas disciplinas que integran el equipo de salud, se puedan acordar estrategias de abordaje de la problemática planteada. Algunos entrevistados sugirieron la realización de talleres con este objetivo.
- Aunque excede los límites de este trabajo, corresponde señalar algunas dificultades que acarrean cierta ambigüedad de la ley nacional vigente en cuanto a las excepciones relacionadas a la confidencialidad del diagnóstico. En tal sentido se ha sugerido de parte de los profesionales “revisar la ley”. Uno de los entrevistados sostuvo que “la ley nacional de sida debe ser revisada para adecuarla a los tiempos que vivimos y no poner toda la responsabilidad en el médico sino que debe ser un trabajo en equipo” (Entrevista 8).
- Otorgar mayor visibilidad al Comité de Bioética de la institución, de tal forma que pueda ser considerado como una instancia consultiva viable frente a las situaciones dilemáticas como las consideradas.

8. ANEXOS

Anexo 1

CODIFICACION ENTREVISTAS

EN	GEN	ESPECIALIDAD	ANTIG	DEPENDENCIA EN LA TRABAJA ACTUALMENTE	Código de entrevistado
1	Varón	Infectología	10	Área Infectología	Entrevista 1
2	Mujer	Infectología	6	Residencia Infectología	Entrevista 2
3	Mujer	Infectología	10	Área Infectología	Entrevista 3
4	Varón	Infectología	35	Área Infectología	Entrevista 4
5	Varón	Infectología	25	Área Infectología	Entrevista 5
6	Mujer	Salud mental	26	Área Salud Mental	Entrevista 6
7	Mujer	Infectología	3	Residencia Infectología	Entrevista 7
8	Mujer	Trabajo social	38	Área Trabajo Social.	Entrevista 8
9	Varón	Infectología	25	Área Infectología	Entrevista 9
10	Mujer	Infectología	17	Área Infectología	Entrevista 10
11	Mujer	Infectología	35	Área Infectología	Entrevista 11
12	Varón	Infectología	18	Área Infectología	Entrevista 12
13	Mujer	Infectología	3	Residencia Infectología	Entrevista 13

Anexo 2

ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD

Se utilizará una guía de pautas abierta con disparadores de la conversación sobre las siguientes áreas temáticas: -Relato de un caso en el que aparece el dilema y cómo lo resolvieron – Si consulta con otros y solicita la intervención de otras disciplinas del equipo de salud – Si conoce la normativa vigente sobre sida y su decreto reglamentario donde aparecen las excepciones – Si consulta el caso al Comité de Bioética para resolver el conflicto - Si considera que hay consenso entre los médicos para abordar el dilema – Argumentos en relación a la confidencialidad.

Se le presentará a los entrevistados, los Cuatro Tipos de Argumentación de la siguiente forma:

- “Si el paciente se entera que el médico vulnera la confidencialidad, esto provocaría que el paciente no confíe datos, no sea sincero con su médico y no se comprometa con el tratamiento”. (Argumento consecuencialista).

-“Es un deber moral del médico, en el ejercicio de su profesión, guardar en secreto los datos confidenciales del paciente, como por ejemplo su diagnóstico”. (Argumento deontológico)

-“La relación profesional- paciente está fundada en la confianza y no respetar la confidencialidad significaría una ruptura de dicha relación”. (Argumento basado en la fidelidad)

-“El derecho del paciente a la confidencialidad cede cuando hay un peligro para una tercera persona. Si el profesional estima que un paciente puede transmitir el virus a la pareja, su deber es proteger del peligro a la tercera persona por una cuestión de salud pública”. (Argumento a favor de la revelación)

Anexo 3

CUADRO SÍNTESIS ARGUMENTOS

	Argumento 1	Argumento 2	Argumento 3	Argumento 4	otros
E 1				Yo creo que sí, pero antes que todo lo induzco a que lo haga él porque está en juego otra vida y nuestro deber como médicos es hacer el bien , es comunicarlo, y tu moral te dice que es lo mejor, tomado a tiempo la otra persona no se va a morir.	
E2			Adhiere al tercer argumento: La relación profesional-paciente está fundada en la confianza y no respetar la confidencialidad implicaría la ruptura de esta relación		
E 3	Coincide con la argumentación 1: Si el paciente se entera que su médico ha vulnerado la confidencialidad del diagnóstico,				Pero si el paciente pierde la confianza en el médico, también estamos ante un mal

	esto provocaría que el paciente no le siga confiando datos, no sea sincero con él y no se comprometa con el tratamiento.				mayor porque si deja de venir y abandona el tratamiento va a ir a la muerte segura, sin tratamiento el paciente va a la muerte segura. En este caso, si llamo a la esposa es probable que destruya a la familia, y cuál es el mal mayor que estoy evitando?
E4		Acuerda con la argumentación 2 y 3: porque se adecua a principios éticos, al secreto médico y al amparo legal. No decirlo yo porque violento el secreto médico y me meto en cuestiones personales, privadas.			
E 5				Coincide con la argumentación 4: Es fundamental desarrollar la	

				<p>potencialidad del paciente, en las sucesivas visitas lo vas orientando para que esa persona acceda a decirle a su pareja, y si esto no se dá, hablar con la pareja y revelar. Pero primero desarrollar la potencialidad de la persona porque al principio puede tener miedo a ser discriminado y es el paciente el que tiene que cambiar de postura.</p>	
E6	<p>Respecto a los Argumentos, coincido con los cuatro: los 3 primeros dicen que la relación médico-paciente implica un vínculo de confianza, la confidencialidad sostiene el vínculo y eso está bien, es así</p>				<p>Pero es altamente preocupante pensar que uno sabe algo que pone en riesgo a una tercera persona y dejar librado al otro a un probable contagio, ahí está el dilema ético que no está resuelto.</p>

E 7			<p>Coincido con el tercero y el cuarto. La relación médico-paciente es una relación de confianza y no podés decirle a la mujer sin que lo sepa el paciente porque no podés violar la confianza. El paciente confía ciegamente en el médico y si uno lo traiciona, el paciente se muere. Pero si hay un riesgo de contraer la enfermedad y comunicar el diagnóstico está avalado por la ley, sería lo ideal porque evitaría un conflicto al médico.</p>	<p>Lo ideal es el cuarto argumento, pero tiene que estar avalado por la ley.</p>	
E 8				<p>Coincide con el Argumento 4: Me inclino por el cuarto, en el caso del VIH o de cualquier enfermedad que vulnere el derecho o ponga en riesgo a una tercera persona. Sin embargo,</p>	

				previo a esta decisión, considero que se deben arbitrar todas las estrategias para que sea la propia persona la que transmita el diagnóstico a todas las personas directamente involucradas, como son los contactos sexuales.	
E 9		Coincide con el Argumento 2: Coincido con este argumento y le agregaría que es importante en la relación médico-paciente, darle argumentos al paciente para que le comunique a la pareja la serología y hacer hincapié en el abordaje interdisciplinario.			
E 10		Acuerdo con la Argumentación 2 y 4 porque en esta situación es un deber moral del médico proteger la confidencialidad del paciente pero también mi			Me parece que lo que uno tiene que hacer es explicar al paciente que el deber moral del médico y del paciente es

		deber moral es proteger a un tercero, a una pareja que se identifique y se reconozca como tal.			avisarle a estas personas, que yo tengo el deber moral de protegerlo a él y además proteger y trabajar con el paciente para que él comunique y la traiga a su pareja. Porque sino lo más probable es que el paciente no vuelva más.
E11		Coincide con el Argumento 2 (Es un deber moral del médico, en el ejercicio de su profesión, guardar en secreto los datos confidenciales del paciente, tal como es su diagnóstico): Hay que respetar la confidencialidad del diagnóstico.			Pero si muere el paciente, le planteo a la pareja hacerse todos los análisis, incluido el VIH, porque es lo que corresponde. Si el resultado es negativo, no se le dice nada y si el resultado da positivo, ahí se habla. Y si la mujer está embarazada, se lo hace porque

					dentro de las normas de manejo de una mujer embarazada está hacerse el análisis de vih”.
E 12	<p>Argumento 1 (Si el paciente se entera que su médico ha vulnerado la confidencialidad, esto provocaría que el paciente no le siga confiando datos, no sea sincero con él y no se comprometa con el tratamiento) Porque tengo relatos de pacientes que dicen yo me trataba con fulano en tal ciudad y todo el mundo se enteró en mi casa, eso altera la confianza y la adherencia al tratamiento. Los pacientes se sienten segregados y todo lo que venga a ocasionarle más dolor, lo sacan. Eso afectaría la confianza.</p>		<p>Argumento 3 (La relación profesional-paciente está fundada en la confianza y no respetar la confidencialidad implicaría la ruptura de esta relación) Seguro que se rompe la relación. El paciente nunca más te ve si te ha expresado que no quiere que se ventile su diagnóstico.”</p>		
E 13		Argumentación 2 porque es un		Y argumentación	

		deber moral del médico		4 porque tiene que ser una excepción, como el caso que te expliqué. Tuve un paciente que se hizo el análisis en una infección aguda y con la mujer embarazada a punto de parir y él accedió a que le dijera a la mujer la sospecha, porque tenía el resultado de la primera muestra, de que él tenía VIH y que ella se tenía que hacer el análisis por el riesgo de la transmisión al bebé. Y se lo dije.	
--	--	------------------------	--	---	--

9. BIBLIOGRAFÍA

BEAUCHAMP, T. y CHILDRESS, J. (1994). Principios de ética biomédica. Buenos Aires. Masson.

BENÉYTEZ MERINO, L. (2000). Referencias antropológicas ante el delito de revelación del secreto médico. En Secreto médico y protección de datos sanitarios en la práctica psiquiátrica, editor Alfredo Calcedo Ordóñez. Madrid. Médica Panamericana.

BIDART CAMPOS, G. y HERRENDORF, D. (1991). Principios, derechos humanos y garantías. Buenos Aires. Ediar.

BLEGER, J. (1974). Psicohigiene y psicología institucional. Buenos Aires. Paidós.

CARBONETTI, A. (2005). La conformación del sistema sanitario de la Argentina. El caso de la Provincia de Córdoba 1880-1926. En *Dynamis Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25. Granada.

CORTINA, A. y MARTÍNEZ E. (1996). Ética. Madrid. Akal.

CORTINA, A. (1996). Ética mínima. Madrid. Tecnos.

CORTINA, A. (1990). Ética sin moral. Madrid. Tecnos.

FERRER, J. (1997). Sida y bioética: de la autonomía a la justicia. Madrid. Universidad Pontificia Comillas.

GLASER, B. y STRAUSS, A. (1967). The discovery of grounded theory. New York. Aldine.

GRACIA, D. (1989). Fundamentos de bioética. Madrid. Eudema.

GRACIA GUILLÉN, D. (2000). La confidencialidad de los datos clínicos. En *Secreto médico y protección de datos sanitarios en la práctica psiquiátrica*, editor Alfredo Calcedo Ordóñez. Madrid. Médica Panamericana.

KANT, I. (1996). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Ed. bilingüe y traducción de José Mardomingo. Barcelona. Ariel.

MAGLIO, I. (2001). *Guías de buena práctica ético legal en vih/sida*. Buenos Aires. Arkhetypo.

MAXWELL, J. (1996). *Qualitative research design. An Interactive Approach*, sage Publications. Traducción de María Luisa Graffigna.

SÁNCHEZ-CARO, J. y SÁNCHEZ-CARO, J. (2001). *El médico y la intimidad*. Madrid. Díaz de Santos.

SIEGLER, M. (1982). La confidencialidad en la medicina, un concepto decrepito. *Journal of Medicina.*, 307. New England.

TAYLOR, S. y BOGDAN, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona. Paidós.

VALLÉS, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid. Síntesis.

VEATCH, R. (1995). *Modelos para una medicina ética en una época revolucionaria*. Traducido en Luna, F. y Salles, A., *Decisiones de vida y muerte*. Buenos Aires. Sudamericana.

WIERZBA, S. (1996). *Sida y responsabilidad civil*. Buenos Aires. Ad-Hoc.