

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Jorge Castro

SECRETO MÉDICO

2013

Citar como: Castro, J.(2013). Secreto médico. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

REPOSITORIO
INSTITUCIONAL DIGITAL
(RID ISALUD)

BIBLIOTECA ISALUD
DR. NÉSTOR RODRÍGUEZ
CAMPOAMOR
VENEZUELA 847, CABA.

ÍNDICE TESIS

Indice

I- Agradecimientos	4
II- Introducción	6
III- OBJETIVOS	7
A. Obietivos generales	
B. Objetivos específicos	
IV- MATERIAL Y MÉTODO.....	8
 V- BIOÉTICA Y SECRETO MÉDICO	9
A. Introducción	9
B. Privacidad	10
 1. Fundamento antropológico	11
2. Protección de la privacidad: necesidad del secreto	12
C. Relación médico—enfermo	15
 D. Principios de Bioética	18
1. Principio de Beneficencia	18
2. Principio de Autonomía	19
3. Principio de Justicia	20
<i>Secreto medico.</i>	
<i>Definicion</i>	21
<i>. Problemas éticos</i>	22
 CLASES DE <i>SECRETO MÉDICO</i> :.....	23
'ABSOLUTO', 'RELATIVO' Y 'COMPARTIDO'	
 <i>Legislaciones.</i>	
ley 17.132	23
Código penal. Art 156.....	24
Art 277 encubrimiento.....	27

Limite del Secreto Profesional

Justa Causa.....	28
Lesiones gravísimas.....	29
Ley 23.984 Denuncia de delitos.....	31
Código de ética, justa causa.....	33
Código de eteco. Art intenvinientes.....	33
Cuestionario.....	35
Declaración de ginebra.....	40
Conclusiones I	41
Conclusiones II	43
Bibliografía.....	45



I-AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han colaborado en este trabajo. La gran mayoría permanecerá en el anonimato. Otras, a las que aprecio y quiero sinceramente, tienen para mí rostro, nombres y apellidos, y su ayuda generosa, competente y desinteresada ha sido un constante estímulo en mi tarea. Desde aquí quiero darles las gracias por su colaboración. Sin todas y cada una de ellas me hubiera sido imposible realizar esta tesis.

En primer lugar, mi agradecimiento va dirigido a aquellas personas desconocidas para mí recepcionistas, secretarias, auxiliares administrativos, enfermeros cuyo trabajo, desempeñado en las áreas de salud de la provincia de San Juan, que me han respondido siempre con profesionalidad.

En segundo lugar, mi agradecimiento a las direcciones de las áreas que han autorizado el estudio; y también —por qué no— a las que no lo han considerado de interés y no han visto oportuno o no han querido participar en él: gracias por tomarse la molestia de estudiar mi solicitud.

Gracias, por supuesto, a todos los médicos que han tenido la amabilidad de contestar la encuesta y, especialmente aquellos que han colaborado desinteresadamente facilitaron el encuentro con otros médicos, así como de recoger las encuestas. Todos ellos han sido pieza fundamental del estudio.

Agradezco muy especialmente al señor Javier Salinas por su interés por la tesis y su ayuda en la búsqueda de bibliografía en Internet así como también en la parte informática y todo lo referido a planillas y otros.

Mi gratitud también al Dr. Funes y al Dr. Yesuron por sus sugerencias sobre la encuesta. Un gran agradecimiento a todos los médicos participantes de los hospitales Marcial Quiroga, Hospital Rawson, Sanatorio Brown, Hospital la Rotonda, Centro de salud chimbas, centro de salud Rawson, centro de salud caucete, consultorio privados, clínica el castaño, hospital privada del colegio medico de san juan, sanatorio argentino, cymin.

Agradezco de todo corazón al Dr Oscar Losetti, Dr Di Salvo entre otros y a todos los médicos de la querida capital federal y la Universidad Isalud que me ayudaron en mi

formación han generado el estímulo para seguir adelante, así como también a la señora Daniela Alvarez por ser la guía para este trabajo.

Y termino dando las gracias a quienes más y de forma más desinteresada han participado en la elaboración de la tesis: mi familia y mi hermosa hija por nacer, Gianella. Si no hubiera contado en todo momento con su apoyo y cariño, este trabajo no hubiera concluido ni tendría sentido para mí.

Gracias a DIOS, camino y guía constante.

II- INTRODUCCIÓN

Este trabajo surgió en respuesta a la necesidad de conocer la valoración del secreto MEDICO profesional en el momento actual. Con este objetivo nos hemos aproximado a las actitudes y toma de decisiones de los médicos respecto al secreto profesional, pilar siempre fundamental en el ejercicio de la medicina.

Se trata en la primera parte de hablar de las definiciones, clasificación, etc, del secreto medico dado por diferentes autores como también comentar los alcances de las leyes, codigos u otros donde esta involucrada dicho tema, también se hace referencia a la justa causa y el secreto medico con algunas situaciones particulares.

La segunda parte se trata de un estudio empírico, transversal y multicentrico, donde a través de una encuesta se recogio las opiniones de los médicos acerca de su práctica diaria. El estudio se ha centrado en los médicos sin depender de su especialidad, tanto en la parte privada como publica, extendiendo el marcos de respuestas a un número mayor sobre los conflictos más comunes en la práctica médica.

Por estas razones, me parece que los resultados pueden ser representativos de la realidad de la práctica médica en nuestro medio.

Se trata de determinar la situación actual del secreto médico, de forma que se pueda dar razón de los resultados obtenidos y precisa las conclusiones y las recomendaciones adecuadamente. Se han ido tomado aquellos aspectos y elementos del secreto que se han considerado necesarios. Y se han recogido sólo las precisiones del secreto que se han estimado oportunas para encuadrar adecuadamente el estudio, en la medida en que resultan de utilidad para mi objetivos.

Otras investigaciones podrán tener como objetivo estudiar esos aspectos desde otros ángulos.

III. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Definición del secreto

Definimos el secreto médico como la guarda y custodia de la información dada por el paciente al médico y de todo aquello que éste vea, oiga, intuya y/o deduzca durante el acto médico, cuyas especiales características hacen brotar la confianza en la relación médico—paciente.

A. Objetivos generales:

- Describir la historia del secreto medico,
- Definir y clasificar el secreto medico.
- Constatar cómo se valora el secreto en el ejercicio profesional mediante una encuesta.

B. Objetivos específicos.

- Describir la historia del secreto medico y la opinión de varios autores.
 - Describir la importancia de la relación medico-paciente en relación con el secreto medico
 - Definir los principios de la bioetica.
 - Definir, clasificar, y determinar los limites del secreto medico y la justa causa.
 - Determinar la valoración del secreto como fundamento de su ejercicio profesional.
 - Determinar y nombrar en base a la encuesta las dificultades que encuentran para guardar el secreto.
 - Comprobar el conociemto de dichos médicos sobre leyes, codigos u otro, referido al secreto medico.
 - Conocer el trato, del secreto medico, con otros colegas, profesionales y no profesionales de la salud
-

IV. MATERIAL Y MÉTODO

A. Material

El material utilizado para este estudio lo constituye una encuesta anónima de 23 preguntas, en su mayoría con respuestas simples (SI-NO), otras respuestas múltiples.

B. Método

Como la población a la que ha sido dirigida la encuesta son los médicos, sin diferencia de especialidad, sexo y área privada o pública, de la provincia de San Juan, dentro del área GRAN SAN JUAN, de hospitales públicos y privados, sanatorio, clínicas y consultorio, en algunos casos, se informó a éstas del estudio que se iba a efectuar y solicitar autorización para poder realizarlo.

Antes de realizar la encuesta, se le explicó al médico:

- tema y objetivos de la tesis.
- población a la que iba dirigida.
- material y método a emplear.

Un centro privado denegó su autorización para el estudio, y sin dar razones de ello.

El total de médicos que participaron en el estudio fueron 450, pertenecientes a la provincia de San Juan, y vale la referencia que ningún médico se negó a la colaboración en este trabajo.

Para elaborar esta encuesta, que se pretendía fuera fácil de entender y de contestar, se seleccionaron varios artículos que nos orientaron sobre el modo más directo de evaluar el secreto mediante .

Respecto al tiempo que se tardó en recoger las encuestas, fue muy variable.

En la mayoría la realizaron de un día a tres días, excepto en algún centro, en el que las hicieron en una semana se prolongó el tiempo de recogida para obtener el número de encuestas necesarias. La recogida de las encuestas se hizo personalmente en cada centro. Una vez obtenido los resultados de las encuestas, solo se tomó como correctas las que estuvieran llenadas por completo sin faltante de respuestas alguna de ellas.

Luego se volvió los datos a una planilla de Excel, realizando los gráficos y las conclusiones pertinentes.

V- BIOÉTICA Y SECRETO MÉDICO

A. Introducción

El Juramento Hipocrático está considerado como el texto moral más importante de la tradición médica (1). Durante muchos siglos, prácticamente desde el siglo 1 d.C. hasta el siglo XVIII, se ha tomado como el documento que mejor expresaba los deberes y responsabilidades del ejercicio de la medicina (1).

No es éste el momento de analizarlo pormenorizadamente, otros se han encargado de hacerlo, sólo vamos a detenernos lo necesario en la cláusula de secreto.

"Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higía y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y compromiso siguientes...

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto." (15)

Dicho texto se refiere al contenido del secreto, que comprende no sólo lo conocido por el médico en el acto médico tanto lo revelado por el paciente como aquello que el médico vea o intuya, sino también lo conocido por éste fuera de él. Y, por otra parte, hace una precisión al aludir a "aquello que jamás deba divulgarse", es decir, lo que puede hacer referencia más directa a la vida privada y a la intimidad de las personas (1).

Es importante señalar que en el deber de secreto descrito en el Juramento es el médico quien determina qué es lo que no debe divulgarse. En efecto, en el Juramento Hipocrático por dos veces —tanto en la introducción como en el capítulo 2.1— se repite "según sus capacidades y criterios" (1) (15).

El ámbito del secreto, por tanto, lo establece el médico, no el paciente, lo que trasluce un evidente paternalismo. En el texto del Juramento en ningún momento se hace referencia a la capacidad que puede tener el paciente: simplemente se le ignora.

Del mismo modo, la Declaración de Ginebra de 1948, adoptada por la Asociación Médica Mundial y que actualiza los preceptos hipocráticos, señala la obligación de quienes ingresan al gremio médico de guardar y respetar los secretos que les sean confiados por el paciente, aún después de la muerte de éste.

Como explica Gracia (1), en la relación médico—paciente el enfermo es un in—firmus, un sujeto falto de firmeza no sólo física o biológica, sino también moral, por lo que el médico debe actuar con él como con un niño pequeño, y realizar, por tanto, funciones de padre. Desde esta perspectiva, el médico debe querer el mayor bien del enfermo, pero no puede contar con él: el paternalismo es el único modo de actuar con el enfermo, al que se considera un ser incapacitado moralmente que no puede ni debe decidir sobre su enfermedad. Una actitud que, a pesar de haber ido evolucionando a lo largo de los siglos, ha subsistido siempre en el ejercicio de la medicina, donde el médico desempeña el papel principal.

Este enfoque comenzará a cambiar a partir del siglo XVIII y, sobre todo, en la segunda mitad de nuestro siglo, a medida que vaya tomando cuerpo la conciencia de privacidad y autonomía de las personas. En la modernidad, con la conquista del ámbito de lo privado, la actitud paternalista irá cediendo para dejar paso a la autonomía del paciente. La privacidad hace referencia a lo más propio y autónomo de la persona, a sus señas de identidad personal. Lo privado es, por tanto, el ámbito de lo individual, de lo autónomo.

La privacidad trae como consecuencia, entre otras, una nueva actitud ante el propio cuerpo y el ajeno (1) y una moral privada —fundamentada en los derechos humanos y considerada de más prestigio moral que la pública— que introducirá la moral de autonomía. En lo referente a la salud, este cambio se plasmará, entre otros aspectos, en el reconocimiento de que el paciente tiene derecho a la confidencialidad de sus datos personales, generando un deber en el profesional. Como consecuencia, a partir de este enfoque cambiará la relación médico—paciente y será éste quien determine qué debe divulgarse.

B. Privacidad

Cuando hablamos de intimidad o privacidad, nos estamos refiriendo a la zona espiritual íntima o reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia. Así lo define el diccionario de la lengua de la Real Academia Española. Por tanto, la privacidad abarca dos aspectos referidos a aquello más íntimo:

- el de la persona;
 - y el de su vida familiar.
-

El primer aspecto hace referencia tanto al control de la información acerca de uno mismo (ya sean pensamientos, sentimientos, etc., o el propio cuerpo) como a la toma de decisiones privadas. (2)

El segundo aspecto se refiere al control de acceso de las personas al ámbito privado, tanto individual como familiar: esto último sería el derecho a estar solo o con una persona o grupo con las que se comparte lo íntimo (3).

La conquista del ámbito de lo privado se hace posible con la aceptación de los derechos humanos. Es John Locke quien, a finales del siglo XVII, pondrá los fundamentos de la moderna teoría de los derechos humanos, formulando por primera vez la tabla de los derechos humanos civiles y políticos (1).

En la segunda mitad del siglo XVIII nacerán las primeras declaraciones de derechos humanos, primero en Filadelfia y después en Virginia. Estas declaraciones serán asumidas por todos los estados en la Declaración de Independencia de USA (1776). A partir de entonces, los derechos humanos negativos o los civiles y políticos son una conquista que se irá expresando en las constituciones nacionales de todos los países civilizados, convirtiéndose en la base de la vida jurídica y política y también de la ética.

En el fondo de todos ellos subyace el principio de autonomía, por el que en principio todo ser humano posee completa libertad para ordenar sus actos y disponer de sus propiedades y de su persona de acuerdo con su voluntad, dentro de los límites de la ley natural, sin que su decisión pueda depender de la voluntad de otra persona (1).

1. Fundamento antropológico

La intimidad de cada persona es un gran valor humano que debe ser respetado y protegido. Una de las mayores amenazas que pesa actualmente sobre el individuo es la invasión de su zona íntima y personal.

La intimidad representa el núcleo más hondo y arraigado de la persona. El hombre guarda siempre un misterio en su corazón, una zona reservada y preservada de la mirada indiscreta de otro. Es en ese mundo interior donde anidan y se esconden sentimientos, deseos, ilusiones, pensamientos, alegrías, penas, vergüenzas, hechos, omisiones, etc, que son lo más propio de la persona, lo que hace que nos percibamos como sujetos y no como objetos; y lo que hace también que percibamos nuestro yo como distinto de otros. El que no goza de esta interioridad nunca llega a vivenciarse tampoco como persona (4).

El ser humano se hace presente en el mundo como una realidad que no se agota en su manifestación externa a través de su cuerpo. Es éste una ventana al exterior de nuestra intimidad, la cual de este modo resulta o bien protegida, o bien desvelada por él; el cuerpo es, pues, como una máscara (4-5) que manifiesta hacia fuera solamente aquello que la persona desea desvelar. Dicho comportamiento no implica simulación o hipocresía, sino que responde a la necesidad de encubrir lo que no debe manifestarse y la de asegurarse de que nadie podrá arrebatárnoslo.

Mediante el cuerno manifestamos también nuestra propia identidad y, frente al peligro de que el cuerpo sea contemplado como un objeto, de ser cosificados, surge el pudor tanto el pudor físico como ese otro pudor más profundo que llamamos interno o psicológico.

El pudor, que encuentra una de sus expresiones en el secreto, protege de la curiosidad ajena aquellos conocimientos, sentimientos o experiencias que apreciamos como parte de nuestra más profunda intimidad e identidad, y oculta lo que no ha sido hecho para convertirse en objeto de interés o información. Es una envoltura protectora que impide abrir nuestro interior a cualquiera y lo mantiene en una atmósfera de misterio (4).

Cuanto más madura es la persona —cuanto más dueña es de sí misma, más profundamente se conoce y más sincera es consigo—, menos dispuesta está a desvelar sus propios secretos, que percibe como afirmación y manifestación de su identidad personal. (5)

El derecho a la propia intimidad abarca esa esfera particular en la que uno mismo se despliega ante sí, se reconoce y afirma. A la vez, el respeto a la intimidad de cada uno posibilita la convivencia social en medio de la pluralidad de individuos. Naturalmente, algo tan valioso puede convertirse también en una mercancía, como estamos acostumbrados a ver con cierta frecuencia en los medios de comunicación.

2. Protección de la privacidad: necesidad del secreto La entrega de la intimidad es un acto voluntario y libre que requiere confianza; un clima en el que uno percibe que es querido y aceptado y en el que siente que el otro —el que le escucha— está cerca y es capaz de comprenderle, defenderle y respetarle, porque lo que le cuente será custodiado con delicadeza.

La revelación de la propia intimidad es el mayor regalo que una persona puede ofrecer a alguien. Es una comunicación personal que siempre constituye un privilegio para el otro (4).

Si podemos llegar a conocer de un modo profundo, auténtico y verdadero a alguien, es porque esa persona nos abre su intimidad y nos permite la entrada en ella. El confidente nos entrega lo más sagrado de su ser. Por eso, ser depositarios de esa confianza se convierte en un motivo de agradecimiento. El consejo, tiempo o ayuda que le prestemos nunca alcanzará el mismo nivel de su donación. Al sopesar los valores, su gesto de apertura tendrá siempre un peso humano de mayor riqueza y densidad. Cualquiera que sea el contenido de lo que cuente, aunque se tratase del lado más sombrío y miserable de su existencia, ese gesto de entrega generará siempre en quien lo escucha gratitud y cariño, porque ha sido obsequiado con lo mejor del ser del otro: su intimidad.

La situación de privilegio en que se coloca a la persona a la que se le hace partícipe de la intimidad, no le permite hacer uso de ese conocimiento, por óptimo que éste sea, sin la autorización del que es su único dueño. Así afirma López Azpitarte (4): 'la guarda del secreto profesional tendríamos que recuperada como una de las obligaciones más urgentes y sagradas'

En la sociedad de hoy en día parece haberse perdido bastante el respeto que merece la intimidad, despreciándose la realidad de que, cuando una persona se nos confía, nada de lo que diga nos pertenece y nunca podrá ser utilizado sin su autorización para proporcionar información alguna. Los que por su trabajo —como es el caso de los médicos— se internan en el terreno de lo confidencial, corren el peligro de habituarse a recorrerlo como quien entra en su propia casa, olvidando que cada nueva comunicación ha de ser considerada otro gesto de entrega más que no se puede ni merecer ni exigir. Este enfoque queda plasmado con claridad por López Azpitarte (4) cuando dice: "el corazón humano ha de tratarse con la misma limpieza, sensibilidad y preocupación con las que el médico se acerca a la mesa de operaciones". Puede suceder en ocasiones que la entrega de la intimidad venga dada por motivaciones interesadas. En este caso, dicho gesto no constituye un signo de afecto, sino el medio de obtener algún beneficio o desahogo. Así ocurre cuando el médico o el abogado se convierten en "la compañía de alguien que sirva de ayuda, estímulo, orientación o simplemente para que compaña, al menos> el sufrimiento y la angustia que se lleva por dentro" (4).

Pero ni siquiera la existencia de esta necesidad hace disminuir el respeto que se debe a la intimidad personal y la obligada respuesta de lealtad y respeto. No hay que ponerse frente a la persona, sino a su lado, para que sepa que su secreto quedará siempre protegido.

Cuando se valora a la persona, parece más fácil buscar el modo de guardar y proteger su confidencia. Pero aún así quizá podemos descubrir que no siempre somos lo celosos que deberíamos y que existen situaciones en que dejamos escapar, si no toda, sí parte de la información de aquello que nos ha sido confiado; o bien que nuestra curiosidad provoca la indiscreción de otros; olvidando que, como ya se ha dicho anteriormente, la revelación de la intimidad nos coloca en una situación de privilegio.

Ese sabernos poseedores de algo que los demás desconocen parece elevamos por encima de ellos y también otorgamos un cierto dominio sobre quien nos permitió entraren su intimidad, generando en nosotros un falso orgullo o vanagloria que nos predispongan a dar dicha información. Poseer información nos proporciona poder y nos revaloriza ante los demás, pudiendo ser vista la revelación como testimonio de amistad y confianza al entregar algo de lo que los demás carecen (6). Cuando por indiscreción actuamos de esta forma, estamos cometiendo un auténtico robo, estamos apoderándonos de algo que no nos pertenece (4).

La donación que el paciente realiza de su persona al hacer al médico partícipe de su intimidad coloca a este último en una situación de privilegio y exige de él una respuesta concreta. A partir de este momento el médico ya no puede permanecer indiferente, como si aquello no le afectara; la confianza depositada en él hace brotar unas obligaciones que demandan un cambio de actitud. Al entrar en el mundo del otro, se comparten también preocupaciones e inquietudes que se toman como propias. De este modo surge un compromiso mutuo que a veces el médico preferiría ignorar.

En el ejercicio de la medicina el reconocimiento del respeto debido a la intimidad puede chocar con otros valores también importantes. Tal es el caso del paciente que no quiere comunicar la enfermedad grave o hereditaria a su futuro cónyuge; o el de quien exige al médico la entrega de ciertos datos íntimos y personales del paciente en determinadas pruebas; o la solicitud al médico de informes confidenciales que permitan conocer la salud física o psíquica de un paciente para decidir sobre su futuro puesto de trabajo; etc.

La solución de los conflictos que puedan generarse dependerá de la preferencia que se otorgue a los valores en juego y quedará determinada principalmente por la perspectiva, sensibilidad e interés con que cada uno los perciba al acercarse a ellos para valorar el conflicto (4).

Revalorizar y defender el respeto a la intimidad lleva a encontrar otras opciones para no revelar el secreto, porque para conocer o comunicar la interioridad del individuo es absolutamente necesario su consentimiento (7).

Apoderarse de ella por otros medios o publicarla de cualquier forma constituye siempre un atentado contra la dignidad de la persona (4).

Sólo el que haya descubierto y sentido el valor de la intimidad personal sabrá deducir de él las consecuencias lógicas y las soluciones más adecuadas.

El derecho a la intimidad es reconocido en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948) y en los Códigos de Derechos de los Pacientes (8).

C. Relación médico—enfermo

La relación médico—enfermo, base del ejercicio de la medicina, exige una relación de plena confianza entre ambos que posibilita la eficacia de la asistencia médica. La confianza debe estar presente en todo momento. Como señala Herranz en sus comentarios (9), la confianza hará posible que el paciente acuda al médico, relate los problemas más o menos íntimos que le afectan, acepte los consejos y el tratamiento y decida volver permitiendo al médico su seguimiento hasta que sea necesario.

El acto médico es por su misma esencia un acto ético. La relación médico—paciente posee ciertas connotaciones éticas que delimitarán el papel de cada uno mientras dure dicha relación (10) y las características del contrato.

El paciente acude movido por una necesidad, porque está enfermo, lo cual le coloca en una situación de desigualdad, de más vulnerabilidad (7, 11). Ese estado de necesidad le obligará a revelaciones más o menos íntimas para que el médico tenga un conocimiento adecuado de su situación. El médico responderá a esta confianza poniendo sus conocimientos al servicio del paciente, buscando su beneficio y protegiendo con el secreto sus confidencias y su intimidad corporal cuando precise exploraciones (12).

Surge así una relación de cooperación que crea unas obligaciones especiales hacia el paciente (7), y a la que ambos hacen su aportación correspondiente. Ante el hombre que sufre, cuya dignidad se ve amenazada por la enfermedad y es por este motivo más vulnerable, el médico no se colocará en una posición de poder, sino en una actitud de servicio proporcionada a la dignidad que tiene el paciente en cuanto persona (9).

Pero el médico, aunque se debe al paciente, cumple también un papel público del que se derivan unos deberes hacia la sociedad (7).

Por otra parte, la relación médico—enfermo ha cambiado mucho en los últimos veinticinco años (13-14). Gracia (13) señala tres factores que han propiciado este cambio:

- la mayor autonomía y capacidad de decisión del paciente;
- los cambios tecnológicos que han surgido en la práctica médica,
- y el modo en que los poderes públicos gestionan y diseñan la política sanitaria.

Tradicionalmente, ha sido el médico quien se ha ocupado de la salud.

Hasta casi finales del siglo XIX, el tipo de relación con el enfermo era vertical y asimétrica y se hallaba presidida por el paternalismo, expresado en el principio de beneficencia. El médico mandaba y el paciente obedecía. El médico aportaba el principio de beneficencia buscando el bien para el paciente, pero sin contar con él, ya que la enfermedad coloca al que la padece en una situación de impotencia y necesidad.

Los médicos hipocráticos entendían que esa impotencia afectaba no sólo al cuerpo, sino también al alma, por lo que el paciente estaba incapacitado para decidir. Así, decían, la enfermedad produce un dolor que enturbia la mente y hace difícil el juicio recto y prudente; el médico debe actuar buscando el bien del enfermo y decidiendo por él, sin su voluntad o incluso en contra de ella.

Esta era la interpretación, estrictamente paternalista, que hacían del principio de beneficencia. El médico tenía poder no sólo para determinar lo correcto y lo incorrecto, sino también lo bueno y lo malo. La autoridad que el médico ejercía era, fundamentalmente, moral. Y el papel que le correspondía al paciente era de sumisión a esa autoridad, de obediencia. De forma que se consideraba buen médico el que buscaba el beneficio del paciente; y buen enfermo, el que aceptaba un papel pasivo, de sumisión, confianza y respeto. Así era reconocido y regulado en los códigos de ética.

En la década de los setenta, esta relación cambia, haciéndose horizontal y más simétrica, y va a estar presidida por el principio de autonomía, que alcanza su expresión máxima en el consentimiento informado. Surgen los primeros códigos de derechos de los pacientes, manifestación de la conciencia que adquieren éstos de su capacidad y deseo, como seres adultos, de tomar sus propias decisiones sobre su salud.

Esta nueva posición del paciente le sitúa en otro nivel, más activo, en el que va a aportar a la relación el principio de autonomía y su capacidad de decidir, de la que es depositario. El médico aporta su capacidad de hacer el bien, siendo su primer deber de beneficencia

informar al paciente. Correlativo a éste es el derecho del enfermo a la decisión o consentimiento. La información mira al consentimiento y éste es imposible sin aquella. De esta forma, la expresión de la nueva relación médico—paciente será el consentimiento informado. Al binomio paternalismo—obediencia le sustituye el de beneficencia—autonomía.

Por primera vez en un documento importante de ética médica, al médico se le obligaba, bajo la forma de derecho, a incorporar al paciente en su toma de decisiones y a reconocer su derecho a tomar la decisión final (1).

Con el tiempo, y a raíz de los avances tecnológicos surgidos en el campo de la medicina, esta toma de conciencia de la autonomía por parte de los pacientes será la que en muchos casos lleve a preguntarse en qué medida la aplicación de estas técnicas resulta beneficiosa o no para el paciente.

A la vez, las nuevas tecnologías hacen tambalear el deber de beneficencia del médico, que ha sido siempre hacer todo lo posible en favor del enfermo, ya que a veces pueden surgir serias dudas sobre lo que resulta o no beneficioso para él.

Como se ve, las nuevas tecnologías generan un sinfín de conflictos que han cambiado drásticamente la relación médico—paciente (13).

En el orden político europeo, el estado de bienestar, fruto del crecimiento económico, va a dar lugar en la década de los sesenta a la gran expansión de la sanidad pública, cuya acción pretende abarcar todas las posibles contingencias negativas (paro, enfermedad, vejez) de cualquier ciudadano: una protección que al menos en nuestro país— no resultó igual para todos, pues, aparte de cubrir escasamente la atención primaria, se centró sobre todo en el enfermo agudo, marginando al crónico.

Con la crisis económica de los años setenta, se plantea la necesidad de distribución de recursos, destinándolos sólo a aquellas contingencias que se consideran básicas y quedando otras desprotegidas; estas últimas el ciudadano deberá contratarlas particularmente con entidades privadas. De esta forma, las prestaciones del sistema sanitario público quedan limitadas por la cantidad de recursos disponibles y por las prioridades que se den a las necesidades sanitarias de la población. (13)

En la nueva relación médico—enfermo, que deja atrás aquella otra paternalista y vertical, van a estar presentes el médico, el paciente y la sociedad.

La relación actual es más horizontal: cada parte tiene su papel y hace sus aportaciones. El médico hace presente el principio de beneficencia aplicando sus conocimientos para ayudar al enfermo. El paciente que quiere curarse acude autónomamente al médico y decide sobre su salud, aportando el principio de autonomía. Y la sociedad aporta el principio de justicia.

Como señala Gracia (13-14), no cabe duda de que esta nueva relación es más compleja y puede resultar más conflictiva; pero también es más rica, al tiempo que gana en madurez y se hace más humana y adulta.

La formación del personal sanitario en cuestiones éticas y la constitución en los hospitales de comités de ética que intenten mediar y aportar soluciones a los problemas planteados ayudará a resolver los conflictos que surjan.

Para llevar a cabo lo primero, el médico deberá conocer las normas éticas de su profesión y hacerlas conocer al personal sanitario.

D- Principios de Bioética

Hasta el momento nos hemos referido en varias ocasiones a los tres principios que regulan la relación médico—enfermo. Cada elemento de la relación, se dice más arriba, hace su aportación. Así:

- el médico aporta el principio de beneficencia;
- el enfermo el principio de autonomía;
- y la sociedad, presente siempre en la relación, el principio de justicia.

Ahora procederemos a resumir y precisar brevemente el contenido de cada uno con objeto de fundamentar la discusión de resultados, en la que solamente se aludirá a ellos.

1. Principio de Beneficencia

Su enunciado podría ser, "favorecer o al menos no perjudicar".

El contenido de este principio es doble. Por un lado, en su sentido negativo, sería "Primum non nocere" o principio de no maleficencia, el cual obliga de modo primario y es anterior a todo, ya que nunca es lícito hacer el mal. El segundo aspecto sería actuar en beneficio del enfermo, es decir, intentar hacer el bien o ayudar a los demás siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Un enfoque paternalista llevaría a actuar en beneficio del paciente incluso sin su consentimiento.

Como síntesis de estos dos principios —no maleficencia y beneficencia—, se formula el de no hacer mal a nadie y promover el bien. O, como se enunció al principio: favorecer o al menos no perjudicar, entendiendo por favorecer actuar conforme a los principios del consentimiento informado

Cada parte de la relación tiene su propia responsabilidad moral. El principio de beneficencia no debe ejercerse de modo paternalista y absoluto, prescindiendo de la voluntad del paciente, sino que debe articularse con los deberes propios de las otras partes de la relación:

- con la autonomía del paciente
- y con la justicia para la sociedad.

2. Principio de Autonomía

La autonomía del paciente va a ser considerada desde la perspectiva de las elecciones autónomas. Por tanto, este principio hace referencia no a la persona autónoma sino a las elecciones autónomas .

Cuándo se considera que una elección es autónoma. algunas características para que las acciones sean autónomas:

- 1) Intencionalidad: se entiende en el sentido de actos queridos, sean estos tanto deseados como tolerados.
- 2) Conocimiento: debe existir una comprensión adecuada, lo que supone entender la naturaleza de la acción y prever sus consecuencias.
- 3) Ausencia de control externo: anularla esta condición la existencia de coerción, manipulación y persuasión.

Estas tres condiciones son necesarias, pero no suficientes, pues se requiere una cuarta y última:

- 4) Autenticidad: un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y con las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente. Para comprobar la autenticidad de una acción, se propone la prueba de la decisión negativamente auténtica, que supone que no esté en contradicción o que no rechace dicho sistema de valores, aunque no concuerde positivamente con él.

El principio de autonomía no es ilimitado y absoluto: sus límites son el principio de beneficencia y el de justicia.

3. Principio de Justicia

El acto realizado de un modo aislado en la consulta por el médico y el paciente posee una dimensión social, tanto desde el punto de vista de la salud como un bien público, como porque el hombre es un ser social.

Se entiende la justicia como valor que hace posible que todos los seres humanos realicen su propia perfección, referencia para saber si una decisión es justa.

Su enunciado podría ser trata a cada uno y a todos en conjunto de tal forma que puedan realizar su propia perfección.

Los tres principios sustentan la resolución de los problemas bioéticos. Son deberes prima facie o condicionales y tienen una jerarquía. El primero es el principio de justicia, seguido por el de autonomía y en último lugar el de beneficencia. Los conflictos se resolverán tratando de respetar lo más posible esa jerarquía. Pero, a la vez, siendo fieles a la realidad concreta y contrastándolos con las consecuencias que se siguen de ellos en cada caso.

El secreto es un deber prima facie que puede entrar en conflicto con otros deberes morales más fuertes. Los tres principios anteriores, junto a la consideración de las consecuencias, nos ayudarán a tomar la decisión más conveniente.

En la discusión de resultados se pondrán de relieve los principios que rigen las decisiones clínicas de los médicos en los casos planteados.

Secreto Medico.

Definición.

El secreto profesional es la obligación de guardar silencio, sobre las cuestiones que deben ser mantenidas reservadas o sea despojadas de la posibilidad de que accedan a las mismas terceros y de las que se ha tomado conocimiento en razón de un trabajo, empleo, arte o profesión.

Es decir que, como norma general, hay obligación de no divulgar lo que se conoce por el hecho de las circunstancias señaladas.(1)

Se define en general como la regla de deontología que impone la obligación de discreción a todo individuo que, debido a su función, es depositario de informaciones. Esta obligación no cubre solamente confidencias, sino también los hechos descubiertos en el ejercicio o en el marco del ejercicio de su profesión. Por extensión, inclusive fuera del ámbito de prescripción especial, cada persona está obligada al secreto por el sólo hecho de su colaboración con una institución de salud o de servicios sociales.

En la práctica, el secreto médico garantiza la no divulgación (la confidencia) de toda información relativa al perfil social-médico de la persona. (2) (3)

Secreto es siempre una verdad conocida por una o por muy pocas personas, distintas del interesado, cuya revelación sería vivida por éste como un atentado contra aquella parte de la propia identidad, en que uno se siente afectado como sujeto y la cual quiere mantener velada, tanto si con esta verdad está en juego el derecho a la propia fama, como si carece de méfancia ética y social. A esa verdad se le llama secreto objetivo; y a la obligación de no desvelarla se le llama secreto subjetivo. A éste se refiere la obligación de secreto. (4)

Debemos tener presente que toda la cuestión del *secreto médico*, en nuestro país, gira en derredor de la teoría de la *justa causa* o sea que la respuesta a esa pregunta es simple: se debe *hablar* cuando hay *justa causa* y *mantener el silencio*, o *callar*, cuando no la hay.

El secreto profesional también se define como los hechos o acciones que llegan a conocimiento de una persona con motivo de su profesión en forma directa o indirecta. En cuanto al secreto médico estrictamente, lo constituye una promesa de silencio singular integrada en la práctica de la medicina desde hace miles de años. El juramento de

iniciación de Caraca Asmita, médico indú del siglo I d.C. sostenía que: "Las costumbres hogareñas del paciente no deberán hacerse públicas" (5)

En este principio encuentra justificación la decisión del médico en el momento de resolver qué hacer en una situación determinada.

La justa causa puede ser de dos órdenes: *legal* o *moral*, según esté sustentada en la legislación vigente (Códigos, Leyes) o bien en los Códigos de Ética, respectivamente.

La *justa causa legal* está representada por las normas legales que el profesional médico está obligado a observar en el desempeño de su profesión, por ejemplo, la denuncia de delitos contra la vida, y de enfermedades infectocontagiosas (1)

La justa causa que denominamos *moral* está dada por todas aquellas situaciones especiales que encuentra el médico en su práctica y cuya resolución está en su libre decisión. Al incorporarse a la profesión y al prestar el Juramento, asume la responsabilidad moral de guardar silencio acerca de "lo visto u oído" en el ejercicio de su profesión. (6)

Problemas éticos.

A. Las disposiciones deontológicas. En la mayoría de los casos encontramos en todos los códigos y proyectos de códigos disposiciones idénticas para tratar el secreto médico en el ámbito de la salud y de los servicios sociales. Las disposiciones que encontramos en la mayoría de los códigos se resumen de esta manera:

- a. El secreto de toda información de naturaleza confidencial obtenido en el ejercicio de una función profesional debe ser respetado.
 - b. Sólo está autorizado levantar el secreto médico si la persona interesada lo consiente o cuando la ley lo ordena.
 - c. La demanda de revelar informaciones de naturaleza confidencial así que el permiso para confiar tales informaciones exige que la persona interesada esté totalmente informada del propósito de la petición y de las diversas utilidades de la información que pueden ser hechas.
 - d. Está totalmente prohibido revelar que una persona ha recurrido a los servicios sociales o de salud, a menos que la naturaleza del caso lo exija.
 - e. Las conversaciones indiscretas sobre una persona y los servicios que se le rinden deben ser evitadas.
-

f. La utilización de informaciones de naturaleza confidencial para el perjuicio de una persona o en vista de obtener, directa o indirectamente, un beneficio personal o para otros está prohibida.

g. El secreto no es oponible a la persona en relación de cuidados. En esta materia, el derecho a la verdad es prioritario. (7)

CLASES DE SECRETO MÉDICO

"ABSOLUTO", "RELATIVO" Y "COMPARTIDO"

En las diversas legislaciones encontramos tipos de secreto médico denominados por su extensión absoluto, relativo y compartido.

El secreto médico *absoluto* establece que el médico debe callar siempre y en todas las situaciones.

El secreto médico *relativo* hace que el médico pueda hablar en algunas circunstancias.

El nuestro país, el *secreto médico* es *relativo*, porque se basa en el principio de la *justa causa o sea: hablar cuando hay justa causa y callar cuando no la hay*. (1) (8)

En general, es aplicable este principio aunque existen en la legislación y en el Código de Ética referencias respecto al secreto médico *compartido*.

En efecto, en el decreto N° 1.244/91 reglamentario de la ley de lucha contra el S.I.D.A., se establece que el profesional que atienda a un enfermo o portador del virus H.I.V. podrá suministrar dicha información a "otro profesional médico cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma" por lo que se desprende que los profesionales que concurran al cuidado o tratamiento de un enfermo de estas características, están *compartiendo* el secreto.

Por otra parte el artículo 75 del Código de Ética establece que "el médico puede *compartir su secreto* con cualquier otro colega que intervenga en el caso.

Este a su vez está obligado a mantener el secreto profesional". (1)

Legislaciones.

ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina, que en su artículo 11 expresa que: "...todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer; salvo en

los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal

Código penal.

Artículos intervinientes en el secreto medico

Art 156- Será reprimido con multa de pesos mil quinientos a pesos noventa mil e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa. Código penal.

(Nota Infoleg: multa actualizada por art. 1º de la Ley Nº 24.286 B.O. 29/12/1993)

La norma general, como se ve no se refiere exclusivamente a los médicos. Por eso decimos que secreto médico es una variedad del secreto profesional.

En lo que respecta a los médicos es importante señalar que la sanción de *inhabilitación* es una cuestión que afecta profundamente a la vida del médico ya que hace que no pueda trabajar como médico por el tiempo que la sentencia disponga.

Con respecto al *daño* que pudiera derivarse de la revelación de un secreto, no es necesario que el daño se concrete, basta con que exista tal *posibilidad*, para que se incurra en delito.

ARTICULO 71.- Deberán iniciarse de oficio todas las acciones penales, con excepción de las siguientes:

- 1º. Las que dependieren de instancia privada;
- 2º. Las acciones privadas.

ARTICULO 72.- Son acciones dependientes de instancia privada las que nacen de los siguientes delitos:

- 1º) Los previstos en los artículos 119, 120 y 130 del Código Penal cuando no resultare la muerte de la persona ofendida o lesiones de las mencionadas en el artículo 91.

ARTICULO 119. - Será reprimido con reclusión o prisión de seis meses a cuatro años el que abusare sexualmente de persona de uno u otro sexo cuando, ésta fuera menor de trece años o cuando mediare violencia, amenaza, abuso coactivo o intimidatorio de una

relación de dependencia, de autoridad, o de poder, o aprovechándose de que la víctima por cualquier causa no haya podido consentir libremente la acción.

La pena será de cuatro a diez años de reclusión o prisión cuando el abuso por su duración o circunstancias de su realización, hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima.

La pena será de seis a quince años de reclusión o prisión cuando mediando las circunstancias del primer párrafo hubiere acceso carnal por cualquier vía.

En los supuestos de los dos párrafos anteriores, la pena será de ocho a veinte años de reclusión o prisión si:

- a) Resultare un grave daño en la salud física o mental de la víctima;
- b) El hecho fuere cometido por ascendiente, descendiente, afín en línea recta, hermano, tutor, curador, ministro de algún culto reconocido o no, encargado de la educación o de la guarda;
- c) El autor tuviere conocimiento de ser portador de una enfermedad de transmisión sexual grave, y hubiere existido peligro de contagio;
- d) El hecho fuere cometido por dos o más personas, o con armas;
- e) El hecho fuere cometido por personal perteneciente a las fuerzas policiales o de seguridad, en ocasión de sus funciones;
- f) El hecho fuere cometido contra un menor de dieciocho años, aprovechando la situación de convivencia preexistente con el mismo.

En el supuesto del primer párrafo, la pena será de tres a diez años de reclusión o prisión si concurren las circunstancias de los incisos a), b), d), e) o f)."

(Artículo sustituido por art. 2º de la Ley N° 25.087 B.O. 14/5/1999)

ARTICULO 130 — Será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que sustrajere o retuviere a una persona por medio de la fuerza, intimidación o fraude, con la intención de menoscabar su integridad sexual.

La pena será de seis meses a dos años, si se tratare de una persona menor de dieciséis años, con su consentimiento.

La pena será de dos a seis años si se sustrajere o retuviere mediante fuerza, intimidación o fraude a una persona menor de trece años, con el mismo fin.

(Artículo sustituido por art. 11º de la Ley N° 25.087 B.O. 14/5/1999)

ARTICULO 120 — Será reprimido con prisión o reclusión de tres a seis años el que realizare algunas de las acciones previstas en el segundo o en el tercer párrafo del artículo 119 con una persona menor de dieciséis años, aprovechándose de su inmadurez sexual, en razón de la mayoría de edad del autor, su relación de preeminencia respecto de la víctima, u otra circunstancia equivalente, siempre que no resultare un delito más severamente penado.

La pena será de prisión o reclusión de seis a diez años si mediare alguna de las circunstancias previstas en los incisos a), b), c), e) o f) del cuarto párrafo del artículo 119

(Artículo sustituido por art. 3º de la Ley N° 25.087 B.O. 14/5/1999)

2º) Lesiones leves, sean dolosas o culposas.

Sin embargo, en los casos de este inciso se procederá de oficio cuando mediaren razones de seguridad o interés público.

3º) Impedimento de contacto de los hijos menores con sus padres no convivientes.

En los casos de este artículo, no se procederá a formar causa sino por acusación o denuncia del agraviado, de su tutor, guardador o representantes legales. Sin embargo, se

procederá de oficio cuando el delito fuere cometido contra un menor que no tenga padres, tutor ni guardador, o que lo fuere por uno de sus ascendientes, tutor o guardador.

Cuando existieren intereses gravemente contrapuestos entre algunos de éstos y el menor, el Fiscal podrá actuar de oficio cuando así resultare más conveniente para el interés superior de aquél.

(Artículo sustituido por art. 14 de la Ley N° 25.087 B.O. 14/5/1999):

ARTICULO 73.- Son acciones privadas las que nacen de los siguientes delitos

1. Calumnias e injurias
2. Violación de secretos, salvo en los casos de los artículos 154 y 157;
3. Concurrencia desleal, prevista en el artículo 159;
4. Incumplimiento de los deberes de asistencia familiar, cuando la víctima fuere el cónyuge.

(Artículo sustituido por art. 1° de la Ley N°24.453 B.O. 7/3/1995)

Art 277 encubrimiento.

1.- Será reprimido con prisión de seis (6) meses a tres (3) años el que, tras la comisión de un delito ejecutado por otro, en el que no hubiera participado:

- a) Ayudare a alguien a eludir las investigaciones de la autoridad o a sustraerse a la acción de ésta.
- b) Ocultare, alterare o hiciere desaparecer los rastros, pruebas o instrumentos del delito, o ayudare al autor o partícipe a ocultarlos, alterarlos o hacerlos desaparecer.
- c) Adquiriere, recibiere u ocultare dinero, cosas o efectos provenientes de un delito.
- d) No denunciare la perpetración de un delito o no individualizare al autor o partícipe de un delito ya conocido, cuando estuviere obligado a promover la persecución penal de un delito de esa índole.
- e) Asegurare o ayudare al autor o partícipe a asegurar el producto o provecho del delito.

2.- En el caso del inciso 1, c), precedente, la pena mínima será de un (1) mes de prisión, si, de acuerdo con las circunstancias, el autor podía sospechar que provenían de un delito.

3.- La escala penal será aumentada al doble de su mínimo y máximo, cuando:

a) El hecho precedente fuera un delito especialmente grave, siendo tal aquel cuya pena mínima fuera superior a tres (3) años de prisión.

b) El autor actuare con ánimo de lucro.

c) El autor se dedicare con habitualidad a la comisión de hechos de encubrimiento.

d) El autor fuere funcionario público.

La agravación de la escala penal, prevista en este inciso sólo operará una vez, aun cuando concurrieren más de una de sus circunstancias calificantes. En este caso, el tribunal podrá tomar en cuenta la pluralidad de causales al individualizar la pena.

4.- Están exentos de responsabilidad criminal los que hubieren obrado en favor del cónyuge, de un pariente cuyo vínculo no excediere del cuarto grado de consanguinidad o segundo de afinidad o de un amigo íntimo o persona a la que se debiese especial gratitud. La exención no rige respecto de los casos del inciso 1, e) y del inciso 3, b) y c). (Inciso sustituido por Art. 4º de la Ley Nº 26.087, B.O. 24/04/2006.)

(Artículo sustituido por art. 2º de la Ley Nº 25.815 B.O. 1/12/2003)

Estando los médicos obligados a la denuncia de los delitos perseguibles de oficio o sea aquellos en que hay lesiones, intoxicaciones, aborto criminal, intento de suicidio (justa causa legal), el no hacerlo hace que el médico incurra en el delito de encubrimiento.(1)

Limite del Secreto Profesional

Justa Causa

El elemento que permite la revelación del secreto médico en determinadas circunstancias (S.M. relativo), es la "justa causa". Ello implica que el interés perseguido debe ser superior al que se reserva. Hay casos en los cuales la propia ley fija los límites por lo que podemos afirmar que la "justa causa" se sustituye por el simple cumplimiento de la ley.

Tales situaciones son:

A) Denuncia obligatoria según lo estipulan las leyes: (art. 11 ley 17.132)

-Lepra (ley 11.359)

-Peste (ley 11.843)

-Enfermedades infectocontagiosas (ley 12.317)

-Enfermedades venéreas en período de contagio (leyes 12.331 y 16.668)

-Sida (ley 23.798)

-Certificados médicos en A.R.T. (ley 24.557)

B) Cuando por su importancia y trascendencia médica el caso sea informado a sociedades científicas (art. 11 ley 17.132)

C) Cuando el médico actúa como perito. Ello debido a que la relación que une al perito con la parte peritada no es la misma que la que une al médico con su paciente.

D) Cuando el médico tratante sea requerido por la justicia en calidad de testigo. En tal caso, deberá invocar el art. 444 del C.P.C y C.

E) Cuando el médico reclame honorarios

F) Denuncia de nacimientos y defunciones (ley 14.586 y Dcto. 8.204/63)

G) Art. 72 del C. Penal. Los médicos no pueden denunciar delitos de acción de instancia privada a menos que resultare la muerte de una persona o se trate de lesiones gravísimas. Deberán obligatoriamente denunciar de oficio cuando se trate de menores o incapaces, cuando no haya representantes legales o se encuentren en situación de abandono, o bien cuando haya intereses gravemente contrapuestos entre el incapaz y su representante. (9)

Lesiones gravísimas.

ARTICULO 91. Se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años, si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir. (9) (10)

H) Art. 177 del C.P.Penal. Los profesionales del arte de curar tienen obligación de denunciar los delitos contra la vida o integridad física que conozcan al prestar el auxilio de su profesión, salvo que estos hechos estén bajo el amparo del secreto profesional. En estos casos puede ser considerado un testigo calificado pero aún así puede negarse a revelar información confidencial suministrada por el enfermo confiada bajo secreto.

I) Tratándose de HIV, el Decreto 1244/99¹ dispone en su art. 2 inc. c) las siguientes excepciones:

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 el tratamiento de una persona infectada o enferma

3. A los Entes del Sistema Nacional de Sangre y Ablación de órganos

4.Al Director del Hospital o al Director del Servicio de Hemoterapia, en relación con enfermos o infectados asistidos en ellos, cuando resulte necesario para la asistencia.

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 19.134 de Adopción; información que podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes.

7.Bajo la responsabilidad del médico, a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

(El Decreto ordena utilizar un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento, anteponiendo el 0 a los días de un solo dígito). En este último ítem, la doctrina es conteste que a quienes se debe informar son:

CONYUGE O COMPAÑERO SEXUAL: hay consenso en doctrina que se lo debe advertir a fin de tomar las medidas de bioseguridad adecuadas o para iniciar el tratamiento, si se ha producido el contagio.

PERSONAS QUE COMPARTEN AGUJAS INTRAVENOSAS

VICTIMAS DE DELITO DE VIOLACIÓN

Respecto a colegios, lugares de trabajo, otros familiares, corresponde tener en cuenta el principio general de confidencialidad, salvo estrictas excepciones que debieran analizarse en cada caso particularmente.

J)Cuando se trata de evitar un mal mayor (art. 11 Ley 17.132)

La doctrina entiende que en estos casos, existe una colisión de deberes para el profesional médico (deber de guardar el secreto y obligación de denunciar) que deberían resolverse a la luz de la teoría del estado de necesidad o de la legítima defensa 6. El principio importa valorar los bienes jurídicos de la comunidad frente a los individuales. (8) (11)

Denuncia de delitos

Ley 23.984

En el Código de Procedimiento se establece cuáles son las situaciones prácticas en las cuales el médico debe denunciar los delitos contra la vida o la integridad física. Cabe consignar que la obligación de *denunciar* (a la policía o a la autoridad judicial) es para el o los médicos que hayan prestado los auxilios de su profesión en un caso determinado, o sea, para quien o quienes hayan participado en la asistencia de un paciente. La obligación no es para aquéllos médicos que conocen un hecho por revelaciones o comentarios hechos por otro médico y que no hayan participado en la asistencia. En este aspecto, el *secreto* constituye la regla, por lo que el deber u obligación de denunciar delitos, cede en el caso de que estos hubiesen llegado a la esfera del conocimiento del profesional por información, manifestaciones o revelaciones hechas por el paciente bajo el resguardo del secreto profesional.

Art. 177: Tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio:

1. los funcionarios o empleados públicos que los conozcan en el ejercicio de sus funciones;
2. Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida, y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional.

Ley 14.586 de 1958

En esta ley se establece la obligación de la denuncia de *nacimientos y defunciones*:

el **art. 5** dice: "dentro de los 5 días hábiles siguientes al nacimiento deberá hacerse su declaración ante la sección correspondiente acompañándose de un certificado del médico o partera interviniente que acredite haber visto con vida al nacido".

Con respecto a las defunciones la misma ley establece la obligatoriedad de la extensión del *certificado de defunción* por parte de los médicos que asistan, hayan asistido o hayan reconocido el cadáver.

c) Ley 17.359 de 1958 - Lepra

La denuncia es obligatoria para el médico que asista, haya asistido o conozca al enfermo o fuera llamado a reconocerlo y por los directores y médicos de hospitales y sanatorios públicos y privados.

d) Ley 1 1.843 de 1934 - Peste

La denuncia es obligatoria para cualquier caso declarado o sospechoso y lo mismo es para el farmacéutico que expendiera suero o vacuna antipestosa.

ej Ley 12.231 de 1936 • Enfermedades Venéreas

Dice que "el médico procurará informarse transmitiendo la información a las autoridades sanitarias".

f) Ley 15.465 de 1960 - Enfermedades contagiosas o transmisibles

Deberá denunciarla el médico, odontólogo, obstétrica, kinesiólogo y otros auxiliares del arte de curar cuando *asista, o haya asistido al enfermo o portador o que hubiere hecho su reconocimiento o reconocido el cadáver.*

Se notificará todos los casos de enfermedades y de los portadores de los grupos A y B.

A: cólera, fiebre amarilla, peste, viruela, tifus, fiebre recurrente;

B: botulismo, encefalitis, chagas, fiebre tifoidea, hidatidosis, lepra, paludismo, polio, t.b.c, tétanos, triquinosis;

C: cisticercosis, brucelosis, carbunclo;

D: exóticas.

El Poder Ejecutivo Nacional puede incluir o excluir enfermedades de denuncia obligatoria y es en virtud de esta atribución que se ha incluido al síndrome de inmunodeficiencia adquirida como enfermedad de denuncia obligatoria.

Código de Ética

Justa Causa Moral

La justa causa moral la encontramos en el Juramento y el Código de Ética.

a) *Juramento*: El compromiso que se adquiere al ingresar a la profesión médica puede tener varias formas. En el *Juramento Hipocrático* se hace referencia al secreto cuando se dice: "...todo lo que habré visto u oído durante la cura o fuera de ella, en la vida común, lo callaré y conservaré siempre como *secreto*, si no me es permitido decirlo". (12)

La fórmula de Ginebra del Juramento, en lo que se refiere al secreto, dice lo siguiente: "...respetar el secreto de quien se os haya confiado a vuestro cuidado..."

Código de Ética

Art intervinientes

Se encuentran normas relativas en casi todos los Códigos de Ética. Nuestro Código de Ética tiene varios artículos destinados al tema contenidos en el *Capítulo VIII (del Secreto Profesional)* que por revestir interés los transcribimos:

Art. 66: Establece que el secreto médico "es un *deber* que nace de la esencia misma de la profesión".

Art. 67: Dice que el "secreto profesional es una obligación. Revelarlo sin justa causa, *causando o pudiendo causar* daño a terceros, es un delito previsto en el art. 156 del C.P.*.

Art. 68: Da normas en cuanto a la extensión de certificados y dice: "si el médico tratante considera que la declaración del diagnóstico en un certificado médico perjudica al interesado, debe negarlo para no violar el secreto profesional.

En caso de imprescindible necesidad y por medio expreso de la autoridad correspondiente, revelará el diagnóstico al médico funcionario que corresponda, lo más directamente posible, para compartir el secreto".

Art. 69: Señala cuáles son las situaciones en que el médico no incurre en violación del secreto o sea cuando hay *justa causa*:

- médicos de las compañías de seguro al hacer informes sobre la salud del candidato que le ha sido enviado para su examen;
 - cuando es comisionado por autoridad competente para establecer el estado físico o mental de una persona;
-

- peritos médicos: cuando hacen sus informes periciales;
- cuando actúa como médico de sanidad nacional, militar, provincial, municipal, etc.
- cuando hace la denuncia de enfermedades infectocontagiosas y expide certificados de defunción cuando es médico tratante;
- cuando se trate de denuncias destinadas a evitar que se cometa un error judicial;
- cuando hace declaraciones o se defiende en un juicio de responsabilidad médica.

Art. 70: "El médico, sin faltar a su deber, denunciará los delitos de que tenga conocimiento en el ejercicio de su profesión, de acuerdo a lo dispuesto en el *Código Penal*. *No puede ni debe* denunciar los delitos de instancia privada contemplados en los arts. 71 y 72 del mismo código."

Art. 71: En los casos de embarazo o parto de una soltera el médico debe guardar silencio.

Art. 72: Establece la obligatoriedad —incluida dentro del concepto de justa causa— de "concurrir a la citación judicial y de declarar sobre hechos que ha conocido en el ejercicio de su profesión, limitándose a responder lo necesario y sin incurrir en excesos verbales".

Art. 73: Establece que debe ser "circunspecto en cuanto a la revelación del diagnóstico cuando realiza un reclamo por honorarios médicos".

Art. 74: Si bien es el paciente quien debe recibir la información acerca de su enfermedad hay circunstancias en que el mismo no la puede recibir y a este respecto el código establece lo siguiente: "el profesional solo debe suministrar informes respecto del diagnóstico, pronóstico o tratamiento de un cliente a los allegados más inmediatos del enfermo. Solamente procederá en otra forma con la autorización expresa del paciente".

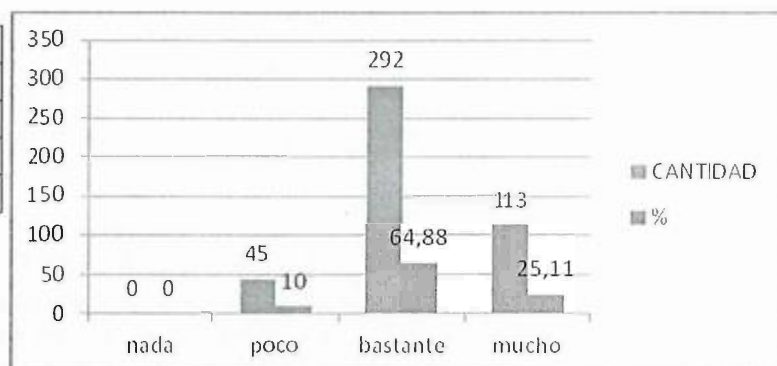
Art. 75: Hace mención al secreto compartido con otro colega estableciendo la obligación de guardar silencio por parte de este último: "el médico puede compartir el secreto con cualquier otro colega que intervenga en el caso. Este a su vez está obligado a mantener el secreto profesional".

Art. 76: Por último se establece la obligatoriedad de todos los que concurren a la asistencia del paciente: "el secreto médico obliga a todos los que concurren en la atención del enfermo. Conviene que el médico se preocupe educando a los estudiantes y a los auxiliares de la medicina en este aspecto tan importante". (13)

CUESTIONARIO SOBRE SECRETO MÉDICO

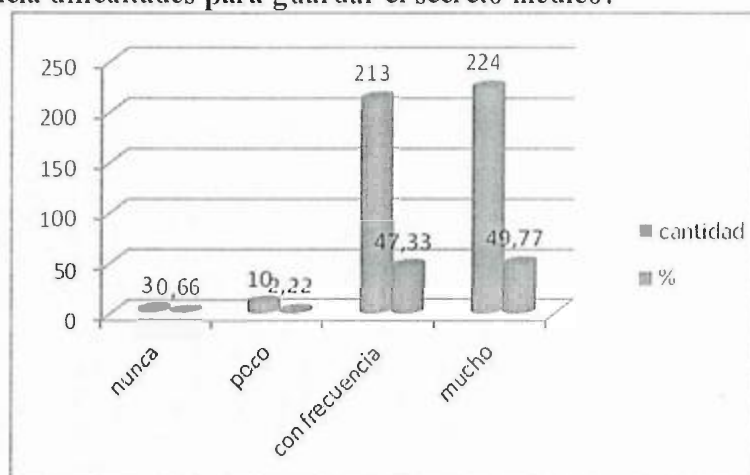
1. Entre los principios o valores que fundamentan tu actividad médica, puntúa de 1 a 4 que valor das al secreto médico.

	CANTIDAD	%
nada	0	0
poco	45	10
bastante	292	64,88
mucho	113	25,11



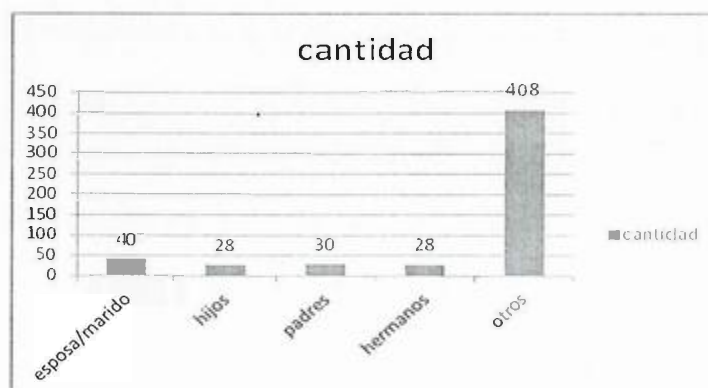
2. ¿Se te presentan con frecuencia dificultades para guardar el secreto médico?

	cantidad	%
nunca	3	0,66
poco	10	2,22
con frecuencia	213	47,33
mucho	224	49,77



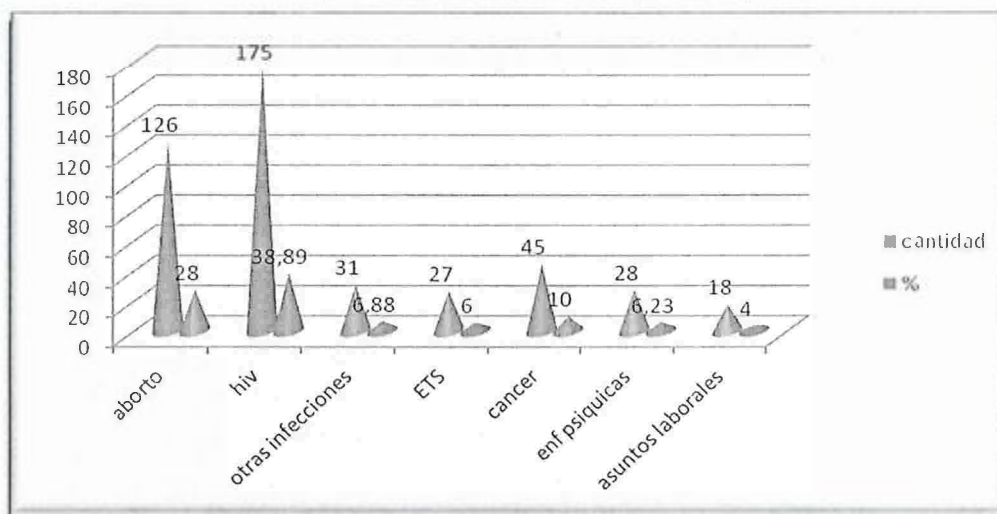
3. Si esas dificultades son con la familia del paciente, señala por orden decreciente (de más a menos) con quién/es las tienes con más frecuencia.

	cantidad
esposa/marido	40
hijos	28
padres	30
hermanos	28
otros	408



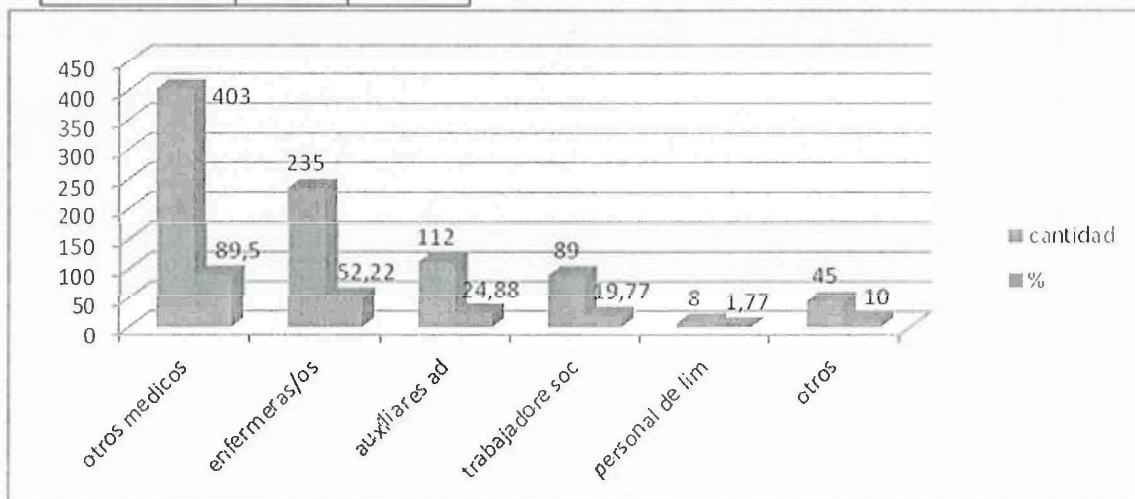
4. Marque los campos con los que tienes más dificultad para guardar el secreto médico.

	cantidad	%
aborto	126	28
hiv	175	38,89
otras infecciones	31	6,88
ETS	27	6
cancer	45	10
enf psiquicas	28	6,23
asuntos laborales	18	4



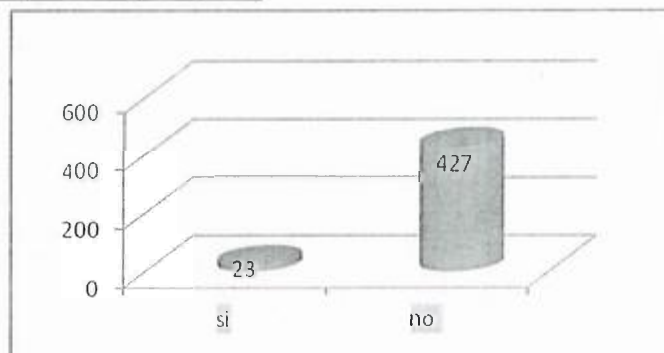
5. En caso de hacer comentarios, señala con quién/es los haces habitualmente.

	cantidad	%
otros medicos	403	89,5
enfermeras/os	235	52,22
auxiliares ad	112	24,88
trabajadore soc	89	19,77
personal de lim	8	1,77
otros	45	10



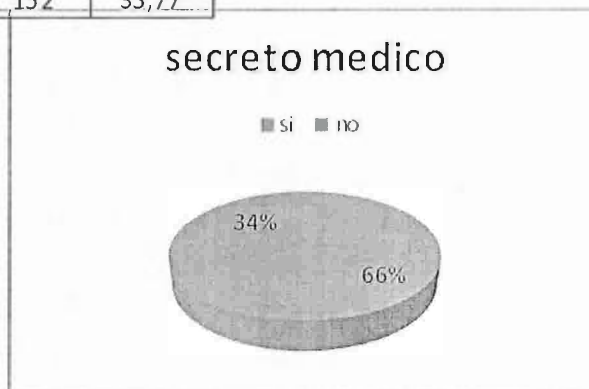
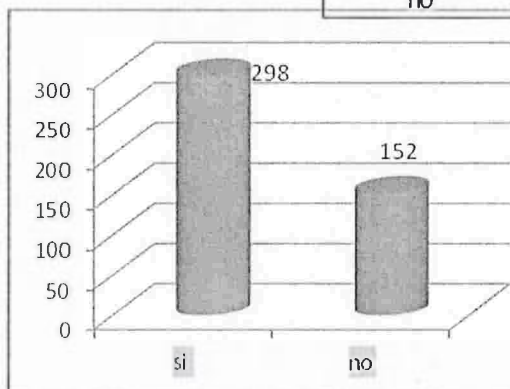
6. conoces el sitio (ley, codigos u otro) donde se refiere al secreto medico.

secreto medico	cantidad	%
si	23	5,11
no	427	94,89



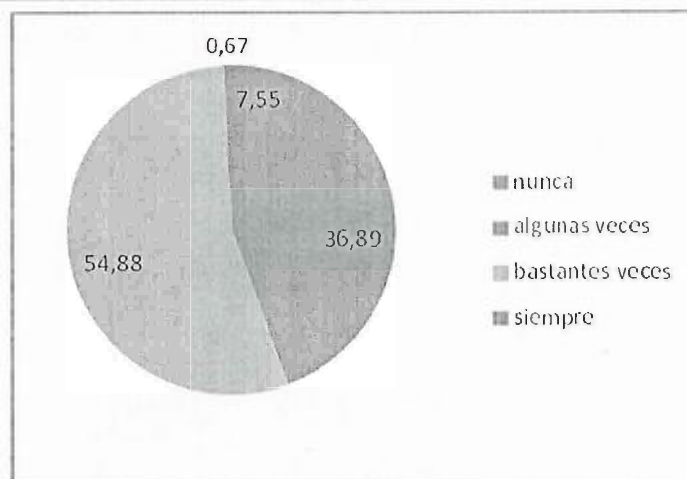
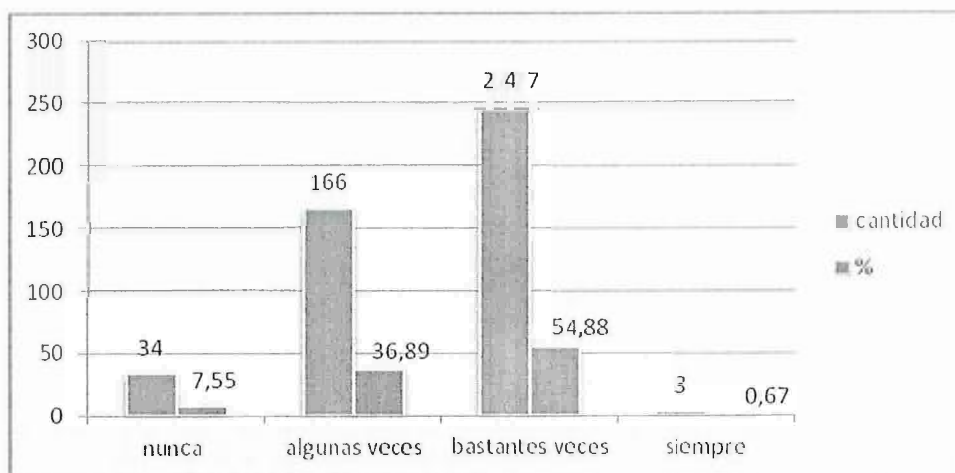
7. Conoces cuales son las causas que admiten revelar el secreto medico

	cantidad	%
si	298	66,23
no	152	33,77



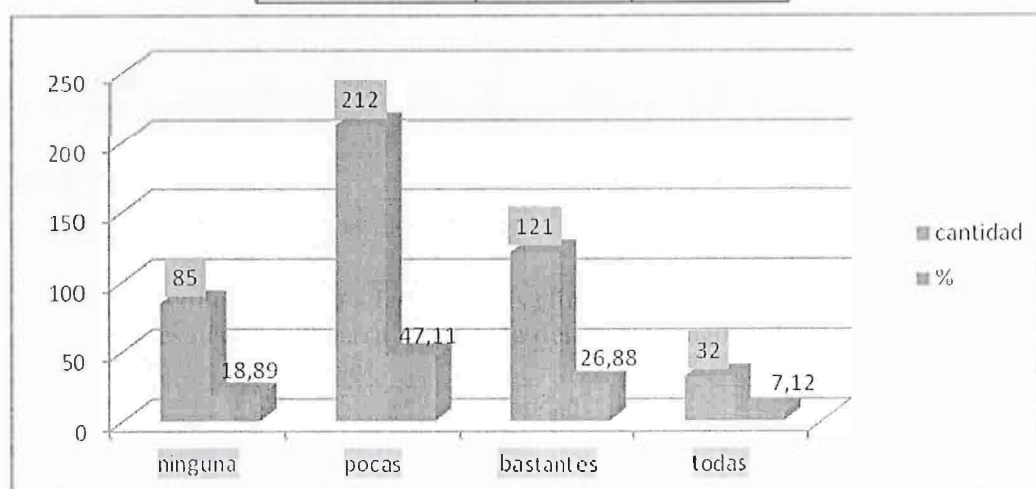
8 ¿Si te llaman por teléfono solicitando información de un paciente la das?

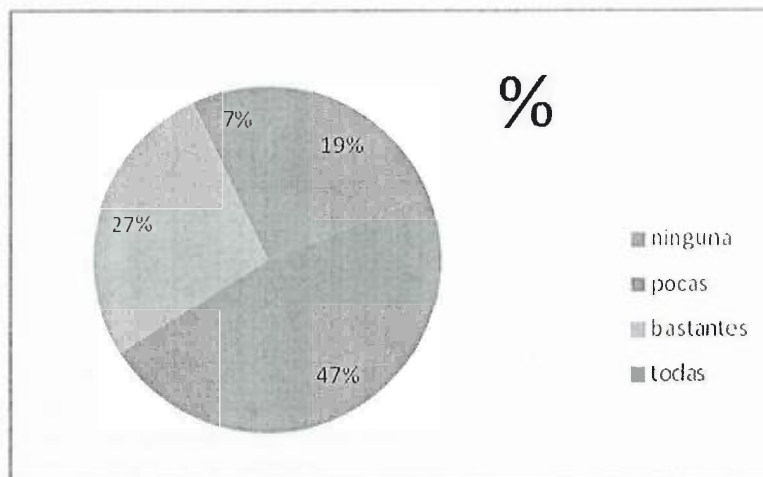
	cantidad	%
nunca	34	7,55
algunas veces	166	36,89
bastantes veces	247	54,88
siempre	3	0,67



9 ¿Consideras que el acceso a las historias clínicas en tu lugar de trabajo, reúne las condiciones necesarias para la guarda del secreto médico?

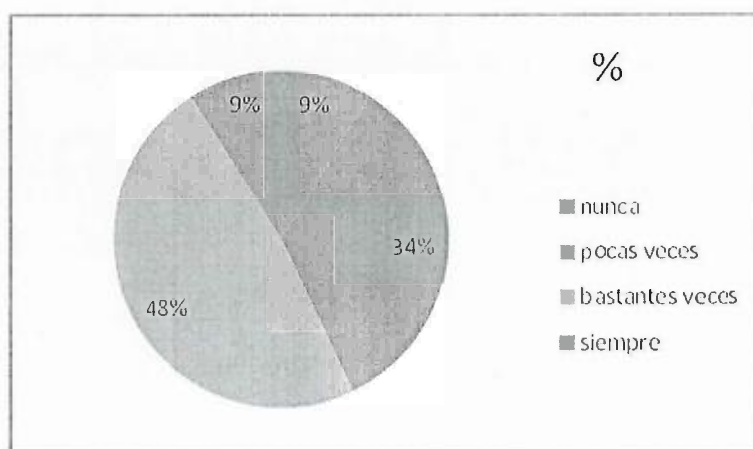
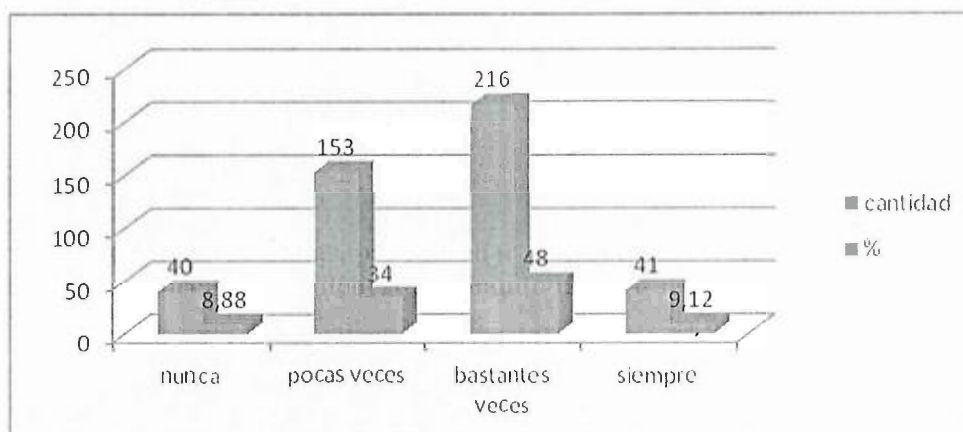
	cantidad	%
ninguna	85	18,89
pocas	212	47,11
bastantes	121	26,88
todas	32	7,12





10¿Utilizas expresiones o siglas, para reseñar de forma discreta, datos del paciente que te parecen especialmente delicados, cuando tienes que escribirlos en la historia,

	cantidad	%
nunca	40	8,88
pocas veces	153	34
bastantes veces	216	48
siempre	41	9,12



ANEXO DECLARACION DE GINEBRA

EN EL MOMENTO DE SER ADMITIDO COMO MIEMBRO DE LA PROFESION MÉDICA:

PROMETO SOLEMNEMENTE consagrar mi vida al servicio de la humanidad;

OTORGAR a mis maestros el respeto y la gratitud que merecen;

EJERCER mi profesión a conciencia y dignamente;

VELAR ante todo por la salud de mi paciente;

GUARDAR Y RESPETAR los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente;

MANTENER, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica;

CONSIDERAR como hermanos y hermanas a mis colegas;

NO PERMITIR que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente;

VELAR con el máximo respeto por la vida humana;

NO EMPLEAR mis conocimientos médicos para violar los derechos humanos y las libertades ciudadanas, incluso bajo amenaza;

HAGO ESTAS PROMESAS solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

CONCLUSIONES 1

DESDE EL SIGLO 1 D.C. HASTA EL SIGLO XVIII, EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO ESTABA CONSIDERADO COMO EL TEXTO MORAL MÁS IMPORTANTE DE LA TRADICIÓN MÉDICA. "....., VIERE U OYERE EN RELACIÓN CON LA VIDA DE LOS HOMBRES, AQUELLO QUE JAMÁS DEBA DIVULGARSE, LO CALLARÉ TENIÉNDOLO POR SECRETO."

EN LA DECLARACION DE GINEBRA , EN LO QUE SE REFIERE AL SECRETO, DICE LO SIGUIENTE: "...RESPETAR EL SECRETO DE QUIEN SE OS HAYA CONFIADO A VUESTRO CUIDADO"

LA PRIVACIDAD, NOS ESTAMOS REFIRIENDO A LA ZONA ESPIRITUAL ÍNTIMA O RESERVADA DE UNA PERSONA O DE UN GRUPO, ESPECIALMENTE DE UNA FAMILIA LA RELACIÓN MÉDICO—ENFERMO, BASE DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA, EXIGE UNA RELACIÓN DE PLENA CONFIANZA ENTRE AMBOS QUE POSIBILITA LA EFICACIA DE LA ASISTENCIA MÉDICA. LA CONFIANZA DEBE ESTAR PRESENTE EN TODO MOMENTO. LOS PRINCIPIOS DE BENEFICIENCIA , JUSTICIA Y DE AUTONOMIA SON TRES PILARES FUNDAMENTALES EN EL SECRETO MEDICO.

EL SECRETO PROFESIONAL ES LA OBLIGACIÓN DE GUARDAR SILENCIO, SOBRE LAS CUESTIONES QUE DEBEN SER MANTENIDAS RESERVADAS O SEA DESPOJADAS DE LA POSIBILIDAD DE QUE ACCEDAN A LAS MISMAS TERCEROS Y DE LAS QUE SE HA TOMADO CONOCIMIENTO EN RAZÓN DE UN TRABAJO, EMPLEO, ARTE O PROFESIÓN.

DEBEMOS TENER PRESENTE QUE TODA LA CUESTIÓN DEL SECRETO MÉDICO, EN NUESTRO PAÍS, GIRA EN DERREDOR DE LA TEORÍA DE LA JUSTA CAUSA O SEA QUE LA RESPUESTA A ESA PREGUNTA ES SIMPLE: SE DEBE HABLAR CUANDO HAY JUSTA CAUSA Y MANTENER EL SILENCIO, O CALLAR, CUANDO NO LA H EL SECRETO MÉDICO ABSOLUTO ESTABLECE QUE EL MÉDICO DEBE CALLAR SIEMPRE Y EN TODAS LAS SITUACIONES.

EL SECRETO MÉDICO RELATIVO HACE QUE EL MÉDICO PUEDA HABLAR EN ALGUNAS CIRCUNSTANCIAS

LA LEY 17.132 DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA, QUE EN SU ARTÍCULO 11 EXPRESA QUE: "...TODO AQUELLO QUE LLEGARE A CONOCIMIENTO DE LAS PERSONAS CUYA ACTIVIDAD SE REGLAMENTA EN LA PRESENTE LEY, CON MOTIVO O EN RAZÓN DE SU EJERCICIO, NO PODRÁ DARSE A CONOCER; SALVO EN LOS CASOS QUE OTRAS LEYES ASÍ LO DETERMINEN.

EN EL CÓDIGO PENAL ART. 156 ESTABLECE A PENA A AQUELLOS EL QUE TENIENDO NOTICIA, POR RAZÓN DE SU ESTADO, OFICIO, EMPLEO, PROFESIÓN O ARTE, DE UN SECRETO CUYA DIVULGACIÓN PUEDA CAUSAR DAÑO, LO REVELARE SIN JUSTA CAUSA.

EL ART 277 REFIERE LA PENA AL ENCUBRIMIENTO CON TODOS SUS ITEM. LOS LIMITES EL SECRETO MEDICO EN RELACIONA LA JUSTA CAUSA.

HAY UNA LISTA DE DENUNCIA OBLIGATORIA COMO LEPRO, PESTE, ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS, ENFERMEDADES VENÉREAS EN PERÍODO DE CONTAGIO, SIDA, CERTIFICADOS MÉDICOS EN A.R.T.

OTRAS SON CUANDO EL MÉDICO ACTÚA COMO PERITO, CUANDO EL MÉDICO TRATANTE SEA REQUERIDO POR LA JUSTICIA EN CALIDAD DE TESTIGO, CUANDO EL MÉDICO RECLAME HONORARIOS, DENUNCIA DE NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES.

EL MEDICO SOLO PODRAN DENUNCIAR LESIONES GRAVISIMAS ART 91, Y CUANDO SE TRATA DE EVITAR UN MAL MAYOR.

DESDE EL CODIGO DE ETICA LA JUSTA CAUSA MORAL LA ENCONTRAMOS EN EL JURAMENTO HIPOCRATICO COMO NOMBRAMOS ANTERIORMENETE Y EN EL CÓDIGO DE ETICA.

EN EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO SE HACE REFERENCIA AL SECRETO CUANDO SE DICE:
"...TODO LO QUE HABRÉ VISTO U OÍDO DURANTE LA CURA O FUERA DE ELLA, EN LA VIDA

CONCLUSION 2:

LUEGO DE REALIZADA LA ENCUESTA TABULADOS EN UNA PLANILLA DE CALCULOS Y REALIZADOS LOS GRAFICOS SE OBTUVIERON LOS SIGUIENTES RESULTADOS:

1 _ CON RESPECTO AL VALOR QUE EL PROFESIONAL LE DA AL SECRETO MEDICO EL 25.11% (MUCHO VALOR), 64.88% (BASTANTE VALOR), EL 10% (POCO VALOR) Y UN 0% (NADA DE VALOR)

2 _ EL 49.77 SE LOS PROFECIONALES ENCUASTADOS REFIERE PRESENTAR MUCHA DIFICULTAD PARA GUARDAR EL SECRETO, EL 43.33 % CON FRECUENCIA TIENE DIFICULTAD EL 2.22 % PRESENTA POCA DIFICULTAD Y EL 0.66 % NUNCA TUBO DIFICULTAD PARA GUARDAR EL SECRETO.

3 _ 40 DE LOS PROFESIONALES REFIRIERON QUE CON QUIEN TIENEN MAYOR DIFICULTAD PARA GUARDAR EL SECRETO PROFESIONAL ES CON LA ESPOSA O EL MARIDO; 28 CON LOS HIJOS ; 30 CON LOS PADRES ; 28 CON LOS HERMANOS ,408 CON OTROS FUERA DEL ENTORNO FAMILIAR

4 _ DE ACUERDO A LA PATOLOGIA POR LO CUAL PRESENTA MAYOR DIFICULTAD PARA GUARDAR DICHO SECRETO SON: 38.89% HIV; 28% ABORTO; 6% ETS; 10% CANCER; 6.23% ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS; 4% ASUSTOS LABORALES Y 6.88% OTRAS INFECCIONES.

5 _ EL 89.05 % DE LOS MEDICOS COMENTA DATOS DEL PACIENTE CON OTROS MEDICOS. 52.22% CON ENFERMEROS; 24.88 % CON ADMINISTRATIVOS; 19.77% TRABAJADORES SOCIALES; 1.77% PERSONAL DE LIMPIEZA Y EL 10% CON OTROS.

6 _ DE ACUERDO A LA PREGUNTA DE CONOCER ALGUN SITIO, LEY, CODIGO DONDE SE REFIERE AL SECRETO MEDICO EL 94.89% NO CONOCE Y EL 5.11% SI CONOCE.

7 _ DE ACUERDO A LA PREGUNTA POR SI O POR NO DE CUALES SON LAS CAUSAS DE REVELAR EL SECRETO MEDICO EL 66.23% REFIRIO QUE SI CONOCE; EL 33.77% NO CONOCE. (SE TOMO COMO POSITIVO DOS RESPUESTAS CORRECTAS ENMARCADAS EN ESTE TRABAJO)

8 _ EL 7.55% DE LOS MEDICOS ENCUESTADOS REFIRIO QUE NUNCA DARIA INFORMACION DE UN PACIENTE POR TELEFONO. EL 36.89% QUE ALGUNAS VECES DARIA INFORMACION; EL 54.88% QUE BASTANTES VECES DIO INFORMACION DE UN PACIENTE Y EL 0.67% QUE SIEMPRE DA INFORMACION DEL PACIENTE POR TELEFONO.

9 _ CONSIDERANDO LAS CONDICIONES NECESARIAS QUE POSEEN LAS HISTORIAS CLINICAS PARA GUARDAR EL SECRETO MEDICO EN LOS LUGARES DE TRABAJO DE DICHOS PROFESIONALES, INDEPENDIENTE DEL LUGAR DE TRABAJO, EL 18.89% REFIRIO QUE NO POSEE NUNGUNA CONDICION; EL 47.11% POCAS CONDICIONES; EL 26.88% BASTANTES

CONDICIONES Y EL 7.12% TODAS LAS CONDICIONES NECESARIAS DE LAS HISTORIAS CLINICAS.

10 _ EL 8.88% DE LO MEDICOS UTILIZA EXPRESION O SIGLAS PARA RESEÑAR DE FORMA DISCRETA DATOS DEL PACIENTE QUE PUEDEN PARECER ESPECIALMENTE DEDICADOS; EL 34% POCAS VECES UTILIZA SIGLAS O EXPRESIONES; EL 48% BASTANTE VECES UTILIZA SIGLAS O EXPRESIONES Y EL 9.12% SIEMPRE UTILIZA EXPRESIONES O SIGLAS EN LAS HISTORIAS CLINICAS PARA SEÑALAR ALGUN TEMA DELICADO.

BIBLIOGRAFIA

- (1)- PATITO J A, LOSEETTI O, TREZZA F, TRATADO DE MEDICINA LEGAL Y ELEMENTOS DE PATOLOGIA FORENSE, EDITORIAL QUORUM, BUENOS AIRES, 2003
- (2)- LOIRET P. LA THÉORIE DU SECRET MÉDICAL, PARIS, MASSON. 1988
- (3)- SIEGHART P. AIDS & HUMAN RIGHTS : A UK PERSPECTIVE, BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, FOUNDATION FOR AIDS. 1989
- (4) CUYÁS M. EL DERECHO A LA INTIMIDAD Y EL DERECHO A LA VERDAD. LABOR HOSPITALARIA; 210: 296-300. 2008
- (5) BEAUCHAMP, T Y MCCOLLOUGH, L: "ÉTICA MÉDICA, LAS RESPONSABILIDADES MORALES DE LOS MÉDICOS" EDICIÓN LABOR. 2010
- (6)- CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. (CAPÍTULO VII, ARTS. 66 A 76.)
- (7)- THOUVENIN D. LE SECRET MÉDICAL - DÉONTOLOGIE, DROIT PÉNAL, INFORMATION DU MALADE, IN DROIT MÉDICAL ET HOSPITALIER, PARIS, LITEC. 2004
- (8)- SANCHEZ-CARO JESÚS, SANCHEZ-CARO JAVIER: "EL MÉDICO Y LA INTIMIDAD" ED. DÍAZ DE SANTOS PÁG. 13-15
- (9) CODIGO PENAL DE LA NACION ARGENTINA.
- (10) PATITO J A, LOSEETTI O, TREZZA F, TRATADO DE MEDICINA LEGAL Y ELEMENTOS DE PATOLOGIA FORENSE, EDITORIAL QUORUM, BUENOS AIRES, LIBRO XI LESIONOLOGIA MEDICO LEGAL CAPITULO 1- ASPECTOS MEDICOLEGALE DE LAS LESIONES. EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD FRANCISCO J. FAMA. 2003
- (11)- BEACHAMP, T Y MCCOLLOUGH, L: ÉTICA MEDICA, LAS RESPONSABILIDADES MORALES DE LOS MÉDICOS. EDICIÓN LABOR

OTRAS

- GRACIA D. FUNDAMENTOS DE BIOÉTICA. MADRID, EUDEMA, 1989; 41-48; 68; 99-106; 128-137; 141-143; 173-187; 200-204; 285-299.
 - WINSLADE WJ. "CONFIDENTIALITY", EN REICH WT, ED, ENCYCLOPEDIA OF BIOETHICS, ED REY, VOL 1, NEW YORK, SIMON & SCHUSTER MACMILLAN, 1995, 451-459.
 - LÓPEZ AZPITARTE E. EL SECRETO PROFESIONAL EN LA ASISTENCIA SANITARIA. DEFENSA DE LA INTIMIDAD PERSONAL. LABOR HOSPITALARIA 1986; 18 (199): 45-49.
 - CASTILLA A. EL SECRETO MÉDICO. CUADERNOS DE BIOÉTICA 1996; 2: 202-209.
 - THOMPSON LE. LA NATURALEZA DE LA CONFIDENCIALIDAD. J MED ETHICS 1979; 5: 57-64.
 - HERRANZ G. COMENTARIOS AL CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA. PAMPLONA, EUNSA, 1992; 33-36; 39-42; 53-59; 74-94.
-

- GRACIA D. "LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO EN ESPAÑA. BALANCE DE LOS ÚLTIMOS VEINTICINTICINCO AÑOS". CURSO SOBRE DIMENSIONES HISTÓRICO-SOCIALES DE LA SALUD, ESCUELA LIBRE DE DERECHO Y ECONOMÍA, MADRID, OCTUBRE-NOVIEMBRE 1989; 1-11. O BIEN: TODO HOSPITAL 1989; 62: 23-26.
 - GRACIA D. LOS CAMBIOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO. MED CLIN 1989; 93:100-102. 179
 - HIPÓCRATES DE COS, JURAMENTO HIPOCRÁTICO
-