

LÍMITES DEL SECRETO MÉDICO **DEBATES**

Cómo manejar los conflictos asistenciales

que "la principal causa de conflictividad que hoy día plantea el secreto médico radica en la inexistencia de un desarrollo legislativo del mandato constitucional del artículo 24.2 de la Constitución". Y debido a esa falta de desarrollo "nos encontramos con que no existe una regulación unitaria del secreto médico porque está dispersa en una multiplicidad de disposiciones legales tanto en el ámbito sanitario como en el laboral, penal, procesal y administrativo". En su opinión, esta situación genera "inseguridad jurídica porque se desconoce cómo se tiene que actuar y a qué norma hay que obedecer".

José Jara cree que "el código deontológico es el marco de referencia al marcar las normas de comportamiento del médico frente a los pacientes", pero tampoco ayudaría mucho al tener una fuerza jurídica muy cuestionable. Este experto se plantea el dilema de que "tenemos el convencimiento íntimo de que somos confidentes del enfermo y, por otro lado, que podemos romper el secreto en determinadas situaciones". "Entonces, uno se pregunta: dónde queda amparada la confidencialidad. Estamos ante una verdadera situación de inseguridad jurídica".

En este punto Lomas añade un matiz esencial: "Llegamos a poner al médico en una verdadera encrucijada porque, por un lado, la ley obliga a denunciar todos aquellos hechos delictivos de los que haya tenido conocimiento por su actividad profesional y, por otro, le está diciendo que si revela un secreto incurre en un delito". Actualmente, dice, "las pautas más claras de actuación las da el código deontológico que se inclina por una visión relativa del secreto médico".

Torres-Dulce apela a la existencia de un conflicto entre dos bienes jurídicos importantes. Pero "hay un problema mayor que asegura más inseguridad que es esa tendencia general del Código Penal a derivar los tipos penales a normas de naturaleza no penal, es decir, la grave quiebra que tenemos del principio de legalidad que exige taxativi-

**EDUARDO TORRES-DULCE**

“ Soy un defensor absoluto de que la profesión médica tuviera la misma cualificación que la ley otorga al secreto de los abogados, eclesiásticos o ministros de culto que están exentos de declarar como testigos en las causas judiciales".

**ANTONIO TRONCOSO**

“ El secreto médico no es un derecho absoluto porque tiene límites. La intimidad del paciente debe ceder para proteger el derecho a la vida de terceros; por este motivo hay que comunicar la información de un paciente que puede transmitir el VIH".

**JOSÉ JARA**

“ Si se informa personalmente a la persona con la que convive el afectado de VIH el médico teme la denuncia por parte del paciente y las actitudes personales que pudieran derivarse de esta situación. ¿Dónde queda amparada la confidencialidad?

**VICENTE LOMAS**

“ Son muchos los interrogantes que el médico se plantea y a los que la ley no responde de modo satisfactorio. Ponemos al facultativo en una verdadera encrucijada porque por un lado la ley le dice que denuncie si conoce la existencia de un delito y por otro, que guarde secreto.

dad". Esto es, si el Código Penal castiga con pena de uno a cuatro años de prisión al médico que incumpla su obligación de sigilo o reserva, las conductas tienen que estar determinadas estatutaria, profesional y legalmente. Por esta razón, el ex-fiscal general del Estado se pregunta si es conveniente dejar la tipicidad a escalones de legalidad estatutaria o específicos de ley o si sería precisa una mayor taxatividad a los efectos del Código Penal.

VIDA O INTIMIDAD

Otra de las cuestiones que suscitaron un intenso debate fue si existe obligación de comunicar una infección contagiosa a un tercero. Antonio Troncoso tiene claro que "el secreto profesional no es un derecho absoluto, ya que tiene unos límites. La vida es el fundamento de los derechos y la intimidad debe ceder para proteger aquélla". De ahí que cuando un paciente tiene VIH esa información clínica debe ofrecerse a la pareja para salvaguardar su vida porque hay un "interés vital de una tercera persona".

Comparte esta opinión Torres-Dulce al subrayar que "en las enfermedades infecciosas existe el deber del médico y es indiscutible que no padece en modo alguno el secreto médico". Y es que "la zona más conflictiva es cuando no existe el deber de denunciar enfermedades contagiosas o de trascendencia pública o cuando no es el delito correspondiente; aquí el médico debe sopesar la situación", señala.

En este contexto, el jefe de la asesoría jurídica del Sescam pone dos ejemplos y plantea si la respuesta en ambos casos debe ser la misma. Uno, un paciente infectado de VIH+ llega a la consulta y le dice al médico que se niega a dar el diagnóstico a su pareja, pero que está dispuesto a cumplir a rajatabla las indicaciones sanitarias de protección que le han propuesto. Y dos, este mismo supuesto en el que el enfermo rechaza seguir dichas recomendaciones.

El presidente de Abimad considera que "si se informa personalmente a la persona con la que convive el afecta-

do de VIH el médico teme la denuncia por parte del infectado y las actitudes personales que pueden derivarse del caso".

Para corregir esta permanente duda, Torres-Dulce defiende la necesidad de que la profesión médica tenga la misma cualificación que la ley otorga al secreto de los abogados, eclesiásticos o ministros de culto, que están exentos de declarar como testigos en las causas judiciales". Para ello hay que desarrollar el artículo 24.2 de la Constitución y determinar unos "*numerus clausus* en cuanto a divulgar el secreto". El Of Counsel de Garrigues insiste en que "no es bueno estar permanentemente en la teoría de los conflictos de derechos y deberes".

AMENAZAS ELECTRÓNICAS

Sin duda alguna la HC electrónica presenta grandes ventajas pero también encierra numerosas amenazas de orden legal. Para Lomas, "el problema es que no hay barreras que dificulten una intromisión ilegítima". Es más, "con una simple llamada a un hospital para preguntar por el ingreso de un paciente y en la que le dicen en qué planta está hospitalizado ya se estaría vulnerando la intimidad del enfermo".

Troncoso hace hincapié en "la necesidad de trabajar mucho en los registros de acceso, que quede claro quién accede, a qué hora y para qué". Hay leyes como la de Extremadura que mejoran las garantías conscientes de que se incrementan los riesgos. De esta manera, es partidario de "potenciar las garantías de acceso y control para evitar fugas de datos e intromisiones".

A Torres-Dulce le preocupa en un terreno de inseguridad jurídica la existencia de un "fraccionamiento de la normativa, pues con el traspaso de competencias nos encontramos con que la regulación, que debería ser íntegra en protección de datos, en unas autonomías esté más desarrollada que en otras". Jara apela a "una uniformidad en este tipo de normas y a que los gestores arbitren medidas de control a la vez que potenciar la formación de los médicos".