

Privacidad y confidencialidad en los procesos terapéuticos: presencia de fundamentos bioéticos

Alvaro Angelo Salles¹, Luana Castelo²

1. Universidade de Brasília, Brasília/DF, Brasil. 2. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora/MG, Brasil.

Resumen

Este estudio analiza la caracterización de los principios de privacidad y confidencialidad relacionados con los campos de la medicina en general y la salud mental en particular, proponiendo que la práctica de los derechos y deberes respecto a estos dos principios debe preservarse de la manera defendida por la bioética. El enfoque del conocimiento psíquico se privilegia con el fin de ampliar la comprensión de que la confidencialidad es importante en los procesos terapéuticos. Se destaca la relación entre los cambios tecnológicos y mediáticos que se han producido en las últimas décadas y el riesgo de comprometer el secreto médico, cuya violación afectaría definitivamente la confianza del paciente respecto a la privacidad de su información. Por último, se reflexiona sobre el valor del apoyo ético a los profesionales de la salud, sobre todo en los casos excepcionales que involucran su toma de decisión respecto a la violación de confidencialidad.

Palabras clave: Bioética. Privacidad. Confidencialidad. Ética médica. Salud mental. Medicina.

Resumo

Privacidade e confidencialidade nos processos terapêuticos: presença da fundamentação bioética

Este estudo revisa a caracterização dos princípios da privacidade e da confidencialidade em conexão com áreas da medicina em geral e da saúde mental em especial, propondo que a prática dos direitos e deveres envolvidos com os dois princípios deve ser preservada nos moldes ditados pela bioética. Privilegia-se a abordagem do saber psíquico, a fim de ampliar a compreensão da particular importância da confidencialidade nos processos terapêuticos. Salienta-se a conexão entre as mudanças tecnológicas e midiáticas ocorridas nas últimas décadas e o risco de comprometimento do sigilo médico, cuja quebra afetaria em definitivo a confiança do paciente quanto ao resguardo da privacidade de suas informações. Ao final, são feitas reflexões sobre o valor do suporte ético ao profissional de saúde, principalmente nos casos excepcionais em que lhe cabe tomar decisões sobre quebra de confidencialidade.

Palavras-chave: Bioética. Privacidade. Confidencialidade. Ética médica. Saúde mental. Medicina

Abstract

Privacy and confidentiality in therapeutic process: contributions from bioethics

This study discusses privacy and confidentiality in the areas of medicine and, particularly, mental health, arguing that the rights and duties encompassed by the two principles should be practiced in compliance to bioethics. Psychic knowledge was adopted to broaden our understanding regarding the importance of confidentiality in the therapeutic process. It emphasizes the connection between the technological and media changes of the last decades and the risk of compromising medical confidentiality, which would definitely affect the patient's trust concerning information privacy. Finally, the text reflects on the relevancy of ethical support for health professionals, especially in cases where they must decide on whether or not to breach confidentiality.

Keywords: Bioethics. Privacy. Confidentiality. Ethics, medical. Mental health. Medicine.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Al revisar la cuestión de la privacidad y de la confidencialidad en las situaciones relacionadas con la medicina en general y, en especial, con la salud mental, se evidencia la implicación de posturas éticas para la implementación de procesos de respeto a la intimidad del paciente y de preservación de la confianza entre el profesional de la salud y los pacientes. Antes de ser una técnica, toda práctica de salud es invariablemente ética, como ya lo resaltaba Gracia¹. Por lo tanto, en los moldes dictados por la ética, se deben preservar los derechos y deberes que implica el contexto de la privacidad y de la confidencialidad. Allen² ofrece una interpretación similar al afirmar que, según criterios bioéticos, la privacidad se define como una reivindicación moral o de valor, aunque también es vista por otros autores como un hecho o derecho legal.

Este estudio se preocupa por dar continuidad a la atención a la práctica de la confidencialidad y privacidad con base en el modelo propuesto por Hipócrates, en el que el paciente era el punto central del procedimiento ético. El objetivo es traer el modelo a la realidad actual, en la que tales principios se ven amenazados, por ejemplo, por el mal uso de las redes sociales o por la facilidad que ofrece la tecnología para revelar datos confidenciales.

La intimidad y el ordenamiento hipocrático

Cuando hay una necesidad urgente de buscar ayuda para recuperarse de un estado mórbido o reparar lesiones de orden anatómico, las personas acuden a profesionales cualificados que les ayuden, como afirma Scarton³. La cuestión parece haber sido consustanciada por Hipócrates, en la Antigua Grecia, aunque autores como Malin, Emam y O'Keefe⁴ sugieren la posibilidad de que, en el ámbito médico, la privacidad y la confidencialidad ya fueran consideradas obligaciones legales y deberes éticos mucho antes de los antiguos griegos.

Sin embargo, el hecho más evidente es que, después de que Hipócrates profiriera lo que sería para los médicos un juramento solemne —*todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no deba ser divulgada, lo callaré y lo guardaré como secreto inviolable*—, quedó definido el carácter interno, privado y moral de

la *responsabilidad profesional del médico*⁵, en la afirmación de Loch, quien citó y comentó el referido extracto del juramento. Hasta el día de hoy, la medicina resguarda la importancia del *Juramento de Hipócrates*, asumiéndolo como fundamento ético en materia de privacidad y confidencialidad. Por lo tanto, la atención a estos principios debe ser constante y continuamente renovada por estudios, de modo que siempre se respete la decisión del paciente sobre la exposición de sus datos.

Secreto y confianza

Los preceptos de privacidad y confidencialidad discrepan entre sí, pero están mutua y profundamente relacionados. En una presentación inicial y amplia, la privacidad trata de un límite a la intrusión, por parte de terceros, a la intimidad del paciente, y corresponde a este determinar dicho límite, como señala Loch⁶. Se agrega aquí que, además de esta intimidad, se debe pensar en el espacio físico que rodea al paciente y a su corporalidad, completando un escenario en el que guarda sus secretos o su información. Según la visión de Winslade⁶, la privacidad, ya sea desde una perspectiva ética o legal, se refiere a los derechos de la persona a la privacidad, así como a limitar el acceso de terceros a su mente o cuerpo, por medio del contacto físico o por la revelación de pensamientos y sentimientos de esa persona.

Beauchamp y Childress⁷ parten de otra perspectiva teórica cuando afirman que, entre variadas interpretaciones y definiciones, algunos autores confunden privacidad con el derecho a controlar la intimidad. Los autores no entienden la privacidad como un derecho normativo, sino como estatus o condición de inaccesibilidad física o informacional, que abarca productos corporales y objetos íntimamente vinculados a la persona y a sus relaciones íntimas, personales o profesionales.

Kottow⁸ presenta una visión similar cuando afirma que la información personal derivada de las palabras o del examen físico de paciente no puede ser accedida por terceros, a menos que el propio paciente solicite o autorice tal intercambio. Para visualizar mejor este aspecto del intercambio no aleatorio, se puede entender la privacidad como una línea de demarcación entre lo público y lo privado con respecto a un individuo específico.

Buscando un aporte de la filosofía al debate, se encuentran divergencias en torno a la confidencialidad. França⁹ señala que la corriente absolutista defiende la imposición del secreto total en todos los casos y en cualquier situación; a su vez, la abolicionista afirma que el secreto es una farsa entre el paciente y el médico; mientras que la ecléctica, intermedia o relativista considera que el secreto, por razones mayores, de orden social, no se puede preconizar de forma tan radical.

Para Loch⁵, la confidencialidad es una garantía implícita otorgada al paciente por el profesional o por la institución de salud. Cabe recordar, sin embargo, el caso de la confidencialidad contractual, como el acta de compromiso de confidencialidad de la información y el acta de autorización para el uso de la información en la salud, señaladas por Dantas¹⁰. En cualquier caso, es habitual que esta confidencialidad garantice que no se expongan información o confidencias o, incluso, que no se expongan sin la autorización del paciente.

El origen mismo de la palabra confidencialidad hace referencia a la idea de confianza, insinúa un acuerdo previo, tácito o escrito de una relación de confianza y funciona como una norma que, cuando no se cumple, configura una violación, similar a la transgresión de una ley. En ese sentido, por lo tanto, la confidencialidad se puede considerar un derecho. Francisconi y Goldim¹¹ detallan que la información y las confidencias, así como los resultados de las pruebas y los métodos diagnósticos o terapéuticos realizados, constituyen propiedad del paciente, y los profesionales e instituciones de salud son únicamente sus fieles depositarios, por lo que no pueden usarlos libremente.

Génesis de la privacidad

Además del origen del término confidencialidad, es fundamental conocer su génesis como proceso humano, durante el cual es posible percibir el papel del secreto frente a la fragilidad humana y, por lo tanto, la responsabilidad por la violación de la confianza por una de las partes en una relación. Valiéndose de conocimientos psicoanalíticos, como los de Anna Freud¹² en sus escritos sobre la infancia, se entiende que la confidencialidad tiene su fuente en el proceso humano de guardar y compartir secretos. Comienza, de manera ingenua,

en la infancia, cuando decir que uno tiene un secreto importa más que el secreto mismo; y como se trata de una fase inicial de estrecho contacto del niño con el otro, esta cercanía es más importante que el hecho secreto en sí. Sin embargo, con el final de la etapa infantil a partir de los 7 años y la entrada en una etapa preadolescente, se producen cambios en el escenario.

En la adolescencia, los secretos tendrán valor por sí mismos y corresponderán a procesos de vida, generalmente afectivos y sexuales. En esta etapa, la violación del secreto provoca daños psíquicos y emocionales que pueden ser importantes. Además de establecer confianza y relaciones más cercanas, compartir un secreto en esta época genera un sentido de *self* más desarrollado, que se puede ver, según Jung¹³, como centro de la personalidad, un organizador de los procesos psíquicos que integra y equilibra los aspectos del inconsciente, proporcionando unidad y estabilidad a la personalidad humana.

Sin un buen desarrollo de estas dos etapas iniciales del secreto, el individuo, en la etapa adulta, se vuelve renuente a compartir sus fantasías, deseos y pensamientos, temiendo sentirse discriminado, avergonzado y desilusionado. En general, sin embargo, las personas desean compartir su intimidad con aquellos en quienes confían, como una forma de estabilizarse emocionalmente o de aliviar la presión que proviene de los sentimientos y pensamientos.

En cualquier rango de edad, la confidencialidad debe ser preservada por quienes rodean al individuo —familiares, amigos, profesionales o no profesionales—, principio que también se aplica, como señalan Francisconi y Goldim¹¹, si la persona ha fallecido, si es una figura pública o si está inconsciente. La confidencialidad y la privacidad, subrayan los autores, deben existir en un clima de veracidad, confianza y fidelidad, extensible a todos sin importar su grado de comprensión ni de salud mental.

Característica y justificación

En el estudio del binomio privacidad/confidencialidad, la ética se puede observar como un factor constante que permea las caracterizaciones y justificaciones de estos principios. Por lo tanto, el respeto a la privacidad y a la

confidencialidad se caracteriza como un deber *prima facie*, refiriéndose al cumplimiento de las obligaciones morales, las cuales se deben seguir siempre que no sean suplantadas por otro deber de igual o mayor importancia.

Haciendo una abstracción de lo individual a lo colectivo, França⁹ recuerda que, en la actualidad, las ciencias médicas, al adquirir un formato de servicio público, pueden, en momentos específicos, valorar el interés colectivo en detrimento del individual. Se trata de una situación en la que el Estado se posiciona como gestor de la salud pública, manipulando la vida y la salud de la población como un bien común, debilitando en consecuencia el concepto de confidencialidad.

Francisconi y Goldim¹¹, al caracterizar la privacidad y la confidencialidad, afirman que son principios bioéticos que abarcan a todos los profesionales de la salud, docentes y personal administrativo, así como a las instituciones afines. Este alcance ético es bien destacado por los autores, que ven la privacidad y la confidencialidad como un compromiso de todos con todos. Estos principios aún se señalan como derechos del paciente, y también son logros de la sociedad.

La afirmación se refiere a Kaye¹⁴, cuando considera los derechos como definidores de la sociedad civil. Además, cabe recordar que, presentándose como un fenómeno social, la privacidad se percibirá según el modo como la sociedad elija codificar el concepto en la política y en la ley, un tema trabajado por Silva, Araújo y Nascimento¹⁵. Por lo tanto, corresponde a la legislación y a la política codificar los derechos y necesidades de gestión de la privacidad en el área biomédica, como lo exponen Malin, Emam y O'Keefe⁴. Se observa que, en las características propuestas anteriormente, se mezclan deberes y derechos que afectan a la parte médico-institucional y a los pacientes. Esto encuentra respaldo en Loch⁵, en un estudio que demuestra que el secreto obligatorio del profesional y el derecho del paciente a tener su información reservada confieren una doble naturaleza a la confidencialidad, transformándola en un derecho-deber. El autor también señala que la confidencialidad presupone información proporcionada de forma voluntaria y consciente por individuos racionales, informados y libres, es decir, en pleno ejercicio de su autonomía como principio bioético.

França⁹ señala que la privacidad se justifica por la promoción de la seguridad en la convivencia íntima y social. A su vez, Francisconi y Goldim¹¹

consideran justificada la confidencialidad porque forma parte de un grupo de derechos individuales y de propiedad, porque tiene un valor instrumental (sirve a diversos fines) y, además, porque presupone la concreción de relaciones sociales íntimas y esenciales para la expresión de la libertad personal.

Agregan que la confidencialidad puede considerarse imprescindible al proceso terapéutico, específicamente en el caso de los trastornos mentales, en los cuales el papel de la inviolabilidad de la información está directamente relacionado con los resultados del proceso, ya que forma parte de un escenario en el que los miedos, ansiedades, culpas y sentimientos hostiles —y estigmatizaciones, vergüenzas, deseos no confesados, entre otros— son expuestos por el paciente al psicoterapeuta.

Para Loch⁵, la confidencialidad también se justifica por el respeto a la naturaleza del derecho a la privacidad, además de ser un deber de carácter profesional. También se justifica por minimizar o extinguir el miedo del paciente respecto a las repercusiones sociales o económicas negativas generadas por su estado de salud. Este aspecto tiene cierta continuidad en los argumentos de Beauchamp y Childress⁷, quienes hablan del valor instrumental y consecuente de la confidencialidad para justificarla. Afirman que se vuelve imprescindible en ese sentido, ya que el paciente, con el objetivo de recuperar o mantener su salud, define el nivel de intercambio de sus secretos u opta por reducir su privacidad, por lo que la ausencia de confidencialidad llevaría al paciente a no buscar tratamiento o a no involucrarse plenamente en él.

França⁹ encuentra justificación en la confidencialidad, también porque se preocupa por la reputación y la credibilidad de las personas, trayendo a escena, por lo tanto, un aspecto relacionado con el respeto por el otro, interesante para los estudios bioéticos. El autor aborda el valor de la confidencialidad por su herencia hipocrática, de carácter sagrado, trascendente, confesional y religiosa, por lo tanto, inviolable.

Morais¹⁶, a su vez, resalta el interés público de preservar la confidencialidad, lo que afirma ser admitido por las autoridades civiles. La justificación de Durand¹⁷ es aparentemente simple —porque la confidencialidad se considera una buena práctica médica—, pero implica todo un universo ético y técnico vinculado a esa área profesional. A su vez, Escartón³ resalta que la información del paciente

debe mantenerse en secreto para beneficio del confidente, con el fin de mantener la convivencia social y la propia credibilidad y viabilidad de las profesiones de salud.

Confidencialidad en los procesos terapéuticos

Pese a su importancia para todos los aspectos biomédicos, la cuestión de la privacidad y la confidencialidad se revela fundamental en el tratamiento de las enfermedades mentales. Esta posición encuentra respaldo en Loch, Gauer y Kipper¹⁸ cuando afirman que existen características especiales en la relación entre psicoterapeuta y paciente en el ámbito de la psiquiatría/psicología, en virtud de la vulnerabilidad de los pacientes tratados. Según los autores, los psiquiatras y psicólogos, al tener acceso a la intimidad de sus pacientes, pueden infringir sus más elementales derechos humanos o manipular su consciencia.

Al delinear el proceso terapéutico, se observa que la confidencialidad se desarrolla en unos pocos pasos. En un primer momento, hay un movimiento de empatía por parte del paciente, seguido de *rapport* psicoanalítico, lo que generará una receptividad para que el terapeuta acceda a su intimidad y la comparta. Se inicia un mecanismo de transferencia, en el que afloran repulsas, complejos y traumas del paciente, a partir de lo cual evoluciona el proceso psicoterapéutico. Se forma una relación en la que se trabajan elementos que deben permanecer conocidos solo por el paciente y el terapeuta, a menos que se admitan nuevos intercambios por parte del sujeto tratado, en un caso atípico. La esencia del proceso terapéutico presume, por lo tanto, una condición de privacidad en la que el permiso — siempre voluntario y originado de un factor de confianza— para el conocimiento de factores íntimos es otorgado por el paciente, lo que implica el secreto de dicha información. Este esquema afirma el valor de la confidencialidad y de la ética en el tratamiento de la salud mental.

El valor de la salud mental no puede reemplazar al de la salud física. Una mente sana, desde una perspectiva psiquiátrica y pragmática, representa una condición de bienestar psicológico, una capacidad de adaptarse a las diversas situaciones relacionales y sociales dentro de una comunidad, y, aun,

una convivencia armónica con las normas positivas de los ordenamientos jurídicos¹⁹. Por lo tanto, es necesario considerar la importancia de ofrecer apoyo terapéutico a los pacientes y, en consecuencia, de prestar atención al aspecto de confidencialidad inherente a este proceso, permitiendo el pleno cumplimiento de su función.

La relación de confianza entre paciente y terapeuta también es reconocida en las líneas psicológicas de la terapia gestalt, del psicodrama y de la logoterapia como fundamental para posibilitar una identidad autónoma y un desarrollo armonioso de la esfera psíquica. Durante el trabajo terapéutico, el paciente revela su aspecto más personal y comparte su intimidad con el terapeuta porque confía en su capacidad para proteger la confidencialidad de la información revelada. El profesional así legitimado podrá promover la confirmación del otro (su paciente), permitiéndole crear una identidad, un ego organizado. Incluso las situaciones de psicopatología, como señalan Fantin y Friedman²⁰, presuponen un tipo de organización y se traducen en dilemas éticos. Así, la cosmovisión del terapeuta y su concepción ética y bioética de la persona son las que diferencian la enfermedad del sufrimiento.

Al ampliar todas estas consideraciones, la descripción de los tipos de privacidad propuesta por los bioeticistas podrá permitir una mayor visibilidad sobre el valor de la confidencialidad en los procesos terapéuticos.

Tipos de privacidad

La privacidad y la confidencialidad como principios fundamentados en la eticidad de la relación entre los individuos cobrarían, en el Código de Ética Médica del Consejo Federal de Medicina (CFM), Capítulo I, inciso XI, la siguiente disposición: *el médico guardará secreto respecto a la información de que tenga conocimiento en el desempeño de sus funciones, con excepción de los casos previstos en la ley*²¹. Según el artículo 9.º de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (DUBDH), proclamada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco), *se debe respetar la privacidad de los interesados y la confidencialidad de la información que les concierne personalmente. En la medida de lo posible, dicha*

información no debe utilizarse ni difundirse para fines distintos de aquellos para los que fue recopilada o consentida, y debe cumplir con el derecho internacional y, en particular, con el derecho internacional relativo a los derechos humanos²².

Para ampliar la comprensión de estas pautas generales que ofrece la DUBDH y ayudar al profesional de la salud a la hora de aplicarlas, se presentarían tipificaciones del binomio privacidad/confidencialidad por parte de los bioeticistas en varias versiones. En la estructura de cinco tópicos que se propone a continuación, se resumen las definiciones y la información de varios autores. La elección de los tipos fue arbitraria y debe considerarse con fines puramente didácticos, con la preocupación de trabajar solo el contexto de las relaciones en el ámbito de los cuidados de la salud.

Privacidad corporal

Las posibilidades de invasión de la privacidad corporal serían el contacto íntimo del médico con la desnudez del paciente; el toque del cuerpo del paciente; la manipulación, invasiva o no, de partes del cuerpo del paciente; y el permiso dado por el médico para que terceros observen o toquen al paciente, personalmente o por medios electrónicos, durante algún tipo de procedimiento, sin la autorización expresa de ese paciente²³.

Privacidad informacional

Corresponde al paciente determinar si toda o parte de la información proporcionada podrá ser transferida a terceros, así como la forma en que debe hacerse y en qué momento. En esa línea, la base de la DUBDH²² orienta que la información, así como los estudios presentados en el Informe del Comité de Confidencialidad de la Asociación Psicoanalítica Internacional (IPA)²⁴, se utilicen dentro de los límites de su destino previsto y siempre con el consentimiento del paciente.

Es de importancia basilar considerar que, para algunas personas, la información sobre su salud puede ser una cuestión extremadamente íntima, personal y directamente ligada a su sensibilidad. Se entiende aquí que la información recopilada por el examen físico o por la anamnesis puede verse como una extensión de la mente o del cuerpo del paciente. La privacidad informacional puede tomarse, en este caso, como una especie

de anonimato o secreto, ya sea real o imaginaria la información recabada del paciente, hipótesis que procede, por ejemplo, en casos de psicoterapia, en los que se trabaja el imaginario del paciente y los datos que derivan de él, extremadamente relevantes.

Privacidad propietaria

La privacidad propietaria se relaciona con todo lo que una persona posee. En el área de la salud, una violación de este tipo de privacidad es el uso no autorizado de material biológico (sangre, saliva, orina, semen, cabello, médula ósea, etc.) o del código genético del paciente. Con el avance de la investigación molecular, se hizo posible secuenciar genéticamente a una persona (*whole genome sequencing*) de forma rápida y con un costo relativamente bajo, obteniendo información sobre las variantes proteicas codificadas en su genoma y sobre aquellas que influyen en la aparición de diversas enfermedades o síndromes. Esto demuestra que las violaciones de la privacidad en este campo pueden afectar al paciente, a sus familiares inmediatos e incluso a sus generaciones futuras²⁵.

Privacidad físico-espacial

En este contexto, se encuentra el deseo de la persona de limitar el contacto social, es decir, de crear un campo imaginario a su alrededor, que podría entenderse como una extensión de su ser, un espacio personal. Un ejemplo de esto se revela cuando un paciente no acepta ser examinado por estudiantes de medicina, no permite el monitoreo de su habitación hospitalaria por medio de cámaras o no quiere que se grabe su sesión de terapia, comprendiendo el espacio de la sesión como singular, suyo y del terapeuta. Este tipo de privacidad se refiere al grado de accesibilidad física que una persona quiere tener con relación a los otros²⁶, entendimiento que debe extenderse al uso de los consultorios médicos.

Privacidad psicológica o psíquica

Esta privacidad implica la protección de las actitudes, creencias y valores del sujeto con relación a la divulgación o al juicio por parte de otros. En el tratamiento psicoterapéutico, cuando hay *rappport* y proceso transferencial, se revelan los traumas, los complejos, las vergüenzas, los deseos no confesados, entre otros sentimientos y emociones

del paciente que implican moralidad, religión, etc. La divulgación de estos datos podría generar estigmatización y discriminación por parte de la comunidad en la que se inserta el paciente, como advierten Silva Jr., Araújo y Nascimento¹⁵. Este problema también está muy bien descrito en la DUBDH²², en el artículo 11, y se considera una violación de la dignidad humana, de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

Excepciones a la confidencialidad

Respaldo jurídico-normativo

En la historia se ve que, para los griegos, el precepto hipocrático era tan vinculante que otorgaba a la medicina un estatus diferenciado de otras profesiones, confiriendo a los médicos de Grecia la impunidad jurídica. El juramento de aquel que se dedicaría a la salud era solemne y sagrado, definiendo *el carácter interno, privado y moral de la responsabilidad profesional del médico hipocrático*²⁷, como recuerda Loch. Sin embargo, este panorama no se mantuvo indefinidamente, y las transformaciones de las sociedades poshipocráticas exigieron respaldo jurídico tanto para actos de los profesionales de la salud como para sus pacientes con relación a cuestiones de privacidad y confidencialidad en el contexto de la medicina. Fueron muchos los aspectos relacionados con la privacidad y la confidencialidad que merecieron protección legal o, al menos, amparo de grandes organizaciones, gubernamentales o no, en los diversos países. Hoy, como señala Kaye¹⁴, la protección de la privacidad del individuo se destaca en todos los documentos legales de las democracias liberales, y es un aspecto definidor de la sociedad civil.

Si bien la previsión del respeto a la privacidad y a la confidencialidad contenida en el Código de Ética Médica editado por el CFM en Brasil debe ser respetada al máximo por los profesionales e instituciones del ámbito de la salud, también deben considerarse las excepciones que el documento determina. Este código, al prohibir al profesional revelar hechos conocidos como resultado de su profesión, complementa, para tipificar la excepción, *salvo por un motivo justo, deber legal o consentimiento por escrito del paciente*²¹, en el artículo 73, Capítulo IX. En este caso, se recurre al término *causa justa*, que França⁹ entiende como motivo relevante,

noble en sí mismo, de orden moral, ético, jurídico o social, que permite incumplir una regla, fundamentándose en una concepción de necesidad. La causa justa sería, complementa el autor, algo justo desde la perspectiva subjetiva del individuo (justicia personal) o desde la perspectiva comunitaria de la sociedad (justicia social), es decir, dependiente del contexto y vinculada a la consciencia de cada uno.

En el ámbito de este estudio, se dan como justas causas las siguientes:

- Lo que el profesional considere justo revelar, como señalan Cohen y Marcolino²⁸ (conviene notar la posibilidad de discrepancia de opinión entre los profesionales respecto a un mismo paciente, sobre todo en el campo de la salud mental);
- La gran y seria posibilidad de daño físico o psicológico a la salud y a la integridad de un paciente o de otras personas identificables y específicas, incluido el riesgo de muerte;
- El cuidado del bienestar y de la seguridad social, ya que la colectividad, buscando prevenirse y protegerse, desea estar informada de los peligros potenciales altamente probables²⁹ (es conveniente, con relación a los dos últimos puntos, prestar atención a la posibilidad de discriminación y rechazo social del paciente con sufrimiento psíquico); y
- Un beneficio real que se pueda proporcionar, como lo señalan Junkerman, Derse y Schiedermayer³⁰.

Si bien la legislación busca cubrir todas las posibles excepciones al mantenimiento de la confidencialidad en el ámbito de la medicina, surgen controversias, en especial con respecto a las personas con trastornos mentales y en los casos de pacientes que participan en terapia.

La privacidad y la confidencialidad podrán, en principio, ser derogadas o abrogadas si el caso:

- Encontrar encuadramiento en motivaciones de causa justa y de deber legal;
- Presentar, ante los ojos del saber y del poder profesional, una limitación en cuanto al ejercicio adecuado de la autonomía, de la autodeterminación y de la libertad personal³¹. Para ejemplificar, tomemos una condición de regresión, en la que el paciente está frágil y no quiere ejercer su autonomía, lo que hace necesario que otro tome decisiones por él. En esa situación, la cautela del profesional llevaría a la

reflexión de que casos como este pueden ser transitorios, sin que se justifique automáticamente, por lo tanto, la violación del secreto;

- Una reducción de la competencia, es decir, de la capacidad de juzgar y de decidir de manera voluntaria y racional sobre los propios asuntos³¹, o del discernimiento en la práctica responsable de los actos de la vida civil, factor que calificaría al paciente como legalmente capaz o incapaz³²;
- La dependencia de un representante legal³¹;
- Condiciones clínicas de emergencia¹⁷;
- Criterios de hospitalización o tratamiento involuntarios;
- Incapacidad severa para realizar el autocuidado, como agrega Taborda³³. El autor recuerda que, en ocasiones, es necesario diferenciar entre los gestos de rebeldía o afirmación de la individualidad de una contracultura de jóvenes que pueden negarse a ducharse o a cortarse las uñas y el cabello, y, aun, de los procesos orgánicos o psicóticos en los que la higiene corporal puede no ser observada por el paciente.

Se considera que, aunque hay cierta precisión en estas definiciones, siguen siendo cuestionables, ya que los límites del campo de la salud mental son imprecisos. Además, el estado en que se encuentra el paciente durante el proceso terapéutico es de fragilidad emocional y de reestructuración psíquica, dirigida a hacer frente a sus limitaciones y sufrimientos, lo que presupone secreto sobre lo revelado. Por lo tanto, en este tipo de tratamiento, el secreto tiene una importancia práctica y simbólica, y se recomienda cautela a los profesionales, para evitar decisiones precipitadas con relación a excepciones.

Desafíos de la actualidad

Si siempre hubo una preocupación por parte de la bioética en cuanto a los aspectos relacionados con la privacidad y la confidencialidad, ahora parece existir una mayor necesidad de atención ante una serie de transformaciones mundiales. Entre los cambios, se pueden mencionar la informatización del registro de datos propiciada por la revolución tecnológica y la introducción de nuevos procesos propedéuticos y terapéuticos. Además, está la carrera por el éxito profesional o financiero valiéndose de las redes sociales y el cambio en el concepto de lo privado y de la relación privado

versus público en un escenario en el que, con la gran actividad en las redes sociales y la excesiva exposición de la vida personal en internet, los límites de la privacidad se vuelven indefinidos.

Por las amplias consecuencias que conlleva, uno de los cambios que ha requerido atención en este momento se refiere a la historia clínica del paciente y a anotaciones similares. Los hospitales comienzan a adherirse a la historia clínica digital, lo que facilita el contacto de personas ajenas al circuito biomédico con los datos contenidos allí. La discusión de este tipo de uso de datos, que en sí mismo es indebido, ya que no está autorizado por los pacientes, recupera consideraciones presentadas anteriormente en este estudio, como, por ejemplo, el valor consecuente de la confidencialidad respecto a no compartir secretos⁷, o la propia credibilidad y viabilidad de las profesiones de la salud³. Tales factores advierten sobre la amenaza a la confidencialidad que representa el acceso indebido a los registros médicos.

Por otra parte, los procesos propedéuticos y terapéuticos exigen, en la actualidad, una implicación multidisciplinaria, es decir, de varios profesionales de la salud, principalmente en los ingresos hospitalarios y en los procedimientos quirúrgicos, lo que supone un mayor número de personas con acceso a la información del paciente³⁴. No se pueden negar las ventajas asistenciales de este tipo de implicación, pero no se puede ignorar que estos profesionales, obligados al secreto por sus respectivos códigos deontológicos, deben proceder a una manipulación éticamente correcta de la información a la que tienen acceso, tal y como advierte Herranz-Rodríguez³⁵.

Son innumerables los dispositivos que la tecnología facilita a los profesionales de la salud. Grabar, filmar, acceder a dispositivos, comunicar, difundir y compartir datos son solo algunos de los actos que, por desatención, negligencia o mala fe, pueden ser practicados de forma incorrecta por parte de los profesionales, llegando a la violación del secreto del paciente. El uso de dispositivos al alcance de muchos profesionales de la salud, sin duda, redundará en el favorecimiento de los cuidados asistenciales, pero pueden generar, en las redes sociales, voluntariamente o no, oportunidades para conductas indiscretas, inapropiadas, poco éticas e ilegales³⁶. Esto remite una vez más a las consideraciones de França⁹, que defiende el cuidado de la reputación y la credibilidad de

las personas, o las de Loch⁵, sobre el respeto al derecho a la privacidad. Basta con acceder a internet para comprobar que estamos en una era en la que la información es vista como un bien colectivo; y la privacidad, como un bien menor.

Cabe resaltar también que, ante la influencia mediática, surge la tentación de saltarse etapas de trabajo, dedicación y estudio y buscar el éxito, el reconocimiento profesional o la celebridad instantánea mediante el uso de información o relatos de casos que deberían mantenerse en el ámbito de la confidencialidad. Esta situación encuentra resonancia en la caracterización de Bauman³⁷ sobre la posmodernidad, que califica como líquida, con relaciones fluidas y pérdida de sensibilidad, en la que se diluye la opción por la ética.

Conflictos y reflexiones

En esencia, toda discusión sobre privacidad y confidencialidad gira en torno a las posturas y decisiones éticas de un ser humano con respecto a otro y en determinadas circunstancias. Por lo tanto, el examen de situaciones excepcionales en las que el profesional debe decidir acerca de la violación o no de la confidencialidad del paciente en el proceso terapéutico puede revelar que este profesional está tomando decisiones que están estrechamente relacionadas no solo con su conocimiento, sino con su consciencia. Queda claro que la mirada ética ayuda a resolver dudas.

La decisión del profesional sobre romper la confidencialidad es parte fundamental del proceso terapéutico como un todo, y puede implicar, sin embargo, variables sumamente complejas, en especial en el caso de pacientes con trastornos mentales. Esta violación del secreto, aun cuando esté orientada por normas legales, configura una decisión vinculada no solo al conocimiento del médico o psicólogo y a su razonabilidad, sino también al profundo cuidado y responsabilidad, ya que estas decisiones pueden comprometer de manera indeleble el resto de la vida de los pacientes.

En las diversas situaciones posibles, la profesionalidad puede verse ante decisiones que afectan la autonomía del paciente, como revelar o no una enfermedad contagiosa y peligrosa que el paciente insiste en ocultar a la familia. En otro ejemplo, pueden enfrentarse al dilema de denunciar o no la identidad de un violador revelada por la víctima

después de una ardua terapia basada en la confianza. En ese caso, el paciente entendería el acto como una falta de respeto a su autodeterminación de guardar silencio, lo que le conduciría a la estigmatización social²² y a la inseguridad.

Una situación que genera desafíos particulares puede ocurrir cuando el profesional está tratando con personas consideradas incapaces ante la ley, una vez que son responsables de otra persona. En casos como este, los responsables pueden sentirse con derecho a acceder a información protegida por el secreto médico e incluso pueden tratar de exigir una mayor transparencia con relación al tratamiento psicológico del paciente. Tomando como ejemplo a un joven menor de edad o un niño, la preocupación de los padres es comprensible, pero se debe considerar la necesidad del menor de que se respete su privacidad y, así, mantener la confianza en el profesional. Cabe recordar que una parte razonable de los conflictos psicológicos de estos pacientes pueden estar directamente relacionada con los propios responsables. En ese desafío, es necesario que el profesional encuentre un equilibrio que considere la importancia de mantener informado al responsable sobre el estado del incapaz y su evolución sin, no obstante, exponer su privacidad. De esa forma, también es fundamental tener en cuenta la seguridad del incapaz en situaciones de vulnerabilidad en la familia, como es el caso de los jóvenes LGBTQIA+ que no asumieron su identidad ante sus familiares por temor (fundado o no) a su reacción.

En todas las posibilidades, la violación del secreto supone una ruptura definitiva de los lazos terapéuticos con el paciente, lo que configura un conflicto entre la toma de una decisión beneficiosa (es decir, la continuación de un tratamiento terapéutico necesario para el paciente) y una decisión no maleficia (ya que la gravedad del motivo que sugiere la violación del secreto puede implicar daños severos para el propio paciente o para terceros). Para agravar el dilema, el profesional debe prepararse para atravesar el terreno de la incertidumbre sobre los resultados que genera su decisión, sin tener garantías sobre estos, ya que ni siquiera las previsiones de justa causa por violación de secreto son precisas. No menos importante es la reflexión del profesional sobre su propia capacidad de decidir, interrogándose sobre el grado en que su subjetividad o su ética interviene en su evaluación y en su decisión.

Consideraciones finales

Es fundamental considerar que la alta complejidad de la cuestión de la violación o derogación de la confidencialidad en el tratamiento de pacientes en el ámbito de la salud mental requiere mucha cautela y reflexión por parte del terapeuta, ya que las respuestas no siempre pueden estar amparadas por leyes, normas o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas. La variedad de casos es infinita, pero el

profesional siempre tendrá respaldo en la reflexión bioética basada en principios universales, como el respeto a la dignidad de la persona, a sus derechos y a sus libertades fundamentales. También encontrará respaldo para sus decisiones al guiarse por la solidaridad crítica y de la cooperación, principios bien descritos en los estudios bioéticos. Al actuar como un ser ético, el profesional de la salud —y en particular el terapeuta— ya no ayuda a su paciente, sino a un ser humano como él mismo.

Referencias

1. Gracia D. La confidencialidad de los datos genéticos. In: Gracia D, organizador. Ética y vida: ética de los confines de la vida. Santa Fé de Bogotá: Buho; 2003. p. 137-50.
2. Allen AL. *Uneasy access: privacy for women in a free society*. Totowa: Rowman and Littlefield; 1988.
3. Scarton RR. Violação do segredo profissional dos médicos: aspectos jurídicos e (bio)éticos. *Âmbito Jurídico* [Internet]. 19 jul 2019 [acesso 23 mar 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3mMecB0>
4. Malin BA, Emam KE, O'Keefe CM. Biomedical data privacy: problems, perspectives, and recent advances. *J Am Med Inform Assoc* [Internet]. 2013 [acesso 23 mar 2023];20(1):2-6. DOI: 10.1136/amiajnl-2012-001509
5. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. *Bioética* [Internet]. 2003 [acesso 23 mar 2023];11(1):51-64. p. 56. Disponível: <https://bit.ly/43BsZ2c>
6. Winslade WJ. Confidentiality. In: Reicht WT, editor. *Encyclopedia of bioethics: revised edition*. New York: Macmillan; 2014. p. 494-501.
7. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press; 2019.
8. Kottow MH. *Introducción a la bioética*. Santiago: Mediterraneo; 2005.
9. França GV. Segredo médico. In: Lana LR, Figueiredo AM, organizadores. *Temas de direito médico*. Rio de Janeiro: Espaço Jurídico; 2004. p. 367-88.
10. Dantas RA. O sigilo e o direito individual. In: Bandini M, Bonciani M, organizadores. *Questões éticas na prática da medicina do trabalho: sigilo profissional e confidencialidade*. São Paulo: ANAMT; 2017. p. 26-30.
11. Francisconi CF, Goldim JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e privacidade. In: Costa SIF, Oselka G, Garrafa V, coordenadores. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 1998. p. 269-84.
12. Freud A. *Infância normal e patológica*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
13. Jung CG. *O homem e seus símbolos*. São Paulo: Harper Collins Brasil; 2016.
14. Kaye J. The tension between data sharing and the protection of privacy in genomics research. *Ann Rev Genomics Hum Genet* [Internet]. 2012 [acesso 23 mar 2023];13:415-31. DOI: 10.1146/annurev-genom-082410-101454
15. Silva DN Jr, Araújo JL, Nascimento EGC. Privacidade e confidencialidade no contexto mundial de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Bioét Derecho* [Internet]. 2017 [acesso 23 mar 2023];40:195-214. Disponível: <https://bit.ly/3MK0Tff>
16. Morais Y. Segredo Médico. In: Hottois G, Parizeau M, editores. *Dicionário de bioética*. Lisboa: Instituto Piaget; 1998. p. 326-33.
17. Durand G. *Introdução geral à Bioética: história, conceitos e instrumentos*. São Paulo: Loyola; 2007.
18. Loch JA, Gauer GJC, Kipper DJ. Bioética, psiquiatria e estudante de medicina. In: Cataldo Neto A, Gauer GJ, Furtado NR, organizadores. *Psiquiatria para estudantes de medicina*. Porto Alegre: EdIPUCRS; 2013. p. 91-7.
19. Campbell RJ. *Dicionário de Psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed; 2008.
20. Fantin JC, Friedman P. *Bioética, salud mental y psicoanálisis*. Buenos Aires: Polemos; 2009.

21. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM nº 2.217, de 7 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. Brasília, 7 set 2018.
22. Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura. Declaração universal sobre bioética e direitos humanos [Internet]. Brasília: Unesco; 2005 [acesso 23 mar 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3A39Poj>
23. Pupulim JSL, Sawada NO. Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2010 [acesso 23 mar 2023];19(1):36-44. DOI: 10.1590/S0104-07072010000100004
24. Associação Psicanalítica Internacional. Relatório do Comitê de Sigilo da IPA 2018 [Internet]. London: IPA; 2018 [acesso 23 mar 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3UHRNBp>
25. McGuire AL, Fisher R, Cusenza P, Hudson K, Rothstein MA, McGraw D *et al.* Confidentiality, privacy, and security of genetic and genomic test information in electronic health records: points to consider. Genet Med [Internet]. 2008 [acesso 23 mar 2023];10(7):495-9. DOI: 10.1097/GIM.0b013e31817a8aaa
26. Britto MT, Tivorsak TL, Slap GB. Adolescents' needs for health care privacy. Pediatrics [Internet]. 2010 [acesso 23 mar 2023];126(6):1469-76. DOI: 10.1542/peds.2010-0389
27. Loch JA. Op. cit. p. 56.
28. Cohen C, Marcolino JAM. Aspectos bioéticos em psiquiatria. In: Segre M, organizador. A questão ética e a saúde humana. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 135-49.
29. Prodomo R. Segredo profissional. In: Lopes S. Dicionário de bioética. Aparecida: Santuário; 2001. p. 1012-5.
30. Junkerman C, Derse A, Schiedermayer D. Practical ethics for students, interns and residents: a short reference manual. Hagerstown: University Publishing Group; 2015.
31. Matos GEC. Aspectos jurídicos e bioéticos do consentimento informado na prática médica. Rev. Bioética [Internet]. 2007 [acesso 23 mar 2023];15(2):196-213. Disponível: <https://bit.ly/3AmFqSh>
32. Baú MK. Capacidade jurídica e consentimento informado. Bioética [Internet]. 2000 [acesso 23 mar 2023];8(2):285-95. Disponível: <https://bit.ly/3GJN5gH>
33. Taborda JGV. Psiquiatria legal. In: Taborda JGV, Prado-Lima P, Busnello EDA, organizadores. Rotinas em psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 280-96.
34. Carvalhal GF, Poli MH, Clementel FK, Gauer GC, Marques GH, Silveira IG *et al.* Recomendações para a proteção da privacidade do paciente. Rev. bioét. (Impr.) [Internet]. 2017 [acesso 23 mar 2023];25(1):39-43. DOI: 10.1590/1983-80422017251164
35. Herranz-Rodríguez G. Comentarios al código de ética y deontología médica. Pamplona: Eunsa; 1995.
36. Martorell LB, Nascimento WF, Garrafa V. Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no Facebook. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2016 [acesso 23 mar 2023];13-23. DOI: 10.1590/1807-57622014.0902
37. Bauman Z. Cegueira moral: a perda da sensibilidade na modernidade líquida. Rio de Janeiro: Zahar; 2014.

Alvaro Angelo Salles – Estudante de doctorado – alvaroangelo5@yahoo.com

 0000-0002-3009-0479

Luana Castelo – Estudante de grado – lucastelo5972@gmail.com

 0000-0002-9566-6395

Correspondencia

Alvaro Angelo Salles – Rua Maestro Delê Andrade, 231, ap. 504, Santa Efigênia CEP 30260-210. Belo Horizonte/MG, Brasil.

Participación de los autores

Alvaro Angelo Salles fue el encargado de diseñar el proyecto y de elaborar la bibliografía inicial. Luana Castelo amplió la investigación e hizo una amplia contribución al texto. Ambos adaptaron el material y participaron en cada etapa del desarrollo del texto, dejando a Alvaro Angelo Salles a cargo de la revisión final del artículo.

Recibido: 24.6.2022

Revisado: 22.3.2023

Aprobado: 29.3.2023