

Medicina e intimidad. Una visión desde la bioética

Koldo Martínez

Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Correspondencia: Dr. Koldo Martínez Urionabarrenetxea.

S. Olabe, 19, 9.^o. 31007 Pamplona. Navarra. España.

Correo electrónico: kmartinu@cfnavarra.es

Resumen

Los conceptos intimidad, privacidad y confidencialidad se suelen utilizar indistintamente como sinónimos, aunque existen diferencias entre ellos. Se realiza un análisis histórico de su nacimiento y desarrollo y la modificación de su conceptualización como un deber del profesional, hasta lo que son hoy, un derecho de los ciudadanos, con sus consiguientes excepciones. Se analizan también las teorías filosóficas sobre el secreto que predominan en nuestro entorno y su distinta relación con los objetivos de salud. Se realiza una reflexión sobre la privacidad como valor instrumental para la consecución de la autonomía, poniendo al descubierto una importante paradoja del mundo sanitario en esta cuestión: la negación de la autonomía que el sistema hospitalario hace en la práctica mientras la alaba como vía de consecución y mantenimiento de la salud. Se relaciona todo ello con algunas características de la actual relación clínica y se sugiere como alternativa al problema la profundización en las posibilidades que ofrece la bioética en cuanto cruce de tradiciones éticas distintas.

Palabras clave: Confidencialidad. Privacidad. Intimidad. Secreto. Autonomía. Relación médico-paciente. Bioética.

Abstract

The concepts of intimacy, privacy, and confidentiality are usually used as synonyms, although distinctions can be made among them. The present article presents a historical analysis of the initial use and development of these concepts, and describes how their initial conceptualization as a professional duty has been modified to what they signify today, a citizen's right, with some exceptions. The main philosophical theories on secrecy and how they relate differently to the goals of health are also analyzed. Privacy is discussed as an instrumental value for the attainment of autonomy, revealing an important paradox in the health system: in practice, the hospital system denies patient autonomy while at the same time praising it as a means of achieving and maintaining health itself. All of these questions are related to certain characteristics of today's doctor-patient relationship. A deepening of the possibilities offered by bioethics as a link among distinct ethical traditions is proposed as an alternative to the problem analyzed.

Key words: Confidentiality. Privacy. Intimacy. Secret. Autonomy. Doctor-patient relationship. Bioethics.

Introducción

Al analizar la cuestión de la intimidad se suelen apreciar al menos 3 "inexactitudes". Una de ellas es la utilización de dicho concepto junto a los de privacidad y confidencialidad como si fueran sinónimos. Por ejemplo, el Capítulo III de la Ley 41/2002, Básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica, aprobada en el Congreso de los Diputados el 31 de octubre, se titula Derecho a la intimidad, pero en su desarrollo sólo menciona, equiparándolo, el derecho a la confidencialidad. La segunda es la habitual asunción de que el derecho a la privacidad (o a la confidencialidad) existe desde siempre, y además, que dicha privacidad (o confidencialidad) es un fin en sí misma. La última, que la legislación ofrece pautas de comportamiento suficientes para encarar el problema en la relación médico-paciente.

Conceptos

Los antropólogos, por lo general, piensan que la intimidad como fenómeno se encuentra de forma casi universal en todas las sociedades humanas del pasado y del presente. Al parecer, el miedo a la soledad empuja a los individuos a creer que no están nunca completamente solos, sino que están vigilados por fuerzas sobrenaturales o espíritus superiores, protectores o amenazadores, con los que necesitan comunicarse, y para ello necesitan intimidad física y psicológica.

Siguiendo a Sánchez Caro¹, especificaré algunas de las similitudes y diferencias existentes entre los 3 conceptos.

Intimidad es un sustantivo abstracto derivado del término latino *interior*, cuyo superlativo es *intimus*. Lo íntimo es lo más interior que uno tiene o posee. La intimidad se ha puesto tradicionalmente en relación con las creencias religiosas y con la actividad moral de la persona. El tribunal de la conciencia es íntimo, porque nadie puede penetrar en él. Por ello, la indagación

de lo íntimo ha sido asunto clásico de los grandes exploradores del alma, en especial de los místicos.

La privacidad, término que se recoge por primera vez en la última edición del Diccionario de la Real Academia Española (del año 2001), se refiere a limitar el acceso de otros al cuerpo o la mente de uno mediante el contacto físico o la exposición de pensamientos o sentimientos. Generalmente, se piensa que la privacidad es algo bueno, algo que las personas desean preservar, proteger y controlar.

La confidencialidad tiene sus raíces en la práctica humana de compartir y guardar secretos². En los niños, el deseo de guardar un secreto es manifestación de un sentido emergente del yo. El deseo de compartir un secreto nace de la necesidad de mantener o de establecer relaciones íntimas con otros³. La confidencialidad se relaciona con la comunicación de información personal y privada de una persona a otra en la que se espera que el receptor de la información no expondrá la información confidencial a terceras personas.

La privacidad y la confidencialidad son similares en cuanto que ambas aparecen como el polo opuesto de la idea de "lo público": lo que es privado y confidencial no es público. Sin embargo, la confidencialidad y la privacidad no son lo mismo. Abandonar la privacidad personal es una precondition para establecer la confidencialidad. La confidencialidad requiere una relación de al menos 2 personas en la que al menos una de ellas expresa o manifiesta datos privados a la otra. La expectativa de confidencialidad nace de la relación especial entre las partes, creada por sus roles respectivos (médico-paciente, abogado-cliente) o por una promesa explícita⁴.

Evolución histórica

Desde un punto de vista histórico se ha sugerido, por un lado, que "la privacidad, tal y como la conocemos hoy... puede ser vista como una invención del neolítico"⁵, a pesar de que también se ha dicho que "es uno de los más nuevos principios ya que sólo las sociedades más sofisticadas tienen el interés y la capacidad de alimentar esa sutil y muy personal posesión del hombre, su dignidad"⁶. El capítulo 9 del *Génesis* hace alguna referencia a esta cuestión, lo que de alguna forma favorece el primero de los puntos de vista. Dice así: "Después comenzó Noé a labrar la tierra, y plantó una viña; y bebió del vino, y se embriagó, y estaba descubierto en medio de su tienda. Y Cam, padre de Canaán, vio la desnudez de su padre, y lo dijo a sus dos hermanos que estaban afuera. Entonces Sem y Jafet tomaron la ropa, y la pusieron sobre sus propios hombros, y andando hacia atrás, cubrieron la desnudez de su padre, teniendo vueltos sus rostros, y así no vieron la desnudez de su padre. Y despertó Noé de su embriaguez, y supo lo que le había hecho su hijo más joven, y dijo: Maldito sea Canaán; Siervo de siervos será a sus hermanos".

El término "derecho a la privacidad" se introdujo en Estados Unidos en 1890, en un artículo publicado en la revista *Scribners* por E.L. Goldkin titulado *The right of the citizen to his own reputation*. Samuel Warren y Louis Brandeis lo llevaron al campo legal en otro artículo titulado *The right to privacy* publicado en la *Harvard Law Review* el 15 de diciembre de 1890. El Juez Thomas Cooley, en su libro *Elements of Torts*, lo había descrito 12 años

antes como el "derecho a ser dejado en paz". Estas preocupaciones fueron precipitadas por la utilización de ciertos adelantos tecnológicos del momento como la fotografía instantánea con flash y los problemas que entonces surgieron por el uso publicitario de fotos tomadas para otros fines. No en balde afirma Larry Niven: "Las nuevas tecnologías crean nuevas costumbres, nuevas leyes, nuevas éticas y nuevos crímenes"⁷. En similar dirección reflexiona acertadamente Javier Echeverría⁸ en su reciente libro *Ciencia y valores*, así como otros muchos filósofos de la ciencia y la tecnología (entre ellos, Ibarra, Leoné, Ransanz, etc.).

Durante muchos siglos el secreto ha sido una característica moral de las profesiones de excelencia como son el sacerdocio o la medicina⁹. Tradicionalmente, el secreto fue visto como un deber del profesional y era el propio profesional el que marcaba los límites al secreto. Así se lee en el Juramento Hipocrático: "Lo que en el tratamiento viere, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callaré, teniéndolo por secreto"¹⁰.

El médico pudo guardar el secreto en parte porque los tribunales de justicia nunca acudían a él como perito. De hecho, la legislación medieval no obligaba al profesional a declarar ante los tribunales de justicia¹¹. Y así fue hasta muy entrado el siglo XVIII en que excepcionalmente el médico era consultado en casos muy extraordinarios de hechicería, envenenamiento, agresiones violentas o pleitos eclesiásticos, y siempre como simple testigo. Pero nunca se le obligó a revelar secretos conocidos por él en el desarrollo de su actividad profesional.

A finales del s. XVIII el secreto comienza a verse no como un deber del profesional sino como un derecho del ciudadano, y se produce un gran acercamiento entre la medicina y el derecho, lo que provoca la medicalización de la doctrina penal. El derecho a la libertad de conciencia estrenado en el s. XVII se entendía no sólo como libertad religiosa o política, sino también como respeto a la intimidad de la persona y a la no divulgación de los datos que sólo a ella pertenecen. El derecho a la intimidad surge, pues, en el momento en que las sociedades comienzan a admitir el pluralismo, que es siempre pluralismo de valores y de creencias.

Es el Código Penal francés de 1810, en su artículo 378, el que por primera vez obliga a guardar el secreto bajo la pena de cárcel de un mes a 6 años y de una multa de 8.000 francos. Pero dicho artículo exonera ya al profesional en el caso de que la revelación sea debida a obligación o autorización hecha por la ley. Y es por entonces también cuando aparece la disciplina de la Medicina Legal. En 1798 Foderé publica el primer tratado de medicina jurídica verdaderamente moderno, cuyo título traducido al castellano es "*Las leyes ilustradas por las ciencias físicas, o tratado de medicina legal y de higiene pública*". El derecho revolucionario francés tenía que ser científico, y los conceptos de delito y de pena tenían que fundarse sobre datos objetivos, suministrados por las ciencias, sobre todo por la medicina. Se inicia así la medicalización del derecho. A resultas de todo este movimiento, el delito se convierte en enfermedad, el criminal en enfermo y la pena en una especie de tratamiento.

A lo largo del s. XIX se va imponiendo la tesis de que el derecho al secreto debe tener sus excepciones, entre ellas la administración de la justicia porque, si no, se condenaría a la Justicia a un nivel de subdesarrollo incompatible con su función.

El secreto, hoy

Algunos autores afirman que dadas la estructura actual de la relación clínica y la informatización de la historia clínica, la confidencialidad en el marco de la atención sanitaria es hoy un concepto decrépito¹². Aun así, existen 2 tendencias en conflicto sobre la protección de la privacidad. Algunos creen que la protección de la privacidad puede ser perjudicial, porque se puede convertir en un obstáculo para el logro de objetivos relacionados con la salud¹³. El comunitarista Amitai Etzioni afirma por su parte que “los inmoderados defensores de la privacidad no sólo se han metido en excesos retóricos, sino que esos excesos han tenido efectos significativamente malos y perjudiciales”¹⁴. Quienes ven la privacidad como un obstáculo afirman que estas barreras protectoras pueden impedir el flujo de información sanitaria y poner así en peligro la investigación, la salud pública y otros servicios. Los defensores de esta línea de pensamiento citan la necesidad de proteger a terceras partes de daños potenciales, la posibilidad de aumentar la donación potencial de órganos para trasplantes, y las prácticas sociales y culturales de muchas comunidades como claros ejemplos contra la defensa del mantenimiento de la privacidad.

Por otro lado, tal y como McNair defiende¹⁵, si los pacientes pierden confianza en los criterios de privacidad, se resistirán a dar información relevante, pueden retrasar o evitar recibir la asistencia y pueden rechazar participar en ensayos clínicos. Esas renuencias y dudas, a su vez, corroen la integridad global de un sistema que tradicionalmente ha visto la privacidad como uno de los principios más antiguos de la ética médica.

Hay 2 tipos de corrientes éticas respecto de las excepciones al principio del secreto. Unas defienden un protecciónismo “débil”, afirmando que el secreto debe ceder si entra en conflicto con otros derechos fundamentales y el juez así lo determina, aunque, eso sí, recuerdan que las excepciones son excepcionales y por tanto esto sólo debe ocurrir pocas veces, cuando haya razones de peso que justifiquen la lesión de este derecho fundamental, reduciendo siempre al mínimo la información desvelada y por el menor tiempo posible. Otras corrientes defienden un protecciónismo “fuerte”, que también defiende la existencia de excepciones pero única y exclusivamente cuando entra en juego la salud de terceras partes. Estas posturas tienen más éxito en países como Francia, Bélgica, Luxemburgo y Austria que en el resto de Europa y, parece claro, más entre médicos que entre juristas y legisladores.

Los cambios en el tema de la intimidad se han producido en fases históricas. En primer lugar, se dio la secularización de su contenido. La intimidad no está compuesta sólo por contenidos religiosos. Los hay de otros muchos tipos: morales, ideológicos, estéticos, políticos, etc. Existe intimidad aun en el caso de que no se profesen creencias religiosas. La intimidad es inherente a todo ser humano por el mismo hecho de serlo. De ahí la segunda fase: el respeto a la intimidad no está condicionado al tipo de creencias que se profesan; no depende de los contenidos. La intimidad es respetable porque pertenece a un ser humano, no por sus contenidos. Éste es un salto fundamental. Los otros no son respetables porque piensen como yo o tengan mis mismas creencias, sino porque son otros, otros seres humanos, otros como yo, aunque distintos de mí. No es un problema de

contenido, sino de estructura. A partir de aquí es fácil dar el tercer salto, convirtiendo la intimidad en un derecho humano fundamental, algo de que goza todo ser humano por el mero hecho de serlo y que por tanto tiene que ser reconocido y protegido por la ley. Esto explica que haya habido que esperar hasta bien entrado el mundo moderno para ver convertida la intimidad en un derecho humano de los llamados subjetivos o personalísimos. La idea de intimidad es muy antigua, pero el derecho a la intimidad, no. De hecho, hasta el s. xx no se incluye explícitamente como tal en las tablas de derechos humanos. Y todavía estamos en el proceso de liberar el espacio de la gestión del propio cuerpo, de la propia sexualidad y de la vida y la muerte propias⁹.

Autonomía y privacidad

Pienso que la privacidad es básicamente un valor instrumental para obtener el auténtico valor intrínseco, la autonomía. Y son varios los conceptos que se interrelacionan:

– Distancia social. La medida de cuán próximo se siente alguien de otro.

– El yo. Del que forma parte no sólo el cuerpo físico y la mente, sino también las cosas que están más allá del cuerpo y que la mente identifica como parte de su ser, como parte de su territorio¹⁵.

– Privacidad. Ya definida previamente.

– Autonomía. La capacidad o libertad de una persona para tomar sus propias decisiones, sean éstas puramente intelectuales –un pensamiento o un juicio de valor– o algo sobre lo que se actúa. La autonomía es la condición necesaria para que las personas lleguen a tener un conjunto de valores, puedan expresarlos y actuar de acuerdo con ellos. La autonomía incluso permite a las personas elegir abandonar o rechazar su autonomía o parte de ella excepto, quizás, los elementos que se supone “inalienables”.

Sin pretender seguir a Baruch Spinoza en su obra *Ethica more geometrico demonstrata*, creo que se puede afirmar que la privacidad y la distancia social están relacionadas inversamente, mientras que el producto de la privacidad por la distancia social está directamente asociado con la autonomía. Esta relación se expresa así: A = P · D, donde A = autonomía, P = privacidad y D = distancia social¹⁶.

Debería tenerse en cuenta que:

– La intimidad no es un fenómeno de todo-o-nada.

– Quizás idealmente cada persona en una relación íntima debiera contribuir en la misma proporción. Sin embargo, ésta no es la situación más habitual.

– La intimidad es una conexión, pero también es una atadura¹⁷.

– Si no hubiera límites que permitieran que las personas fueran entidades separadas, nadie sería una entidad distinta; sólo habría una masa más o menos homogénea. Sería como el 1984 de Orwell, o una sociedad de “verdaderos creyentes” tal y como la describe Hoffer: “La principal preocupación de un movimiento activo de masas es instilar en sus seguidores, los verdaderos creyentes, la facilidad para la acción unitaria y el auto-

sacrificio, y esta facilidad se alcanza desvistiendo a cada ser humano de su distintividad y de su autonomía y convirtiéndole en una partícula anónima sin voluntad ni juicio propios. El resultado no es sólo un seguidor compacto y sin miedo, sino también una masa plástica homogénea que puede ser moldeada a voluntad¹⁸. En otras palabras, la retención de algún grado de privacidad es un requisito necesario para el disfrute de esas cualidades que nuestra sociedad estima en tan alto grado: la libertad, las amistades íntimas, el amor, etcétera.

Teniendo todo ello en cuenta, resulta interesante subrayar una paradoja que se da en el mundo sanitario. A los pacientes a menudo se les dice explícitamente o se espera de ellos implícitamente que se tienen que ayudar a sí mismos para mejorar, pero mucho de lo que se hace en un hospital va dirigido en contra de esto; en otras palabras, se disminuye su capacidad de pensar o de actuar por ellos mismos al disminuir su autonomía *per se* o por factores que influyen en su autonomía al disminuir su privacidad o su distancia social.

Algunas características de la relación médico-paciente

Alasdair MacIntyre^{19,20} especificó, hace más de 20 años, que el encuentro médico tiene muchas de las características de un encuentro burocrático. Es un encuentro mediado por la maquinaria y los rituales de la burocracia: formas, aplicaciones, historia escrita, secretarías, recepcionistas, salas de espera, etc. El paciente no ve al médico sin antes pasar por una serie de salas intermedias. Todo ello refuerza la sensación de dependencia y de falta de poder del paciente. No olvidemos que el burócrata está a gusto en el edificio burocrático, pero su cliente –el paciente– puede sentirse perdido. El paciente es, se convierte en, lo que la historia clínica dice de él. Los pacientes esperan, lo que les hace saber que su tiempo no es importante; sí el del médico. Se espera que los pacientes se comporten de una forma determinada, pareja a su sentido de falta de poder y de dependencia. La medicina es burocrática también por su impersonalidad. Es impersonal en la medida en que lo importante es el papel que representa el enfermo más que quién representa el papel. Así, lo importante del gastroscopista no es quién es el gastroscopista, sino que es gastroscopista, y si el mío no está, otro lo reemplaza y ya está. *No problem*. El nuevo sabrá todo lo que le interesa de mí a través de mi historia. No necesitará ni mirarme a la cara.

Para Hauerwas²¹, el problema de la burocracia de la medicina nace de un problema mayor aún derivado del liberalismo. El problema con el liberalismo es que éste protege la privacidad más que las prácticas, más que el ejercicio reflexivo de la profesión. Las prácticas contienen idealmente alguna concepción de un fin o un objetivo y, consecuentemente, alguna idea de virtud –que quiere decir hacer bien una práctica, adecuadamente para la consecución de un objetivo-. La protección de la privacidad, el ideal liberal, deja la cuestión de los “objetivos” a los individuos. Esto nos deja con prácticas definidas individualmente o con prácticas cuyos fines están por definir y, por tanto, sin acuerdo común sobre qué es realizar bien esa práctica, excepto en los casos en que los fines hayan sido previamente negociados y consensuados.

Bioética

En la bioética se entremezclan 3 tradiciones históricas:

1. La ética médica propiamente dicha, cuya finalidad a lo largo de todos sus siglos de historia ha sido asegurar el bien del enfermo, aunque sin contar con él. Los códigos deontológicos han marcado los deberes de los profesionales desde el Juramento Hipocrático hasta hoy.

2. La tradición legal, externa a la profesión médica, que ha subrayado la existencia de derechos de las personas, también cuando caen enfermas, esto es, el principio de autonomía, y que como tal se enfrenta a la práctica médica secular.

3. La tradición política, también ajena a la profesión, que pretende la justa distribución de los recursos, que como sabemos, son un bien escaso.

La bioética pretende ser el elemento de fusión y de integración de estas 3 tradiciones, que forman en conjunto lo que podemos llamar una “ética de mínimos”, en la medida en que representan el deber que estamos obligados a cumplir porque está formulado en los códigos deontológicos y en las leyes. Pero existe también en la bioética otro polo de referencia, que es el bien al que podemos tender, la excelencia en el ejercicio de nuestras profesiones, esto es, la “ética de máximos”. Entre el deber que hay que cumplir y la excelencia a la que podemos aspirar se produce un movimiento dialéctico incesante. Una dialéctica entre la ética de mínimos y la ética de máximos en la que no debe ni puede darse la absorción de una de ellas por la otra, en la que mediante un mecanismo de retroalimentación los mínimos se alimentan de los máximos y éstos se purifican desde los mínimos, una dialéctica que no cesa porque ambos son necesarios, tanto para la vida moral como para la profundización de la vida democrática.

Por ello quizás conviene recordar que todas las situaciones que amenazan la confidencialidad de la relación clínica son siempre difíciles de resolver, que sus límites son difíciles de definir y que ni las leyes ni los códigos deontológicos los definen con la precisión que a veces los profesionales suelen desechar. Por ello propongo 7 criterios que parecen relevantes en las situaciones de posibles daños a terceros como resultado de rupturas de la confidencialidad:

1. La gravedad del daño.
2. Su probabilidad.
3. La “identificabilidad” de sus víctimas potenciales.
4. Su inminencia.
5. La probabilidad de que una intervención pueda mitigarlo.
6. El grado en que se hayan utilizado otros medios distintos del quebrantamiento de la confidencialidad.
7. Si el propio paciente es el agente del daño²².

¿Soluciones?

No debiéramos minimizar el hecho de que las revelaciones no autorizadas son muy problemáticas y perturbadoras. Pero estas revelaciones, aun siendo no autorizadas, pali-

decen cuando se las compara con los “abusos autorizados”, porque la mayor parte de las violaciones de la privacidad se debe al flujo sistemático no oculto y legalmente sancionado de información de personal sanitario a otros tipos de personal²³.

Existe una gran distancia entre lo que debiéramos hacer y lo que hacemos. Vivimos en un mundo que anima y facilita la tecnología avanzada y la diversidad ética. Las actividades actuales de colaboración multisistémica necesitan compartir datos. Y ahí está el quid de la cuestión. En este medio tan fluido, nuestras elecciones parecen indicar que la sociedad valora la confidencialidad más en abstracto que en la práctica²⁴. Sin un alto grado de creatividad en la respuesta a esta problemática, la privacidad seguirá siendo con toda probabilidad más ideal que real. Además, las soluciones sencillas serán siempre resbaladizas porque no sabemos qué hay detrás del siguiente adelanto tecnológico.

Martha Nussbaum sugiere que para adquirir competencia ética no basta con iniciar a los estudiantes –o a los profesionales, añado yo– en la argumentación ética racional; también hay que educar su inteligencia emocional y su capacidad de ponerse en el lugar de los otros²⁵.

La cuestión recuerda mucho a la del consentimiento informado (CI). Y, desde luego, no resultaría adecuado que en esta cuestión pasara como con el CI, que tras 40 años sigue habiendo gran incertidumbre en si en la actualidad se consigue un CI significativo en la práctica, en si las comprensiones teóricas del mismo son útiles, en qué prácticas aumenta la posibilidad de que los pacientes estén verdaderamente informados. Por ello Sugarman et al citan 377 artículos que intentan explicar la lógistica del CI en un trabajo de 1999²⁶. Si de verdad se quiere hacer respetar el CI, esto no se logrará sólo tratando de convencer a los profesionales de que hacerlo forma parte de sus obligaciones éticas y jurídicas hacia los pacientes. La organización, con sus directivos a la cabeza, debe estructurarse y gestionarse teniendo en cuenta dicho objetivo, dicho valor.

Para ello son necesarios:

- Una reflexión sobre las responsabilidades morales y sociales de las organizaciones sanitarias.

- El análisis de los intereses, derechos o valores de todos los afectados directa o indirectamente por las decisiones de política sanitaria.

- Una reflexión sobre la necesidad de entender los centros sanitarios como organizaciones sociales con identidad moral, con fines y valores propios, que pueden y deben analizarse críticamente, y perseguirse y potenciarse mediante fórmulas organizativas, estructurales, desarrolladas de forma participativa por sus integrantes²⁷.

Esto conduce a la necesidad de recordar la ética de la organización que, según Potter, consiste en: “El discernimiento de los valores para guiar las decisiones de gestión que afectan al cuidado del paciente. Discernimiento implica deliberación intencional y reflexiva por el grupo; de los valores hace referencia a los principios, preferencias o fines con los que la organización opera; para guiar las decisiones de gestión señala un determinado nivel de toma de decisiones, y de forma específica, hacia los puntos de decisión clave para el funcionamiento de la orga-

nización; que afectan al cuidado del paciente, se refiere a acciones que tienen consecuencias directas para el paciente”²⁸.

Ello permitirá la creación del clima ético necesario para la reflexión y la deliberación sobre los valores de las personas y de las organizaciones y sobre los fines de la medicina y de los sistemas de salud. Porque sólo las organizaciones con una ética consistente y coherente podrán alcanzar adecuados grados de excelencia y serán “compañías visionarias” que sobrevivirán a las cada vez más altas exigencias morales de los ciudadanos usuarios de éstas (consumidores sanos o enfermos, pacientes o no)²⁹.

Reflexión final

Al romperse la confidencialidad se pierde una pizca de personalidad. Y cada pizca de personalidad que se pierde es, por sí misma, a menudo no importante. Y quizás incluso la suma total de todas esas pequeñas pizcas perdidas de distintas personas puede no ser importante. Lo que sí es importante es que cada pequeña pizca que se pierde supone una disminución en el valor que la sociedad atribuye a la personalidad y a las personas concretas.

La diseminación de la persona a través de la comunidad, que es lo que ocurre cuando se pierde la confidencialidad en la relación clínica, no está mal tanto porque se descubra que una persona es seropositiva o tiene cáncer, sino porque esa diseminación destruye a las personas al romper sus límites de privacidad de manera que las personas no son ya entidades separadas y únicas, sino más bien ya sólo parte de una masa amorfa.

La mayoría de las personas no mata, y no porque matar sea ilegal. Del mismo modo, no debiéramos destruir a las personas únicamente porque hay una ley que las protege. Necesitamos respetar los límites que contiene la entidad conocida como personas porque valoramos el valor de las personas en nuestra sociedad. Éste es el reto al que les animo desde la bioética.

Bibliografía

1. Sánchez Caro J. *El médico y la intimidad*. Madrid: Díaz de Santos, 2001.
2. Bok S. *Secrets: On the Ethics of Concealment and Revelation*. New York: Oxford University Press, 1984.
3. Ekstein R, Caruth E. *Keeping Secrets*. En: Giovacchini PL, editor. *Tactics and techniques in psychoanalytic therapy*. New York: Science House, 1972.
4. Winsalde WJ, Ross JW. Privacy, confidentiality, and autonomy in psychotherapy. *Nebraska Law Review* 1985;64:578-636.
5. Roberts JM, Gregory T. Privacy: a cultural view. En: Pennock JR, Chapman JW, editors. *Privacy Nomos XIII*. New York: Atherton Press, 1971.
6. Ernest NL, Schwartz AV. Privacy: the right to be left alone. New York: Macmillan, 1962.

7. Niven L. *The long arm of Gil Hamilton*. Toronto, Canada: Bantam Books, 1998.
8. Echevarría J. *Ciencia y valores*. Barcelona: Destino, 2001.
9. Gracia D. La confidencialidad de los datos clínicos. En: Calcedo A, editor. *Secreto médico y protección de los datos sanitarios en la práctica psiquiátrica*. Madrid: Médica Panamericana, 2000.
10. García Gual C, editor. *Tratados hipocráticos*. Vol. 1. Madrid: Gredos, 1983.
11. Mazen NJ. *Le secret professionnel des praticiens de la santé*. Paris: Vigot, 1988.
12. Siegler M. Confidentiality in medicine. A decrepit concept. *N Engl J Med* 1982;307:1518-22.
13. McNair D. The ethics of health privacy. A matter of environmental ethics. *Bioethics Forum* 1998;14:9-12.
14. Etzioni A. *The limits of privacy*. New York: Perseus Books, 1999.
15. Goffman E. *Relations in Public*. New York: Harper Colophon, 1971.
16. Friedlander WJ. The basis of privacy and autonomy in medical practice. *Soc Sci Med* 1982;17:1709-18.
17. Sennett P. *Authority*. New York: Vintage, 1981.
18. Hoffer E. *The true believer*. New York: Mentor, 1962.
19. MacIntyre A. *Patients as Agents*. En: Spicker S, Englehardt HT, editors. *Philosophical Medical Ethics: its nature and significance*. Dordrecht: D. Reidel, 1977.
20. MacIntyre A. Medicine Aimed at the Care of Persons Rather than What...? En: Cassell E, Siegler M, editors. *Changing values in Medicine*. New York: University Publications of America, 1979.
21. Hauerwas S. *Communitarians and Medical Ethicists, or Why I Am None of the Above*. En: Hauerwas S, editor. *Dispatches from the front: theological engagements with the secular*. Durham Duke University Press, 1994.
22. Rivas JD, Sulmasy DP. Sexually transmitted disease: A private matter? *Am Fam Phys* 2002;66:1351-5.
23. Etzioni A. Medical records: Enhancing privacy, preserving the common good. *Hastings Cent Rep* 1999;29:14-25.
24. Parker L, Arnold R. Confidentiality. Revealing trends in bioethics. *Bioethics Forum* 1998;14:32-42.
25. Nussbaum MC. *Poetic justice: the literary imagination and public life*. Boston: Beacon Press, 1995.
26. Sugarman J, McCrory DC, Powell D, Krasny A, Adams B, Ball E, et al. Empirical research on informed consent: an annotated bibliography. *Hastings Cent Rep* 1999;29:S1-S42.
27. Simón P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial* 2002;17:247-59.
28. Potter RL. On our way to integrated bioethics: clinical, organizational, communal. *J Clin Ethics* 1999;10:171-7.
29. Collins JC, Porras JL. *Built to last: successful habits of visionary companies*. New York: Harper Collins, 1994.