

SUMARIO

- P. 2 Nota del Editor.
- P. 3 Eventos centinela y eventos adversos en la atención de la salud. Segundas y terceras víctimas.
- P. 6 Secreto médico versus la obligación de denunciar.



Nota del Editor



Estimados Asegurados:

Hemos decidido en esta oportunidad acercarles algunas consideraciones sobre Secreto Médico y sus alcances en nuestro medio, versus la obligación de denunciar.

En segundo lugar queremos refrescar el concepto de evento centinela y el impacto de los mismos en la segunda y tercera víctima.

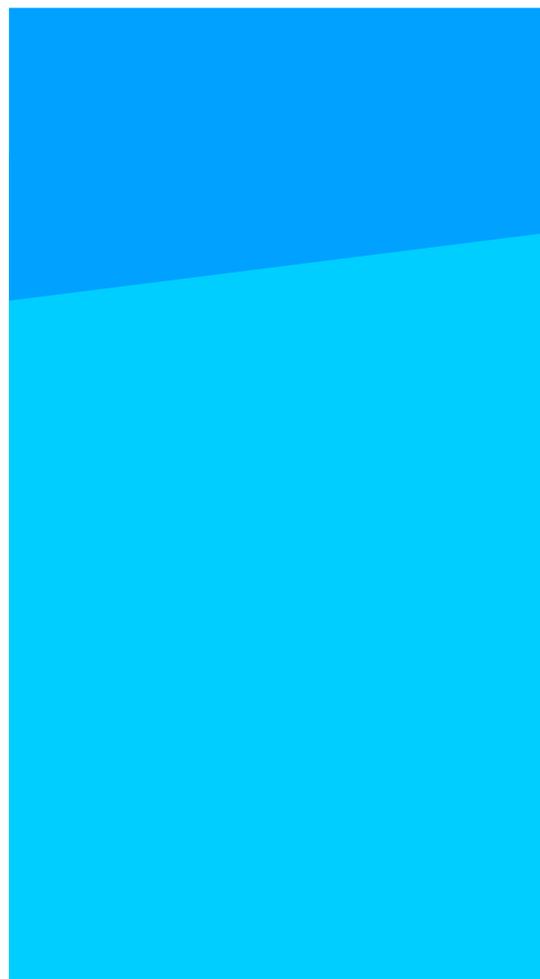
Esperamos que les sea de utilidad, estando a vuestra disposición para cualquier tipo de consulta o inquietud adicional con respecto a los mismos.

Los saluda cordialmente.



Dr. Horacio E. Canto

*Gerente de Servicios Médicos y
Responsabilidad Civil Profesional*
SMG Cía. Argentina de Seguros
Swiss Medical Group



Línea "On line 24 hs":
0800 - 333 -1118

LÍNEA DIURNA:
(011) 5239-7933
Dr. Susman: (12 a 18 hs).

E-mail: guardia24@smg.com.ar

EVENTOS CENTINELA Y EVENTOS ADVERSOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD. SEGUNDAS Y TERCERAS VÍCTIMAS.

 **Dr. Horacio E. Canto**
Gerencia de Servicios Médicos y Responsabilidad Civil Profesional
Swiss Medical Seguros

Se denomina evento centinela (EC) a todo suceso imprevisto que causa la muerte o graves daños físicos o psicológicos al paciente. Todo evento centinela es un evento adverso (EA). Un evento adverso (EA) es un daño no intencional causado al paciente como resultado no esperado de la asistencia sanitaria y que puede o no estar asociado a un error médico.

El National Quality Forum (NQF) de los Estados Unidos publicó en 2011 la segunda edición de un listado que recoge un total de 29 eventos adversos graves que cumplen con los criterios de evento centinela.

El objetivo que persigue el NQF con la elaboración de este documento es facilitar un informe público y comparable que posibilite el aprendizaje sistemático entre las organizaciones y sistemas sanitarios y conduzca a mejoras a nivel nacional en la seguridad del paciente a partir de lo aprendido (sobre los eventos y cómo evitar que vuelvan a producirse).

Los eventos recogidos en el listado han sido clasificados en siete categorías:

- (I) relacionados con procedimientos quirúrgicos o invasivos,
- (II) relacionados con productos sanitarios o dispositivos médicos,
- (III) relacionados con la protección de los pacientes,
- (IV) relacionados con la asistencia o tratamiento al paciente,
- (V) ambientales,
- (VI) radiológicos, y
- (VII) criminales.

I. Eventos relacionados con procedimientos quirúrgicos o invasivos:

1. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el sitio equivocado.
2. Cirugía u otro procedimiento invasivo realizado en el paciente equivocado.
3. Equivocación en el tipo de cirugía o procedimiento invasivo realizado a un paciente.
4. Retención no intencionada de un cuerpo extraño en un paciente tras cirugía o procedimiento invasivo (oblitos).
5. Muerte intra o postoperatoria inmediata de un paciente ASA clase 1.

II. Eventos relacionados con productos sanitarios o dispositivos médicos:

6. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a la

utilización de medicamentos, dispositivos o productos biológicos contaminados provistos por la institución.

7. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a la utilización de un dispositivo o aparato con una función diferente a la especificada por el fabricante.

8. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a embolia gaseosa intravascular mientras el paciente está siendo atendido en la institución.

III. Eventos relacionados con la protección de los pacientes

9. Entrega de un bebé a la persona equivocada.
10. Muerte o incapacidad grave relacionada con la fuga (desaparición) del paciente.
11. Suicidio, intento de suicidio o autoagresión que tiene como resultado un daño grave.

IV. Eventos relacionados con la asistencia o tratamiento al paciente

12. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a un error de medicación (tipo de medicamento, dosis, paciente, vía, preparación, etc.).
13. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a la reacción hemolítica a causa de la administración de sangre o productos sanguíneos.
14. Muerte materna o incapacidad grave relacionada con el parto en un embarazo.
15. Muerte del recién nacido o incapacidad grave asociada al parto en un embarazo de bajo riesgo.
16. Muerte del paciente o incapacidad grave asociada a una caída mientras estaba siendo atendido en la institución.
17. Cualquier úlcera por decúbito de estadio 3, 4, o no clasificable adquirida tras la admisión del paciente a la institución.
18. Inseminación artificial con el esperma u óvulo equivocado.
19. Muerte del paciente o incapacidad grave resultante de la pérdida irrecuperable de un espécimen biológico insustituible.
20. Muerte del paciente o daño grave resultante de la falta de seguimiento o comunicación de resultados de laboratorio, anatomía patológica o estudios radiológicos.

V. Eventos ambientales

21. Muerte o incapacidad grave del paciente asociada a un electrochoque.
22. Cualquier incidente en el que el sistema de suministro

de oxígeno u otros gases indicados para el paciente no contenga oxígeno o bien contenga otro gas o se encuentre contaminado por sustancias tóxicas.

23. Muerte o incapacidad grave del paciente asociada a quemadura provocada por cualquier medio.

24. Muerte del paciente o incapacidad relacionada con el uso de medios de contención física o barandillas de la cama durante el proceso de atención.

VI. Eventos radiológicos

25. Muerte o incapacidad grave del paciente asociada a la introducción de un objeto metálico en el área de resonancia magnética.

VII. Eventos criminales

26. Asistencia prestada por una persona que se hace pasar por un profesional sanitario dentro de la organización.

27. Secuestro de un paciente de cualquier edad.

28. Abuso sexual a un paciente dentro de la institución sanitaria.

29. Muerte o lesión grave provocada a un paciente como resultado de una agresión física dentro de la institución sanitaria.

Hemos considerado importante efectuar una actualización de los mismos, ya que si bien como señalamos, todo evento centinela es un evento adverso, por sus consecuencias los mismos reúnen características particulares que obligan a una completa revisión de qué ha sucedido para evitar que vuelva a producirse y a la provisión de apoyo y asesoramiento a los profesionales implicados.

En el ámbito de la seguridad del paciente, la mayoría de los estudios que se han realizado hasta el momento, giran en torno a la frecuencia, las causas, consecuencias y cómo evitar los eventos adversos (EA) que sufren los pacientes.

A pesar de que se han desarrollado y extendido numerosos planes e iniciativas dirigidos a asegurar la seguridad de los pacientes, parece inevitable que, en determinadas situaciones, se sigan produciendo EA, en algunos casos como consecuencia de errores clínicos, con repercusión relevante para los pacientes.

Ahora bien, aunque es evidente que los EA con consecuencias graves (EC) tienen su peor cara en el sufrimiento de los pacientes y sus familiares y amigos (primera víctima), no son ellos los únicos que sufren y se ven afectados. También son víctimas, aunque en un segundo plano, los profesionales que se ven involucrados directa o indirectamente en el EA y que sufren emocionalmente a consecuencia de ello.

El término segunda víctima fue introducido por Wu en 2000 para referirse al profesional que participa en un EA inevitable y que queda traumatizado por esa experiencia o que no es capaz de afrontar emocionalmente la situación.

Unos años más tarde, Scott et al. (2009) amplió esta definición haciendo referencia a todo profesional sanitario



que participa en un EA, un error médico o una lesión inesperada relacionada con el paciente y que se convierte en víctima en el sentido de que queda traumatizado por el suceso.

Estos dos autores (Albert Wu de la Universidad Johns Hopkins y Susan Scott del Hospital de la Universidad de Missouri) son, en la actualidad, las dos referencias internacionales más citadas en el estudio de las segundas víctimas.

En cuanto a la frecuencia del fenómeno, los resultados del estudio realizado en EEUU y Canadá con una muestra muy amplia de médicos (Waterman et al., 2007), indican que sólo un 5% del total de profesionales sanitarios se libra de experimentar de cerca o de forma directa un EA a lo largo de su carrera profesional.

En España, los estudios ENEAS (Aranaz et al., 2008) y APEAS (Aranaz et al., 2012) sugieren que cada año un 15% de los profesionales sanitarios se ven involucrados en un EA con consecuencias relativamente graves para los pacientes. En la primera fase del proyecto de investigación, en el que se enmarca la elaboración de esta guía, en la que se encuestó a 1087 profesionales sanitarios, el 62,5% de los profesionales de atención primaria y el 72,5% de los de hospital informaron de haber vivido, durante los últimos 5 años, una experiencia

como segunda víctima, bien directamente, o bien a través de un colega.

Además del impacto que los EA tienen sobre los pacientes y los profesionales sanitarios implicados, éstos también pueden provocar la pérdida de prestigio y disminución de la confianza en las instituciones sanitarias (terceras víctimas). Esta visión de las instituciones sanitarias como tercera víctima fue introducida por Charles Denham en 2007.

Las consecuencias en las terceras víctimas y cómo afrontarlas han sido todavía menos estudiadas, aunque se ha sugerido la elaboración de un plan de crisis junto a otras medidas para prevenir la pérdida de prestigio de las instituciones.

Bibliografía

»Jt. comm J Qual Patient Saf. 2007 Aug;33(8):467-76. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. Waterman AD, Garbutt J, Hazel E, Dunagan WC, Levinson W, Fraser VJ, Gallagher TH.

»J Epidemiol Community Health. 2008;62(12):1022-9. Incidence

of adverse events related to health care in Spain: results of the Spanish National Study of Adverse Events. Aranaz-Andrés JM, Aibar-Remón C, Vitaller-Murillo J, Ruiz-López P, Limón-Ramírez R, Terol-García E; ENEAS work group.

»National Patient Safety Agency. Seven steps to patient safety. The full reference guide. Second print. London: National Patient Safety Agency; 2004.

»Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.

»National Quality Forum. Serious Reportable Events in Healthcare »2011 Update: A consensus report [internet]. Washington DC: National Quality Forum; 2011.

»World Health Organization, WHO Patient Safety. Conceptual framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1: Final technical report [internet]. Geneva: World Health Organization; January 2009.

Acceso al programa de intervención:

<http://www.segundasvictimas.es/acceso.php>

»The Joint Commission. Joint Commission [actualizado octubre 2016; Topyc Library item. Sentinel event policy and procedures.



SECRETO MÉDICO VERSUS LA OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR.

 **Dra. Sandra Lorena Lizos**
Gerencia de Servicios Médicos y Responsabilidad Civil Profesional
Swiss Medical Seguros

Durante el desarrollo de su actividad, los profesionales de la salud asumen una gran responsabilidad, en relación a todo lo que tomaren conocimiento en su práctica médica asistencial. Esta responsabilidad, que no es otra cosa que la confidencialidad entre el médico y el paciente, se conoce como secreto médico.

Todo aquel que ejerce alguna profesión relacionada al campo de la salud, tiene el concepto en general que la información referente a la asistencia de un paciente no puede, ni debe ser revelada. No obstante, si efectuéramos una encuesta en la que se consultara los alcances del Secreto Profesional y ante qué situaciones este puede o debe ser revelado, pocos lo tendrían claro.

Es por todo lo precitado que queremos acercarnos algunos conceptos, a fin de brindar claridad respecto de los interrogantes que surgen en torno al mismo, fundamentalmente, haciendo referencia a las situaciones en las que se puede y debe ser revelado dicho secreto.

Comenzaremos definiendo el concepto de **Secreto profesional** y sus alcances, siendo importante previo al inicio de la exposición efectuar una salvedad de vital importancia. El secreto profesional, no es exclusivo del personal médico, sino que incluye a todo el equipo de salud que, pese a no ser médico, durante el ejercicio de su actividad y/o profesión tome conocimiento de datos sensibles de un paciente, alcanzando tanto al equipo profesional como no profesional (paramédicos, administrativos, técnicos, etc.).

Dentro de las definiciones más conocidas referentes al Secreto Médico se encuentra la referida por el Dr. Alfredo Achával, en la que se lo define como una variedad del Secreto Profesional, constituyendo este: *“la obligación, deber y derecho que tienen todos los profesionales de la salud de guardar silencio, de todo aquello de lo que ha tenido conocimiento en razón del ejercicio lícito de su profesión”*.

Como puede evidenciarse de la definición presentada, la misma se encuentra constituida por tres elementos que establecen el marco sobre el cual el profesional debe manejarse en referencia al secreto profesional.

Se afirma que el Secreto Médico es una *“obligación”*, debido a la existencia de un marco jurídico que lo rige y regula, e impide la libre elección del profesional interviniente de dar divulgación del mismo.

En virtud de esto se hace referencia al contexto legal en el que se basa y nutre esta obligación.

Cabe destacar para esto, la **Ley 17.132**. *“Ley del Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración”*, sancionada el 24/01/1967. En ella en su **Art. 11** se establece 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 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-, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitararlo o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal.”*

También forman parte de dicho marco jurídico las siguientes normas y leyes vigentes que se mencionan a continuación:

- » Código Penal de la Nación. Art 156.
- » Ley de SIDA
- » Convención Internacional de los derechos del niño.
- » Ley de protección contra la violencia familiar
- » Ley de habeas datas o datos personales.
- » Ley 26529. Ley de Derechos del paciente

Asimismo, el secreto profesional es un *“deber”* orientando este concepto a la existencia de un marco ético, que los profesionales de la salud, no pueden ni deben ignorar.

Existen múltiples códigos de ética médica que hacen referencia a este tema. Haciendo un repaso de las consideraciones que en la historia se fueron teniendo en cuenta con referencia al secreto profesional, debemos comenzar por el *Juramento Hipocrático*, el cual reza: *“Callaré todo cuanto vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto”*.

Ya en el mismo se planteaba un claro concepto sobre la necesidad de reserva de lo hablado y escuchado respecto a un paciente durante el ejercicio de la profesión, estableciéndose al secreto médico como un deber que forma parte de la actividad médica.

En 1949 a través del *Código de Ética de la Asociación Médica Mundial* se incluye la pauta de la continuidad de la confidencialidad más allá de la muerte del paciente, definiendo que este deber no finaliza con el fallecimiento del mismo, sino

que se extiende más allá de su deceso, mencionando que: *“El médico debe, aún después que el paciente ha muerto, preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado o que él sepa por medio de una confidencia”*.

Este punto marcó un aspecto relevante no divulgado entre los profesionales de la salud, el deber de confidencialidad aún fallecido el paciente, dato no menor, ya que su desconocimiento, expone al médico a la posibilidad de efectuar la violación al secreto profesional.

La Asociación Médica Argentina (AMA) a través del **Art. 106 del Cap. 7** del Código de ética para el Equipo de Salud dice: *“El secreto profesional obliga a todo el equipo de salud que concurre en la atención del enfermo. La muerte del enfermo no exime a los miembros del equipo de salud del deber del secreto.”*

El **Art. 107** menciona: *“El profesional sólo debe suministrar informes respecto al diagnóstico, tratamiento o pronóstico de un paciente a él mismo o a sus allegados más inmediatos. Solamente procederá en otra forma con la autorización expresa del paciente o de sus allegados más inmediatos si aquél no estuviese en condiciones de decidir en forma autónoma [...] La sociedad es la que establece con el médico la serie de condiciones para que exista un verdadero equilibrio de los intereses en juego. Este equilibrio entre el derecho individual a la intimidad y el beneficio social que supone la preservación de la salud colectiva es lo que establece los límites del secreto médico [...]”*

Como puede evidenciarse, múltiples son los escritos respecto a ciertos aspectos éticos del “deber” de cuidado de los datos del paciente, y el reconocimiento del marco ético que también regula el ejercicio de la profesión médica.

Finalmente se dice que el secreto profesional es un **“derecho”** que tiene el profesional de la salud de mantener la garantía de reserva y confidencialidad respecto a la información obtenida de un paciente durante el ejercicio de su función, siempre que la justa causa y las condiciones legales vigentes lo permitan, no viéndose obligado a divulgar su conocimiento ante condiciones no válidas.

Con respecto al carácter del Secreto profesional, se establecieron dos escuelas doctrinarias distintas. Una de ellas apoyaba el Secreto médico como de carácter **absoluto**, siendo su máximo exponente Boullanger, quien resumía esta doctrina en solo una frase: *“Silencio ahora y siempre, y en todos los casos”*.

La Segunda doctrina, es la que considera al secreto profesional en su carácter **relativo**, interpretando que en ella se conserva la obligación de guarda del secreto médico, pero estableciendo las limitaciones que la justa causa así lo determinen.

Argentina toma esta doctrina de carácter **relativo** del secreto médico desde el punto de vista jurídico, por lo que se establece que el régimen penal y procesal transcurre entre la obligatoriedad de denuncia ante la presencia de Justa Causa y la obligatoriedad de conservar y proteger el secreto médico, cuya violación está contemplada como delito en el **Art. 156** del Código Penal.

Por lo tanto y a partir de todo lo referido precedentemente



se establece que el profesional de la salud tiene la obligación de guardar la confidencialidad de todo lo conversado, oído y actuado con un paciente durante el ejercicio de su profesión, siempre que no cuente con un motivo, que permita la relevación de dicho secreto, contemplado en las normas legales vigentes.

Eximentes al secreto médico - obligación de denunciar

En base a lo analizado precedentemente, salvo que exista **Justa Causa**, violar el secreto profesional constituye un delito cuya penalidad se encuentra fundada en el **Art. 156** del Código Penal.

Es importante establecer que no se considera como Justa Causa, el conocimiento de interés público de un hecho o estado particular, debido a que no existe límite alguno del denominado **“interés público”**, con lo cual cualquier situación que fuera interpretada como tal podría permitir que el secreto médico fuera revelado, perdiéndose la esencia de su concepto.

A partir de esto, debe definirse que se denomina **“Justa Causa”** a aquella que conduce a la legítima defensa del profesional, al ejercicio de un derecho, o bien a la existencia de un deber legal de denunciar.

A partir de esto, se exponen a continuación las instancias en las que puede revelarse el secreto médico:

Por autorización explícita del paciente.

En esta circunstancia es absolutamente prioritario dejar correctamente registrado la autorización del paciente hacia el profesional, autorizando a este último a revelar el secreto médico. Ejemplo de esto constituye la notificación a los familiares del paciente del estado de salud del mismo, o bien la extensión de un certificado para ser presentado ante quien el paciente lo considere.

Frente a la necesidad del médico al exponerse ante un reproche durante el ejercicio de su profesión.

En tal circunstancia, no develar el secreto médico entorpece en su defensa como imputado en un hecho ocurrido durante el ejercicio lícito de su profesión. Esta situación será utilizada como estrategia en su defensa, debiendo sus representantes legales decidir en qué momento y qué datos revelar.

Como elementos en la elaboración o notificación de estudios epidemiológicos, infectológicos y/o estadísticos.

En esta situación en particular, se revelan los datos concernientes de interés para llevar adelante el estudio estadístico, análisis epidemiológico o infectológico, pero preservando la identidad del paciente en referencia.

Ante normas legales explícitas en las que se impone al profesional la obligación de denunciar.

Previo a brindar un análisis de los puntos principales respecto a la obligación del profesional de la salud de revelar el secreto médico, es necesario establecer una aclaración ampliamente consultada y para la cual suele existir un error de concepto.

En función de lo señalado en el **Art. 244** del CPPN y el **Art. 444** del CPCCN, no forma parte de los eximentes al secreto médico la declaración testimonial de un profesional de la salud. Esto significa que, ante el requerimiento a un profesional a prestar declaración testimonial, el mismo no se encuentra autorizado a violar el secreto médico, por lo que revelarlo constituye un delito el cual podría ser penado.

Habiendo efectuado dicha aclaración, el Código de Procedimientos Penal de la Nación en su **Art. 177** dispone que los médicos tienen la obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio, no debiendo por tanto el profesional denunciar los delitos considerados de instancia privada incluidos en los **Art. 71 y 72** del Código Penal, esto mientras no mediare la muerte o lesiones gravísimas en la persona ofendida, o bien aquellas lesiones leves, dolosas o culposas, en las que intervinieren razones de seguridad o interés público. Por lo tanto, el profesional tiene la obligación de denunciar ante:

- Los delitos perseguibles de oficio contra la vida y la integridad física, a las que el profesional toma conocimiento durante el ejercicio de su profesión.
- Presencia y/o evidencia de lesiones graves o gravísimas.
- Evidencia de lesiones gravísimas en delitos contra la

integridad sexual.

- Delitos contra la integridad sexual en menores con familiares comprometidos en la agresión.
- Maltrato infantil.

Situaciones especiales

A partir de las normas que rigen al secreto médico, existen ciertas condiciones especiales determinadas en la propia legislación, la cual se impone sean expuestas con el objetivo de brindar claridad frente a situaciones específicas.

Violencia Familiar. Que situaciones denunciar.

Este aspecto se encuentra contemplado en la Ley Nacional 24417, la cual en su art 2 dice:

“ARTICULO 2° – Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, ancianos o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el ministerio público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al ministerio público.”

A esto se suma la Ley 14509: modificatoria de la ley 12569 de



“**Violencia Familiar**” en ámbito de la provincia de Buenos Aires, la cual en su **Art.4** informa:

“Artículo 4º: Cuando las víctimas fueran menores de edad, incapaces, ancianos o discapacitados que se encuentren imposibilitados de accionar por sí mismas, estarán obligados a hacerlo sus representantes legales, los obligados por alimentos y/o el Ministerio Público, como así también quienes se desempeñan en organismos asistenciales, educativos, de salud y de justicia y en general, quienes desde el ámbito público o privado tomen conocimiento de situaciones de violencia familiar o tengan indicios de que puedan existir.

La denuncia deberá formularse inmediatamente.

En caso de que las personas mencionadas incumplan con la obligación establecida, el Juez/a o Tribunal interviniente deberá citarlos de oficio a la causa que eventualmente se abra con posterioridad por la misma razón, podrá imponerles una multa y, en caso de corresponder, remitirá los antecedentes al fuero penal. De igual modo procederá respecto del tercero o superior jerárquico que por cualquier medio, obstaculice, impida o haya impedido la denuncia”.

A través de las presentes leyes puede evidenciarse que, en el caso de menores, es **obligación** de los profesionales de la salud notificar al Consejo de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente aquellos casos de toma de conocimiento de violencia familiar concreta sobre un menor, debiendo efectuarse la denuncia policial cuando las lesiones evidenciadas sean graves o gravísimas.

Incluso, aunque la lesión no pueda ser confirmada por el profesional de salud, el mismo se ve habilitado a notificar la presunta violencia sobre un menor bajo la imagen de menor en riesgo.

En el caso de los ancianos e incapaces, debe efectuarse siempre la **denuncia policial**.

Distinto ocurre con los adultos competentes, sobre quienes sólo deberá efectuarse la denuncia policial ante el caso de tratarse de lesiones graves o gravísimas, mientras que en presencia de lesiones leves la denuncia debe ser efectuada por el propio damnificado, debiendo el profesional de la salud instar al individuo a llevar a cabo la misma.

Otra consideración especial es la **Ley de SIDA**. En la misma se efectúa expresa mención de las circunstancias en las que puede y debe develarse el secreto profesional respecto al resultado positivo de la prueba diagnóstica.

1. A la persona infectada o enferma, o a su representante si se tratara de un incapaz
2. A otro profesional médico cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.
3. A los entes del Sistema nacional de Sangre.
4. Al director de la Institución Hospitalaria, en su caso al director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha 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 el artículo 11, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos, guardadores o futuros adoptantes

7. Bajo responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor (estado de necesidad).

Tal como surge de la lectura de las instancias en las que puede revelarse el resultado positivo de la **prueba de HIV**, se observa que estas son limitadas a las condiciones que lo avalan, de ahí la importancia de tener un pleno conocimiento de las mismas, para así evitar la violación del secreto y las consecuencias acarreadas de tal comportamiento.

Conclusiones

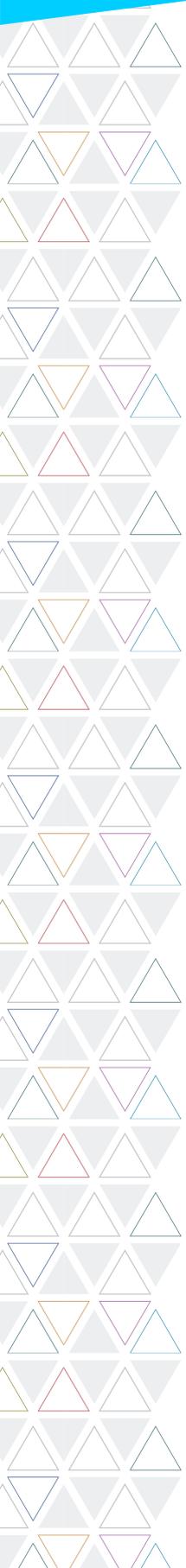
El **Secreto Profesional** es una condición que como herramienta permite que el paciente pueda abrirse al médico, con la absoluta confianza en cuanto a la confidencialidad de lo expuesto, y con la libertad de saber que lo manifestado, quedará a resguardo.

Abarca no solo a los médicos sino a todos los profesionales y personas que trabajen en un equipo de salud, pese a no ser profesionales.

En circunstancias de justa causa, como las expuestas en la presente exposición, puede violarse el secreto médico sin riesgo alguno de recibir una sanción al respecto, incluso mantener a ultranza dicho secreto, puede conducir a un reproche legal.

Bibliografía

- » Ley 17.132: “*Ley del Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración*”. Sancionada el 24/01/1967, promulgada 24/01/1967
- » Secreto profesional. En: Achával A. Manual de medicina legal. Práctica forense, 4ª edición. Editorial Abeledo-Perrot; 1993:977-993
- » Bioética, Derecho y Sociedad: Canals Miret y Buisán Ezpeleta
- » El concepto de “*Justa causa*” del artículo 156 del Código Penal bajo el prisma del Principio de Legalidad. Por Alberto Sandhagen. Abogado y Especialista en Derecho Penal, Universidad de Buenos Aires.
- » Código de ética para el Equipo de Salud. Publicación de la AMA. Bs.As. 2001.
- » Los límites del secreto profesional frente a la obligación de denunciar que la Ley 24.417 impone a los profesionales de la salud. Ignacio Gonzalez Magaña. Revista de Derecho y Familia. N° 1. Mayo 2013.
- » Código Penal de la Nación Argentina: Art. 71, Art 72 Art. 156, Art 177.
- » Ley Nacional 24417 de “*Protección contra la Violencia Familiar*”.
- » Ley 14509: modificatoria de la ley 12569 de “*Violencia Familiar*” en ámbito bonaerense. Promulgada: abril 16 de 2013.



 **SWISS MEDICAL**
S E G U R O S

SMG Compañía Argentina de Seguros S.A. | CUIT 30-50003196-0 | Av. Corrientes 1865 PB | (C1045AAA) Buenos Aires, Argentina.

Nº de inscripción en SSN
0002

Atención al asegurado
0800-666-8400

Organismo de control
www.argentina.gob.ar/ssn

