

Concepciones éticas ante los casos de pacientes portadores de HIV*

Gabriela Z. Salomone; Carlos E. F. Gutiérrez

En el marco del proyecto de investigación sobre ética profesional¹, nos hemos abocado a indagar -como uno de los ejes centrales de nuestra tarea- las concepciones éticas de los psicólogos respecto del Secreto Profesional.

A los fines del relevamiento de datos se diseñó un cuestionario² constituido por situaciones que indagan diversos problemas éticos. A partir de cada situación planteada, se releva la solución que los profesionales consideran correcta, así como las concepciones que anidan en los fundamentos de la respuesta.

En todos los casos, una parte importante del análisis la constituyó la comparación de las respuestas de los psicólogos con las pautas deontológicas y las normativas legales vigentes.

Nos detendremos en esta ocasión en las respuestas dadas a la siguiente situación:

Un paciente, enfermo de SIDA, cuenta en su psicoterapia que mantiene relaciones sexuales sin los cuidados necesarios y sin informar a sus partenaires de su condición. ¿Qué debería hacer el terapeuta ante esto y por qué?

La pregunta que cierra la situación, y se repite en las restantes, busca indagar la línea de acción sugerida por el profesional. Además, releva las razones aducidas; dato de sumo interés para nuestra investigación.

Con respecto a la situación planteada, la gran mayoría de los profesionales (69,58%) respondió orientando su decisión hacia el mantenimiento del secreto profesional. Es decir, que la línea de acción propuesta fue la del resguardo de la confidencialidad.

Recordemos que el deber de confidencialidad está contemplado en la ley 23277 de Ejercicio profesional de la psicología³ que en su artículo 8° dice lo siguiente: "Los profesionales que ejercen la psicología están obligados a: [inc. 4°] Guardar el más riguroso secreto profesional sobre cualquier prescripción o acto que realizare en cumplimiento de sus tareas específicas, así como de los datos o hechos que se les comunicare en razón de su actividad profesional sobre aspectos físicos, psicológicos o ideológicos de las personas". Esta formulación es coincidente con el art. 156 del Código Penal referido a la revelación del secreto profesional sin justa causa⁴.

La coincidencia de la decisión de estos profesionales con lo que la ley indica es, en principio, sólo descriptiva ya que no se deduce de las respuestas que tal conducta profesional esté orientada por la letra de la legislación.

En general, los profesionales que optaron por mantener la confidencialidad propusieron un trabajo clínico sobre el relato del paciente. Tomemos como ejemplo la siguiente respuesta representativa de este grupo:

- * Salomone, G. Z. & Gutiérrez, C. E.: Concepciones éticas ante los casos de pacientes portadores de HIV. En *IBIS (International Bioethical Information System). Ética en la Educación Hipertexto e hipermedia sobre ética profesional*. Sistema multimedial en CD-ROM.

- *"Trabajar inmediatamente sobre su agresión-sadismo hacia sus partenaires y sobre su bronca hacia el hecho de haber sido afectado o contagiado a su vez, y descubrir el por qué de estas actitudes porque para algo las trae a sesión".*

Una variante dentro de este grupo, la constituyen aquellos que orientan su trabajo hacia el objetivo de que el paciente deponga su actitud; en general, bajo la forma de intervenciones directivas. Por ejemplo:

- *"Tal vez interpretar cada vez con más cuidado y reflexión lo tanático de esta conducta. Si continuara poner límite en la relación terapéutica."*

Una posición intermedia entre mantener la confidencialidad y su suspensión, la constituyen las respuestas que indican la posibilidad de la internación.

- *"Ponerse a trabajar por qué tiene una actitud autodestructiva y heterodestructiva. Todo lo que puedo hacer queda en el consultorio por el secreto profesional. Incrementaría las sesiones. Se supone que con eso tengo que poder manejarlo. En última instancia sugeriría una internación breve en una comunidad terapéutica de características psicoanalíticas para poder trabajar y además poder contenerlo".*

Aclararemos por qué consideramos que ésta es una posición intermedia. La internación supone la suspensión del secreto profesional y, de hecho, constituye una de las excepciones legítimas a la confidencialidad. En este caso, la suspensión del secreto es condición de posibilidad de lo que el terapeuta considera una intervención clínica apropiada para su paciente.

Cabe distinguir en este caso una internación con un propósito terapéutico de otra que se indica como un método de control social buscando aislar al paciente por su presunta peligrosidad.

Sobre esto la ley tiene algo para decir. El artículo 482 (párrafos 2° y 3°) del Código Civil indica las razones que sustentarían legítimamente una internación; sea el caso de que el paciente esté expuesto a un daño a la propia salud, la de terceros o la tranquilidad pública y también para el caso de personas que no fueron declaradas dementes, pero por padecer enfermedades mentales puedan dañar.

Por su parte, la ley citada anteriormente dice:

*Los profesionales que ejerzan la psicología están obligados a: 1) Aconsejar la internación en establecimiento público o privado de aquellas personas que atiendan y que por los trastornos de su conducta signifiquen peligro para sí o para terceros; así como su posterior internación.*⁵

Conviene tener presente, por otra parte, que la ley entiende que la internación afecta el derecho a la libertad tutelado por la Constitución Nacional, el Código Penal (art. 141), el Código Civil (art. 1087) y los pactos internacionales sobre los Derechos Humanos.

Por lo tanto, toda internación debe revelarse adecuada y necesaria *para el tratamiento* del paciente y debe ser considerada el último recurso respecto de medidas menos restrictivas de la libertad.

Ahora bien, existe un número de respuestas que toman una orientación distinta. Son aquellas que se inclinan por la suspensión de la confidencialidad (8,47 %). Veamos algunas de esas respuestas:

- *"1) Trabajarlo con su paciente; 2) Indicarle formalmente tomar medidas preventivas; 3) En caso de persistir avisar al paciente que se notificará a las autoridades sanitarias".*
- *"Pienso que en el caso de este tipo de cosas debe informarse al paciente en el momento de establecer el encuadre que tiene derecho a callar este tipo de cosas (similar al caso en que un adulto dijese que abusó de un menor, o comete un asesinato) ya que nuestro código ético nos compromete a denunciar estos hechos".*
- *"Intentar persuadir al paciente a que cambie su actitud. Si esto no es posible comunicar a la autoridad sanitaria. Están en juego intereses que trascienden los límites de la persona en terapia."*

Observemos que estas tres respuestas coinciden en la línea de acción propuesta pero sus fundamentos no son homogéneos.

En la primera de ellas la referencia a "las autoridades sanitarias" parece sostenerse en un criterio de prevención epidemiológica. En la segunda, encontramos dos problemas: por un lado, el profesional se refiere a "nuestro código ético" sin aclarar de cuál se trata. Por otra parte, deriva de allí la obligación de denunciar. Además, la homologación de la actitud del portador con la de un abusador de menores, incluso con la de un asesino, permite deducir que el entrevistado entiende el accionar del paciente como un hecho delictivo.

Si se tratara efectivamente de un delito, según el art. 177 del Código Penal Procesal, los psicólogos en tanto pertenecen a la "rama del arte de curar", tendrían la obligación de denunciar. Cabe aclarar que el mismo artículo establece: *"...salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional"*.

De esto se deduce que la obligación de denunciar no es absoluta en términos legales, y que la ley permite tanto denunciar como mantener el secreto. De aquí se desprende claramente que el profesional deberá decidir por sí mismo qué hacer al respecto sin que uno u otro caso implique un claro desacato a la ley vigente, y sin que la ley ampare su decisión de un modo unívoco.

La tercera de las respuestas señala también la necesidad de comunicar a las autoridades sanitarias. Pero en ella se agrega un elemento que nos orienta sobre sus fundamentos. Haciendo hincapié en el término *interés* se desplaza al terreno de los ideales, ubicando la cuestión en una dimensión moral. Tal respuesta indica que el profesional se ve motivado por intereses que exceden su lugar profesional para dar lugar a los deberes del ciudadano. Desde esa posición toma su decisión: suspender la confidencialidad.

Retomemos por un momento el primer caso presentado: las respuestas que optan por mantener el secreto profesional. Dentro de este grupo, resultan especialmente interesantes aquellas que, no obstante mantener la confidencialidad, consideran que esto debe ser informado a los partenaires por el propio paciente.

- *"Tratar de exigirle que dé a conocer su condición y tome todos los recaudos necesarios para evitar seguir propagando la enfermedad. Pienso que el analista debería ayudarlo a no sentirse discriminado por dar a conocer su enfermedad y de esa forma lo ayudaría"*

- *"El terapeuta debería intimar firmemente al paciente a que suspenda esos comportamientos y a que notifique a sus partenaires de la verdad, controlando que así lo haga, a condición de suspender el tratamiento definitivamente (técnica del forcing)"*
- *"Que el paciente aclare y sincere su condición o suspender el tratamiento"*

¿Cuál sería el sentido clínico de indicar que el portador de HIV dé a conocer su condición a sus partenaires?

Veamos en primera instancia qué dice la ley al respecto. La Ley de Lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)⁶, en su artículo 2° establece:

Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

1. *Afectar la dignidad de las personas*
2. *Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación.*
3. *Exceder el marco de las excepciones legales taxativas al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva.*
4. *Incursionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación argentina.*
5. *Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.*

Detengámonos en los incisos a) y b), los cuales son ampliados y refrendados por el Decreto Reglamentario de la ley (Decreto 1244/91), en los siguientes términos:

"Para la aplicación de la ley y de la presente reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por ley 23 054 y de la ley antidiscriminatoria, 23 592."

Agreguemos además lo enunciado en el art. 8° de la misma ley:

"Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada."

Como es de evidencia, la ley tiende en todos sus puntos a proteger doblemente al portador, garantizando su tratamiento y salvaguardando su dignidad.

Ahora bien, ¿cómo se lograría tal protección empujando al sujeto a hacer pública su condición? Es evidente que no se protegería al paciente de las consecuencias que tal decisión tendría. Dicha divulgación pondría al portador en serios riesgos de discriminación, estigmatización, degradación o humillación, tal como la ley advierte que debe evitarse. Por otra parte –y esto es de magnitud en el campo clínico– ¿qué tipo de dirección clínica supone esta intervención? ¿Cuál sería el efecto clínico esperado?

Las respuestas obtenidas no aportan los elementos suficientes que permitan distinguir los fundamentos de esta línea de acción. Sin embargo podríamos inferir que, en estos casos, la situación impacta de modo tal que se responde no sólo alejándose del espíritu de la legislación sino también de cualquier marco terapéutico que haga posible una genuina intervención clínica.

Es posible que los profesionales consideren que el problema radica en que los partenaires, por desconocer esa información, no toman ellos mismos los recaudos necesarios.

El profesional, impactado por la situación, se aparta de su rol profesional para intervenir desde un criterio personal. Este desplazamiento de los lugares configura una situación donde la intervención del profesional toma la forma de una medida moralizante que tiende al empobrecimiento subjetivo. Se trata de una suerte de toma de partido imaginaria por la supuesta inermidad de aquel que no sabe. Tratándose de personas adultas que se involucran voluntariamente con nuestro paciente –la situación planteada no permite suponer lo contrario–, no habría motivos para considerarlos en situación de inermidad frente a tal ocultamiento.

Asumir la defensa del partenaire conlleva una acción de exclusión de nuestro paciente, y con ella de la responsabilidad profesional. Esta exclusión tiene un doble carácter. Por una parte, se excluye el dato de que siendo portador de HIV corre el serio riesgo de reinfección, que desencadenaría la enfermedad o la agravaría. Por otra, esa perspectiva moral del terapeuta se ve impedida de tomar en cuenta la satisfacción pulsional en juego, lo que reclamaría una intervención de otra índole.

La vía de desresponsabilización hacia los partenaires retorna sobre el paciente culpabilizándolo. Tal culpabilización es encubridora de cualquier forma de implicación subjetiva del paciente en cuestión. En este sentido, el principal efecto de desresponsabilización recae sobre el propio paciente.

Desde nuestra perspectiva, la intervención profesional debería orientarse a acotar esa conducta del sujeto, buscando algún tipo de intervención que instale un corte en ese movimiento pulsional. Un corte en ese camino de goce requiere de una intervención profesional que se sustraiga de cualquier forma moralizante.

La estrategia de difusión de su condición de portador no parece dirigirse a la responsabilización del sujeto en el sentido de subjetivar su acción, sino que se orienta a destacar una conducta social moralmente reprochable.

Mientras la primera estrategia responsabiliza limitando el empuje pulsional, la segunda culpabiliza.

No se trata de asumir una actitud pedagógica que busque la domesticación, sino de orientar la intervención clínica como una herramienta para acotar el desborde pulsional. Se trata, finalmente, de la dimensión ética que convoca al profesional a dirigir al sujeto una interpelación sobre su posición frente a la satisfacción.

¹ Secreto profesional, explotación y conflicto de intereses en el ámbito clínico e institucional: estudio de valores en 400 psicoterapeutas (UBACyT programación científica 2001-2002); La situación de la ética en la práctica profesional de la psicología: un enfoque desde los derechos humanos (UBACyT Ps 029; 1992-1994); La situación de la ética en la práctica profesional de la psicología (Parte II), (UBACyT Ps 086; 1995-1998); Concepciones éticas en la práctica profesional psicológica. Un estudio explicativo (UBACyT TP 015; 1998-2000) Director: Prof. Juan Jorge Fariña

² Cuestionario sobre práctica profesional: ha sido administrado sobre una muestra de cuatrocientos psicólogos y psiquiatras de Capital Federal.

³ Ley N° 23.277 de Ejercicio profesional de la psicología. Septiembre de 1995.

⁴ "Será reprimido con multa de...e inhabilitación especial en su caso por seis meses a tres años el que, teniendo noticia por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa". Código Penal, artículo 156 Revelación de secreto sin justa causa. Responsabilidad.

⁵ Ley N° 23. 277 de Ejercicio profesional de la psicología. Septiembre de 1995. Título IV: De los derechos y obligaciones. Art. 8°.

⁶ Ley 23 798. Salud pública. Lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Declaración de interés nacional (publicada en el boletín oficial: 20/9/90).