



BIOETICA Y NORMATIVIDAD

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ENSAYO SOBRE SECRETO PROFESIONAL

CATEDRATICO: ZAIRA JANETH DOMINGUEZ

ALUMNA: GILDA TORRANO DÍAZ

LUNES 08 DE SEPTIEMBRE DE 2025
CAMPUS BERRIEZABAL, CHIAPAS

Secreto profesional

El secreto profesional en la medicina humana constituye a un principio ético y legal con raíces milenarias, es un derecho del paciente y una obligación jurídica que articula la relación de confianza entre quien demanda auxilio y quien lo presta. Su vigencia y complejidad va más allá del mero cumplimiento normativo, pues no derivan únicamente de la intimidad que protege, sino de la tensión constante que establece con otros bienes jurídicos y deberes sociales: la protección de la salud pública, la administración de justicia o la seguridad colectiva. Esta tensión obliga a que el secreto profesional sea pensado menos como una regla absoluta y más como un principio regulado por criterios de proporcionalidad, responsabilidad institucional y transparencia dirigida al sujeto afectado.

La obligación de guardar confidencialidad sobre lo revelado por el paciente tiene antecedentes en el Juramento Hipocrático, que ordena preservar como secreto “todo lo que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea”. Este principio ha sido transferido y consolidado en códigos modernos como la Declaración de Ginebra, el Código Deontológico Médico español, y normas internacionales. Así, el secreto es tanto un deber moral como una obligación jurídica, fundamento de confianza y estabilidad en el vínculo clínico.

Así mismo el fundamento jurídico del secreto profesional se apoya en un entramado diverso: desde normas constitucionales que protegen la intimidad y la dignidad de la persona hasta leyes sectoriales y tratados internacionales que regulan el tratamiento de datos sanitarios.

En el contexto internacional, convenios y directivas han ido configurando estándares sobre protección de datos y tratamiento sanitario que obligan a los ordenamientos internos a armonizar garantías y controles. La sola existencia de normas no resuelve los retos prácticos: la regulación suele ser fragmentaria y exige criterios interpretativos que eviten tanto la sobreprotección que paralice fines legítimos como la flexibilidad excesiva que permita vulneraciones.

Intimidad, privacidad y confidencialidad no son sinónimos estrictos, sino regiones conectadas del mismo territorio personal. La intimidad remite al “núcleo duro” de la persona aquello más íntimo y protegido; la privacidad acoge un ámbito más amplio donde el individuo decide cuánto y cómo comunica; la confidencialidad es la conducta profesional que preserva la información que el paciente confía al equipo sanitario.

Esta distinción conceptual tiene consecuencias jurídicas y éticas: no todo dato sanitario exige el mismo grado de protección, y por tanto las reglas de acceso y comunicación deben graduarse según la sensibilidad del contenido y el interés en

juego. La claridad terminológica contribuye a evitar equívocos normativos y prácticas defensivas que, supuestamente en nombre de la privacidad, impidan medidas que beneficien al paciente o a terceros.

La ética médica ha situado tradicionalmente el secreto profesional en el corazón de la confianza terapéutica: la confidencialidad protege la autonomía del paciente, su dignidad y la posibilidad de revelar información esencial para el diagnóstico y tratamiento sin temor a estigmatización. Desde esta perspectiva, la obligación de sigilo no es un favor profesional sino la materialización del derecho del paciente a salvaguardar su intimidad frente a terceros; obliga al médico y a quienes participan en la atención (personal auxiliar, administrativos) y perdura incluso después de la muerte del paciente, por el respeto a la persona y su memoria. Sin embargo, la justificación ética del secreto no debe interpretarse como un blindaje absoluto; corresponde evaluarlo ante los principios de beneficencia y no maleficencia cuando la comunicación sea necesaria para prevenir un daño grave a terceros o proteger la salud pública.

La dimensión disciplinaria y procesal del secreto profesional reclama también atención: el incumplimiento puede representar un delito (por ejemplo, la clasificación legal de revelación de secretos en algunos códigos penales) o dar lugar a responsabilidades civiles y disciplinarias. Esta cohabitación de planos deontológico, civil, administrativo y penal produce una tensión práctica: los códigos de ética imponen deberes que en ocasiones no coinciden exactamente con el derecho positivo, y los tribunales demandan pruebas de una lesión normativa concreta para sancionar. El desenlace es un escenario en el que el profesional debe manejar criterios jurídicos y éticos a la vez, sabiendo que la mera invocación del “secreto” no anula obligaciones legales superiores ni libera de la exigencia de motivar y documentar la decisión de comunicar información.

Las excepciones al deber de secreto constituyen, desde el punto de vista práctico, el núcleo donde se decide si la protección de la intimidad cede ante otros bienes. Entre ellas destacan la obligación de notificar determinadas enfermedades de declaración obligatoria, la comunicación exigida por resoluciones judiciales, los casos de riesgo inminente para terceros y situaciones vinculadas al interés colectivo (por ejemplo, brotes epidémicos).

La debilidad normativa que enumera excepciones sin precisar procedimientos seguros, qué se informa, a quién, con qué salvaguardas y cómo se documenta, es una fuente de incertidumbre que puede derivar tanto en vulneraciones injustificadas como en reticencias que sacrifiquen la salud pública.

El trabajo en equipo y la informatización de la historia clínica introducen retos prácticos significativos: la obligación de secreto alcanza a todos los miembros del equipo asistencial y a quienes, por su función, acceden a la documentación clínica;

el hecho de que múltiples profesionales conozcan aspectos sensibles no invalida el deber de confidencialidad sino que lo universaliza, de modo que las instituciones deben garantizar formación, políticas de acceso restringido y responsabilidades claras.

La digitalización añade un problema adicional: el almacenamiento masivo, la interconexión de sistemas y las transferencias electrónicas multiplican las oportunidades de fuga o uso indebido de datos, con el agravante de que la simple existencia de la información en bases de datos puede permitir usos posteriores difíciles de prever. Los marcos normativos clásicos anticipaban estos problemas, pero requieren en la práctica mecanismos técnicos y organizativos (control de accesos, registros de auditoría, cifrado, políticas de minimización de datos) para que el principio de confidencialidad no quede subordinado a la inercia tecnológica.

Desde una perspectiva crítica, el secreto profesional enfrenta tres retos teóricos y normativos que conviene diagnosticar. El primero es la ambigüedad entre la norma deontológica y la norma jurídica: los códigos éticos pueden aspirar a un estándar moral más exigente que la ley, pero la falta de convergencia clara complica la defensa jurídica del profesional y la protección efectiva del paciente. El segundo es la operacionalización del límite: sin procedimientos transparentes para la excepción (quién decide, en qué condiciones y con qué salvaguardas), las justificadas comunicaciones por razones de salud pública o seguridad pueden convertirse en pretextos. El tercero es la asimetría de poder informativa entre médico e instituciones frente al paciente; la confianza que sustenta el secreto se erosiona si el paciente no conoce quién accede a su información y con qué fines. Estos aspectos apuntan a la necesidad de transformar la práctica del secreto en una política institucional auditada, sujeta a rendición de cuentas y participada por la persona afectada.

A la luz de los principios bioéticos autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia se propone un marco práctico de actuación para la confidencialidad que preserve la dignidad del paciente sin obviar obligaciones sociales: primero, humanizar el consentimiento informado mediante explicaciones claras sobre la gestión de la información y la existencia de excepciones; segundo, institucionalizar niveles de acceso a la historia clínica (necesidad de conocer el dato) y registros obligatorios de consulta; tercero, establecer protocolos de actuación explícitos para la comunicación en situaciones de riesgo (salud pública, peligrosidad para terceros, órdenes judiciales), con revisión ética y posibilidad de recurso; cuarto, integrar medidas tecnológicas (cifrado, autenticación fuerte, control de accesos por roles y auditorías periódicas) y formación permanente del personal; quinto, reconocer y regular los dilemas emergentes por ejemplo, la información genética con implicaciones familiares mediante procedimientos que prioricen el diálogo y la mediación antes que la diseminación unilateral. Estas propuestas buscan articular la ética clínica con la gobernanza institucional y la seguridad tecnológica.

En conclusión, el secreto profesional sigue siendo un pilar esencial en la práctica clínica, con fundamentos éticos robustos y protección legal consolidada, pues debe interpretarse como un derecho competencial del paciente y una obligación profesional condicionada por otros bienes jurídicos y principios éticos. La principal tarea normativa y práctica no es proclamar su inviolabilidad sino dotarlo de formas operativas coherentes con la transparencia, la rendición de cuentas y la protección técnica de los datos. Ello exige una legislación que precise procedimientos, roles y sanciones, códigos deontológicos que dialoguen con las normas jurídicas, políticas institucionales que implementen controles y formación, y una cultura clínica que resalte la comunicación honesta con la persona atendida. Solo así el secreto profesional podrá cumplir su función originaria garantizar la confianza y la dignidad en la relación médico-paciente sin transformarse ni en un obstáculo para otros bienes sociales ni en una excusa para la opacidad institucional. Este diagnóstico y las propuestas que lo acompañan recuperan el valor de la intimidad como derecho humano y la convierten simultáneamente en asunto público que exige normas claras y prácticas responsables.



BIBLIOGRAFÍA

Córdoba Palacio, R. (1990). El secreto profesional médico. *Medicina UPB*, 9(1), 41–48.
Universidad Pontificia Bolivariana.
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/5582>

García Sanz, J. (2005). El secreto profesional. *Anuario de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Laguna*, 23, 177–206. Universidad de La Laguna.
<https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/18155>