

La confidencialidad en la atención del aborto¹

Mercedes Cavallo²

Durante una consulta médica de salud sexual y reproductiva, incluido la atención por una situación de aborto, las mujeres, niñas y adolescentes tienen un derecho a la confidencialidad, que además de ser expresamente reconocido en distintas normativas, encuentra su fundamento en el derecho a la autonomía, salud, vida, integridad, y garantía contra la autoincriminación, entre otros.

Como contrapartida, los profesionales de salud tienen un deber de confidencialidad sobre toda la información conocida en ocasión o con motivo de la asistencia médica. Esto incluye, aunque no agota, la información personal de la paciente, la información sobre la comisión de un delito pasado, todo lo discutido en la consulta, los estudios médicos indicados y realizados, sus resultados, la historia clínica, etc.

El deber de confidencialidad implica la obligación de proteger la información de las usuarias, y no divulgarla sin su autorización. También deben asegurarse que las pacientes que realmente autorizaron la revelación, lo hayan hecho de una manera libre y sobre la base de información clara.

Este deber es vinculante para las profesionales de salud, pero también para otros proveedores de salud, como enfermeras, parteras, instrumentadoras, y para el personal administrativo y de limpieza. Así lo estipulan el derecho argentino y las reglas éticas de las profesionales dedicadas a la atención de la salud.

Pág. 2	Introducción
Pág. 3	1. El supuesto conflicto entre deberes legales
Pág. 5	2. La creciente e intensa protección de la confidencialidad en los servicios de salud
Pág. 5	2a. El derecho internacional de los derechos humanos
Pág. 6	2b. Marco legal argentino
Pág. 8	2c. Jurisprudencia argentina
Pág. 10	Conclusión
Pág. 11	Bibliografía

[1] Este artículo es una traducción, actualización y reedición parcial del artículo original de la autora "Conflicting Duties Over Confidentiality in Argentina and Peru" International Journal of Gynecology and Obstetrics 2011; 112: 159-162 para publicarse como Documento REDAAS. Agradezco las sugerencias de Agustina Ramón Michel.

[2] Abogada, Universidad Torcuato Di Tella; LL.M., Universidad de Toronto; candidata doctoral Universidad de Toronto. Profesora de la Universidad Torcuato Di Tella.

Introducción

El deber de confidencialidad en la atención de la salud es uno de los más principios éticos fundamentales de la medicina y otros campos de la atención sanitaria; sus orígenes se remontan al antiguo Juramento Hipocrático. Este deber reviste tal importancia que, aunque en el comienzo fue considerado un deber ético, los sistemas jurídicos del mundo lo acogieron como una obligación legal.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el deber de confidencialidad implica que lxs³ proveedores de servicios de salud tienen la obligación de proteger la información de sus pacientes, y no divulgarla sin su autorización. También deben asegurarse que los pacientes que autorizaron la revelación, lo hagan de una manera libre y sobre la base de información clara.⁴

El deber de confidencialidad obliga a profesionales de la salud que recibieron información directamente de sus pacientes o en su examen médico, a aquellos que conocieron la información a través de otrxs profesionales que participaron en el tratamiento, incluso realizando funciones administrativas, como así también a aquellas profesionales que obtuvieron información sin el consentimiento expreso de sus pacientes.⁵

En Argentina, en ocasiones, se considera, erróneamente, que la ley exige a proveedores de servicios de salud que violen el deber de confidencialidad y denuncien aquellos delitos de acción pública que conocieron durante el ejercicio de su profesión. Esto, aunque el delito haya sido cometido por su paciente, y la información sea protegida por el secreto profesional.

En el caso específico de lxs profesionales de la salud que brindan atención a mujeres en situación de aborto, esta creencia muchas veces termina con una denuncia y su consecuente investigación judicial. En estos casos, la violación del deber de confidencialidad no sólo humilla a las mujeres, vulnerando su dignidad y privacidad, sino que las expone a persecuciones penales, disuadiéndolas de buscar correcta y oportuna asistencia médica cuando las consecuencias del aborto practicado en condiciones de riesgo pusieron en peligro su salud y su vida.⁶

Este documento aborda dos aspectos del deber de confidencialidad. En primer lugar, explica la supuesta tensión legal entre el deber de confidencialidad y la obligación de denunciar, y propone una interpretación en consonancia con los derechos humanos de las mujeres, niñas y adolescentes. En segundo lugar, analiza la normativa y jurisprudencia que reconoce, cada vez con mayor fuerza, un derecho a la confidencialidad, tanto en cabeza de las mujeres, como de las niñas y adolescentes.

[3] En este trabajo utilizaré de modo indistinto la “a”, la “o” y la letra equis (“x”) para pluralizar las palabras que designen a un grupo de individuos de géneros diversos, entendiéndose en todos los casos, salvo aclaración en contrario, que me refiero a cualquier género.

[4] Organización Mundial de la Salud (2003). Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica de Políticas para Sistemas de Salud. Ginebra: OMS, pág. 68.

[5] Cook, R.J., Dickens, B.M. y Fathalla, M.F. (2003). Reproductive Health and Human Rights-Integrating Medicine Ethics and Law. Oxford: Oxford University Press (disponible en español), págs. 121-2.

[6] Organización Mundial de la Salud, Op. Cit. pág. 94; Cook et al., Op. Cit. pág. 121-2

1. El supuesto conflicto entre deberes legales

La percepción de que el ordenamiento jurídico de Argentina requiere a profesionales de la salud deberes contrapuestos se deriva de la interrelación de tres tipos de normas:

- ☑ Una norma que les impone la obligación de denunciar delitos de acción pública -típicamente delitos contra la vida y la integridad física- que hubieran conocido en ejercicio o en ocasión de su profesión;
- ☑ Una norma que penaliza el incumplimiento al deber de denunciar que tienen ciertas personas;
- ☑ Una norma que penaliza la violación del secreto profesional.

Por un lado, el **artículo 177 del Código Procesal Penal de la Nación** establece que *“tendrán obligación de denunciar los delitos perseguibles de oficio: 1º) Los funcionarios o empleados públicos que los conozcan en el ejercicio de sus funciones; 2º) Los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejerzan cualquier rama del arte de curar, en cuanto a los delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los auxilios de su profesión, salvo que los hechos conocidos estén bajo el amparo del secreto profesional”*.⁷

De acuerdo con este artículo, el deber médico de denunciar existe únicamente respecto de los delitos contra la vida y la integridad física -como es el caso del aborto-, pero si, y sólo si, esa información no está amparada por el secreto profesional. Es claro, entonces, que la norma considera la posibilidad de que el deber de denunciar entre en conflicto con el deber de guardar secreto, y, para ese caso, establece expresamente que el deber de confidencialidad tiene prevalencia.

Por otro lado, el **artículo 277 del Código Penal** castiga al que *“tras la comisión de un delito ejecutado por otro, en el que no hubiera participado... no denunciare la perpetración de un delito o no individualizare al autor o participe de un delito ya conocido, cuando estuviere obligado a promover la persecución penal de un delito de esa índole”*.

Aquí también es claro que un profesional de la salud amparado por el secreto profesional no es de aquellos que la norma considera como obligados a promover la persecución penal de un delito de esa índole.

No obstante, se ha sostenido que aquellos profesionales que trabajan en hospitales y centros de salud públicos deben ser considerados funcionarios públicos y, por ende, están obligados por el deber general de denunciar. Sin embargo, no existen bases jurídicas -ni éticas- para distinguir los deberes legales que pesan sobre profesionales de hospitales públicos de aquellos que pesan sobre profesionales de clínicas privadas.

A diferencia de otras actividades propias de la función pública, el ejercicio de la medicina y actividades vinculadas a la salud puede darse con las mismas características en establecimientos tanto estatales como privados. No sería razonable variar el estándar de protección de los derechos de los pacientes en función de si su profesional de la salud se desempeña

[7] A los fines de esta hoja informativa, y para simplificar los conceptos, se utiliza el Código Procesal Penal de la Nación. No obstante, para analizar la situación en cada provincia argentina deberán considerarse sus respectivos códigos procesales, que estipulan normas análogas.

en una institución pública o en una privada. De lo contrario se aplicaría la ley de forma discriminatoria y por lo tanto inconstitucional, dado que perjudicaría a aquellas personas de sectores socioeconómicos desaventajados, que son quienes más recurren a los servicios de salud pública.

Una interpretación que distinguiera entre profesionales públicos y privados expone selectivamente a determinadas pacientes al dilema de elegir entre ser perseguidas penalmente o sufrir daños en su salud (e incluso su vida), en violación de la garantía contra la autoincriminación, el derecho a la igualdad y el derecho a la salud, entre otros.

Además de la protección implícita de la confidencialidad por parte del sistema jurídico argentino, cuando exime del deber de denunciar a lxs profesionales que se encuentran bajo el amparo del secreto médico, el **artículo 156 del Código Penal** protege el secreto expresamente cuando tipifica su violación como un delito. En efecto, el Código Penal castiga con multa e inhabilitación a quien teniendo noticias, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa.

Nuevamente, es explícito cómo el sistema jurídico argentino protege la confidencialidad y la privacidad de lxs pacientes; esta vez, a través de la penalización de la violación al secreto médico.

Esta norma ha sido operativa, por ejemplo, en Tucumán, donde dos ginecólogas de la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes, que denunciaron a una paciente por haber cometido un presunto aborto, fueron denunciadas penalmente por violación del secreto profesional, entre otras cosas.⁸

No obstante, contrario a lo que indica el propio texto, el sentido común y los principios generales del derecho, el artículo 156 del Código Penal ha sido usado como argumento para violar la confidencialidad médica. El aspecto controversial de la norma es si permite o no la violación de la confidencialidad cuando se esté en presencia de una "justa causa".

En Argentina, algunos proveedores de servicios de salud han entendido que deben denunciar porque un delito contra la vida constituye un supuesto de "justa causa" -entendida como "causa legal"- para el quebrantamiento del secreto.

Esta interpretación es incorrecta. La norma que penaliza la violación de secreto criminaliza, de modo genérico, la violación al deber de confidencialidad y establece ciertas excepciones en las que esa violación no es punible. Esto es así porque no toda revelación de secreto es punible. Por ejemplo, las revelaciones que no causan daño no están castigadas por la ley, pero eso no implica que las profesionales de la salud no tengan un deber de confidencialidad también vinculante respecto de esa información. A lo sumo significa que no se les impondrá una sanción penal si lo violan en determinados casos, aunque puede implicar incumplimiento de reglas de la ética profesional.

[8] Página 12, "*Dos médicas con objeción de Hipócrates*", 13/08/2012, www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-200919-2012-08-13.html
Página 12, "*Una violación del secreto profesional*", 13/08/2012, www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/200919-60085-2012-08-13.html

Ahora bien, a pesar de que el sistema jurídico es claro respecto del deber de confidencialidad, el error en la interpretación de estas normas ha causado confusión y denuncias. El caso más reciente es el de “Belén”, que en 2014 llegó a un hospital de Tucumán con dolores abdominales por un aborto espontáneo. Médicas y enfermeros la denunciaron, y está presa desde entonces por homicidio doblemente agravado por el vínculo y por alevosía.⁹

Si bien no existen estudios que documenten la real dimensión del fenómeno, un estudio de 2001 mostró que el 60% de los profesionales de la salud estaban a favor de denunciar casos de aborto, mientras que el 34,3% se oponía.¹⁰ Por otro lado, un estudio reciente en la Ciudad de Buenos Aires documentó que desde enero de 1994 a noviembre de 2004, 760 mujeres fueron denunciadas por el delito de aborto.¹¹ A pesar de que no se determinó cuántas de estas mujeres fueron denunciadas, se estima que son la mayoría, debido a que son pocos los casos en que las denuncias las hacen otras personas.

2. La creciente e intensa protección de la confidencialidad en los servicios de salud

El derecho a la confidencialidad en la atención sanitaria ha sido reconocido en instrumentos de derecho internacional, leyes nacionales y jurisprudencia de diferentes tribunales. Más allá de los distintos aspectos que cubre cada regulación, la protección es indiscutida: existe un derecho a la confidencialidad médica y, por ende, un deber de los profesionales de la salud de guardar secreto; que se extiende a la atención en una consulta por aborto, y tiene fundamento en derechos humanos y garantías constitucionales de los pacientes.

2.a. El derecho internacional de los derechos humanos

El deber de guardar secreto profesional se funda en los derechos constitucionales a la intimidad y a la privacidad.¹² En el caso particular del deber médico de guardar secreto, además se juega el derecho a la salud¹³, derecho a la vida¹⁴, derecho a la integridad física¹⁵ y la dignidad humana¹⁶.

[9] Página 12, “Un Juicio para violar derechos” <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-297840-2016-04-26.html>

[10] Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.

[11] Ramos, S., Bergallo, P., Romero, M., y Feijoó, J. (2009). “El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en la Argentina” en *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009*, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

[12] Contemplados en el artículo 19 de la Constitución Nacional; en la Convención Americana de Derechos Humanos (artículo 11); en la Convención de Derechos del Niño (artículo 16), Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 12), Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (artículo V), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (artículo 16).

[13] Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (artículo 11), Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), CEDAW (artículo 12) y en la Convención de Derechos del Niño (artículo 24)

[14] DADDH (artículo 1), la DUDH (artículo 3), CADH (artículo 4), entre otros.

[15] DADDH (artículo 1), DUDH (artículo 3), CADH (artículo 5).

[16] DUDH (artículo 12), CADH (artículo 11) y la Convención de Derechos del Niño (artículo 16).

En la misma línea, el **Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo del Cairo** (1994),¹⁷ y la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing** (1995),¹⁸ afirmaron la importancia de la protección de la confidencialidad en la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, y de planificación familiar.

La importancia del respeto por la confidencialidad, especialmente cuando se trata de servicios de salud sexual y reproductiva, ha sido afirmada por órganos de monitoreo de los tratados, tales como el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**¹⁹ y el **Comité de la CEDAW**²⁰. De hecho, el **Comité contra la Tortura** clasificó como tortura la denegación o retraso de tratamiento, o la práctica de brindar atención médica que salva vidas a las mujeres que sufren complicaciones de abortos ilegales únicamente con la condición de que primero ellas digan si tuvieron un aborto. En la misma línea, el informe del **Relator Especial sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, inhumanos o degradantes** señaló como motivo de preocupación la falta de confidencialidad²¹.

2.b. Marco legal argentino

El artículo 11 de la **Ley 17.132** de 1967, de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración establece expresamente el deber médico de guardar secreto al señalar que todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en dicha 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 facilitar o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal. La salvedad a la que hace referencia la ley debe interceptarse conforme lo dicho en la sección 1 de esta hoja informativa.

También, más recientemente, el artículo 2 de la **Ley 26.529** de Derechos del Paciente, contempla el deber con más detalle. Así, el artículo señala que toda actividad médico asistencial -tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente- debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de su intimidad y la confidencialidad de sus datos sensibles.

La Ley 26.529 profundiza la idea en el artículo 2 (d), a la luz del cual la paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso a su contenido, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

[17] Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas, Programa de Acción, Capítulo VII, Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva (1994), párrafo 7.23 (c) y 7.45.

[18] Informe de Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, Beijing, 1995, párrafo c.2.(e).

[19] Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general Nº 14 (2000) "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)", párrafo 23.

[20] Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general Nº 24 (1999) "La mujer y la salud (Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer)", párrafo 12(d), 18 y 31(d).

[21] Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. A/HRC/31/57. 5 de enero de 2016.

A este respecto, el **Decreto reglamentario 1089/2012** de la Ley 26.529 agrega que el paciente tiene derecho a que todo aquello que llegare a conocimiento de los profesionales de la salud o sus colaboradores, con motivo o en razón de su ejercicio, y de quienes manipulen su documentación clínica, no se dé a conocer sin su expresa autorización, salvo los casos que la ley que se reglamenta u otras leyes así lo determinen, o que medie disposición judicial en contrario o cuando se trate de evitar un mal mayor con motivo de salud pública.

Respecto de los sujetos obligados por el secreto profesional, el Decreto 1089/2012 afirma que el deber de confidencialidad es extensivo a toda persona que acceda a la documentación clínica, incluso a quienes actúan como aseguradores o financiadores de las prestaciones. Por ello, responsabiliza por la confidencialidad no sólo al profesional tratante, sino a la máxima autoridad del establecimiento asistencial, y de las instituciones de la seguridad social o cualquier otra instancia pública o privada que accede a ella.

En relación a niños y adolescentes, el derecho a la confidencialidad de la consulta médica se funda, al igual que con los adultos, en su derecho a la vida, intimidad, privacidad, autonomía y salud.

El artículo 4 del **Decreto 1282/2003 que reglamenta la Ley 25.673** de Salud Sexual y Procreación Responsable establece que en las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de 14 años. Además, en la misma disposición se menciona la confidencialidad cuando se establece que las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo la confidencialidad y respetando su privacidad.

Por su parte, la **Ley 26.061** de Protección Integral de los Derechos del Niños, Niñas y Adolescentes protege el derecho a la vida privada e intimidad familiar (artículo 10) y el derecho a la dignidad (artículo 22), en tanto prohíbe exponer, difundir o divulgar datos, informaciones o imágenes que permitan identificar, directa o indirectamente a los sujetos de esta ley, a través de cualquier medio de comunicación o publicación en contra de su voluntad y la de sus padres, representantes legales o responsables, cuando se lesionen su dignidad o la reputación de las niñas, niños y adolescentes o que constituyan injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada o intimidad familiar.

Por su parte, en la ya referida Ley 26.529 de Derechos del Paciente no hay limitaciones a la confidencialidad por la edad, sino que los límites a la confidencialidad son los mismos que con adultos. La excepción a la confidencialidad de niños y adolescentes se justifica cuando la revelación del secreto es necesaria para evitar un peligro grave. Por ejemplo, el artículo 2 de la **Ley 24.417** de Protección contra la Violencia Familiar dispone que, cuando los damnificados de lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar fuesen niños/as, adolescentes o tuvieran una discapacidad intelectual o psicosocial, deberá denunciarse²².

[22] Para más sobre este tema, ver el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, Ministerio de Salud de la Nación, 2015; ver también, Ministerio de Salud de la Nación, Secretaría de Salud Comunitaria, Resolución 65/2015.

2.c. Jurisprudencia argentina

En Argentina, la mayoría de los tribunales²³ sigue la doctrina sentada en el precedente de 1966 de la Cámara del Crimen, llamado *Natividad Frías*²⁴. Allí se sostuvo que los profesionales de la salud no tienen el deber de denunciar los abortos que conocieron en ejercicio de su profesión, porque no son funcionarios públicos. Asimismo, el fallo afirmó que si, aun así, los médicos realizaran una denuncia, ésta sería nula para impulsar un proceso contra la mujer que se practicó el aborto o consintió que otro lo practicara.

El argumento es que el interés del Estado en la persecución criminal no puede justificar -mucho menos obligar a- que una mujer sea expuesta al “dilema inhumano” de decidir entre buscar asistencia médica e ir presa, o no buscarla y morir para evitar la persecución penal.

Así, *Natividad Frías* postuló que obligar a médicos a denunciar estos casos viola la garantía contra la autoincriminación de las pacientes. En este sentido, tomar ventaja de la situación desesperada de la paciente para extraerle una confesión del delito criminal que luego le será imputado viola su derecho constitucional de un modo que, además, es cruel e innoble.

En 2010, la Corte Suprema de Justicia de la Nación, a través del fallo *Baldivieso*²⁵, confirmó el estándar sentado en *Natividad Frías*. Los hechos no eran sobre aborto sino sobre tráfico de drogas, pero su argumentación se aplica también para casos de aborto. Allí, la Corte sostuvo que cuando el paciente llega a la institución médica con un cuadro de riesgo para su salud, los intereses en juego son, por el lado del paciente, el derecho a la confidencialidad -que incluye confidencialidad sobre la comisión de un delito- y, por el lado del Estado, el interés en la persecución penal. En este sentido, la Corte profundizó en que los valores en juego son, por un lado, los derechos del paciente a la autonomía, privacidad, dignidad y vida, y, por otro lado, el mero interés del Estado en perseguir el tráfico de drogas. Las/os magistrados/as enfatizaron en que no existe ningún otro interés en cabeza del Estado.

Asimismo, en *Baldivieso*, se sostuvo que la dignidad del ser humano es un valor supremo en el orden constitucional argentino, que, junto con los principios del debido proceso penal, impiden al Estado valerse de medios inmorales para llevar adelante persecuciones penales, tales como la imposición a las/os profesionales de la salud del deber de denunciar a pacientes que acuden al hospital porque su vida o salud está en riesgo.

Por otro lado, en el fallo *F.,A.L. s/ medida autosatisfactiva*, de 2012, la Corte Suprema se pronunció sobre el alcance del aborto no punible (artículo 86 del Código Penal), estipulando que los profesionales de la salud tiene la obligación de interrumpir un embarazo, con consentimiento de la mujer, en todos los casos en que esté en peligro la salud en sentido integral, la vida, o el embarazo sea producto de una violación.

[23] Cámara de Apelaciones de San Martín, “L.,D.B.,” 1985; Superior Tribunal de Justicia de Neuquén “M.,M.E.,” 1988; Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires, “E.,A.T.,” 2006; Cámara de Apelaciones en lo Criminal de Santa Fe, Sala III, “D.,R.B. s/aborto,” 2006.

[24] Cámara del Crimen en pleno, “Natividad Frías”, 1966.

[25] Corte Suprema de Justicia de la Nación, “Baldivieso”, 2010.

Al hablar sobre las condiciones en que los abortos deben practicarse, la Corte dijo expresamente:

*“corresponde exhortar a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos. En particular, deberán: contemplar pautas que garanticen la información y la **confidencialidad** a la solicitante; evitar procedimientos administrativos o periodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas; eliminar requisitos que no estén médicamente indicados; y articular mecanismos que permitan resolver, sin dilaciones y sin consecuencia para la salud de la solicitante, los eventuales desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia de la práctica médica requerida. Por otra parte, deberá disponerse un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia sin que ello se traduzca en derivaciones o demoras que comprometan la atención de la requirente del servicio. A tales efectos, deberá exigirse que la objeción sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente, de forma tal que toda institución que atienda a las situaciones aquí examinadas cuente con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual”.*²⁶

En relación al derecho a la confidencialidad de personas con discapacidad, la Corte Suprema de la Nación se pronunció en el fallo **R. M. J**²⁷. Allí, un hombre con discapacidad había sido sobreesido por un homicidio agravado, e internado en un psiquiátrico como medida de seguridad. La internación se prolongó por 25 años y la causa llegó a la Corte Suprema por una cuestión de competencia, aunque la Corte terminó tratando el caso por la desatención y falta de controles periódicos que sufrió. En ese contexto la Corte recordó que el marco normativo -tanto nacional como supranacional-, permite fijar un catálogo de derechos mínimos específicos para quienes tengan discapacidad intelectual o psicosocial que deben respetarse rigurosamente, entre los que incluyó la confidencialidad del tratamiento, incluso después del alta la externación²⁸.

[26] Corte Suprema de Justicia de la Nación, “F.,A.L. s/medida autosatisfactiva”, 2012.

[27] Corte Suprema de Justicia de la Nación, “R. M. J.”, 2008.

[28] *Ibidem*, considerando 9.

Conclusión

Durante una consulta médica de salud sexual y reproductiva, incluido la atención por una situación de aborto, las mujeres, niñas y adolescentes tienen un derecho a la confidencialidad, que además de ser expresamente reconocido en distintas normativas, encuentra su fundamento en el derecho a la autonomía, salud, vida, integridad, y garantía contra la autoincriminación, entre otros. Las niñas y adolescentes tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial.

Como contrapartida, lxs profesionales de salud tienen un deber de confidencialidad sobre toda la información conocida en ocasión o con motivo de la asistencia médica. Esto incluye, aunque no agota, la información personal de la paciente, la información sobre la comisión de un delito pasado, todo lo discutido en la consulta, los estudios médicos indicados y realizados, sus resultados, la historia clínica, etc.

El deber de confidencialidad implica la obligación de proteger la información de las usuarias, y no divulgarla sin su autorización. También deben asegurarse que las pacientes que realmente autorizaron la revelación, lo hayan hecho de una manera libre y sobre la base de información clara.

Este deber es vinculante para las profesionales de salud, pero también para otrxs proveedores de salud, como enfermerxs, parteros, instrumentadoras, y para el personal administrativo y de limpieza. Así lo estipulan el derecho argentino y las reglas éticas de las profesionaes dedicadas a la atención de la salud.

Bibliografía

- Cavallo, Mercedes, "Conflicting Duties Over Confidentiality in Argentina and Peru" *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2011; 112: 159-162.
- Cook, R.J., Dickens, B.M. y Fathalla, M.F. (2003). *Reproductive Health and Human Rights-Integrating Medicine Ethics and Law*. Oxford: Oxford University Press (disponible en español).
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. y Szulik, D. (2001). *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES.
- Ramos, S., Bergallo, P., Romero, M., y Feijoó, J. (2009). "El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en la Argentina" en *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2009*, Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Constitución Nacional.
- Convención Americana de Derechos Humanos.
- Convención de Derechos del Niño.
- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.
- Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre.
- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.
- Consejo de Derechos Humanos, 31er período de sesiones. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes" (A/HRC/31/57. 5 de enero de 2016).
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14 (2000) "El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)".
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general N° 24 (1999) "La mujer y la salud (Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer)".
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas, Programa de Acción, Capítulo VII, Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva (1994), párrafo 7.23 (c) y 7.45.
- Informe de Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, Beijing, 1995.
- Organización Mundial de la Salud (2003). *Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica de Políticas para Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.
- Ley Nacional 17.132/67.
- Ley Nacional 24.417/94.
- Ley Nacional 25.673/03 y Decreto reglamentario 1282/2003.
- Ley Nacional 26.061/06.

- Ley Nacional 26.529/09 y Decreto reglamentario 1089/2012.
- Ministerio de Salud de la Nación, “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo”, 2015.
- Ministerio de Salud de la Nación, Secretaria de Salud Comunitaria, Resolución 65/2015.
- Cámara del Crimen en pleno, “Natividad Frías”, 1966.
- Cámara de Apelaciones de San Martín, “L.,D.B.,” 1985.
- Superior Tribunal de Justicia de Neuquén “M.,M.E.,” 1988.
- Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires, “E.,A.T.,” 2006.
- Cámara de Apelaciones en lo Criminal de Santa Fe, Sala III, “D.,R.B. s/aborto,” 2006.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación, “F.,A.L. s/medida autosatisfactiva”, 2012.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación, “Baldivieso”, 2010.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación, “R. M. J.,” 2008.
- Página 12, “*Dos médicas con objeción de Hipócrates*”, 13 de agosto de 2012.
- Página 12, “*Una violación del secreto profesional*”, 13 de agosto de 2012.
- Página 12, “*Un Juicio para violar derechos*”, 26 de abril de 2016.

REDAAS Argentina (Red de Acceso al Aborto Seguro) es una red de profesionales de la salud y el derecho sin ánimo de lucro vinculados con servicios de salud pública y comunitaria de la Argentina, que tiene el compromiso de acompañar y atender a las mujeres en situaciones de aborto legal, entendiéndolo como parte de nuestro deber profesional, ético y jurídico.

La Serie Documentos REDAAS está destinada a profesionales de la salud vinculados con servicios de la salud pública y comunitaria, así como a abogadas/os que trabajan en servicios de salud pública y, en general, a profesionales de diversas disciplinas que trabajan para garantizar el ejercicio del derecho al aborto de las mujeres y niñas de Argentina.



La confidencialidad en la atención del aborto / Mercedes Cavallo. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES; Buenos Aires: ELA, 2016. (Documentos REDAAS ; 7)

ISSN 2451-6929

Este documento fue redactado por Mercedes Cavallo, en el marco del proyecto “Tejiendo redes: estrategias para mejorar el acceso al aborto legal para mujeres víctimas de violencia en Argentina” apoyado por SAAF (Safe Abortion Action Fund) y gracias a los aportes de “Iniciativas locales” de CLACAI (Consortio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro) y IWHC (International Women’s Health Coalition).