



BIOÉTICA, COMPORTAMIENTO Y SIDA

J. BARBERO GUTIÉRREZ

Religioso Camilo

Resumen

El sida contempla innumerables implicaciones éticas. Se abordan aquí algunas de las que tienen que ver con diagnósticos y tratamientos: ¿Obligatoriedad del test de anticuerpos? ¿A quién comunicar el diagnóstico? ¿Existe obligación para el profesional de tratar al enfermo con VIH? ¿Puede éste negarse a recibir tratamiento? Es preciso utilizar criterios racionales para contemplar la responsabilidad moral de las partes, alejándose de prejuicios y miedos que poco ayudan a la reflexión ética. El psicólogo tendrá que preguntarse por los propios y habrá de incorporar la pregunta ética en su intervención. Se insiste en la importancia de cuidar la comunicación, atender al rigor en las evaluaciones de la competencia del afectado por VIH y en la consideración de éste como persona y no como problema.

Palabras clave: Ética, sida, conducta.

Abstract

Aids includes a lot of ethical implications. Here, it's written about some of them, concerning diagnosis and treatments: Should the antibody test be compulsory? Who communicate diagnosis to? Is there any duty for professionals to treat people with HIV? Can these refuse any kind of treatment? We need use rational criteria to reflect everyone's moral responsibility, avoiding all prejudices and fears, very useless for ethical reflexion. Psychologists will have to wonder for their own ones and will have to add the ethical question to their work. It is underlined communication with people with HIV, the competence assessment and the relationship with them as a person and not as a problem.

Key words: Ethics, AIDS, behaviour.

Introducción

Podríamos comenzar por preguntarnos el sentido que tiene la propia pregunta ética. No en vano muchos siguen pensando que los criterios en la toma de decisiones individual y en el diseño de políticas y de programas de prevención y de atención a las personas infectadas por VIH han de responder únicamente a cuestiones de eficacia y de valoraciones subjetivas.

Otros pensamos que esto no es suficiente. La realidad que rodea al hecho sida es compleja —que no necesariamente confusa— y además generadora de conflicto. Es necesario lograr acuerdos equilibrados entre las partes y para ello precisamos de una reflexión serena y crítica que no convierta los miedos y el apasionamiento en baremos definidores de las conductas.

En torno al VIH hay conflictos de intereses de todo tipo: económicos (racionalización de recursos,

pugna entre empresas farmacéuticas...), grupales (corporativismos...), etc. Tampoco están alejados los conflictos de valores (confidencialidad...) o de derechos (libertad individual *versus* salud pública...). ¿Cómo poner orden en una lista que no hemos hecho más que comenzar a enumerar si no es por medio de esa reflexión serena?

Por otra parte, el sida se ha convertido en una de esas enfermedades denominadas como «morales» (Gracia, 1988), con causa socialmente identificable, es decir, íntimamente relacionada con los hábitos y las costumbres, con las «mores», que llamaban los latinos. De aquí se desprende la importancia de estudiar no sólo la «historia natural» del sida, sino también su «historia moral», es decir, sus implicaciones económicas, sociales, históricas y culturales.

Dentro de esta «historia moral», consideración aparte merece el estudio de los prejuicios que, más o menos soterrados, tanto condicionan la objetividad de las distintas valoraciones éticas. Hijos de

esta sociedad, solemos partir del supuesto de que, por ejemplo, todo drogodependiente no es un sujeto autónomo, capaz, en ningún momento, cuando no le consideramos como un potencial agresor.

En torno al hecho sida han aparecido también muchos miedos irracionales, y éstos —en contra de lo que se dice habitualmente— ni son libres, ni favorecen la objetividad de los juicios. Representan más bien el fruto de la ignorancia y de los fantasmas imaginativos de quien los padece. Aquí se tiene no sólo miedo al contagio de un virus, sino también un profundo y arraigado miedo a lo diferente. Ni la indignación ni el pánico son buenos consejeros (López Azpitarte, 1991).

La visceralidad y apasionamiento que tiñen estas cuestiones reclaman una reflexión con *criterios de racionalidad*. Esto no siempre es fácil y a veces requiere tomar partido cuando los criterios de objetividad equiparan las razones de una postura y de la contraria. Por ejemplo, un Estado tiene la obligación de preservar el bien común y de regular los conflictos sociales. Desde ahí, ha de conjugar la función de fomentar la salud pública con la de defender a los individuos y sus derechos más fundamentales (Bayer y Gostin, 1990) y, en ocasiones, en un Estado llamado de bienestar social, esto supondrá optar por el beneficio de aquellos sujetos más vulnerables.

Ni el espacio de esta publicación, ni la amplitud y complejidad del asunto permiten abordar toda la realidad sida desde una perspectiva ética. Nuestra reflexión se centrará en aquello que tiene más que ver con la intervención terapéutica directa (diagnóstico y tratamiento), bajando lo más posible a lo concreto, aunque se añadirán otras consideraciones que puedan ser de interés. En cuanto a los aspectos legales, nos limitaremos a hacer algunas referencias de nuestra legislación que puedan ser de utilidad informativa. Lo legal refleja tan sólo una perspectiva ética, la del grupo normativo, pero es inútil obviarlo. Sencillamente porque existe.

No obstante, sí puede ser cierto (Romeo Casabona, 1993a) que el derecho tiene un pequeño papel que desempeñar apelando a la responsabilidad social e individual para prevenir la extensión del VIH y recordar a las autoridades y a los profesionales la importancia y trascendencia que pueden tener sus decisiones y actuaciones a la vista de las responsabilidades que han contraído en relación con la protección de la vida y la salud humanas.

El discurso ético dominante es individualista y suele defender exclusivamente los intereses del individuo concreto que los sustenta o del grupo de iguales. Se da un narcisismo extremo que tiende a acusar, a culpar, cual chivo expiatorio, a lo que se constituye como diferente (Sabatier, 1988). A este discurso le suele faltar una visión más amplia y globalizante que acepte que *también lo diferente es objeto de derechos*. Éste es uno de los objetivos de crecimiento en la integración social, en cuya defensa ha destacado todo el Movimiento Ciudadano Antisida (Barbero, 1989).

Para hacer luz en los complejos hilos de la bioéti-

ca y considerar las perspectivas tanto de los iguales como de los diferentes, tradicionalmente se ha recurrido a métodos que tuvieran en cuenta o bien los principios —métodos principalistas— o bien los efectos —métodos consecuencialistas—, o bien una combinación de ambos. Seguidamente definiremos brevemente algunos de los principios básicos aplicados en bioética (Gracia, 1989a), que estarán como telón de fondo de todo nuestro planteamiento:

1. *Principio de Beneficencia*: Es el clásico y tradicional en la Moral Médica y el que está a la base del Juramento de Hipócrates y de los Códigos Deontológicos. Este principio formula la exigencia ética de que los profesionales de la salud pongan *sus conocimientos y su dedicación al servicio —para hacer el bien— del enfermo*.

2. *Principio de Autonomía*: Es el principio que se ha plasmado en las Cartas de Derechos de los Enfermos y que está especialmente asociado con el *consentimiento informado*: cuanto se haga al enfermo debe ser después de que haya dado su permiso libremente, tras haber recibido la necesaria y comprensible información. Este principio reconoce el carácter adulto del enfermo y la necesidad de que éste pueda decidir sobre las medidas que se le van a aplicar. Subraya el respeto debido a la persona enferma, a fin de que no se niegue su autonomía basándose en un mal entendido paternalismo médico.

3. *Principio de Justicia*: Insiste en la afirmación de la igual dignidad de todo ser humano y de que no deben tenerse en cuenta criterios discriminatorios a la hora de prestarle la atención médica que precisa. Puede formularse como «*casos iguales exigen tratamientos iguales*».

El test de detección de anticuerpos: ¿obligatorio o voluntario?

De todos es admitido, previamente al planteamiento de la cuestión, que lo primero que hay que hacer es garantizar la accesibilidad voluntaria a la prueba. El derecho de la voluntariedad conlleva la disponibilidad real del test.

También hay común acuerdo que la prueba ha de ser obligatoria en todas las donaciones de fluidos u órganos. Se parte del hecho de que a nadie se le obliga a ser donante (Gracia, 1989c).

La Ley General de Sanidad (1986, art. 10.6) establece, con carácter general para las instituciones sanitarias públicas, la necesidad de obtener el *consentimiento* de los enfermos, al manifestar que todos tienen derecho «a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo necesario el previo *consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención*, excepto en los siguientes casos: cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública; cuando no esté capacitado para tomar decisio-

nes, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas, y cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento» (Muñoz Garrido, 1989).

El *test obligatorio universal* prácticamente nadie lo defiende. Vulnera la intimidad; costosísimo económicamente; imposible en la práctica, lo tendrías que repetir cada seis meses como mínimo, etc.

Otros abogan por el *test obligatorio selectivo*. Los criterios de selección de a quién realizárselo vendrían o bien por la supuesta peligrosidad de determinados grupos por considerarlos más implicados en conductas de riesgo para la difusión del VIH, o bien por tener en cuenta determinadas situaciones de la vida por las que prácticamente todos tenemos que pasar (*test de rutina*): ingreso en el mercado de trabajo, ejército, matrimonio legal, ingreso hospitalario, etc. Quienes lo defienden afirman que sería la mejor protección de la salud pública, por:

- la pronta identificación de los portadores, sobre todo en grupos con conductas de riesgo más frecuentes;
- la posibilidad de llegar a los contactos de los portadores;
- el hecho de que un diagnóstico temprano mejora el pronóstico, con la intervención adecuada.

Más concretamente, justifica el *test de rutina* —sin necesidad de consentimiento—, porque:

- no discrimina sobre las personas, pues no se basa en una pretendida conducta de riesgo;
- el *test* queda desdramatizado, privándole de su presión psicológica;
- los costes económicos son absorbidos por la eliminación de otros exámenes y analíticas.

No compartimos tampoco este planteamiento, entre otras por las siguientes razones (Elizari, 1990b):

- no parece tan claro el pretendido servicio a la salud pública, considerado por sí solo y en comparación con otras alternativas para el mismo objetivo;
- es una ingerencia en la autonomía e intimidad de la persona. El consentimiento informado es una exigencia moral;
- riesgo de discriminación injusta sobre los mal llamados grupos de riesgo;
- riesgo de ruptura de la confidencialidad;
- en los criterios de designación de algunos grupos aparecen ideologías latentes no admisibles. Como si los militares, drogodependientes, presos, etc., fueran acreedores a una autonomía disminuida;
- enorme gasto económico, dentro de una filosofía de distribución justa de los recursos;
- el *test* nunca puede ser una medida aislada. No se puede desligar de una infraestructura de apoyo en orientación o asesoramiento.

Por otra parte, la imposición diagnóstica tendría que conllevar, necesariamente, la imposición terapéutica, es decir, ya sólo por este hecho no podría justificarse la negativa a tratar a alguien con VIH si es que se le ha obligado a conocer ese diagnóstico.

La imposición diagnóstica es muy cuestionable. Al enfermo se le debe decir todo lo que quiere saber y sólo lo que quiere saber. Es su derecho. En el caso de una infección transmisible, basta con que el posible infectado actúe con conductas preventivas, es decir, «como si» fuera portador de la infección y para ello no necesita tener el diagnóstico certero, sino simplemente una buena orientación de apoyo que le responsabilice de no tener conductas de riesgo, ni para él ni para los demás.

Para Childress (1987) deberían darse estas cuatro condiciones para que el *test* pudiera ser obligatorio:

1. Tal política debe tender a proteger la sanidad pública y sus beneficios deben ser superiores a los riesgos.

2. No debe existir otra alternativa de acción; estamos ante un último recurso.

3. Habría que buscar las medidas políticas que menos infrinjan estos valores, es decir, las que sean menos hirientes para la libertad, la privacidad y la confidencialidad.

4. Deben darse otras condiciones coadyuvantes; por ejemplo, informar que se está realizando tal *test*, informar de los resultados conseguidos, asesoramiento antes y después del *test*.

Hay quienes han planteado que en algunos casos sería recomendable la prueba obligatoria. Por ejemplo, en los enfermos quirúrgicos o en las urgencias o ingresos hospitalarios. En general, se da una oposición a estas medidas, considerándose suficientes otras disposiciones protectoras universales, indicadas por las autoridades sanitarias para tales situaciones. Por otra parte, si el *test* fuera obligatorio para los pacientes hospitalarios, equitativamente, en justa medida, también tendría que serlo para el personal sanitario. Si éste tiene derecho a conocer la posible seropositividad de todos sus pacientes, éstos tienen el mismo derecho a conocerla en todos aquellos que lo atienden.

Tampoco está justificada la medida en el caso de los presos, en las pruebas de selección de personal, para el acceso a las aulas, o en el caso de los inmigrantes o de los militares.

Lo que parece más adecuado, a fin de cuentas, es el *test voluntario selectivo*, recomendado para personas implicadas en conductas de riesgo. Es la medida más correcta, tanto por su planteamiento ético, como por su mejor contribución a la salud pública: acceso voluntario a los sistemas de salud, posibilidad de asesoramiento, uso razonable de los recursos disponibles, etc.

Para un más acertado planteamiento, habrá que seguir atentos a los nuevos factores que con el paso del tiempo puedan modificar la extensión e im-

portancia del test: aparición de una terapia para el sida, desdramatización del contagio, banalización del test, debilitamiento de las reacciones sociales negativas, etc. (Elizari, 1991).

¿A quién comunicar el diagnóstico?

En algunas ocasiones, el personal sanitario se encuentra ante un conflicto entre dos deberes: guardar secreto y proteger la salud.

Como norma general, es de todos admitida la obligación del personal sanitario de mantener la confidencialidad de los datos. La misma Asamblea de Parlamentarios del Consejo de Europa (1989) subraya «la necesidad imperiosa de garantizar el secreto médico y de asegurar el anonimato de las personas enfermas de sida o seropositivas».

La Ley General de Sanidad (1986, art. 10.5), sin embargo, establece, con carácter general para las instituciones públicas, que el paciente tiene derecho a «que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento». Como algún autor ha afirmado, la ambigüedad moral ha acabado tornándose en precepto jurídico.

¿Cuáles son las razones (Elizari, 1990a) que se aducen para *mantener el secreto*?

1. Además de proteger la autonomía, identidad, intimidad, imagen de la persona,

2. Sirve como defensa ante reacciones sociales injustas, por el derecho de la persona a no ser estigmatizada, marginada y discriminada,

3. Representa una aportación positiva a favor de la salud pública, elemento importante del bien común: si no se mantiene, no se acudirá a los centros de salud, y la ignorancia de su situación real y la falta de *counselling* facilitarán el proseguir en conducta de riesgo. El secreto es, pues, un factor importante en el éxito de las políticas sanitarias.

Además, en principio, el médico debe suponer que su paciente obrará responsablemente y no tiene por qué convertirse en un buscador obsesivo de seguridades (Elizari, 1990b).

Sin embargo, para muchos, el secreto profesional no es un valor absoluto y podría no observarse en algún caso extremo, para proteger la salud de terceros identificados. Veamos cuáles son las condiciones que se enumeran para la *ruptura de la confidencialidad*:

- Negativa del infectado a informar él mismo al compañero sexual y a utilizar métodos de barrera, a pesar de los intentos para responsabilizarle.
- Ignorancia del cónyuge o compañero del peligro que corre.
- Peligro real de contagio.

- Conocimiento de la persona que va a ser posible destinataria de la comunicación.
- Fundadas sospechas de que la comunicación del diagnóstico va a tener beneficios sanitarios superiores a los riesgos que conlleva la ruptura del secreto.
- Parece más honesto que, con anterioridad a la confidencia, se le comunicara al probable paciente la posibilidad de ruptura de la confidencialidad si se dan todas las condiciones anteriores (López Azpitarte, 1991).

Quienes mantienen esta posibilidad aducen que la vida de la pareja es un bien superior a la intimidad o privacidad del infectado.

Algunos añaden a las condiciones previamente expuestas las siguientes:

- Los dos son pacientes del mismo médico.
- Existe una psicopatía clara en el infectado y una despreocupación en infectar al otro.
- El médico no tiene implicación alguna en el cuidado y tratamiento del VIH.

En Estados Unidos algunos recomiendan que sería mejor alertar a las autoridades sanitarias. De esta manera, el deber de avisar recaería en éstas y en la persona infectada y así se evitaría el riesgo de caer en responsabilidades legales.

Muchos profesionales afirman que la ruptura de la confidencialidad —en las condiciones expresadas— es lícita, pero no obligatoria para el profesional. No se tiene el deber de advertir, sino sólo la autoridad para hacerlo. Un asunto de discreción profesional.

Desde el punto de vista legal (Muñoz Garrido, 1989), en razón de excepcionalidad, el médico podrá revelar el secreto, pero no como deber jurídico, amparado por un *estado de necesidad* justificante de su conducta (art. 8.º, núm. 7, del C. P.), siempre que se den todos sus requisitos, de entre los que podemos destacar ahora el que exige que el mal causado (el atentado contra la intimidad del paciente o del donante) sea menor —excepcionalmente igual— que el mal que se trata de evitar (la pérdida de la vida o menoscabo de la salud para un tercero).

Aun así, no existe pronunciamiento por parte de los Tribunales de Justicia —afirman los juristas— sobre algún caso similar que nos sirviera de referencia, como tampoco se ha acudido al juez para que autorice revelar un secreto por razones imperiosas.

De todos modos, no parece que haya de ser el médico quien haya de tomar la decisión última. Como dice Romeo Casabona (1993b), «mientras no lo imponga la ley o la autoridad sanitaria de acuerdo con lo expuesto, o lo autorice el juez amparado en el ordenamiento jurídico (en supuestos muy excepcionales), el médico no puede vulnerar ese deber de confidencialidad o de secreto».

Independientemente de la cuestión legal, lo que sí parece muy conveniente es ser muy cautos y valorar en sus extremos las *consecuencias de la posibilidad de ruptura de la confidencialidad*:

- Que nadie quiera ir voluntariamente a someterse a la prueba de detección de anticuerpos.
- Que por temor a una discriminación ulterior aparezcan resistencias a colaborar en programas de salud, o de tratamientos de ETS o de drogodependencias.
- Ruptura de la relación terapéutica de confianza médico/enfermo.
- Que las consecuencias de la ruptura nos sean claramente más beneficiosas que perjudiciales.

Por otra parte, la ruptura es inútil si la pareja tiene motivos para conocer la posible infección del otro miembro (por su pertenencia a grupos con prácticas de riesgo), o si la persona mantiene relaciones sexuales con múltiples parejas.

La práctica diaria dice que si informas y asesoras debidamente —por ti mismo o con la ayuda de profesionales especializados— es muy difícil que alguien se niegue a confiar a su pareja el hecho de la seropositividad y que además voluntariamente corra el riesgo de infectarla.

Es cierto que la Ley General de Sanidad deja una puerta abierta a la posibilidad de informar a los allegados o familiares. Juristas especializados tendrían que aclarar si este principio no va en contra de la legislación que protege la intimidad de los ciudadanos. Pero también es cierto que la realidad que ampara la práctica diaria, que haría excepcional que se cumplieran todas las condiciones para la ruptura, y las propias consecuencias negativas de la misma, no aconsejan una legislación que ampare la posibilidad de dicha ruptura.

Aunque éticamente pudiera ser admisible develar el secreto en las condiciones expresadas, los riesgos que se corren, tanto por el uso abusivo y subjetivo de la excepcionalidad, como por las consecuencias negativas para las estrategias de salud pública, desaconsejan la autorización a la ruptura. Alguien ha dicho que «la infección de la mujer (o del varón) puede ser el coste a pagar por la sociedad si desea aplicar medidas de salud pública que minimicen el riesgo de extensión del virus».

La cuestión de la confidencialidad no sólo tiene que ver con la pareja o la familia, sino también con el personal sanitario en su quehacer diario.

¿Tiene el personal sanitario en contacto con un paciente el derecho a conocer la seropositividad de éste en contra de su voluntad? Aquí la clave a considerar estaría en clarificar hasta qué punto la revelación del hecho de la seropositividad es una condición necesaria o muy conveniente para un correcto tratamiento de dicho paciente. Revelar el hecho por el posible peligro para la salud del personal no parece una argumentación convincente, pues no se ve qué elemento nuevo de protección añade esta revelación a las medidas universales y particulares recomendadas en tales casos por las autoridades sanitarias; a lo más, un estímulo para un uso más responsable de esas precauciones recomendadas.

Si a esto le añadimos que la revelación de este dato repercute enormemente en la intimidad y priva-

dad del paciente y que el respeto al secreto en los hospitales es muy escaso, se puede temer, con razón, que una difusión de la noticia pueda traer el peligro de actitudes aislacionistas y marginadoras.

Por otra parte, como más arriba indicábamos, si el sanitario tiene ese derecho cuando la actividad profesional conlleva algún riesgo de infección, como contrapartida equitativa, también el paciente tendrá el mismo derecho con respecto a los profesionales que le atienden, en el mismo tipo de actividades.

La vulneración de la confidencialidad tiene, a veces, formas muy sutiles, pero no por eso menos antiéticas. La utilización de los «puntos rojos» o de los sellos de A. R., por ejemplo, la favorece enormemente, además de ser un elemento contraindicado como medida de protección. Conlleva una falsa sensación de seguridad en los no marcados, cuando todos los fluidos han de manejarse como potencialmente infectados. La desaparición de estas marcas a buen seguro que protegerá nuestra salud.

¿Tiene el personal sanitario obligación de tratar al paciente con VIH/sida

Esta pregunta parecía innecesaria antes de la infección por VIH. Los avances de la medicina parecían haber logrado el control de los procesos infecciosos. Pero el VIH ha venido a quebrar lo que se ha dado por llamar la «pax antibiotica» (Arras, 1988). Y quizá las últimas décadas de quietud en este terreno han contribuido a que el sobresalto sea mayor, con el riesgo de una percepción excesiva, distorsionada, del peligro que amenaza.

La norma general parece clara: existe el deber de atender. El mismo Comité de Ministros del Consejo de Europa (1989) afirma que «todos los profesionales sanitarios tienen el deber de cuidar a los pacientes infectados de VIH o aquellos aquejados de sida».

La Organización Médica Colegial (Delgado, 1988), en su circular del 26 de junio de 1987, aclara que «en ningún caso un profesional de la medicina puede negarse a asistir a un enfermo. Un enfermo de sida tiene el mismo derecho a la asistencia sanitaria que cualquier otro paciente de enfermedad infecciosa». Y además añade: «la OMC está dispuesta a promover expediente deontológico a todo profesional de la medicina que se niegue a la asistencia o que desvele el secreto profesional fuera de los márgenes que indica la Ley».

Los que comparten estas opiniones se apoyan en que el riesgo de contagio es extremadamente bajo, según su criterio, y en que los sanitarios, desde el principio de beneficencia, no pueden negarse a «hacer el bien del enfermo».

Los partidarios de no absolutizar esta obligación suelen aludir a algunos de los razonamientos siguientes (Elizari, 1991):

- Se apela al concepto contractual de la profesión.

- A la libertad del médico para escoger a sus pacientes.
- A la superioridad de las obligaciones consigo mismo y con la propia familia.
- A la incapacidad emocional para cuidar a los afectados.
- Al peligro de que un tratamiento por obligación comprometa la calidad de los cuidados...
- Casos especiales: si se suele admitir que una enfermera embarazada no esté en las plantas en que se atiende a enfermos de sida, ¿por qué no aplicar el mismo criterio al médico que es padre de un recién nacido?

A quienes esgrimen este tipo de argumentos se les acusa de dotar a la medicina de un cierto sentido funcional, en detrimento del tradicional sentido vocacional y altruista de la profesión.

Pellegrino (1987), bioeticista norteamericano, afirma la existencia de al menos tres aspectos específicos de la medicina que imponen la obligación de dejar en un segundo plano el propio interés del profesional y que diferencian a la medicina de otras profesiones:

1. La naturaleza de la enfermedad en sí misma, que coloca al enfermo en situación de especial dependencia, ansiedad, vulnerabilidad y explotabilidad. La necesidad constituye un título de exigencia moral frente a quien está en condiciones de prestar ayuda.
2. El carácter no propietario de los conocimientos conseguidos por el médico, al ser recibidos por medio de la educación.
3. El formar parte de una especie de alianza colectiva con la sociedad.

El profesor Gracia (1989b) defiende una posición interesante. El parte de que la obligación de asistir a los demás tiene niveles: el general, el profesional y el familiar. Ante un paciente con VIH es distinto el grado de responsabilidad que con él tienen su hermano, su médico o alguien a quien no conoce y es ajeno profesionalmente a su vida.

Hoy por hoy el grado de obligación del médico —y por extensión del resto de los profesionales de la salud— no es el mismo que hace unos años. Se puede aplicar el principio de beneficencia sin ser paternalistas. Hoy el sanitario no es un padre o un sacerdote; es, en la mayoría de los casos, un funcionario, un asalariado, que ha perdido privilegios, pero también se ha liberado de pesadas responsabilidades. El deber de asistencia del médico es mayor que el general, pero menor que el familiar. Si a esto le añadimos que, para muchos autores, el riesgo de contagio no es *extremadamente* bajo, uno puede preguntarse a qué compromete un principio de beneficencia interpretado en clave no paternalista.

Para responder a esto, Gracia propone el principio de *beneficencia profesional*, que nosotros denominamos «criterio de la voluntariedad». Cuando en una profesión el riesgo es mayor que el «normal», se suele apelar a voluntarios incentivados. Tal es el

caso de las guerras, en las que se suele formar un comando de «voluntarios» ante una acción especialmente peligrosa. Éstos podrían ser los criterios a seguir:

1. El médico tiene «obligación primaria de justicia» de asistir a los enfermos de sida muy graves y a los no graves cuando no hay otro médico presente que pueda asistirles.

2. Cuando el riesgo de asistencia es mayor que el asumido como normal, como puede ser hoy el caso del sida, la asistencia a los enfermos debe realizarse en condiciones normales con «personal voluntario incentivado». Hay incentivos religiosos, imperativos morales, incentivos económicos, formativos... Cuando se corre un riesgo superior al normal, parece lógico que también se reciban unos beneficios superiores a los normales.

3. Si mediante el voluntariado no pueden cubrirse los servicios de asistencia, entonces es cuando deberá apelarse al principio de «obligación secundaria de justicia». Entonces el Estado puede «imponer» a algunos sanitarios la asistencia a estos pacientes, siempre que la selección del personal se realice con criterios equitativos y racionales. La «imposición terapéutica» para ser moralmente correcta debería acompañarse de la «imposición diagnóstica».

Después de hechas estas condiciones, que aportan buena luz y rigor al debate, expondremos brevemente nuestra postura. Pensamos que hoy no hay motivos suficientemente razonables para dispensar de la obligación de tratar a cualquier tipo de enfermo y —entre ellos— al enfermo de sida. Cuando se ponen los medios adecuados para protegerse de un posible contagio por VIH, los riesgos son extremadamente bajos.

El riesgo depende de la cantidad de sangre inoculada, del tipo de accidente, del tipo de aguja (con agujas huecas, no con las de sutura), de la utilización de guantes (absorben entre el 50 y el 90 por 100 de la sangre) y hasta del estado clínico del paciente. Los antivirales disminuyen la viremia en sangre entre 100 y 1.000 veces. En el caso de los pacientes tratados con AZT, la viremia en sangre es prácticamente indetectable.

La estimación actual en nuestro medio viene a ser de una probabilidad de contagio del 3/1.000 cuando se pinchan con la aguja que ha sido utilizada con un enfermo con VIH.

La obligación de tratar conlleva, para el sanitario, la obligación de extremar las precauciones, y, para la Administración, de dotar de los medios suficientes para que tales precauciones puedan llevarse a cabo. El propio Consejo de Europa (1989), en sus recomendaciones, sólo admite como excepción al deber de cuidar del sanitario, en las tareas que conllevan riesgo, «cuando la protección del personal es con toda evidencia insuficiente (falta de material de protección, de formación, etc.)». A ello añade que cuando no tenga medios para prodigar los cuidados necesarios deberá dirigir al paciente a otros médicos o centros médicos que dispongan del equipo apropiado.

do; ahora bien, «hasta que esta derivación sea realizada, el médico deberá cuidar al enfermo con lo mejor de sus conocimientos».

El sentido común dice que puede haber razones de tipo excepcional que justifiquen —con condiciones— la exención a ese deber ético. Por la psicopatología, por citar un ejemplo, sabemos que hay determinados cuadros de «miedo insuperable» que pueden bloquear algún tipo de conductas. En este caso —y salvaguardando siempre el derecho del paciente a ser atendido— podría valorarse una excepción.

Desde el punto de vista legal, sin embargo, no parece tan clara la posibilidad de excepcionalidad fundamentada en el «miedo insuperable», pues como afirma Romeo Casabona (1993b), «el médico en general conoce los riesgos que puede entrañar su profesión y debe asumirlos psicológicamente, y en relación con el sida se conoce mejor el proceso de la enfermedad y las vías posibles de contagio como para que el profesional pueda valorar adecuadamente los riesgos y prevenirlos. Sólo podrían aceptarse las fobias patológicas al contagio, pero que presumiblemente inhabilitarían también para el ejercicio de la profesión de quien las presentase».

En último término, la excepción de «incapacidad emocional» debería valorarse con rigor y profesionalidad, porque (Freedman, 1990) parece suficientemente indefinida como para servir a cualquiera que pueda necesitar una excusa.

En cuanto a la cuestión de los incentivos, creemos que habría que distinguir entre intensificación y diferenciación de recursos y lo que en sí son los propios incentivos. Somos partidarios de que, ante necesidades diferentes (mayor implicación emocional, conocimientos específicos con respecto al IH, etc.), también se planteen recursos diferentes al resto del *staff* (apoyo psicológico continuado, formación específica, etc.), recursos que deben conllevar una relación directa con el objetivo asistencial: la mejor atención del paciente. Todos saldríamos beneficiados con la intensificación y diferenciación de este tipo de recursos. Pero esto no son específicamente incentivos, sino una potenciación de la calidad del servicio.

Y, por último, una matización al concepto de voluntario. Cuando alguien comienza a estudiar medicina o cualquier otra carrera, lo hace voluntariamente, conociendo los riesgos presentes e intuyendo los posibles; nadie se ha visto forzado a elegir esos estudios. Aunque la infección por VIH no estuviera presente cuando se tomó la decisión de empezar esos estudios, se sabe que hay una serie de riesgos potenciales que van unidos a las diferentes profesiones a escoger. Y esos riesgos también hay que asumirlos voluntariamente.

En definitiva, cuando se da una conjunción de extrema vulnerabilidad del enfermo y de poder exclusivo del médico, y a la luz del balance de riesgos expresado, se genera una fuerte obligación de respuesta por parte del médico, es decir, una responsabilidad moral (Gafó, 1992).

¿Puede un enfermo de sida negarse a recibir tratamiento?

La Ley General de Sanidad le reconoce este derecho (art. 10.6), con las tres excepciones que enumeramos en el apartado segundo. Éticamente puede negarse y su negativa a tratamiento específico (Gracia, 1989b) no le priva del derecho a recibir el resto de la asistencia sanitaria y todos los otros tratamientos médicos.

En el caso en que se negara a un tratamiento curativo eficaz de una infección oportunista que le pudiera ocasionar la muerte y el enfermo no se encontrara en situación terminal, podría identificarse la renuncia al tratamiento con la petición de alta voluntaria.

Ética de las campañas de prevención

Todos estamos de acuerdo en la necesidad de las campañas, sobre todo cuando están programadas dentro de un abordaje global y a largo plazo y no funcionan al son de la noticia de última hora que dice que un famoso ha sido infectado o ha muerto de sida.

Evidentemente, las campañas han de especificar los aspectos instrumentales de la infección, diciendo muy claramente cuáles son sus vías y los modos de prevención.

También hay acuerdo bastante unánime en que las campañas han de ser realizadas tanto para la población general como para poblaciones específicas (usuarios de la prostitución, por ejemplo) que puedan tener mayor propensión a ciertas conductas de riesgo.

No parece que pueda haber ninguna campaña que no contenga una determinada concepción de lo que es el hombre, la sexualidad y las conductas humanas. Éste es un dato de realidad. Aun la campaña que quiera aparecer como más neutral, esconde una antropología concreta. Y esto, en principio, no es ni bueno ni malo, pero hay que partir de su conocimiento.

Pongamos un ejemplo. Cuando se trata la cuestión de la prevención en torno a las relaciones sexuales se insiste —y así hay que hacerlo— en el uso del preservativo. Es un medio adecuado de prevención. Pero absolutizarlo y presentarlo como «sexo seguro» es erróneo. Por otra parte, no deja de llamar la atención el pudor con el que se habla de las relaciones monógamas o monoándricas con personas no infectadas, como medio eficaz de prevención instrumental. Desde una perspectiva puramente técnica, que busca la eficacia, tan equivocado es condenar el uso del preservativo como silenciar la propuesta de monogamia. Cualquiera de estas dos posturas están bañadas de presupuestos antropológicos y éticos que, obviamente, pueden ser discutibles.

Mirando a largo plazo, la prevención de las conductas de riesgo no se puede reducir a prevención de tipo instrumental, aunque evidentemente la deba incluir. Si no se quiere ser reduccionista, habría que desplegar toda una campaña educativa que abordara el problema de las adicciones (a la televisión, a las modas, al sexo-consumo, etc.), la trivialización de las relaciones, la solidaridad y la justicia con los que menos han sido favorecidos, etc.

No parece honesto valerse del sida para levantar cruzadas en favor de una moralidad más estricta, dibujando con rasgos dramáticos y condenadores las amenazas que puedan pesar sobre la promiscuidad sexual y las drogodependencias, maleducando sesgadamente desde el temor al mal físico o al deterioro de la salud. Tampoco lo es —desde el punto de vista ético— el pretender plantear el problema a un nivel puramente técnico, sin tener en cuenta otras dimensiones humanas del mismo.

A modo de conclusión

Ninguna conducta, ni siquiera la de tinte más altruista, se produce porque sí. Obtenemos beneficios en nuestros comportamientos. Tanto primarios, como secundarios, aunque éstos sean de difícil reconocimiento.

Estamos condicionados, sí; pero no determinados. De otra manera, no podría haber ni juicio ni responsabilidad moral.

En torno al sida han surgido multitud de cuestiones que aluden a la *responsabilidad moral*. Desde la eliminación de conductas de riesgo, para evitar infectarse o infectar a otros, hasta la incorporación explícita por parte de la Administración y de los profesionales, de pautas claras de integración y de no discriminación.

De esta obligación no estamos exentos, evidentemente, los propios psicólogos. Hay compañeros que no aceptan pacientes con VIH con el oscuro argumento del temor al contagio, utilizando razones tan peregrinas como la de no manejar conceptos médicos. Ser conscientes de nuestros miedos, de nuestros prejuicios, como hijos de esta sociedad que somos, es un primer paso necesario para responder éticamente a las necesidades que nos plantean los afectados por el VIH.

Esto también va a implicar, necesariamente, un cuestionamiento personal y serio a la hora de abordar situaciones tan complejas como el contacto con lo socialmente diferente, la disparidad de valores, una distinta expectativa temporal de los afectados, o la misma muerte, obligándonos a estar especialmente atentos para no incorporar juicios de valor en nuestra intervención, en función del tipo de comportamientos que puedan desarrollar estas personas.

Ese primer paso —decíamos— es necesario, pero no suficiente. Vemos algunas claves que, sin ánimo de ser exhaustivos, pueden ser útiles, a modo de conclusión, en nuestra intervención:

1.^a Incorporar a nuestra metodología técnica la *pregunta ética*. En el contexto sida, aún con más razón.

2.^a Profundizar en toda la *dinámica comunicativa* con los afectados. Muchos de ellos van a tener dificultad en comunicar las implicaciones que para sus vidas conlleva el VIH. No tener en cuenta, por ejemplo, el estado emocional de la persona, a la hora de informarle de su seropositividad, puede tener consecuencias muy perjudiciales, tanto desde el punto de vista de salud, como desde el punto de vista ético.

3.^a Estar especialmente atentos al rigor de nuestras evaluaciones del *grado de competencia del afectado*, cuando esto se nos requiera. Presuponer la incompetencia, en algunos casos, y la irresponsabilidad, en muchos, de los afectados por el sida es un prejuicio harto frecuente. No es de recibo evaluar la competencia de modo genérico y apriorista, y mucho menos en función de la pertenencia a ciertos grupos sociales o en función de pautas de comportamiento consideradas como atípicas.

4.^a Acercarse a una persona con sida suele ser acercarse a una persona con problemas. Pero si perciben que te acercas al problema y no a la persona, la relación terapéutica ya está truncada. Por experiencia, el *contacto con la persona* que está infectada por VIH puede ser altamente gratificante. Equilibrar la relación y evitar comportamientos, bien de evitación o escape, bien de sobreimplicación, se convierte en un reto —y, por tanto, en tarea— ética y técnicamente posible.

Nota: Agradezco al profesor Diego Gracia su inestimable colaboración en la motivación y formación necesarias para elaborar este trabajo.

Referencias

- Arras, J. D. (1988). The fragile web of responsibility: AIDS and the duty to treat. *Hastings Center Report*, 18, 14.
- Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (1989). Recommendation 1116. On AIDS and human rights.
- Barbero, J. (1989). Sentido y funciones de un Comité Ciudadano Anti-Sida. En AA.VV., *El sida: un reto para todos, un problema para la familia* (pp. 161-168). Madrid: Ed. PS.
- Bayer, R. y Gostin, L. (1990). Aspectos legales y éticos relativos al sida. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, 108 (5-6).
- Comité de Ministros del Consejo de Europa (1989). Recommendation N.º R (89), 14.
- Curran, W. J. y Gostin, L. (1988). International Survey of Legislation Relating to the AIDS Epidemic. Ginebra: OMS.
- Childress, J. F. (1987). An ethical framework for assessing policies to screen for antibodies to HIV. *AIDS and Public Policy Journal*, 2, 28-31.
- Delgado, A. (1988). Normas de conducta marcadas por la OMC, dirigidas a todos los médicos españoles, en relación con el sida. En *OMC, Manual sida*. Madrid: IDEPSA.
- Elizari, F. J. (1989). El test del sida: vertiente moral. *Moralia*, 11.
- Elizari, F. J. (1990a). El secreto profesional y el sida. *Dolentium Hominum*, 13, 240-242.

- Elizari, F. J. (1990b). Sida y secreto médico. *Moralia*, 12.
- Elizari, F. J. (1991). El sida. En *Bioética* (pp. 286-314). Madrid: Ed. Paulinas. Biblioteca de Teología, n.º 9.
- Freedman, B. (1990). Informe Hastings: Profesiones sanitarias, códigos y el derecho a negarse a tratar a pacientes con infección por el VIH. *Jano*, 892, 47-65.
- Gafo, J. (1989). Algunas reflexiones éticas sobre el problema del sida. *Jano*, 861, 75-80.
- Gafo, J. (1992). Problemática ética en el Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana. En AA.VV., *Sida, Sociedad y Derechos humanos* (pp. 837-870). Madrid: Ed. Cruz Roja Española.
- Gracia, D. (1988). Sida: Problemas morales. *Jano*, 841, 57.
- Gracia, D. (1989a). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema Universidad.
- Gracia, D. (1989b). Problemas éticos del tratamiento del sida. *Jano*, 861, 85-90.
- Gracia, D. (1989c). Los médicos y el sida. Problemas éticos de la asistencia médica a enfermos de sida. *Jano*, 861, 93-98.
- López Azpitarte, E. (1991). Aspectos éticos en torno al sida. *Todo Hospital*, 82, 37-42.
- Muñoz Garrido, R. (1989). Algunos aspectos jurídicos de la asistencia médica a los enfermos de sida. *Jano*, 861, 69-73.
- Pellegrino, E. D. (1987). Altruism, self-interest, and medical ethics. *JAMA*, 258 (14).
- Romeo Casabona (1993b). El deber de asistencia médica a los pacientes de sida. *Jano*, 1024, 51.
- Sabatier, R. (1988). *Blaming Others: Prejudice, Race and Worldwide AIDS*. London: Panos.