IMPLICACIONES ETICAS DEL SIDA EN EL EJERCICIO DE LA PROFESION SANITARIA

Introduccion

En un célebre manuscrito del siglo x, conocido como Marcianus Graecus 538, que se conserva en la biblioteca de San Marcos de Venecia, puede observarse una miniatura que, de pronto, parece situarnos ante el problema que aquí ocupa nuestra atención. En ella se representa a Job, postrado en su enfermedad. Su esposa le sirve la comida sirviéndose de una larga cuchara, mientras se tapa la boca y la nariz, como en un intento de defenderse del hedor que supuestamente despiden las pústulas del enfermo [1].

Toda una larga historia de marginación, de desdén y de desprecio a que fueron sometidos durante siglos determinados enfermos, sobre todo con motivo de la aparición de grandes epidemias [2], y que considerábamos para siempre anatematizada por las páginas dramáticas de *La peste*, de A. Camus, puede de nuevo recobrar actualidad ante esta nueva epidemia constituida por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida [3].

1 El dato es recordado, al hablar de la responsabilidad de las Iglesias en cuanto al cuidado intensivo de los enfermos de SIDA, por A. W. von Eiff, *El reto del SIDA. Orientaciones médico-éticas* (Barcelona 1988) 60.

2 Cf. A. Zuger, 'Physicians, AIDS and Occupational Risk. Historic Traditions and Ethical Obligations', en JAMA 258, n. 14 (1987) 1924-28, con amplias referencias.

3 Sobre la historia del SIDA, véase W. Rozenbaum - D. Seux - A. Kouchner, *SIDA, réalités et fantasmes* (Paris 1984). Sobre la clínica, tratamiento e hipótesis, ver J. Leibowitch, *Un virus étrange venu d'ailleurs* (Paris 1984). Los primeros casos fueron denunciados en 1981: 'Pneumocystis Pneumonia - Los Angeles', en *Morbidity and Mortality Weekly Report* 30 (1981) 250. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV) que causa la enfermedad fue descubierto en 1983: F. Barre-Sinoussi et al., 'Isolation of a T-lymphocytotrophic Virus from a Patient at Risk: for the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)', en *Science* 220 (1983) 868-71; R. C. Gallo et al., 'Frequent Isolation and Detection of Cytopatic Retroviruses from Patients with AIDS and at Risk for AIDS', en *Science* 224 (1984) 500-503. Puede verse también el número monográfico *Lo que la ciencia sabe sobre el SIDA*, de *Investigación y ciencia*, ed. en esp. de *Scientific American* 147 (Dic. 1988).

Universidad Pontificia de Salamanca

El SIDA, en efecto, como ha escrito Antonio Autiero, «no es sólo una enfermedad, sino que va asumiendo las proporciones de un hecho social de primera importancia», constituyendo para la ética una provocación formidable [4].

En realidad, más que una enfermedad constituye una encrucijada de tres epidemias separadas aunque interdependientes: la de la infección del «virus de inmunodeficiencia humana»; la de la enfermedad del SIDA, propiamente dicha; y la de las múltiples reacciones —social, cultural, económica y política— ante la presencia de las dos epidemias anteriores. De pronto, y como en otros casos anteriores que la historia nos recuerda, la enfermedad adquiere otras múltiples connotaciones que la agravan todavía más. Así venía a expresarse el Dr. Jonathan Mann, Director del Programa Especial de la OMS sobre el SIDA, en enero de 1988 [5].

De entre estos múltiples aspectos implicados en el problema, los desafíos morales no son en modo alguno irrelevantes [6]. De entre todos ellos, el presente estudio se limita, y muy esquemáticamente por cierto, a las implicaciones éticas que, tanto en la misma detección del virus como en el tratamiento de los enfermos de SIDA, interpelan a los profesionales de la Sanidad y la Medicina [7].

Porque si es fácil afirmar que el SIDA no es solamente una enfermedad, también hay que tener en cuenta que es sobre todo una enfermedad, o mejor, todo un complejo de enfermedades [8], que desafían nuestra responsabilidad, tanto en el momento de articular los medios adecuados de prevención, como a la hora de aplicar los mé-

4 A. Autiero, 'L'etica di fronte alla malattia. Il paradigma dell'AIDS', en M. Nalepa - T. Kennedy (eds.), *La coscienza morale oggi* (Roma 1987) 613.

5 Cf. J. Mann, *Global AIDS: Epidemiology, Impact, Projections and the Global Strategy*, 1. Se trata de la ponencia pronunciada en la Cumbre mundial de ministros organizada por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno del Reino Unido, en Londres, del 26 al 28 de enero de 1988.

6 Cf. W. C. Spohn, 'The Moral Dimensions of AIDS', en TS 49 (1988) 89-109; R. McCormick, 'AIDS: The Shape of the Ethical Challange', en *America* 158, n. 6 (1988) 147-54.

7 Estas reflexiones son en gran parte deudoras a una página, tan breve como iluminadora, publicada por el Dr. E. E. Pellegrino, 'Intensive disagreement surrounds mandatory screening for AIDS', en JAMA 258, n. 16 (1987) 22-98-99. En forma de conferencia pública este trabajo fue leído en el simposio *El SIDA, un reto para todos*, organizado por el Instituto Superior de Ciencias Morales de Madrid (26-27 nov. 1988). La mayor parte de las ponencias han sido publicadas en *Moralia* 11, nn. 41-42 (1989) 1-148.

8 Sobre el ARC (AIDS-Related Complex), término cada vez más usado para designar al grupo de pacientes con síntomas de infección por VIH diferente del mismo SIDA y por encefalopatías causadas por VIH, véase, por ejemplo, A. J. Pinching, 'Factors affecting the Natural History of Human Immunodeficiency Virus Infection', *Immunodeficiency Reviews* 1 (1988) 23-38, esp. 25.

Universidad Pontificia de Salamanca

todos correctos de análisis y control y, más aún en el cuidado de los pacientes afectados. Esos serán los tres escalones de nuestra reflexión en estas páginas.

1. Estrategias de prevencion

Sin pretender aumentar la alarma sembrada, por ejemplo, por la famosa obra *Crisis*, de Masters y Johnson [9], hay que decir que el SIDA es por el momento una enfermedad incurable, que, además, no hace discriminación de razas o etnias y que ni siquiera se limita a los adultos o a los culpables de un comportamiento inadecuado, como subrayan los obispos norteamericanos [10].

Si, a pesar de las enormes cantidades invertidas en el terreno de la investigación, todavía resulta utópico el hallazgo de una vacuna o de una cura adecuada que detenga la marcha mortífera del virus [11], y si la infección ya presente, aunque velada, va a persistir durante toda la vida de los enfermos potenciales, o al menos durante un largo futuro [12], se hace obligatorio, desde el punto de vista ético, extremar las estrategias preventivas [13].

Teniendo en cuenta los habituales medios de transmisión del virus —por medio del encuentro sexual íntimo, por las hemodonaciones o por hemoexposición por uso de la misma aguja hipodérmica, por la relación materno-filial [14]—, parece más que razonable postular el máximo interés en la promoción de los medios adecuados de prevención y profilaxis. Entre los medios de prevención se menciona habitualmente la introducción de una extensiva modificación conductual, espe-

9 La obra de W. Masters y V. Johnson, *Crisis: Heterosexual Behavior in the Age of AIDS*, publicada por Grove Press, tiene como coautor al Dr. Robert Kolodny, quien dirigió la investigación. Sobre el revuelo suscitado por la obra, ver, por ejemplo, el reportaje de Ch. Gorman, 'An Outbreak of Sensationalism', en *Time* (mar 21, 1988) 46-47.

10 Se trata de la declaración publicada el 11 de diciembre de 1987 por la oficina administrativa de la Conferencia Católica de los Estados Unidos y titulada 'Los múltiples rostros del SIDA: una respuesta evangélica'. Puede encontrarse la traducción francesa en *La Documentation Catholique* n. 1958 (20 mar. 1988) 311-19. La trad. en español ha sido publicada en *Moralia* 11, nn. 41-42 (1989) 115-41. El texto original apareció en *Origins* del 24 dic. 1987. En adelante se cita el título del documento seguido de la página de la traducción española citada. La referencia aludida está en la página 121.

11 Cf. R. Yarchoan - H. Mitsuya - S. Broder, 'Terapias del SIDA', en *Investigación y Ciencia* 147 (dic. 1988) 100-111 y bibliografía complementaria allí citada; Th. J. Matthews - D. P. Bolognesi, 'Vacunas del SIDA', en op. cit., 112-20.

12 Cf. J. Mann, *Global AIDS*, 5.

13 Cf. F. J. Elizari, 'Información-educación como prevención del SIDA', en *Moralia* 11 (1989) 85-98.

Universidad Pontificia de Salamanca

cialmente por lo que se refiere al comportamiento sexual, así como la utilización cuidadosa y extensiva de análisis y tests (*screening, dépistage des anticorps*, etc.), y el aislamiento de las personas ya afectadas. Ni que decir tiene que los tres métodos suscitan numerosos conflictos éticos que en modo alguno resultan fáciles de resolver.

Por lo que se refiere al primero de los mencionados, es decir, a la modificación del comportamiento sexual [15], no es éste el momento de articular un largo discurso, en el que habría que abordar ciertamente el subtema de la educación moral general sobre el sentido de la vida y sus valores, evocado tanto por los obispos norteamericanos como por el moralista Johannes Gründel en sus reflexiones éticas sobre el SIDA [16].

Pero habría que abordar igualmente el subtema de la educación sexual específica. Si el tema de los preservativos ha sido tocado por el mencionado documento de los obispos norteamericanos, siempre dentro de las líneas tradicionales del pensamiento de la Iglesia, pero con un sentido del realismo que ha escandalizado a algunos [17], en modo alguno ha de ser trivializado. Mientras que, en el caso de las relaciones sexuales matrimoniales en una pareja en la que uno de los cónyuges está infectado, viene a replantear las cuestiones relativas a la maldad intrínseca de la anticoncepción o bien las relativas al conflicto de valores y deberes, en otro tipo de relaciones sexuales el consejo de utilizar profilácticos parece favorecer un cierto reduccionismo antropológico y desviar el centro de la preocupación ética.

Por otro lado, la eventual propuesta sanitaria del aborto para las madres descubiertas como seropositivas no vendría sino a pro-

14 Como muestra de algunas informaciones, bastante alarmistas, sobre otras formas de transmisión, puede verse O. Griese, 'The AIDS Epidemic and the Communion Cup', en *The Linacre Quarterly* 53 (1986) 15-25.

15 Cf. F. J. Elizari, 'Conductas sexuales y SIDA. Aproximación moral', en *Moralia* 10 (1988) 379-408.

16 Cf. J. Gründel, *El reto del SIDA*, 102.

17 *Los múltiples rostros del SIDA*, 128: «Viviendo en una sociedad plural, sabemos que algunos no comparten nuestra concepción de la sexualidad humana. Admitimos que los programas educativos públicos, dirigidos a una amplia audiencia, tengan en cuenta el hecho de que la conducta de muchos no corresponderá a lo que podrían y deberían hacer; y de que sus conductas sexuales o en materia de droga, muchos seguirán comportamientos susceptibles de transmitir el SIDA. En semejante situación, los esfuerzos educativos basados en los planteamientos morales antes indicados podrían incluir una información exacta sobre los medios profilácticos u otras prácticas propuestas por especialistas médicos, como medios potenciales para prevenir el SIDA. Al pronunciarnos en este sentido no estimulamos el uso de preservativos; solamente damos una información que forma parte de un cuadro global de la realidad». Para justificar su parecer, los obispos acuden a los principios clásicos sobre el mal menor y el bien común.

Universidad Pontificia de Salamanca

mover o sancionar otro tipo de problema ético tan grave como el que intenta solucionar.

Desde el consejo de una abstinencia sexual completa a la pareja en la que uno de los cónyuges resulta seropositivo, hasta la proposición del aborto en los casos en los que la mujer gestante es portadora de la infección vírica, pasando por la oferta indiscriminada de profilácticos, todos los medios de prevención social y sanitaria relativos al ámbito de la relación sexual constituyen otras tantas encrucijadas de valores de difícil resolución [18].

Los medios de prevención relativos a otras actividades de riesgo, como las vinculadas a la hemodonación, plantean problemas éticos más sencillos y que habitualmente se resolverían por los cauces de una responsabilidad mayor en el terreno de la profilaxis.

Especiales dificultades, de nuevo, suscitarían las medidas preventivas referidas a la modificación de conducta en las actividades de las personas drogodependientes.

Los programas, tanto nacionales como internacionales, encaminados a prevenir la transmisión del HIV por medio de un cambio de conducta requerirían el esfuerzo de una amplia información, orientada en cuatro sentidos: al público en general, a los grupos de riesgo —o por mejor decir y para evitar peligrosos etiquetados, las personas que están implicadas en actividades de alto riesgo—, a los individuos particulares gracias a una eficaz tarea educativo-preventiva, y a los diversos trabajadores sociales. Sería necesario, además, esforzarse por crear un ambiente social de apoyo, más que de marginación, hacia los afectados, y articular unos adecuados servicios sociales y de salud [19].

2. Metodos de analisis y control

Por lo que se refiere a los métodos de análisis y de control, las cuestiones éticas no son menos numerosas ni menos inquietantes. De hecho, precisamente en este contexto se sitúa el más espinoso de los problemas ético-sanitarios por lo que a este tema se refiere, cual es el del conflicto sanidad pública *versus* libertad individual.

18 En el marco del renacimiento moral y de la recuperación de los valores éticos ha situado su reflexión sobre el SIDA el cardenal Basil Hume, en un artículo publicado en el *Times* de Londres, el 7 de enero de 1987: puede encontrarse en el folleto *Los obispos hablan del SIDA* (Madrid 1987) 81-85.

Universidad Pontificia de Salamanca

2.1. *Voluntariedad-obligatoriedad*

Parece, en primer lugar, que el control (*screening*) de los eventuales infectados por el virus debería ser absolutamente voluntario y confidencial, con el fin de no poner en entredicho el derecho de la persona a su propia dignidad y privacidad.

Sin embargo, la afirmación de tales derechos de voluntariedad y confidencialidad, cuando son reivindicados a ultranza, no deja de suscitar la pregunta por el peligro en que podría ponerse el derecho que los demás ciudadanos y la sociedad entera tienen a disfrutar de un nivel adecuado de salud. En ninguno de los tratados de Etica Médica puede faltar la discusión sobre este argumento crucial.

De facto, en tales encrucijadas de valores y deberes, suele acudirse a algunas soluciones moderadas. A veces se recurre a una campaña educativo-preventiva en gran escala que trata de convencer a los ciudadanos sobre la oportunidad de someterse voluntariamente a un determinado tipo de control, con el fin de adelantar las medidas terapéuticas, a ser posible preventivas. De esta forma se trata de compaginar el derecho del individuo con el derecho de la comunidad. Es evidente que en el caso del SIDA, como en el de otras enfermedades estigmatizadas por la sociedad, tal presentación voluntaria a los centros de control ha de ser socialmente «reconocida», motivada y hasta premiada, como más adelante se dirá.

En otras ocasiones, las autoridades pueden imponer el control de forma condicionada, como un requisito previo para el acceso a determinados puestos de responsabilidad en la sociedad. La cuestión sobre cuáles de esos puestos requieren la prueba revierte sobre qué tipos de personas han de ser examinadas, pero evitaría la discriminación de los mal calificados como «grupos de riesgo».

2.2. *Realización del control*

La misma realización del control plantea otra larga serie de interrogantes. Tal vez el más agudamente sentido sea el de la invasión de la privacidad y libertad de las personas. La mayor parte de los códigos éticos de derechos del enfermo, reconocen a éste el derecho a que sea mantenida en secreto su eventual permanencia en algunas instituciones hospitalarias. De forma semejante, el individuo puede sentir disminuidas sus capacidades sociales, de relación o de trabajo, por el mero hecho de haberse sometido a un control de detección del SIDA.

Junto a éste surgen otros muchos problemas, como los relativos a los costos económicos y su eventual subvención por organizaciones,

Universidad Pontificia de Salamanca

públicas o privadas, de asistencia médica. No es extraño que en algunos países estos análisis, con frecuencia costosos, resulten prohibitivos para los pobres, si la seguridad social no cuenta con una estructura real y eficazmente socializada [20].

Otro grupo de problemas se relaciona con las preguntas sobre la misma fiabilidad de los análisis, teniendo en cuenta las inquietudes que podrían desencadenar; sobre el temor a la intromisión de extraños y la consiguiente pérdida de confidencialidad; y, sobre todo, se relacionan con el temor a la discriminación social, tanto en el lugar del trabajo, como en la búsqueda y alquiler de vivienda, tanto en la vida escolar como en la firma de eventuales contratos con compañías de seguros [21].

Los problemas éticos no terminan, sin embargo, con la misma realización de los análisis y controles. Tampoco es fácil determinar quiénes son las personas que deberían ser sometidas a análisis.

A primera vista, parece que el *screening* debería ser obligatorio para los «grupos de alto riesgo». Pero aquí, como en otros casos, relativos por ejemplo a la necesidad de articular un consejo genético [22], no es fácil argumentar a favor de la obligatoriedad de los controles sanitarios.

En su conferencia de Londres, el Dr. Jonathan Mann distinguía tres modelos de transmisión del virus. El primero implica a Europa Occidental, América del Norte, algunas áreas de Suramérica, Australia y Nueva Zelanda, países en los cuales los grupos más afectados

20 También este problema ha sido tocado por los obispos norteamericanos: *Los múltiples rostros del SIDA*, 122: «El problema del seguro de enfermedad es de una gravedad particular. Protestamos contra el hecho de que un cierto número de personas no tengan derecho a disfrutar del seguro de enfermedad. Al mismo tiempo, reconocemos los problemas suscitados a las compañías de seguros y a quienes pagan primas en razón del coste de su tratamiento. Todo esto viene a confirmar la debilidad de nuestro sistema de salud. Este problema ha de ser abordado de modo que garantice a todos el acceso a los cuidados sanitarios adecuados».

21 Como se sabe, tras el test conocido como «Elisa», relativamente simple y económico, ha sido puesto a punto por la compañía farmacéutica Hoffmann-La Roche un test «sin errores», de la segunda generación, conocido con el nombre «Hiv Eia», que consiste en reproducir genéticamente las bacterias y en obligarlas a producir las proteínas necesarias para aislar el virus: Cf. G. Concetti, *AIDS. Problemi di coscienza* (Casale Monferrato 1987) 32. Por lo que respecta a la Iglesia, es conocida la declaración del cardenal Joseph Bernardin anunciando que en su diócesis de Chicago mantendría una política de empleo para todos los empleados que han adquirido una enfermedad que amenace su vida, incluido el SIDA y que el test de detección del SIDA no sería utilizado al extender contratos de trabajo al personal de la diócesis: *Los obispos hablan del SIDA*, 74.

22 Cf. J. A. Usandizaga, 'Consejo genético y diagnóstico prenatal: problemas éticos', en J. Gafo (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual* (Madrid 1986) 297-309.

Universidad Pontificia de Salamanca

son los varones homosexuales y bisexuales, así como los adictos a drogas intravenosas, tanto varones como mujeres, que a su vez pueden transmitirlo en el proceso perinatal. El modelo segundo incluye el centro de Africa y algunas partes del Caribe. En esos espacios el medio de transmisión de la enfermedad es generalmente el encuentro heterosexual, aunque tanto las hemotransfusiones como la transmisión perinatal constituyen problemas graves de salud pública. El tercer modelo incluye Asia, la región del Pacífico, el Medio Oriente y la Europa del Este, áreas todas en las que el HIV ha aparecido más recientemente y donde la transmisión implica tanto los contactos homosexuales como los heterosexuales, así como la recepción de sangre o plasma importados [23].

Evidentemente, cada zona debería articular el alcance adecuado de sus métodos de análisis y seguimiento.

Por lo que se refiere a nuestra propia área, se insiste con frecuencia en que el control debería llevarse a cabo sobre grupos especialmente expuestos, como los presos, las prostitutas, los drogadictos, los inmigrantes, los pacientes admitidos a los hospitales, las mujeres embarazadas, los individuos a los que se han confiado secretos de Estado y los que soliciten la licencia matrimonial.

Esta lista de personas, ofrecida por el Dr. Pellegrino [24] plantea inevitablemente una serie de interrogantes suplementarios, sobre la situación de marginalidad previa o de discriminación en que son mantenidos algunos de esos grupos, sobre las implicaciones morales que a su vez conllevan tanto el diagnóstico prenatal como la misma pregunta sobre si ha de permitirse el matrimonio a los afectados y afectadas por el virus.

De hecho, la licitud del diagnóstico prenatal orientado directamente a la indicación del aborto llamado eugenésico ha sido ampliamente discutida por los moralistas en los últimos tiempos [25]. En cuanto a la pregunta por el derecho al matrimonio y la posibilidad de su eventual prohibición para las personas afectadas por el VIH, el tema ya ha entrado en alguno de los más recientes estudios de ética médica. He aquí, simplemente a modo de ejemplo, la opinión formulada por el prof. Orville N. Griese:

23 Cf. J. Mann, *Global AIDS*, 3. Cf. J. Mann - J. Chin - P. Piot - Th. Quinn, 'Epidemiologia internacional del SIDA', en *Investigación y ciencia* 147 (diciembre 1988) 72-80.

24 E. Pellegrino, loc. cit.

25 Recuérdese que este aspecto ha sido también abordado por la instrucción *Donum vitae*, de la Congregación para la Doctrina de la fe (22 feb. 1987) al referirse al respeto debido a los embriones humanos (I, 2).

Universidad Pontificia de Salamanca

«No hay duda de que sería moralmente equivocado para un individuo que está proyectando el matrimonio y que sospecha que es portador o portadora del virus HTLV-III del SIDA, dejar deliberadamente de someterse a un proceso de análisis del SIDA, o retener el secreto de su condición de infectado/a o enfermo/a ante el compañero del proyectado matrimonio, después de haber obtenido un diagnóstico de SIDA. En el caso de un diagnóstico positivo, el problema más urgente y delicado que se presenta es cómo ha de proceder tanto el consejero médico como el pastoral para discutir el proyecto de matrimonio con la víctima del SIDA y con el compañero de su proyectado matrimonio» [26].

La etiquetación negativa que estos grupos de riesgo reciben en la sociedad en modo alguno favorece el control. Es más, positivamente dificulta la presentación voluntaria de los posibles afectados para la realización del análisis.

Por otra parte, entre los diversos grupos mencionados cabe todavía subrayar las especiales dificultades que ofrece la realización de los tests pertinentes sobre los pacientes que han de ser sometidos a una operación quirúrgica, ante el riesgo de inhibiciones o desatenciones de que podrían ser víctimas por parte del personal sanitario y aún de otros usuarios de las facilidades quirúrgico-hospitalarias. Especiales problemas se presentan cuando tales pacientes son incapaces de suscribir el consentimiento requerido para la ejecución de las pruebas y análisis y se requiere el de sus familiares, tutores o personas responsables, o bien, donde esté así establecido, el consentimiento del comité ético del centro hospitalario. En todos esos casos la misma confidencialidad del resultado parece entrar en conflicto con la necesidad de recabar el consentimiento de los representantes legales del paciente.

Intimamente vinculado a este supuesto está precisamente el contrario. Ante la eventualidad de una operación quirúrgica son muchos los que comienzan a preguntarse si no habría que someter a control al personal médico-sanitario que ha de tomar parte en la intervención. En el caso de que se sospechase que tal personal pudiera estar infectado, ¿no debería ser compulsorio el examen? Y en el caso de negativa por parte del mismo personal, ¿habría que prohibirle tomar parte en la intervención quirúrgica? En todo caso, es innegable que el derecho a la confidencialidad, que también asiste al personal médico-sanitario, puede entrar en conflicto con el derecho del paciente

26 O. N. Griese, *Catholic Identity in Health Care: Principles and Practice* (Braintree, Mass. 1987) 358.

Universidad Pontificia de Salamanca

a su seguridad y aún con su derecho a ser informado sobre la identidad del personal por el que es atendido.

Por referirnos todavía a los sujetos de los eventuales controles, hay, que recordar que en las personas que recibieron hemotransfusiones antes de que se hiciera obligatorio y rutinario el *screening* puede existir en latencia un depósito desconocido de infección. También aquí cabe preguntarse si no habría que someter a examen a estas personas que, aún sin saberlo, pueden encontrarse en el grupo de alto riesgo. El problema se complica todavía más si pensamos que tales personas han estado manteniendo relaciones habituales con sus parientes más cercanos. ¿Na habría que extender el examen a sus familiares y compañeros sexuales?

Como ya se puede imaginar, todos estos interrogantes, apenas sugeridos por la citada comunicación del Dr. E. Pellegrino, no hacen sino despertar continuas preguntas sobre los valores sociales y éticos que entran en conflicto en cada caso.

2.4. *Utilización de los datos del examen*

Si de la consideración de los eventuales sujetos del control, pasamos a los resultados del mismo, la problemática emergente no deja de complicarse.

a) Fijémonos, en primer lugar, en la misma comunicación de los datos al paciente. En todos los estudios de deontología médica se trata ampliamente la cuestión de la oportunidad de informar al paciente sobre su verdadero estado [27].

Si es necesario hacer siempre un cuidadoso balance que valore los riesgos y las ventajas de la revelación al paciente de su verdadera situación, y más todavía cuando ésta es fatalmente irreparable [28], en los casos de una reacción positiva ante los análisis encaminados a detectar la presencia del VIH parece que habría que informar tanto a los pacientes como a sus familiares y compañeros sexuales. O lo que es lo mismo, habría que recabar la colaboración del paciente con vistas a esta información, por penosa que pudiera parecer.

Es cierto que, por otra parte, la misma estructura psicológica del paciente podría hacer desaconsejable tal información, sobre todo en los casos en los que es previsible un grado tal de desesperación que tal vez podría desembocar en el suicidio. Tal dramática perspectiva

27 Cf. R. Higgs, 'On telling Patient the Truth', en M. Lockwood, *Moral Dilemmas in Modern Medicine* (Oxford 1985) 187-202.

28 Cf. T. L. Beauchamp - L. B. McCollough, *Etica Médica* (Barcelona 1987) 66.

Universidad Pontificia de Salamanca

no es ignorada por el citado documento de los obispos norteamericanos cuando exhortan a los que acompañan a tales pacientes a que les ayuden a «descubrir el sentido de lo que no parece tener sentido alguno» [29].

Hay ocasiones en que el deseo de saber no equivale al derecho a saber toda la verdad.

b) Pero, por otra parte, si se archivan simplemente los datos sobre los pacientes que han sido detectados como seropositivos, será impensable proteger a su familia o a su compañero/a sexual, prevenir infecciones perinatales o intrauterinas, evitar la transmisión del virus por medio de transmisiones de sangre infectada.

Cada vez que el equipo médico-sanitario se encuentra con un individuo seropositivo surge inevitablemente un conflicto entre la confidencialidad debida al paciente y la necesaria protección de todos aquellos que le son vecinos.

De ahí que, de forma cada vez más apremiante, se plantee la pregunta de si no nos encontraríamos ante un caso relativamente claro de excepción respecto a la normativa general que impone la obligatoriedad del secreto profesional [30]. Así al menos se plantearía la cuestión en el marco de una moral deontológica que, con el fin de salvaguardar el valor absoluto de la norma moral se ve obligada a acudir a la epiqueya y a innumerables excepciones a los principios pretendidamente universales. Una argumentación como la asumida por una moral más teleológica plantearía la cuestión en el marco del conflicto de valores que aquí se viene sugiriendo [31].

El problema me parece mucho más claro en los casos en que eventualmente un equipo médico, o las autoridades de una instalación hospitalaria, pretendieran ocultar los datos obtenidos por el análisis clínico que hubiera detectado la presencia del virus o ya la presencia del SIDA y no lo hicieran constar como causantes de un deceso, o bien para proteger el prestigio del establecimiento o bien para proteger la privacidad o los sentimientos de la familia. Con-

29 *Los múltiples rostros del SIDA*, 131. Cf. M. Rubio, 'Sida y discriminación. La respuesta ética de solidaridad', en *Moralia* 11 (1989) 62, donde explica que con la idea del suicidio el enfermo «reacciona, en un intento de escapada desesperada, contra un mundo envolvente y agobiante que se agolpa sobre él sin visos de solución y —lo que es peor— muchas veces incluso con palmaria hostilidad».

30 Así lo plantea O. N. Grisse, loc. cit., 357.

31 Se trataría de una pregunta que se viene haciendo en el ámbito de la moral fundamental y que encontraría aquí un campo concreto de aplicación. Véase J. Fuchs, 'The absoluteness of moral terms', en *Gregorianum* 52 (1971) 415-57; Id., 'An Ongoing Discussion in Christian Ethics: «Intrinsically Evil Acts»?', en *Christian Ethics in a Secular Arena* (Washington-Dubin 1984) 71-90.

Universidad Pontificia de Salamanca

sidero que en tales supuestos improbables el derecho de la sociedad a unos ciertos niveles de seguridad sanitaria habría de prevalecer sobre el derecho individual.

c) Todavía vinculado al tema de la información de los datos obtenidos, se ha tratado con frecuencia la situación creada por los recalcitrantes, los irresponsables y aun los chantajistas.

Algunos, por debilidad, prefieren continuar con el género de vida que los ha colocado no sólo en el grupo de alto riesgo sino que los ha hecho portavoces del VIH. Otros, aun habiendo sido informados de su situación, parecen pretender ignorarla, aun con grave riesgo para las personas que comparten algunos espacios o actividades de su vida, especialmente por lo que se refiere a algunos aspectos especialmente íntimos. Otros, en fin, parece que, en su desesperación, han decidido contagiar a otras personas o, al menos, utilizar el mismo miedo al contagio como un instrumento de chantaje.

También estas lamentables situaciones han sido lúcidamente evocadas por el citado documento de la Conferencia Católica de los Estados Unidos:

> «Querríamos decir igualmente una palabra sobre la responsabilidad de aquellos que piensan haber corrido el 'riesgo' de haber estado en contacto con el virus del SIDA. Hemos expuesto más ariba el sentido y el fin de la sexualidad. Si alguno elige no vivir de acuerdo con ese sentido o ha utilizado drogas, tiene también la seria responsabilidad de no causar daño a otra persona. Toda persona considerada como sujeta al riesgo de haber estado expuesta al virus del SIDA tiene por tanto la grave responsabilidad moral de velar para no exponer a una tercera persona a una eventual contaminación. Eso significa que cuando una tal persona proyecta matrimonio, se compromete en una relación sexual, proyecta dar su sangre o hacer donación de un órgano o de semen, tiene la responsabilidad moral de someterse a un test de detección del SIDA y debería obrar de forma que no cause daño al otro» [32].

Si, como ha escrito Johannes Gründel, el afectado por el VIH que sólo parece prestar atención al cálculo de costos y utilidades, evitara manifestar su situación durante el mayor tiempo posible con el fin de que tal manifestación de su enfermedad no venga a disminuir radicalmente sus posibilidades de vida moral y de relación, habría que suplicarle un juego limpio y veraz. Pero su costosa ma-

32 *Los múltiples rostros del SIDA*, 130.

Universidad Pontificia de Salamanca

nifestación debería merecerle por parte de la sociedad una «gratificación» en reconocimiento, cercanía y cuidados efectivos: es decir, todo lo contrario a los gestos de marginación que el enfermo teme cuando trata de ocultar su verdadera situación [33].

Aunque parezca ésta una tarea reservada a los trabajadores sociales, tampoco es ajena al comportamiento global del personal médico-sanitario y, en un círculo más amplio, a los responsables de la educación.

d) Precisamente desde la perspectiva médico-sanitaria se viene considerando con frecuencia que la medida más adecuada para los infectados por el VIH, especialmente los que desesperadamente tratan de sacar algunas mezquinas ventajas a su situación y los que se muestran francamente recalcitrantes, sería el aislamiento o la cuarentena. El mencionado documento de los obispos norteamericanos considera que en el presente no existe una razón médica suficientemente fuerte para imponer una cuarentena sin discriminación a todas las personas infectadas ya por el SIDA. Llegan incluso los obispos a poner en guardia a la opinión pública contra la eventualidad de un ordenamiento legal que viniera a imponer, y aún permitir, tal cuarentena, denotando así la presencia de una especie de histeria colectiva o de prejuicio latente, al mismo tiempo que lo robustecería y afirmaría [34].

Tales observaciones encuentran un eco casi idéntico en las palabras pronunciadas días más tarde en Londres por el Dr. Jonathan Mann al afirmar que «no existe ninguna razón de salud pública que justifique el aislamiento, la cuarentena u otras medidas de discriminación basadas solamente sobre el estado de infección de una persona por el VIH o por la práctica de un comportamiento de riesgo. La discriminación, continúa el Dr. Mann, minaría los enteros programas nacionales de información y educación: de esa forma, la misma discriminación pondría en peligro la salud pública» [35].

Una vez más, nos encontramos ante un conflicto serio de valores y deberes que cristalizan, por una parte en la libertad individual y, por otra, en la defensa de la salud pública. La solución, nada fácil por cierto, apuntaría a un proceso educativo de convencimiento al paciente, lo que incluye una concepción amplia y multidisciplinar de la terapia y, por otro lado, a una vigilancia discreta pero eficaz sobre sus movimientos.

33 J. Grûndel, en *El reto del SIDA*, 107.
34 *Los múltiples rostros del SIDA*, 122.
35 Cf. J. Mann, *Global AIDS*, 7.

Universidad Pontificia de Salamanca

—o—

Podría decirse, en resumen, que mientras resulta evidente que es necesario oponerse al test de detección de anticuerpos del SIDA, siempre que sea realizado con fines únicamente discriminatorios, habría que hacerlo accesible, económica y socialmente, a todos los que lo soliciten acompañándolo de las oportunas garantías de privacidad y confidencialidad, pero también de necesario tratamiento psicológico, de modo que el paciente pueda evitar transmitir a otros la enfermedad.

Sin embargo, en el abanico que se abre entre estas certezas extremas, queda un amplio espacio no sólo para las mil cuestiones de la casuística sino para una responsable jerarquización de los valores y responsabilidades que entran en juego.

De todas formas, parece adecuado hacer propia la postura reflejada por los obispos norteamericanos cuando escriben: «Compartimos el parecer de numerosos responsables de la sanidad pública que se interrogan sobre lo bien fundado y la eficacia de medidas draconianas tales como el control general obligatorio» [36].

3. Cuidado de los pacientes afectados de SIDA

Las responsabilidades éticas vinculadas ya al mismo cuidado terapéutico de los afectados por el SIDA son innumerables y se refieren obviamente al tratamiento general como a la pecularidad de esta nueva enfermedad. En este momento, y por razones de brevedad, se ofrecen solamente unas reflexiones relativas tanto al ámbito general de la política sanitaria, como al capítulo del tratamiento de las enfermedades incurables, para evocar a continuación algunos interrogantes vinculados a la experimentación sobre seres humanos y concluir recordando el problema particular de la inhibición del personal médico-sanitario ante estos pacientes concretos.

3.1. *Sobre la política sanitaria*

La emergencia de una situación tan dramática como la determinada por la aparición y por la alarmante propagación del SIDA está requiriendo la pronta articulación de algunas medidas de emergen-

36 *Los múltiples rostros del SIDA*, 123.

Universidad Pontificia de Salamanca

cia, tato por parte de las autoridades políticas como por parte del personal médico-sanitario.

Por lo que corresponde a las autoridades políticas es comprensible su deseo de rebajar los tonos alarmistas en el tratamiento público del tema en los medios de comunicación social. Pero tal propósito no debería hacer olvidar la urgencia de preparar, instituir y difundir unos programas adecuados de información, educación y prevención.

Por otra parte, la gravedad del riesgo social que la epidemia plantea, debería motivar una reconsideración de la distribución de los recursos económicos que, si siempre son escasos cuando se trata de aplicarlos a la investigación, son a veces otorgados con prioridad a programas más vistosos o fácilmente utilizables para fines de propaganda política. La jerarquización de los campos de investigación sobre el hombre, su salud y su enfermedad, no debería guiarse por criterios extrínsecos o adyacentes al hombre mismo [37].

Pero, por otro lado, también las autoridades sanitarias y los equipos médicos, tanto los directamente dedicados a la investigación como los consagrados a la atención inmediata a los enfermos, deberían repensar los criterios que motivan e informan la elección de sus prioridades, como, refiriéndose a este mismo tema, ha escrito Antonio Autiero:

> «La humanización de la medicina no tiende sólo a colocar al enfermo en el centro de la relación terapéutica; tiende también a arrancar a científicos e investigadores del aislamiento aséptico de sus laboratorios, para asumir responsabilidades sociales concretas, estableciendo prioridades e interés científico no con los criterios de la propia utilidad personal o de grupo, sino con el criterio del servicio al hombre» [38].

Si este criterio es válido para cualquier enfermedad, parece hacerse especialmente exigente e inesquivable ante una situación tan dramática como la que se ha creado con la aparición del SIDA.

37 Algo parecido, referido a los trasplantes de órganos, ha escrito el profesor H. Tristram Engelhardt, del Centro de Etica del Colegio de Medicina Baylor de Houston, 'Allocating Scarce Medical Resources and the Availability of Organ Transplantation: Some Moral Presuppositions', en Th. A. Shannon, *Bioethics*, 3 ed. (Mahwah, NJ, 1987) 566.

38 A. Autiero, 'L'Etica di fronte alla malattia. Il paradigma dell'AIDS', 612.

Universidad Pontificia de Salamanca

3.2. *Tratamiento de las enfermedades incurables*

Nunca ha sido fácil para los profesionales de la medicina el tratamiento de las enfermedades de pronóstico «infausto» [39].

La dificultad surge a veces por parte de los mismos profesionales que, ante enfermedades semejantes, y en este caso ante la aparición del SIDA, podrían decidir rehusar su tratamiento a los pacientes. Las motivaciones pueden ser muy variadas. O bien se considera que los considerables costes económicos y humanos implicados en el proceso terapéutico son en la práctica inútiles o poco rentables. O bien se subraya la urgencia de atender a otros pacientes que ofrezcan la esperanza de unos resultados más halagüeños. O bien, como veremos, se magnifica la posibilidad de contagio que podría acarrear el tratamiento a los afectados por el VIH o por el SIDA.

Las dificultades provienen en otras ocasiones de los mismos pacientes. Hoy es ya bien conocido que su frecuente situación de demencia, de depresión o de pérdida de la memoria convierte en muy problemático el intento de obtener el consentimiento de tales pacientes tanto para un tratamiento ordinario, como para una terapia más osada y experimental. Igualmente difícil será obtener un consentimiento informado para proceder a la utilización de medios extraordinarios de mantenimiento o reanimación o bien, por el contrario, para la retirada de tales medios en el caso de que sean considerados como «desproporcionados» [40].

Estas circunstancias colocan el tratamiento de los enfermos afectados por el SIDA ante el espectro de otros dos problemas éticos especialmente controvertidos, como son el de las eventuales decisiones distanásicas o antidistanásicas y el del paternalismo profesional [41].

El primero tiene lugar siempre que el enfermo afectado por el SIDA resulta incapaz de firmar una decisión personal sobre los medios extraordinarios que el personal médico-sanitario debe utilizar o está autorizado a retirar, llegado el punto de no retorno, en la atención al paciente [42].

39 A. Romanini, 'Il trattamento delle malattie a prognosi infausta', en la obra en colaboración *Il valore della vita. L'uomo di fronte al problema del dolore, della vecchiaia, dell'eutanasia* (Milano 1985) 203.

40 Esta es la situación abordada por O. N. Griese, *Catholic Identity in Health Care: Principles and Practice*, 186. Cf. D. G. McCarthy - A. S. Moraczewski (eds.), *Moral Responsability in Prolonging Life Decisions* (Saint Louis, Missouri, 1981) esp. 227-41: «Care of Persons desiring to die, yet not terminally ill». G. Concetti, *L'eutanasia* (Roma 1987) 76-78.

41 Cf. J. Riga, 'The Health Care Professional and the Care of the Dying: The Crisis of AIDS, en *The Linacre Quarterly* 56 (1989) 53-62.

42 J. R. Flecha, 'Eutanasia y muerte digna. Propuestas legales y juicios éti-

Universidad Pontificia de Salamanca

El segundo de los casos, íntimamente vinculado al anterior, se produciría siempre que el personal médico-sanitario, dada la incapacidad del paciente para tomar decisiones sobre la aplicación de las medidas terapéuticas o sobre el internamiento hospitalario, hubiera de asumir tal responsabilidad en presunto beneficio del enfermo [43].

La dificultad persiste si, para evitar este doble callejón sin salida, el equipo médico pretendiera recabar del paciente un consentimiento anticipado, que tendría ciertamente el efecto de eximir a dicho equipo de eventuales responsabilidades sociales y penales, pero, al mismo tiempo, podría crear serias dificultades a la necesaria confianza que el paciente ha de depositar en su médico, al tiempo que tal vez vendría a debilitar su propia esperanza.

Las conocidas dificultades inherentes a la institucionalización de los comités éticos son sobradamente conocidas, sobre todo por lo que se refiere a las decisiones que se han de tomar en estados terminales [44].

También respecto a este tema concreto se han manifestado los obispos de los Estados Unidos, exhortando a ofrecer a los enfermos terminales del SIDA un acompañamiento efectivo, extremadamente importante en estos casos «puesto que a las personas que tienden a rebajar el respeto a la vida animando a la eutanasia o al suicidio les impedirá determinar por sí mismas la manera de 'ocuparse' de las víctimas del SIDA» [45].

3.3. *Experimentación con los enfermos*

Igualmente problemática desde un punto de vista ético resulta la terapia que es preciso articular con los enfermos afectados por el SIDA, terapia que es todavía tentativa y en cierto modo experimental [46]. La problematicidad se acentúa, además, teniendo en cuenta que su efectividad depende en gran medida de la precocidad de un tratamiento que habría que aplicar preferentemente antes de la manifestación de los síntomas más claros, pero ya irreversibles.

cos', en *Revista Española de Derecho Canónico* 45 (1988) 197-208; J. R. Flecha - J. M. Múgica, *La pregunta moral ante la eutanasia*, 2 ed. (Salamanca 1989) 149-57; J. Snow, *Mortal Fear. Meditations on Death and AIDS* (Cambridge, MA, 1987).

43 Cf. R . Gillon, 'Autonomy and Consent', en M. Lockwood, *Moral Dilemmas in Modern Medicine*, 111-25.

44 Cf. Ch. Vella, *Dalla Bioetica ai Comitati Etici* (Milano 1988); J. Reiter, *AIDS-Wege aus der Krankheit* (Köln 1988).

45 *Los múltiples rostros del SIDA*, 131.

46 Cf. R. Yarchoan - H. Mitsuya - S. Broder, 'Terapias del SIDA', en *Investigación y Ciencia* 147 (dic. 1988) 100-10. E. Kübler-Ross, *AIDS. Herausforderung zur Menschlichkeit* (Stuttgart 1987).

Universidad Pontificia de Salamanca

Los principios de actuación en la experimentación humana, expresados en la Declaración de Helsinky, revisada en Tokyo y enmendada por la 35ª Asamblea Médica Mundial (Venecia 1983), se enfrentan en el caso del SIDA con un desafío insospechable hasta ahora en el campo del diseño y alcance ético de los experimentos humanos [47]

A favor de la licitud de la terapia experimental, mientras no aparezca la vacuna apropiada, especialmente difícil de conseguir dado el carácter mismo de la enfermedad que desbarata el sistema inmunológico del paciente, se puede invocar la necesidad apremiante de poner en uso y rápidamente todos los medios terapéuticos disponibles, por leves que sean las esperanzas que puedan ofrecer.

Pero en contra de tal determinación cabría esgrimir los peligros que encierran los ensayos terapéuticos, especialmente cuando son prolongados durante mucho tiempo, y más aún si fueran insuficientemente controlados.

En todo caso, tanto la terapia experimental, como la decisión de renunciar a la misma cuando se considere inútil o nociva, resultan realmente difíciles de explicar tanto al gran público como, sobre todo, al mismo paciente y a su familia [48].

3.4. *Inhibición médica ante los enfermos del SIDA*

Un problema especialmente dramático es el configurado por algunos médicos que simplemente declaran su decisión de rehusar el tratamiento de los pacientes afectados por el SIDA, con el fin de prevenir su posible contagio. De la información ofrecida por los medios de comunicación social se ha pasado muy pronto a la discusión ética. Se han publicado artículos en defensa de la moralidad de la decisión de rehusar los cuidados a los pacientes infectados por el VIH. Varias asociaciones médicas han calificado como «deber» para los médicos la prestación de tales cuidados, aunque la Asociación Médica Americana manifiesta que no pretende imponer el cumplimiento de tal «deber», al tiempo que sugiere a los médicos que no puedan o no estén capacitados para atender a tales pacientes que los encaminen a los médicos o instituciones capacitados para ofrecer esos servicios [49].

Ante este problema concreto los obispos norteamericanos se han pronunciado con palabras tajantes:

47 Cf. D. D. Rutsein, 'The Ethical Design of Human Experiments', en Th. A. Shannon, *Bioethics*, 281-97; M. Vidal, *Bioética* (Madrid 1989) 126-34.

48 Cf. J. Gafo, Experimentación humana: valoración ética', en *Dilemas éticos de la medicina actual*, 243.

49 Un buen resumen sobre este tema puede verse en D. P. Sulmasy, 'By whose Authority? Emerging Issues in Medical Ethics', en *Theological Studies* 50 (1989) 105-12.

Universidad Pontificia de Salamanca

«Estamos muy preocupados por la actitud de ciertos profesionales de la sanidad o de instituciones que trabajan en este campo, que rehusan aportar los cuidados médicos o dentales a personas expuestas al virus del SIDA o que se presumen ser sujetos de 'riesgo'. Pedimos a todos los profesionales de la salud que no olviden su obligación moral general, aun observando las reglas y procedimientos médicos habituales, de aportar sus cuidados a todas las personas, incluidas las que están expuestas al SIDA. Por otra parte, aunque los empresarios de casas funerarias puedan estimar necesario tomar precauciones apropiadas, no tienen derecho a rehusar aceptar o preparar para la sepultura los cuerpos de personas difuntas afectadas de SIDA. Tampoco tienen el derecho de aumentar indebidamente sus tarifas para el enterramiento de personas afectadas por esta enfermedad» [50].

Algunos médicos aducen como fundamentación de tal rechazo y discriminación el propio «derecho» a seleccionar a sus propios pacientes, o bien afirman que el SIDA no existía todavía cuando ellos cursaban sus estudios de medicina en la Universidad, de forma que mal pudieron comprometerse, en su «contrato» con la sociedad, a prestar sus servicios y asistencia a unos enfermos que todavía no existían como tales y cuya enfermedad era aún desconocida. De hecho, la discusión ética sobre este rechazo ha venido a polarizarse en dos modelos éticos, centrados precisamente sobre los «derechos» y sobre el «contrato» [51].

Con todos los inconvenientes que pueden presentar ambos modelos éticos, más naturalista el primero y más positivista el segundo, hay que afirmar que, por una elemental razón de humanidad el paciente ha de ser tratado, cualquiera que sea su enfermedad, con los medios disponibles en cada momento histórico y en cada lugar concreto. Tal tratamiento incluye, por otra parte, la adopción de las necesarias cautelas por parte de los que están llamados a prestarle su asistencia que, en determinadas situaciones, puede requerir un comportamiento altamente sacrificado y hasta heroico.

Pasando a los ordenamientos positivos, habría que recordar que los códigos éticos de la profesión médica impiden a los profesionales de la salud rechazar a un paciente determinado, discriminándolo por razones sociales, raciales o ideológicas. Habría que decir que mucho más escandalosa sería una exclusión y discriminación en razón

50 *Los múltiples rostros del SIDA*, 123.

51 Cf. A. Zuger, 'Physicians, AIDS, and Occupational Risk', en JAMA 258, n. 14 (1987) 1924-28, con abundantes referencias; G. Concetti, *AIDS. Problemi di coscienza*, 52-59.

Universidad Pontificia de Salamanca

de la misma enfermedad, que constituye el objeto formal de la relación entre el paciente y el personal médico-sanitario [52].

De todas formas, habría que tener presente que el miedo exagerado al contagio —evitable con una adecuada profilaxis— no viene sino a delatar un cierto miedo tabuístico que en modo alguno se reduce a las culturas denominadas primitivas, así como un juicio moral sobre el paciente que artificialmente trata de establecer distancias y levantar barreras [53].

4. Objetivos del tratamiento

Un gran problema requiere una gran respuesta, como decía el doctor Jonathan Mann en la citada conferencia de Londres. Por desconocida que sea todavía la causa última o el curso futuro de esta grave epidemia, el hecho es que hoy mismo está ya costando innumerables vidas humanas. La situación requiere ya una estrategia global con tres objetivos:

1. En primer lugar, es preciso tratar por todos los medios —de investigación, económicos, sociales y educativos— de prevenir la infección.

2. Además, es preciso tratar de reducir el impacto personal y social de la infección a traés del VIH, incluyendo el cuidado de los ya infectados tanto con el VIH como con el SIDA.

3. Y por fin, parece necesario unificar los esfuerzos, tanto en el ámbito local y regional, como nacional e internacional.

Tales estrategias se basan fundamentalmente en unos principios éticos que son a la vez operativos:

1. La salud pública es un bien que ha de ser protegido y, en consecuencia, un deber ético para todos.

2. Es necesario respetar los derechos humanos de los afectados y prevenir y evitar todo tipo de discriminación.

3. Aunque todavía no exista una vacuna absolutamente eficaz, se sabe ya lo suficiente para que la prevención de la expansión del SIDA se convierta en un deber ético ineludible.

52 Cf. D. Gracia, 'Los derechos de los enfermos', en J. Gafo (ed.), *Dilemas éticos de la medicina actual*, 43-87, esp. 78-79.

53 A. Autiero, 'L'Etica di fronte alla malattia. Il paradigma dell'AIDS', 611.

Universidad Pontificia de Salamanca

4. La educación parece ser la clave para obtener tal prevención, precisamente porque la transmisión del VIH puede ser evitada gracias a un comportamiento informado y responsable.

5. El control del SIDA requerirá un compromiso sostenido y un amplio apoyo social y político.

6. Todos los países deberían articular un programa nacional completo de prevención y tratamiento del SIDA, integrado en los sistemas nacionales de sanidad y vinculado a su vez a una red mundial.

7. Una observación y evaluación sistemática podría ofrecer la seguridad de que esta especie de estrategia global puede adaptarse y continuar afianzándose a medida que sea necesario [54].

Evidentemente, estas orientaciones técnicas, ofrecidas por un especialista designado por un organismo internacional, no sólo no deben ser ignoradas si queremos actuar responsablemente —moral vivida—, sino que podrían incluso constituir como los puntos fundamentales para una reflexión ética más elaborada y articulada —moral formulada—.

En éste como en tantos otros campos se hace necesario prestar atención al *votum* del Concilio Vaticano II, que aconseja a los teólogos prestar atención a los datos ofrecidos por las ciencias humanas (GS 62). Tal exhortación es especialmente urgente para las cuestiones nuevas que afectan a la vida y la dignidad del ser humano, objeto a la vez de tales ciencias y de la reflexión moral.

Refiriéndose a la necesidad de una lucha integral contra la enfermedad, y al tiempo que agradecen a científicos e investigadores su trabajo en esta empresa, los obispos españoles escriben que «nuestra fe nos lleva a pensar que entra dentro de los planes de Dios el que los hombres con su inteligencia y su esfuerzo, llevados de sentimientos de humana solidaridad, y asistidos con su gracia, venzan esta enfermedad como han vencido otras muchas a lo largo de la historia. (...) Defendiendo la vida del hombre, glorifican la sabiduría y la misericordia de Dios creador» [55].

54 J. Mann, *Global AIDS*, 3-4.

55 *El SIDA: Algunas reflexiones cristianas*. Nota pastoral de la Comisión Permanente del Episcopado Español (12 jun. 1987), en *Los obispos hablan del SIDA*, 40.

Universidad Pontificia de Salamanca

Lejos de identificar el mal físico con el mal moral para anatematizar a las víctimas de esta nueva plaga, los profesionales cristianos, y todos los creyentes en Jesucristo, son convocados a actualizar en esta situación la acogida y el afecto con que él trataba y curaba a los leprosos (Mt 8, 1-4) y a hacer con estos hermanos doloridos lo que harían con el mismo Señor (Mt 25, 40).

JOSE-ROMAN FLECHA ANDRES

SUMMARY

The appearance of AIDS presents an enormous challenge to the medical sciences — as it does also to the agencies of social help, and to moral theology. In this last field, many of the studies undertaken in the last few years concern themselves with sexual practices, as much outside as within marriage.

The author of this work, however, concerns himself with the ethical problems that the detection of HIV (Human Inmonodeficiency Virus) creates for medical health personell. The hub of this ethical dilemma lies, above all, in the conflict between two important moral values: the right of each person to his liberty and to confidentiality regarding his health, and the right of society to enjoy an adequate standard of health protection.

Universidad Pontificia de Salamanca