

## INFECCION POR VIH: ALGUNAS CONSIDERACIONES ETICAS

Cuad. Méd. Soc. XXXVII, 4, 1996/ 5-12

*Dr. Marcelo Wolff Reyes\**

### INTRODUCCION

La pandemia de SIDA ya lleva más de 15 años expandiéndose en el mundo. La Organización Mundial de la Salud estima que a fines de 1996 se han infectado cerca de 23 millones de personas, 6 millones y medio han muerto (1 millón y medio durante 1996) y que diariamente se infectan 8.500 personas (40% de los adultos son mujeres; 1.000 del total son niños). El 90% de los infectados se encuentra en los países en desarrollo. Pero en el ya muy cercano año 2000 se espera que habrá cerca de 40 millones de infectados. Esto transforma esta enfermedad en uno de los problemas más importantes para la salud de la humanidad. La epidemia y sus cifras (tasas, morbilidad, mortalidad, expectativa de vida, productividad, etc.) tiene profundas consecuencias en el área de la salud, pero también a nivel económico, político, demográfico y en las bases morales de como nos relacionamos las personas y las instituciones, es decir, la ética. El autor intentará hacer un aporte a la discusión en esta última área sin ser especialista en la materia y sólo con el bagaje más bien intuitivo y pragmático que dan la profesión médica y los largos años ejerciendo la profesión en el campo de las enfermedades infecciosas y del SIDA en particular. La firme convicción de que la medicina, por siglos, ha mantenido y mantiene en la inmensa mayoría de sus miembros los más nobles principios éticos y de respeto del ser humano, más

una profunda creencia en los valores del humanismo y de los derechos y obligaciones de cada una y todas las personas han agregado un interés particular en el tema para el autor.

No cabe duda que la infección por VIH (termino más general y real que el de SIDA que fue una definición operacional, arbitraria pero necesaria en su tiempo) ha sacudido conceptos morales y éticos del mundo occidental (en Africa, donde está la mayoría de los infectados, no ha sido así ya que se ha aceptado como una más de las múltiples calamidades que afectan al continente). Esto ha ocurrido con otras epidemias en el mundo con anterioridad, las que con el curso del tiempo han pasado a ser consideradas como otra enfermedad más.

La infección por VIH despierta rechazo y temor e incita a la discriminación; en esto se ha visto comprometida tanto la población general como el segmento de ella al que la sociedad le ha conferido el monopolio del cuidado de su salud: el personal de salud, cuya cabeza más visible y líder es el cuerpo médico. Las principales razones para esta reacción han sido el desconocimiento de la enfermedad y del riesgo real de adquirirla, el temor al contagio por el contacto casual o social, el estar la infección íntimamente ligada a un área tan profunda, íntima y poco discutida como es la sexualidad, el haberse iniciado en el mundo occidental en grupos rechazados por la sociedad como son los varones homosexuales y expandirse rápi-

---

\* Presidente de la Fundación Arriarán. Profesor Asociado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

damente en grupos con prácticas explícita y formalmente rechazadas por la sociedad como censurables y/o ilegales como la drogadicción endovenosa.

Este rechazo se ha visto agravado por la rápida progresión de la enfermedad y su carácter uniformemente fatal en sus comienzos, la ausencia inicial de tratamiento y el riesgo mínimo pero real de contagio por exposición ocupacional durante la atención de pacientes.

En la medida que los infectados han ido aumentando y ya amplios segmentos de la sociedad conocen el SIDA no sólo a través de estadísticas o programas especiales de televisión sino como personas de carne y hueso, como parientes, vecinos, compañeros de trabajo o amigos, algo de este temor, rechazo y discriminación ha ido atenuándose pero no ha desaparecido. Afortunadamente ha ido surgiendo la contrapartida a esta reacción, que es la solidaridad y el apoyo.

Es también interesante señalar cómo muchas de las realidades o percepciones iniciales han ido cambiando, lo que ha simplificado las cosas en algunas áreas y en otras las ha hecho aún más complejas. El conocimiento científico acerca de la enfermedad y su agente causal ha progresado enormemente en especial en los 2 últimos años. Se puede decir sin temor a equivocarse que el VIH es el virus más estudiado y conocido por el hombre a pesar de las muchas interrogantes que persisten. Se ha confirmado repetidamente la ausencia de contagio en el contacto social no sexual y se cuenta con los medios para ofrecer en la inmensa mayoría de los países un suministro de sangre y hemoderivados seguro. Se han alcanzado éxitos notables en el noble objetivo de disminuir la transmisión de la infección de la madre al hijo en el período del embarazo y periparto en base a medicamentos. Muy especialmente se ha dado inicio a la quimioterapia moderna de la infección por VIH similar a la quimioterapia antineoplásica (combinada y prolongada) que tiene buenas posibilidades de transformar esta enfermedad en patología crónica o al menos en patología de sobrevida prolongada y con buena calidad de vida, utilizando adecuadamente las herramientas terapéuticas actuales. Ya hay investigadores clínicos que plantean, muy cautamente eso sí, la posibilidad de "cura" o erradicación de la infección. El riesgo de infección postexposición ocupacional puede ser reducido notablemente en el personal de salud con medicamentos profilácticos utilizados precozmente luego de la exposición. Esto es tan sólo el comienzo; el futuro cercano traerá indudablemente

mejores noticias al respecto. Definitivamente se puede decir que desde el punto del conocimiento de la enfermedad, su agente patógeno y su tratamiento asistimos no al "comienzo del fin" de la enfermedad pero sí al "fin del comienzo". En países desarrollados ya se nota una disminución de la morbimortalidad gracias a estos tratamientos. El problema logístico y económico de poner a disposición de la población estos avances es formidable y tema para estudios macroeconómicos y políticos. En prevención, los avances no han sido tan importantes ya que la enfermedad continúa su expansión en el mundo cada vez más, eso sí, como una patología característica de las enfermedades de transmisión sexual afectando al segmento mayoritario de la población, la heterosexual (como ha sido siempre en África y ahora en Asia). Proporcionalmente cada vez más mujeres y hombres se infectan a través de relaciones heterosexuales, con lo que el indebido y peligroso concepto de enfermedad de homosexuales tiende a desaparecer.

Los aspectos éticos atinentes a esta enfermedad son muchos; los desarrollados aquí tendrán que ver fundamentalmente con los relacionados a la atención de salud y se enuncian en la tabla 1. La mayoría de los juicios emitidos a continuación, si bien personales, están basados en principios generales y en documentos específicos, algunos de los cuales contaron con la colaboración del autor para su redacción.

TABLA 1  
Tópicos éticos relevantes en la infección por VIH

1. Derecho de los pacientes a ser atendidos
2. Condiciones requeridas para la atención de pacientes VIH+
3. Obligación de los pacientes a informar de su condición de infectados
4. Confidencialidad sobre la condición de infectado
5. Realización del examen de detección de infección por VIH
6. "Derecho" a hacer el examen
7. ¿Quién notifica al paciente?
8. Condicionamiento del tratamiento al estado serológico
9. El personal de salud infectado

Es interesante destacar que uno de los primeros fue la declaración de la Sociedad Chilena de Infectología (SOCHINF) en 1988 (1). La posición conjunta de la Sociedad Americana (estadounidense) de Enfermedades Infecciosas (IDSA) y el American College of Physicians (ACP), Sociedad de Medicina Interna de Estados Unidos, es muy completa al respecto (2). Finalmente la declaración de Cartagena de la Asociación Panamericana de Infectología (API) es también un importante intento de uniformar la posición latinoamericana (3).

## 1. DERECHO DE LOS PACIENTES A SER ATENDIDOS

La respuesta a una eventual pregunta de este tipo debe ser en forma natural y categórica afirmativa. Desgraciadamente esto no se ha traducido en un actuar uniforme y ya sea por discriminación o por temor a la infección hay miembros del equipo de salud, tanto de nivel profesional como técnico, que han cuestionado este derecho y se han negado a atender pacientes VIH+, les han proporcionado atención subóptima o no adecuada. Aún hoy es frecuente encontrar dificultades o resistencia a la atención quirúrgica y odontológica de estos pacientes. Pero la práctica de la medicina es una atribución de confianza concedida por la sociedad monopólicamente a un grupo especial de personas y conlleva responsabilidades hacia ésta, por lo que hay un imperativo ético de otorgar los servicios profesionales a todos los pacientes. El médico es el líder del equipo de salud y debe ser quien primero dé el ejemplo. Es por ello que el personal de salud tiene la obligación legal, moral, ética y profesional de dar atención asistencial oportuna, técnicamente adecuada, no discriminativa y exenta de interferencias dadas por eventuales diferencias con las conductas, valores, creencias o preferencias de los pacientes.

Si bien estos principios deben ser permanentes y comprometer a todos los profesionales de la salud cualesquiera sean nuestros valores, creencias y tiempo en la profesión, cabría recalcar que los profesionales más jóvenes debieran estar particularmente imbuidos de estos principios pues ya van cerca de 10 promociones de médicos y más aún de otros profesionales que iniciaron sus estudios y compromiso con estas carreras sabiendo que existía esta patología e incluso en conocimiento de los mínimos pero reales riesgos de contagio por exposición ocupacional.

## 2. CONDICIONES REQUERIDAS PARA LA ATENCION DE PACIENTES VIH+

Al igual que muchas enfermedades de antaño y de varias actuales, la infección por VIH puede transmitirse durante la atención de salud al personal de salud (exposición ocupacional). El riesgo es muy bajo (menos del 0.4% por accidente percutáneo con líquidos biológicos de riesgo); pero es real y ya hay personal de salud infectado por exposición ocupacional. El VIH puede transmitirse por contacto percutáneo y en mucho menor grado por contacto mucoso y a través de la piel no intacta con líquidos biológicos de riesgo (que no son todos los líquidos corporales sino sangre y líquido cefalorraquídeo entre otros, pero no saliva, orina, lágrimas ni deposiciones). De hecho, el VIH no se transmite por vía aérea.

La aplicación de las denominadas "precauciones universales" durante la atención es suficiente para minimizar al máximo el riesgo para el personal de salud e implica básicamente evitar el contacto con líquidos biológicos de riesgo en base a uso de guantes, evitar los accidentes cortopunzantes y usar material desechable en procedimientos invasivos. Por lo tanto, para que el personal pueda otorgar la obligatoria atención a pacientes VIH+ ya analizada en el punto 1, las instituciones públicas y privadas deben proporcionar los elementos, las condiciones de trabajo y la capacitación para que se pueda cumplir con estas precauciones universales. Las condiciones de infraestructura e insumos mínimos para la realización de la atención en forma técnicamente adecuada y biosegura, a diferencia de lo que muchos creen, son sencillas, baratas y de fácil implantación.

## 3. OBLIGACION DE PACIENTES A INFORMAR DE SU CONDICION DE INFECTADOS

Así como el paciente tiene los derechos propios de su condición de personas, tiene también algunas obligaciones respecto a su enfermedad. La primera de ellas es no transmitir la infección a otros. Estas obligaciones adquieren una mayor fuerza desde el momento en que la persona sabe que está infectada.

Hay dos razones que pueden esgrimirse para hacer recomendable y en algunos casos indispensable que la persona informe al médico tratante (no necesariamente a otros profesionales) de su condición de infectado. En primer lugar está el

manejo adecuado de la patología y sus complicaciones muy particulares ya que muchos de los síndromes clínicos que se presentan se analizan y manejan en forma completamente diferente en población VIH+ en relación a las personas VIH-. Se pueden tomar mejores decisiones en beneficio del paciente en conocimiento de la situación de infectado. Más aún, se pueden evitar algunas medidas que conllevan riesgo especial a pacientes VIH+. En segundo lugar, si bien las precauciones universales bastan para evitar la transmisión ocupacional, se establece una mejor relación médico-paciente y un sentimiento positivo por parte del equipo si los pacientes demuestran interés en advertir del riesgo (mínimo) al personal. Este aspecto adquiere especial importancia en la atención odontológica, en donde ha habido mayor dificultad para implementar las precauciones universales y además el riesgo de transmisión pudiera ser mayor.

No toda acción médica requiere esta información; para muchos exámenes no invasivos esta información es irrelevante. Sin embargo la mención de la situación de infectado puede (y de hecho en la práctica ocurre con frecuencia) determinar un rechazo en la atención o una menor calidad de ésta. Esta dificultad, que ha ido disminuyendo con el tiempo, no exime de esta responsabilidad ética al individuo conocedor de su situación de infectado.

En la práctica la mejor solución a esta disyuntiva a la que se enfrenta el paciente es informar a su médico tratante y traspasar la responsabilidad a éste para que informe a otros, de acuerdo a la necesidad específica de cada situación, apoyado en principios que se analizarán en el punto siguiente.

#### 4. CONFIDENCIALIDAD SOBRE LA SITUACION DE INFECTADO

En la relación médico-paciente debe establecerse un adecuado equilibrio entre los derechos del paciente y los de terceros, quienes en su grado más amplio constituyen la sociedad. Si los riesgos para esta última son significativos la toma de medidas generales puede primar sobre ciertos derechos individuales, pero nunca debe dejar desamparado al o los individuos por quienes se hayan tomado estas medidas.

En general y salvo excepciones muy especiales, la sociedad no requiere de la información específica sobre individuos para tomar medidas protectoras generales para la población, por lo tanto

debe primar el principio básico de mantención de la confidencialidad de la información que poseemos sobre un determinado paciente (secreto profesional) y tener presente que el diagnóstico y toda la información pertinente pertenecen al paciente o a los responsables legales en caso de incapacidad o minoría de edad.

La mejor forma de compatibilizar estas posiciones potencialmente en conflicto en el ámbito de la atención de salud es aplicar por parte del médico tratante el principio de poner a disposición la información sólo al personal de salud que la necesite para realizar su trabajo en beneficio del paciente. El personal de salud que no atiende al paciente no la necesita y muchos de los que sí lo atienden, tampoco. Muchas veces basta saber que hay que aplicar precauciones universales (las que de todas maneras deben aplicarse en todos los pacientes por igual, de ahí su nombre de universales). En la realización de exámenes generales la entrega de la información de infectado por VIH sólo debe hacerse si esto va a beneficiar al paciente con un mejor diagnóstico o evaluación de su problema.

En caso de procedimientos invasivos o quirúrgicos, la mayoría de las veces la información es requerida para un mejor manejo del caso. En las pocas ocasiones en que esto no es así, el médico tratante debería ejercer su mejor juicio para equilibrar los intereses de todos los involucrados. En muchos casos puede bastar la mera información de que es necesario aplicar con rigor las precauciones universales en un paciente en particular.

Fuera del personal de salud involucrado en la atención de un paciente se presentan situaciones particulares que conviene analizar:

Familiares y conocidos no tienen derecho a la información y ésta sólo puede ser entregada previa la autorización expresa del afectado (en rigor toda información médica debiera ser tratada así).

Claramente, ésta es una información que debe ser usada con responsabilidad y precaución por el médico tratante y el personal de salud que la conozca. No corresponde entregarla a empleadores ni a miembros del ambiente laboral o social en que se desenvuelve el paciente a menos que éste así lo autorice. A Isapres u otras instituciones de salud a las que esté afiliado el paciente se les podrá informar sólo si la institución lo solicita y demuestra que el paciente ha autorizado la entrega de información médica sobre su persona.

Una situación particular la constituyen las parejas sexuales de personas infectadas. Las personas infectadas tienen la responsabilidad moral y

ética (y en algunos países legal) de informar a sus parejas. No basta la decisión unilateral de uso de preservativo; la continuación de relaciones sexuales luego de saberse infectado (independiente del estado serológico de la pareja) debe ser consensual, informada y sin presión. Es rol del médico tratante (y otros profesionales de la salud) recalcar esto al paciente y fomentar la pronta información a la(s) pareja(s) y ofrecer consejería a ellas. El conocimiento por parte de un profesional de la salud de que esto no se está haciendo (informar a la pareja sexual) a pesar de la recomendación de hacerlo en un tiempo prudente, libera al profesional del compromiso de confidencialidad con el paciente y le permite entregar la información a las personas expuestas, los responsables legales en caso de incapacidad o minoría de edad o en casos excepcionales a la autoridad de salud respectiva. En algunos países este derecho del profesional de salud es incluso una obligación legal si el afectado no cumple con su responsabilidad. El paciente debe ser adecuadamente informado de estas medidas a que se puede recurrir antes de llevarlas a cabo.

## 5. REALIZACION DEL EXAMEN DE DETECCION DE INFECCION POR VIH

Dada la situación actual de la epidemia en relación a su expansión, a los riesgos de transmisión a terceros y de la posibilidad de evitar esta transmisión, del impacto de medidas de fomento de la salud en infectados, de medidas preventivas de complicaciones y del efecto de la terapia anti-retroviral moderna, es deseable que el mayor número posible de personas (idealmente todas) sepan su estado personal en relación a la infección por VIH. Pero esto es fundamentalmente una decisión individual, voluntaria, informada, no obligatoria y que debe pasar prácticamente siempre por la expresa autorización del interesado.

En la realización del examen de detección de infección por VIH se puede distinguir un ámbito ajeno a la salud (ej., laboral y previsional), uno en relación a la salud pública y la epidemiología y uno en relación a la salud individual.

Al respecto valen algunas consideraciones:

- a. ... "el estudio serológico obligatorio y cualquier otra forma de evaluación sin consentimiento no tiene lugar en la prevención del SIDA ni en los programas de control"... (Resolución del 45° Asamblea Mundial de la Salud, WHA 45.35, 14 de marzo de 1992. World Health Organization (GPAINF/13.2).

Todas las organizaciones y entidades de salud (Organización Mundial de la Salud, Oficina Panamericana de la Salud, Centers for Diseases Control and Prevention, API, SOCHINF, entre otras) desaconsejan el tamizaje masivo e indiscriminado pero tienden a fomentar el chequeo voluntario de la población general o de individuos bajo riesgos específicos.

- b. El testeo de la infección por VIH debe ser obligatorio y considerado como indispensable para preservar la salud y prevenir la infección de terceros que reciben productos biológicos de otros y debe realizarse en todos los casos de:
  - donación de sangre y hemoderivados
  - donación de tejidos y órganos
  - donación de material germinativo (inseminación artificial)
 Requisito: el donante (o familiar en caso de fallecidos) debe ser informado de antemano de la necesidad de realizar este examen.
- c. La API/SOCHINF (1, 3) plantea que:
 

Se deben estimular los estudios de vigilancia que permitan monitorear la marcha de la epidemia en la población general y ciertos grupos (ej. comercio sexual, drogadicción endovenosa, pacientes con enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y posiblemente en embarazadas)

 Requisitos: estudios poblacionales de este tipo deben preservar el anonimato de las personas y prevenir su identificación por terceros.
- d. Hay consenso general entre las entidades internacionales y nacionales relacionadas al campo de la salud y los derechos humanos en que la serología VIH no debe formar parte de los requisitos para:
  - Obtener y mantener un empleo, oficio o profesión.
  - Ingresar a instituciones educacionales.
  - Obtener seguros de vida o seguros de salud.
  - Obtener visas y autorización de traspaso de fronteras
  - Cualquier otra indicación que no corresponda a estrictos criterios médicos.

Instituciones militares de muchos países no siguen estos lineamientos. La mayoría de las instituciones civiles y médicas en general no comparten esta posición.

En relación a los casos individuales la posición de la API /SOCHINF/ACP/IDSA se puede resumir en que en la indicación del estudio serológico debe primar el interés de ayudar al paciente por sobre el interés de “proteger” al personal de salud. No se requiere saber el estado serológico de todo paciente sino sólo de aquellos en quienes la información tendrá influencia en el manejo inmediato y debe tener por objeto mejorar la atención del paciente permitiendo la intervención oportuna con medidas profilácticas y preventivas de complicaciones, eventual inicio de terapia antirretroviral y adopción de medidas para disminuir el riesgo de infección a terceros.

Con frecuencia surgen propuestas de realizar el examen serológico en forma rutinaria a todos los consultantes de servicios médicos, todos los que vayan a ser sometidos a procedimientos invasivos o a denominados grupos de riesgo. Frente al tamizaje de rutina en los consultantes de atención médica se pueden plantear algunas posibles ventajas y desventajas.

Posibles ventajas:

- Inicio de medidas preventivas o terapéuticas de complicaciones y terapia antirretroviral oportuna.
- Mejor diagnóstico de los motivos de consulta.
- Optimización de medidas de precauciones universales.
- Educación al paciente y fomento de conductas seguras para sí mismo y terceros.

Posibles desventajas:

- Riesgo de trato discriminatorio.
- Atropello a la privacidad.
- Riesgo de retardo en la atención por la demora del resultado del examen y en especial de su confirmación con exámenes más definitivos.
- Riesgo de diseminación de la información a terceros, con consecuencias perjudiciales en lo laboral, social, previsional, familiar y de cobertura médica.
- Sensación de falsa seguridad por parte del personal de salud frente a pacientes con serología negativa.
- Riesgo de intento de reciprocidad por parte de pacientes (tamizaje al personal de salud).

En el balance general de estas ventajas y desventajas la inmensa mayoría de las instituciones ha optado por no hacer el estudio en forma rutinaria en los pacientes (independiente del consentimiento informado que se pueda solicitar) sino focalizar el examen de acuerdo al caso particular.

Esta es la posición que sostiene al autor como éticamente más adecuada.

Distinto es el caso del interés que pueda haber en la autoridad de salud o una entidad de salud en particular de saber la tasa de infectados por VIH que requieren sus servicios asistenciales. Para ello es perfectamente válido realizar estudios anónimos de incidencia o prevalencia con cuyos resultados se puede ir viendo la evolución de la epidemia y tomar medidas específicas. Si bien hay un cierto consenso en los aspectos ya mencionados, en la práctica el tema se ve contaminado con factores subjetivos y emocionales generalmente influidos por falta de conocimiento de los hechos objetivos y racionales. En muchos profesionales de salud que realizan procedimientos invasivos/quirúrgicos existe la sensación de que estarán más protegidos al saber el estado serológico de los pacientes sobre los que intervendrán y hay una creciente presión por realizar el examen de antemano. Muchas veces el conocimiento de que las precauciones universales bastan no le es suficiente. Hay estudios que muestran que la incidencia de accidentes percutáneos no ha sido distinta a la observada durante la atención de pacientes con serología desconocida o conocida VIH-. Con frecuencia este mismo personal es el que ha sido reticente a vacunarse contra hepatitis B, patología mucho más contagiosa en el ambiente laboral y perfectamente evitable con inmunización.

El ACP/IDSA ha planteado la opción de realizar preoperatoriamente del examen en caso de ciertos procedimientos quirúrgicos minoritarios en que el riesgo documentado de accidentes es mucho mayor que el habitual y en los que la adopción de medidas especiales más allá de los estándares no es posible de implementar en todas las cirugías. Estos procedimientos quirúrgicos especiales, sin embargo, no fueron definidos en su planteamiento (2).

El tema sigue siendo controversial y activamente debatido en su aspecto técnico. En lo ético, independiente de lo que se decida a nivel individual o institucional, el aspecto más importante es que si el examen se hace, haya un consentimiento informado del paciente y que no haya disminución en la calidad y oportunidad de la atención ya sea por el rechazo del paciente de hacerse el examen o por el resultado de éste.

Una circunstancia especial en donde va imponiéndose la tendencia al tamizaje de rutina es el embarazo. La mujer embarazada VIH+ puede transmitir durante el parto (embarazo, parto y postparto) la infección a su descendencia en una

frecuencia que va del 15-40%. La administración de medicamentos en ese período ha disminuido significativamente esta transmisión (se previene la transmisión en 2 de cada 3 niños que se habrían infectado) y la intervención requiere ser hecha en momentos muy precisos del embarazo y parto. Dado el éxito de esta intervención médica, al hecho de influir beneficiosamente en un tercero (el recién nacido) y al interés de la sociedad (y eventual derecho) de reducir la magnitud de la epidemia en sus miembros (especialmente de sus futuros integrantes), se ha planteado la eventual conveniencia de realizar el examen a todas las embarazadas para aplicar estas medidas reductoras de la transmisión vertical. La mayoría de las organizaciones e instituciones de salud no consideran que el tamizaje obligatorio sea la medida adecuada. Sin embargo hay consenso general de que el examen de detección de anticuerpos VIH debe ser ofrecido a todas las embarazadas, que el Estado debe asumir el costo en los beneficiarios de la salud pública y que debe ir asociado a la posibilidad real de ofrecer las medidas reductoras de transmisión vertical a las infectadas.

## 6. "DERECHO" A HACER EXAMEN

Todas las organizaciones o entidades consideran que no tenemos "derecho" (definido como autoridad ética, profesional y legal) para realizar el examen sin haber cumplido previamente con ciertas condiciones básicas que se resumen en: información de qué es el examen, su significado, valor predictivo, necesidad de métodos confirmatorios en caso de resultados positivos; reafirmación de que la información será manejada con la reserva señalada en puntos anteriores y que se cuente con un consentimiento una vez informado en lenguaje comprensible para el paciente y sin presiones. En la práctica una buena relación médico-paciente y pocos minutos de dedicación permiten cumplir con estos requisitos en la inmensa mayoría de los casos.

La realización del examen sin consentimiento es éticamente aceptable sólo en condiciones excepcionales, entre las que se incluye la exposición ocupacional del personal de salud (la rápida administración de medicamentos luego de una exposición de riesgo pudiera disminuir la tasa de infección en cerca de un 80%) y la realización del examen en un paciente inconsciente o incompetente en ausencia de sus representantes legales y en casos en que esa información sea útil para el

paciente. En caso de relaciones sexuales no consensuales, bajo presión o violación es éticamente aceptable la realización del examen en el responsable de la relación no consensual para decidir medidas preventivas, las que no están claramente definidas en estos momentos.

## 7. ¿QUIEN NOTIFICA AL PACIENTE?

Tradicionalmente la información del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una enfermedad es una responsabilidad privativa del médico. La infección por VIH debe ser tratada de igual forma. Así como es responsabilidad médica la solicitud del examen, lo es también informar su resultado. Los médicos de especialidades más alejadas del tema que en su práctica se enfrenten a la necesidad de solicitar el examen deben capacitarse en consejería y en los aspectos básicos de la enfermedad para poder dar esta información al paciente antes de derivarlo a otro profesional. Definitivamente es falta a la ética hacer que otro informe a un paciente del resultado de un examen que uno ha solicitado.

## 8. CONDICIONAMIENTO DEL TRATAMIENTO AL ESTADO SEROLOGICO

El principio general debe ser que la calidad de la atención prestada no debe estar supeditada a características del paciente ni de su enfermedad, ya sea infección por VIH u otra patología. Éticamente debe ofrecerse lo mejor disponible a todo paciente en forma oportuna y de acuerdo a las características y estado de su enfermedad. La infección por VIH, al igual que otras enfermedades, puede limitar o contraindicar ciertas modalidades terapéuticas, pero estas variaciones deben estar dadas por el estado de la enfermedad, los tratamientos concomitantes y otras variables similares pero no por el diagnóstico de infección por VIH en sí. Es más, los recientes avances científicos que tienden a situar cada vez más la infección por VIH como enfermedad crónica de menor mortalidad determinarán que cada vez más los pacientes VIH sean candidatos a modalidades terapéuticas de la enfermedad de base o de sus complicaciones pensadas a mediano y largo plazo, concepto que hasta hace poco no era aplicable. No es ético negarles estas posibilidades a los pacientes VIH+.

## 9. EL PERSONAL DE SALUD INFECTADO

Al igual que todos los segmentos de la sociedad, el personal de salud también ha sido afectado por la epidemia; excepto casos anecdóticos (no notificados en Chile) de infección por exposición ocupacional, este personal se ha infectado por los mismos mecanismos que la población en general. Todos los conceptos aplicables a los pacientes como personas, revisados en los puntos anteriores, son aplicables al personal de salud.

El riesgo de transmisión de VIH durante la atención médico-dental es muy pequeño pero real. Debido a la notificación de un caso de transmisión de un profesional odontológico a pacientes este riesgo puede ser considerado bidireccional. Por lo tanto es esencial analizar el tema ya que el principio básico original de la práctica médica es "primero no causar daño". Afortunadamente los beneficios de las precauciones universales se obtienen para ambos lados. A pesar de millones de interacciones de personal de salud infectado con pacientes incluidos procedimientos quirúrgicos complejos, la transmisión de VIH desde el personal de salud a pacientes ha sido documentada oficialmente en sólo una situación en donde habría habido transgresión a normas básicas de control de infecciones. No es imposible que algún otro u otros casos se documenten a futuro, pero es claro que la transmisión en ese sentido es infinitesimal y mucho menor que la de pacientes al personal, que ya es mínima.

Por otro lado y luego de mucho debate ha habido consenso entre las organizaciones y entidades de salud de que el personal de salud infectado puede realizar su trabajo. Sin embargo, se han establecido ciertas recomendaciones tendientes a minimizar el riesgo de transmisión de VIH a los pacientes:

- a. Adherencia estricta a la aplicación de las normas de precauciones universales y procedimientos de control de infecciones nosocomiales.
- b. Autoevaluación del riesgo de infección por VIH y fomento al conocimiento individual voluntario del estado serológico.
- c. Recomendación de serología en caso de exposiciones laborales.
- d. Consejería y tratamiento adecuado para el personal infectado.
- e. Evaluación periódica de la competencia (técnica e intelectual) para la realización de su

trabajo, incluidos procedimientos invasivos de la persona afectada por un equipo médico que incorpore al médico tratante, a un especialista en infección por VIH, a un profesional de especialidad similar a la del afectado, representantes del comité de infecciones intrahospitalarias y de la administración de la institución. De ser considerado competente, no cabría aplicar limitaciones al tipo de actividades a realizar. En caso de encontrar algún grado de incompetencia habrá que determinar las limitaciones que se estimen necesarias y que puede ir desde la no realización de procedimientos de riesgo de accidentes ocupacionales, limitación de todos los procedimientos invasivos o exención de atención directa de pacientes.

- f. Mantenimiento de la confidencialidad de la información.

Uno de los aspectos más controversiales respecto al personal de salud infectado que se mantiene con responsabilidades de atención directa se refiere a la eventual notificación de la situación a los pacientes. No hay consenso, la mayoría de las instituciones y organizaciones de salud consideran que cumpliendo las recomendaciones recién mencionadas no sería obligatorio. No todos comparten esta posición. La terapia antirretroviral actual (y la futura más aún) puede reducir drásticamente los niveles de virus de fluidos orgánicos. Si esto, como es lógico suponer, se asocia a reducción importante o total de la infectividad, este aspecto controversial puede perder relevancia.

## REFERENCIAS

1. Posición de la Sociedad Chilena de Infectología frente a la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA. Rev. Ch. de Infectología 1988; 5:69-72
2. American College of Physicians and Infectious Diseases Society of America Position Paper. Human Immunodeficiency Infection. Clin Infect Dis 1994; 18:963-73
3. Informe del Comité de SIDA de la Asociación Panamericana de Infectología. Declaración de Cartagena. La epidemia de VIH-SIDA y el compromiso del equipo de salud. Boletín API vol 2; N° 2 1995.