

SIDA: ASPECTOS SOCIALES, JURIDICOS Y ETICOS DE LA "TERCERA EPIDEMIA"

*Susan Scholle Connor*¹

INTRODUCCION

En los Estados Unidos de América, a una enfermera que había trabajado en un pabellón de pacientes de SIDA se le comunicó que las pruebas serológicas a que fue sometida para detectar la presencia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) habían resultado positivas. La protagonista de este caso hizo pública su historia por todo el país; expuso cómo cambió su vida y la forma en que esto se produjo. Cesó de tener cualquier contacto físico con su marido y sus hijos, hasta el punto que dejó de besarlos. Se tornó excesivamente meticulosa con la higiene personal y comenzó a usar un juego de platos separado. Comprobó que sus compañeros de trabajo, si bien le declaraban su profunda simpatía, se manifestaban sumamente cautelosos al trabajar con ella en el hospital. Sus vecinos la trataban con una precaución especial y con exagerada cortesía. Se sentía deprimida, enfadada y con mucho temor. El caso tuvo un desenlace feliz, ya que se trataba de un positivo falso; es decir, que no estaba infectada. Los resultados de las numerosas pruebas a que fue sometida estaban

equivocados. Así pues, aprovechó su experiencia para educar al público, a los trabajadores de salud y a cualquiera que se encontrase a su alcance sobre lo que puede sentir una persona infectada por el VIH. (Además, viviendo en un país pleiteador como los Estados Unidos, últimamente se supo que estaba considerando la posibilidad de entablar un juicio contra los laboratorios que la identificaron como seropositiva.)

La experiencia de esta enfermera no es única. El SIDA está presente actualmente en todos los países del mundo. Es una enfermedad que aterra con razón, ya que invariablemente resulta mortal. Todos tememos al SIDA, del mismo modo que tememos al cáncer, pero a diferencia de lo que ocurre con este, podemos contraer el SIDA por contagio de otras personas. Es una enfermedad transmisible aparecida en el curso de una generación que, por lo menos en el mundo desarrollado, se había acostumbrado a vivir sin el miedo a la muerte por contagio. Por ello, el temor al contacto con una persona que pueda ser "portadora" de esta enfermedad constituye una reacción propia de la naturaleza humana.

Este miedo conduce a lo que el Dr. Jonathan Mann, Jefe del Programa

¹ Organización Panamericana de la Salud, Oficina de Asuntos Jurídicos y Programa Global OPS/OMS sobre el SIDA en las Américas. Dirección postal: 525 Twenty-third Street, NW, Washington, DC 20037, EUA.

Global de la OMS sobre el SIDA, ha denominado "la tercera epidemia":

La tercera epidemia sigue muy de cerca a las otras dos, a la infección por el VIH y al SIDA. Es la epidemia de la reacción económica, social, política y cultural. Como dijo Javier Pérez de Cuéllar, Secretario General de las Naciones Unidas, "el SIDA plantea cuestiones sociales, humanitarias y jurídicas cruciales, y amenaza socavar la estructura de tolerancia y entendimiento que sostiene la vida de nuestras sociedades" (1).

Este artículo examina algunas de las cuestiones sociales, jurídicas y éticas más importantes que plantea el SIDA. Sin embargo, es evidente la imposibilidad de estudiar todos estos aspectos en un trabajo breve, o de analizar cabalmente las importantes cuestiones de índole moral, sobre las cuales tanto han escrito especialistas notables. Así pues, aunque de forma somera, trataremos esencialmente las preguntas siguientes:

1 ¿Cuál es el mejor enfoque de salud pública para el tratamiento de las personas infectadas por el VIH y el SIDA, y qué derechos deben tener?

2 ¿A quién debe someterse a examen para la detección del SIDA con carácter obligatorio?

3 ¿Quiénes tienen derecho a saber si una persona tiene el VIH o el SIDA? ¿Es un deber avisarles?

4 ¿Cómo puede protegerse a la sociedad de las personas que en forma irresponsable, y quizá hasta deliberada, se permiten contagiar a otras?

Todas estas preguntas implican, esencialmente, el mismo análisis. En primer lugar, ¿dónde trazamos la línea divisoria entre los derechos del individuo y los de la sociedad? Segundo, ¿cómo equilibramos estos intereses? Ter-

cer, ¿cuál es la mejor forma de proteger los derechos de las personas en riesgo y de toda la sociedad frente a la difusión del SIDA? Y cuarto, ¿qué pruebas científicas de peso se posee acerca de la transmisión, diagnóstico, tratamiento, exámenes, modificación de la conducta, orientación, educación y transferencia de información?, ya que, en definitiva, la ciencia es la que ha de determinar las políticas y, por consiguiente, las leyes.

Todas estas consideraciones son por demás importantes en el caso del VIH y el SIDA, puesto que hay pruebas científicas que indican que la difusión se origina en comportamientos íntimos censurados en la mayoría de las sociedades (relaciones homosexuales, abuso de drogas administradas por vía intravenosa y promiscuidad heterosexual). El grado de tolerancia o desaprobación de la sociedad varía ampliamente de un país a otro y, asimismo, cada país tiene tradiciones diferentes en cuanto a la fuerza de los derechos individuales frente a los de la sociedad en pleno. Hay algunos principios absolutos aceptados en todo el mundo que están recogidos en los acuerdos y declaraciones concernientes a los derechos humanos, pero estos textos dejan un amplio margen para la interpretación. La tarea de la OMS consiste en definir estos principios desde la perspectiva de la salud pública para elucidar cuál es la mejor manera de protegerla, desde un punto de vista científico. Este es el tema del presente artículo.

PREGUNTA 1

¿Cuál es el mejor enfoque de salud pública para el tratamiento de las personas infectadas por el VIH y el SIDA, y qué derechos deben tener?

La mejor forma de proteger la salud de todas las personas es permitir

que aquellas que padecen el SIDA desarrollen vidas normales en la medida que su salud lo permita. La discriminación y el estigma herirán y no ayudarán, tanto al público en general como a los que se encuentren infectados.

La tercera epidemia ha llevado a cometer algunos abusos inauditos. Se ha negado vivienda, enseñanza, empleo y hasta sepultura a adultos y niños de los cuales solamente se sospechaba que tuvieran la infección por el VIH. Asimismo, en varios casos algunos trabajadores de salud se han negado a atenderlos. Aun en las sociedades teóricamente más ilustradas, el miedo ha conducido a la histeria. La casa de dos niños hemofílicos infectados fue incendiada cuando trataron de inscribirse en la escuela local. En varias empresas se ha despedido de inmediato a empleados con SIDA. Algunas compañías de seguros han rehusado emitir pólizas a hombres residentes en zonas conocidas de ambiente homosexual. Igualmente, varios propietarios de viviendas han desalojado a inquilinos cuyos exámenes serológicos resultaron positivos.

En algunos casos, se han perpetrado abusos de este tipo a pesar de haber sido declarados ilegales. En muchos países, las leyes y el precedente de algunos fallos judiciales impiden la discriminación basada en la discapacidad o la enfermedad (aunque serán pocas, si existen, las leyes que prohíben específicamente la discriminación fundada en la existencia del VIH o el SIDA). Se considera como un derecho humano fundamental no ser objeto de la discriminación basada en la discapacidad. Este concepto se ha transformado en un criterio moderno universal.

Las declaraciones y acuerdos internacionales referentes a los derechos humanos, que establecen normas universales, fueron adoptados antes de que se tornara evidente la necesidad de estable-

cer en forma clara y específica la ilegalidad de la discriminación motivada por la discapacidad o la enfermedad. No obstante, la teoría fundamental de los derechos humanos supone que ninguna persona puede ser tratada en forma injusta o desigual debido a su raza, religión, nacionalidad u *otra condición* que no guarde relación con sus acciones o calificaciones. Este sentimiento, tan firmemente arraigado en el mundo moderno, se aplica al VIH y al SIDA.

La OMS ha adoptado una posición firme en la materia, pese a que los derechos humanos (si bien implícitos en la misma razón de ser del organismo internacional de salud pública) generalmente no atraen la atención explícita de la Organización. Esta profunda preocupación de la OMS por el derecho a ser libre de discriminación se basa en algo más que la disposición general hacia los derechos humanos. La experiencia en todo el mundo ha demostrado que la única forma de combatir la creciente expansión de la infección por el VIH depende de la cooperación pública. Debe cambiar la conducta riesgosa, especialmente la de las personas ya infectadas. Los cambios de comportamiento conciernen momentos de intimidad y no hay medio por el cual la sociedad pueda *imponer* prácticas sexuales "sin riesgo" sin aplicar medidas draconianas absurdas. (Incluso una medida draconiana como la cuarentena no asegura un comportamiento sin riesgo.) Por otra parte, el SIDA es una enfermedad, no un castigo ni un crimen.

Los especialistas de la OMS en salud pública, epidemiología, enfermedades transmisibles, educación en salud y prevención de enfermedades —así como en materias legales, psicología y sociología— han estudiado exhaustiva-

mente las posibles políticas de prevención y control del SIDA. Estos expertos provienen de todas las culturas y de países que se encuentran en diversas etapas de desarrollo. Sus informes se han debatido en reuniones de carácter mundial. La conclusión universal ha sido que el respeto por los derechos humanos es más que un criterio humano: es el único criterio capaz de combatir con eficacia el SIDA.

La razón es por demás clara. Si las personas que se encuentran en riesgo, aparte del temor de perder su vida en cualquier momento, temen también perder sus empleos, viviendas, colegios y su participación en las actividades sociales normales, no acudirán a examinarse o a solicitar orientación. Tampoco podrán llegar a ellas las autoridades de salud pública, que no podrán advertir a otras personas acerca del riesgo a que se expondrían al recibir donaciones de sangre contaminada o al mantener relaciones íntimas con esas personas infectadas. Esta es la principal razón en salud pública por la que debe evitarse la discriminación y el estigma. Afortunadamente, esta conclusión coincide con las promesas formuladas virtualmente por todos los países del mundo en cuanto a respetar los derechos humanos y tratar de la misma forma a todas las personas, al margen de su estado.

La postura inicial de la OMS contra la discriminación encontró confirmación en la Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas de Prevención del SIDA, que tuvo lugar en Londres a principios de 1988 (véanse las páginas 788 a 791). En este foro, los delegados de 148 países representantes de la amplia mayoría de los pueblos del mundo declararon: "Insistimos en la necesidad de que los programas de prevención del SIDA protejan los derechos humanos y la

dignidad de las personas. La discriminación y la estigmatización de los sujetos infectados por el VIH y de los enfermos de SIDA socavan la salud pública y deben evitarse" (2).

La Asamblea Mundial de la Salud, que es el órgano superior de gobierno de la OMS y está compuesta por los representantes de todos los Estados Miembros de esta, en su sesión de 1988 adoptó una resolución similar en cuanto a firmeza y claridad, que reza:

La 41ª Asamblea Mundial de la Salud [...] firmemente persuadida de que el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con el SIDA, así como de los miembros de determinados grupos de población, es indispensable para la eficacia de los programas nacionales de prevención y lucha contra el SIDA y de la estrategia mundial, INSTA a los Estados Miembros a que, en particular en la elaboración y ejecución de sus programas nacionales de prevención y lucha contra la infección por el VIH y contra el SIDA:

- 1) fomenten un espíritu de comprensión y compasión para con las personas infectadas por el VIH y las personas con el SIDA mediante programas de información, educación y apoyo social;
- 2) protejan los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y de las personas con el SIDA, así como de los miembros de determinados grupos de población, y a que eviten toda medida discriminatoria o de estigmatización contra estas personas en la provisión de servicios, empleos y viajes;
- 3) garanticen la índole confidencial de las pruebas del VIH y fomenten la disponibilidad de asesoramiento confidencial y otros servicios de apoyo para las personas infectadas por el VIH y las personas con el SIDA.

La resolución pide al Director General que adopte todas las medidas necesarias para propugnar la necesidad de proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH; que colabore con organismos pertinentes para el fomento de este respeto y para poner de relieve ante los Estados Miembros y otros "los peligros que entraña para la salud de todos cualquier medida discriminatoria o estigmatización contra las personas infectadas por el VIH y las personas con el SIDA, así como contra determinados grupos de población". También se solicitó al Director General que "informe todos los años a la Asamblea Mundial de la Salud, por conducto del Consejo Ejecutivo, sobre la ejecución de la presente resolución" (3). Por consiguiente se pedirá a todos los países del mundo que comuniquen a la OMS sus respuestas sociales al SIDA. Esta resolución representa la declaración política más amplia y oficial posible dentro del marco constitucional de la OMS.

En julio de 1988, la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) organizaron una reunión consultiva de especialistas sobre el SIDA en el lugar de trabajo, que duró tres días (véanse las páginas 724 a 728). En esta reunión, 36 representantes de la medicina, la salud pública, los sindicatos, los gobiernos y los empresarios de 18 países convinieron en que "los trabajadores infectados por el VIH que estén saludables deben ser tratados de manera semejante a cualquier otro trabajador", y que "un trabajador que padezca cualquier enfermedad relacionada con el VIH, el SIDA inclusive, debe ser tratado como cualquier otro trabajador enfermo". También resaltaron la necesidad de evitar la discriminación, educar a los trabajadores y sus familiares acerca del VIH y el SIDA, proporcionar previsión social y beneficios laborales para los empleados infectados por el VIH, ofrecer otras alternativas laborales razo-

nables si el desempeño de un trabajador resulta afectado por una enfermedad relacionada con el VIH y evitar que la infección por el VIH sea considerada como razón para la terminación del empleo (4).

Esta política benévola es importante, ya que la mayoría de las personas con infección por el VIH tienen entre 18 y 45 años, es decir, que se hallan en la edad económicamente productiva. Ellos, sus familias y la sociedad esperan que sean económicamente independientes, si ya no están en el colegio. En casi todas las comunidades la pérdida de la aptitud para tener un empleo es devastadora, parecida a la pérdida misma de la vida y, hablando con realismo, son escasos otros posibles medios de sustento. Pocas naciones poseen un sistema de previsión social que tenga la solvencia suficiente para sostener a las personas que, si bien pueden tener una enfermedad latente, quizá puedan trabajar perfectamente por espacio de ocho a diez años antes de enfermar. Por otra parte, en algunos países la prevalencia del SIDA es desproporcionadamente elevada entre la población joven más educada, de cuyos servicios el país difícilmente puede privarse. Finalmente, si las personas saben que la revelación de la infección por el VIH significa la pérdida del empleo, ni siquiera aquellas que se encuentren en riesgo tratarán de examinarse, buscar consejos o información de cómo evitar infectar a otros individuos, ni identificarán a aquellos que deberían ser prevenidos y que quizá también se encuentren infectados y estén propagando la enfermedad.

En lo que atañe a los casos pediátricos, las pautas de la OPS respecto del SIDA, trazadas en 1988, establecen que "los niños que están infectados por

el VIH no deben en general excluirse del sistema escolar. En circunstancias especiales (higiene personal deficiente, trastornos de la conducta, etc.) los padres y las autoridades médicas de la escuela deben adoptar una decisión individual acerca de la asistencia a clases" (5).

El punto básico que merece reiterarse es el que sigue: la discriminación o el castigo contra quienes tienen el VIH o el SIDA constituye una mala política. Además de contravenir los derechos humanos fundamentales, lo que posiblemente hará esta actitud es fomentar la propagación del SIDA.

PREGUNTA 2

¿A quién debe someterse a examen para la detección del SIDA con carácter obligatorio?

La difusión del SIDA no se evitará mediante la obligatoriedad del examen para grupo alguno, con excepción de los donantes de sangre, tejidos y órganos, pero ciertamente se justifica como medida de salud pública el examen voluntario de ciertos grupos de alto riesgo.

La OMS ha definido "las pruebas y detección del anticuerpo del VIH" de esta forma:

Se entiende por prueba la aplicación de un método serológico para descubrir los anticuerpos del VIH (o antígenos) en una persona, sea por recomendación del servicio de atención de salud o a petición del propio individuo. Desde el punto de vista operativo, la detección se define como la aplicación sistemática de las pruebas del VIH, sea con carácter voluntario u obligatorio, a alguno o a todos de los sujetos siguientes; poblaciones enteras; poblaciones seleccionadas; donantes de sangre o productos sanguíneos y donantes de células, tejidos u órganos (6).

Las pruebas pueden ser totalmente voluntarias, condicionales (necesarias para un beneficio o servicio que la persona haya solicitado voluntariamente, aunque teóricamente esta puede negarse al examen rechazando el servicio o beneficio) u obligatorias (impuestas por la ley, sin tener en cuenta los deseos de la persona). En algunas circunstancias la línea divisoria entre condicional u obligatorio puede ser ilusoria (por ejemplo, en el caso del examen premarital). Generalmente aquí se utilizará el término "condicional" para referirse tanto a las pruebas condicionales como a las obligatorias.

Las pruebas disponibles en el momento de redactar este trabajo no detectan realmente el VIH, sino que evalúan la respuesta inmunitaria mediante la detección de la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre. Por consiguiente, existe un intervalo de duración incierta (probablemente unos seis meses) durante el cual la persona examinada puede hallarse infectada y en condiciones de propagar la infección sin que su examen tenga resultados positivos en cuanto a la presencia de la infección. Un resultado seronegativo no significa necesariamente seronegatividad.

Además de dejar abierto este intervalo, las pruebas no siempre son precisas. (La falta de precisión absoluta es inherente a cualquier examen de laboratorio de esta naturaleza.) Por tal razón, si el ensayo inmunoenzimático (ELISA) inicial resulta positivo en cuanto a la presencia del anticuerpo contra el VIH, se recomienda, en casi todas las circunstancias, un segundo examen similar seguido por la prueba de la inmunoelectrotransferencia, o transferencia de Western, a fin de

confirmar la seropositividad del sujeto. Si bien, por lo general, las pruebas ELISA no son costosas, la prueba de la inmunoelectrotransferencia exige un trabajo intenso y es mucho más cara; por tanto, las pruebas múltiples solamente deben practicarse si la primera es positiva.

No hay duda que debido al intervalo incierto de duración antes mencionado, no se detectará a algunas personas infectadas, mientras que a otras no se las detectará porque su examen inicial da un negativo falso. El grado de sensibilidad de la prueba —una sensibilidad de 100% significa que se identifican todos los positivos verdaderos— es superior a 99%, pero si se examina un gran grupo de población, incluso un negativo falso en 100 pruebas puede representar una cifra importante.

Por la misma razón, el grado de especificidad de la prueba —una especificidad de 100% significa que se identifican todos los negativos verdaderos—, si bien se acerca a 99%, aun dejará cierto número de positivos falsos (lo cual puede llevar al tormento innecesario sufrido por la enfermera estadounidense que mencionábamos al principio). La probabilidad de obtener positivos falsos es mayor en las pruebas de una población de bajo riesgo. Por tanto, si bien la prueba es sumamente confiable, no puede asegurar una precisión absoluta, aunque se practique correctamente. (Obviamente, si los estándares del laboratorio son deficientes, los resultados pierden validez.)

Aunque se han ideado otras pruebas más confiables para verificar la presencia del virus, son muy costosas y aún no se encuentran disponibles en el mercado internacional. Así pues, el su-

puesto fundamental de las recomendaciones que actualmente formula la OMS a propósito de las pruebas y detección es que se llevará a cabo la prueba de anticuerpos contra el VIH y se dejará un margen para resultados negativos falsos, aunque se reconoce que la incertidumbre inherente a las pruebas de laboratorio impide asegurar un 100% de especificidad o sensibilidad. En este caso es clara la dependencia de la ley y las políticas respecto de la ciencia. Si se lograra elaborar una prueba más precisa y se dispusiera de un tratamiento, las recomendaciones podrían ser diferentes.

¿Existen circunstancias que exijan la obligatoriedad del examen para la detección del SIDA? Una respuesta es indiscutible. Si es deber del estado proteger la salud pública, deberá tratar de asegurar que el suministro de *sangre y hemoderivados*, tan necesario en la medicina moderna de todos los países, se encuentre libre de agentes patógenos. Por ello, la depuración del suministro de sangre constituye un elemento fundamental de cualquier programa de prevención del SIDA.

En 1987, al auspiciar el Programa Global de la OMS sobre el SIDA, la Asamblea Mundial de la Salud reiteró que “la información y la educación sobre los modos de transmisión, así como el suministro y la utilización de sangre y productos sanguíneos, y aun el empleo de prácticas estériles en los procedimientos invasores siguen siendo las únicas medidas de que se dispone para limitar una mayor propagación del SIDA” (7).

Habitualmente, la depuración del suministro de sangre se lleva a cabo de dos formas: interrogando al donante acerca de las conductas de alto riesgo y analizando las unidades de sangre después de la donación. Muchos países ya han promulgado leyes que prescriben la prueba del VIH (para la detección del VIH-1 o del VIH-2, dependiendo

de la naturaleza de la infección local) de toda la sangre donada. Por lo menos un país ha clausurado sus bancos de sangre particulares, que pagaban a los donantes, debido a las tasas elevadas de infección por el VIH encontradas. Algunas jurisdicciones han cerrado ciertos centros receptores de sangre que no se ajustaban a los métodos de análisis requeridos. Estas medidas son las más eficaces para controlar la transmisión del VIH por la sangre. Otros países no cuentan con los medios necesarios para examinar todas las unidades de sangre; sus leyes solamente pueden imponer el interrogatorio de los donantes o considerar como acto criminal la donación de sangre infectada o proveniente de una persona con un comportamiento de alto riesgo. Como es obvio, estos métodos son menos eficaces.

La donación de otros líquidos del organismo, tejidos u órganos potencialmente infectados plantea riesgos similares para la salud pública. Es esencial la detección del anticuerpo contra el VIH en los lugares donde se reciben dichas donaciones y algunos países ya han aprobado leyes que lo exigen. El temor a la infección transmitida por estos productos puede extenderse: En los Estados Unidos, el director de un reconocido centro de inseminación artificial señaló que la primera pregunta planteada por 90% de los posibles receptores era: ¿se han practicado las pruebas para la detección del SIDA? (8).

Cualquier programa de detección de sangre o tejidos (al igual que cualquier otro programa de este tipo) debe tener en cuenta dos cuestiones éticas que guardan relación con el derecho humano fundamental del respeto de la intimidad. Estas dos cuestiones, el *consentimiento con conocimiento de causa* y la *confidencialidad* están intrínsecamente vinculadas con la ética tradicional del juramento hipocrático.

El consentimiento con conocimiento de causa significa que se reconoce el derecho del paciente a que se respete su dignidad personal y la integridad de su cuerpo. Toda persona tiene el derecho fundamental de decidir sobre su cuerpo, de modo que generalmente toda persona tiene derecho a rehusar que se le practique un examen médico. Sin embargo, como ocurre con todos los derechos individuales, este derecho solo puede ejercerse cuando guarda respeto por los derechos de los demás. En el caso de las transfusiones de sangre, el respeto por los derechos de los demás se antepone claramente al derecho individual normal de rechazar una prueba. No obstante, debe aplicarse el principio del consentimiento con conocimiento de causa. Es decir, que el posible donante tiene derecho a saber que la sangre donada se someterá a la prueba de anticuerpos del VIH; que se le informará sobre los resultados de dicha prueba; a quién más se informará al respecto, y qué significan los resultados.

El segundo principio ético se refiere a la necesidad de asegurar la confidencialidad. La confianza entre médico y paciente ha sido respetada a lo largo de miles de años. Constituye una premisa fundamental de la relación entre ambos. La necesidad de confidencialidad es especialmente importante en los casos del VIH y el SIDA, debido a los temores, discriminaciones y estigmas lamentables que pueden acarrear. Si existe la posibilidad de que los resultados no sean confidenciales, ¿qué probabilidad habrá de que las personas se sometan voluntariamente a las pruebas requeridas y donen la sangre necesaria para salvar vidas?

La confidencialidad puede asegurarse de dos formas. Una es realizar pruebas sin que se pueda identificar al donante en modo alguno. Una unidad de sangre cuya prueba de infección dé positivo, sencillamente se descarta sin conocerse la identidad del donante. Como alternativa, es posible recurrir a las pruebas anónimas, como se suele hacer con la mayoría de las muestras de laboratorio. O sea, se adjudica un número a la unidad donada, pero solamente en una lista central se une el número a un nombre. Dicha lista central se mantiene bajo estricto control, y los técnicos del laboratorio y el restante personal involucrado en la recolección de la sangre ignoran la identidad del donante.

Las ventajas y desventajas de cada método son bastante claras. La prueba sin conocimiento del donante es simple y asegura una reserva absoluta. Solamente es necesario llevar a cabo la primera prueba ELISA, pues el menor indicio de positividad será suficiente para descartar la unidad donada. De esta forma, la prueba sin conocimiento del donante sirve para el propósito fundamental de purificar el suministro de sangre o tejidos.

La prueba confidencial plantea algunos riesgos de exponer la identidad del donante. Sin embargo, este tipo de manejo confidencial de las muestras de sangre se ha practicado durante años en la mayoría de los países. Al igual que la prueba sin conocimiento del donante, por medio de la prueba confidencial se purifica el suministro de sangre. Además, esta prueba tiene una ventaja respecto de la anterior: es posible informar y aconsejar al donante cuyo examen haya

resultado positivo, con la esperanza de romper un eslabón de la cadena epidemiológica. Por otro lado, va en aumento la creencia de que las personas tienen derecho a conocer los resultados de la prueba y de que el respeto por ellas como seres humanos exige que se les informe. En términos prácticos, las desventajas principales de dicha prueba son que debe realizarse una segunda ELISA, seguida por la prueba de inmunoelectrotransferencia, y para ello se requiere disponer de tiempo y recursos humanos para llevar a cabo el seguimiento de los resultados seropositivos.

La OMS aún no ha tomado una posición sobre si deben realizarse pruebas sin conocimiento del donante o bien confidenciales. Hasta el presente, las pruebas confidenciales parecen constituir la norma en las naciones desarrolladas.

¿Existen otras situaciones donde el examen obligatorio constituye una medida de salud pública justificada? Varias sociedades así lo han considerado y hasta han establecido requisitos legales para la prueba de ciertos grupos, como los reclutas militares, prisioneros, prostitutas, homosexuales, pilotos de aerolíneas comerciales, solicitantes de licencias de matrimonio, todas las personas internadas en hospitales y todos los pacientes de clínicas dedicadas al tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Estos programas, además de prevenir la transmisión del VIH por medio de las donaciones de sangre, semen, tejidos u órganos, pueden proporcionar datos epidemiológicos acerca de la incidencia y prevalencia del VIH. A pesar de estas ventajas, los programas de detección distintos de las pruebas serológicas destinadas a determinar la prevalencia del VIH son aconsejables solamente en raros casos. En este sentido, una reunión de expertos de la OMS convocada en 1987

para analizar el método de detección llegó a la conclusión de que:

Los programas de detección del VIH plantean vastos problemas que rebasan la simple identificación de los individuos infectados. Debido a las modalidades sumamente restringidas de propagación del VIH, al carácter privado del comportamiento que suele asociarse a la transmisión y a la ausencia actual de cualquier medida específica, los programas de detección deben abordarse con grandes precauciones. Tales programas pueden entrañar intromisiones y resultar poco eficaces en relación con su costo, además de distraer recursos humanos, materiales y financieros de los programas de educación que hoy se consideran como la medida preventiva primordial y más eficaz de que se dispone (6).

En síntesis, los programas de detección son costosos, es improbable que identifiquen a todos los infectados y resultan ineficaces en función de sus costos cuando se aplican a poblaciones de bajo riesgo. A propósito de este último aspecto, un estado populoso de los Estados Unidos resolvió exigir la detección premarital. Después de someter a miles de solicitantes de licencias matrimoniales a tal prueba por espacio de 18 meses, se descubrieron menos de 10 casos de infección por el VIH. Cuando se trata de someter a las pruebas de detección a una población de alto riesgo, el argumento a favor de este método puede tener más peso, pero este sistema todavía debe considerarse, más o menos, como un recurso extremo.

La OMS ha organizado reuniones consultivas de expertos a fin de ponderar las ventajas de la detección en

ciertos grupos considerados para la aplicación de este método en diversos países,² concretamente los viajeros internacionales, prisioneros, grupos de alto riesgo y grupos especiales en razón de sus ocupaciones. Las recomendaciones de los expertos de la OMS para cada uno de estos grupos son las siguientes.

Viajeros internacionales

El Reglamento Sanitario Internacional establecido en 1969 por la OMS, y modificado posteriormente, está destinado a proporcionar todas las medidas de protección apropiadas para contener la propagación internacional de las enfermedades infecciosas. Los firmantes del Reglamento Sanitario Internacional no han de exigir documento sanitario alguno que no sea requerido por dicho reglamento. Este no ha sido modificado para incluir el SIDA o la infección por el VIH.

El grupo de consulta de la OMS sobre los viajes internacionales llegó a conclusiones notablemente semejantes a las de los expertos que estudiaron el método de detección en términos generales. Los especialistas señalaron lo siguiente:

La desviación de recursos para destinarlos a la detección de posibles portadores del VIH entre los viajeros internacionales en lugar de destinarlos a programas de educación, a la protec-

² Las referencias a las prácticas y leyes adoptadas por varios países y jurisdicciones incluidas en este artículo se basan en los excelentes resúmenes preparados periódicamente por el Sr. Sev Fluss, de la Oficina de Legislación Sanitaria de la OMS, titulados "Información tabular sobre los instrumentos legales concernientes al SIDA y a la infección por el VIH. Parte 1. Otros países y jurisdicciones que no sean los Estados Unidos de América, y Parte 2. los Estados Unidos de América (incluidos todos los estados y el Distrito de Columbia)". Estos resúmenes se encuentran disponibles en la sede de la OMS en Ginebra.

ción de los suministros de sangre y a otras medidas encaminadas a prevenir la transmisión parenteral y perinatal, sería difícil de justificar teniendo en cuenta los factores epidemiológicos, jurídicos, económicos, políticos, culturales y éticos que militan contra la adopción de una política de esta clase. Ningún programa de exámenes de detección para los viajeros internacionales puede *prevenir* la introducción y propagación de la infección por el VIH. En consecuencia, los participantes en la reunión consultiva llegan a la conclusión de que los programas de detección del VIH para los viajeros internacionales permitirían solamente, en el mejor de los casos, y con *grandes costos*, retrasar *por breve tiempo* la propagación del VIH tanto en el plano mundial como en el interior de cualquier país en particular (9).

No obstante, varios países han adoptado alguna forma de detección del VIH en los viajeros internacionales, más comúnmente de los extranjeros que pretenden ingresar al país como inmigrantes o por períodos prolongados, como estudiantes o trabajadores. Esta detección no ha impedido la propagación del VIH en tales países.

Una de las razones en que se fundamentan las leyes que imponen la detección es el deseo de evitar el costo del tratamiento de los casos de SIDA contraídos fuera del país. Existen precedentes de hace mucho tiempo sobre el rechazo de permisos de ingreso en un país por períodos prolongados por razones médicas. Una de las políticas más sensibles para abordar la cuestión de los costos es la adoptada por el Reino Unido. A diferencia de otras naciones, esta no exige un certificado de prueba del VIH. En cambio, el funcionario de inmigración posee autoridad discrecional para ordenar dicha prueba. Conforme a esta política,

el Sistema Nacional de Salud, que presta atención gratuita a todos los residentes del Reino Unido, cobrará por ciertos servicios provistos a los extranjeros, incluido el tratamiento del SIDA. La atención de salud gratuita para los extranjeros no residentes con SIDA solo comprende pruebas y orientación. El funcionario de inmigración también puede exigir a cualquier persona que pruebe su capacidad para pagar por otra atención médica relacionada con el SIDA antes de permitirle la entrada al país. Por lo demás, el estado del viajero en cuanto a la infección por el VIH o síntomas del SIDA no afectará su libertad de ingreso al país.

Prisioneros

En algunos países, se considera a los prisioneros como grupo de alto riesgo debido a las prácticas homosexuales existentes en las cárceles, junto con una elevada tasa de personas con antecedentes de abuso de drogas por vía intravenosa entre la población carcelaria. Pese a ello, el grupo de consulta de la OMS sobre el SIDA en las prisiones considera que no es recomendable someter a los reclusos a la detección obligatoria de la infección por el VIH, por las razones siguientes:

- Los administradores de las prisiones tienen la obligación de reducir al mínimo la transmisión del SIDA en esos establecimientos.

- Deberá tratarse a los prisioneros conforme a los mismos principios que se aplican a otras personas infectadas por el VIH, ofreciéndoles educación, pruebas, confidencialidad, servicios de salud y tratamiento.

□ Deberá evitarse incurrir en prácticas discriminatorias, como la segregación o el aislamiento, excepto cuando sean necesarias para proteger el bienestar del propio prisionero.

□ Deberá considerarse la liberación anticipada, con carácter compasivo, de los prisioneros que padezcan el SIDA (10).

La OMS no ha reunido información sistemática acerca de la puesta en práctica de estas recomendaciones, pero es evidente que en algunos países se ha incurrido en la segregación y aislamiento de prisioneros afectados por el SIDA.

Grupos de alto riesgo

En cualquier país, el patrón epidemiológico prevaleciente determina quiénes se encuentran en alto riesgo. Generalmente constituyen grupos de alto riesgo los varones homosexuales y bisexuales, las personas que se inyectan drogas en las venas y las que mantienen relaciones sexuales con ellas, y los individuos de ambos sexos que ejercen la prostitución. Existen cada vez más pruebas de que las personas afectadas por otras enfermedades de transmisión sexual también pueden correr un riesgo más elevado, ya sea en razón de la conducta sexual implícita o debido a la naturaleza de la propia enfermedad transmitida sexualmente. La posibilidad de que la transmisión perinatal sitúe en un alto riesgo a los recién nacidos depende casi totalmente del patrón epidemiológico existente en cada localidad específica.

La OMS no ha adoptado una posición firme respecto a la detección entre los grupos de alto riesgo, fuera de

señalar que las pruebas no tienen carácter definitivo, destacar los aspectos éticos relacionados con la confidencialidad y el consentimiento con conocimiento de causa y mencionar la necesidad de evitar que se desvíen los recursos destinados a las actividades que deben atenderse en forma primordial, es decir, la educación y la depuración de los suministros de sangre (11). Según datos no oficiales, algunos países han adoptado políticas de detección de algunos grupos de alto riesgo, especialmente las prostitutas, las embarazadas cuyos compañeros sexuales son bisexuales o personas adictas a las drogas por inyección y los pacientes de clínicas de tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

Grupos especiales en razón de sus ocupaciones

Se ha escogido a ciertos grupos de personas para las pruebas de infección por el VIH en razón de sus ocupaciones, sea porque se exponen a sufrir heridas con agujas infectadas o porque estas personas están a cargo de las vidas de muchas otras. Generalmente se considera que las categorías ocupacionales de alto riesgo son las de los trabajadores de salud, agentes para la atención de casos de urgencia (policías y bomberos), operarios de pompas fúnebres y encargados de la atención de niños infectados, que pueden hallarse ampliamente expuestos al contacto con líquidos corporales infectados. Se ha comprobado científicamente que el riesgo planteado por las heridas de agujas infectadas es sumamente reducido. La OMS no ha adoptado una posición oficial a este respecto, pero está prevista una reunión conjunta con la Organización Internacional del Trabajo acerca de las políticas de la atención de salud de los trabajadores. Actualmente, parece haberse optado por la amplia realización de exámenes voluntarios.

Las propuestas para someter a detección a las personas que trabajan en el segundo grupo —principalmente los pilotos de aerolíneas comerciales y los operarios de ferrocarriles— se basan en el temor al complejo de demencia del SIDA, cuyos efectos aún no se conocen claramente. (Aparentemente, estos efectos son tanto cognoscitivos como afectivos, con posible alteración del juicio y la percepción de las relaciones espaciales.)

La preocupación es que un piloto o un conductor de tren pueda no presentar síntomas físicos mientras padece un trastorno neurológico capaz de redundar en perjuicio de otros. Si esto fuera remotamente probable, las pruebas estarían justificadas. Sin embargo, un grupo de consulta interdisciplinario de la OMS señaló enfáticamente que no hay prueba de que el juicio de las personas carentes de síntomas físicos se halle afectado (12). Por ello, los exámenes médicos periódicos requeridos para el otorgamiento o renovación de las licencias de los pilotos y conductores ferroviarios deben ser suficientes para percibir indicios tempranos de infección por el VIH, y la opinión desde el punto de vista de la salud pública es que la detección de estos grupos de bajo riesgo es innecesaria.

Se ha considerado la obligatoriedad de la detección para otro grupo especial de bajo riesgo, constituido por los militares profesionales y los reclutas. Generalmente se dan dos razones para ello, a saber: los militares deben estar libres de cualquier posible discapacidad y todos son "bancos de sangre ambulantes". Varios países han adoptado la detección obligatoria de este grupo. La OMS no ha formulado recomendación alguna respecto a esta cuestión.

Los problemas éticos involucrados en cualquier programa de detección son esencialmente los mismos: ¿Existe protección de la confidencialidad?; ¿las pruebas son tan fiables como

sea posible?; ¿se informa a la persona en forma humanitaria y se le ofrece educación y orientación?; ¿los beneficios posibles para la persona examinada y para la sociedad compensan holgadamente los costos humanos y económicos del programa de detección?; ¿cuáles son las consecuencias de los resultados negativos falsos y positivos falsos?; ¿estas consecuencias también se justifican por los beneficios posibles?; ¿qué actividades de atención de salud o socialmente útiles se verán privadas de recursos en provecho del programa de detección?, y ¿los beneficios posibles justifican esta desviación de recursos escasos?

PREGUNTA 3

**¿Quiénes tienen derecho a saber si una persona tiene el VIH o el SIDA?
¿Es un deber avisarles?**

La persona infectada puede tener derecho a saberlo. El personal de salud que trata al paciente tiene derecho a saberlo, así como las autoridades de salud pública. También tienen derecho a ser prevenidas las personas identificables que se encuentren claramente en riesgo.

La OMS ha instado firmemente a los Estados Miembros a que consideren el SIDA como enfermedad que requiere notificación. La mayoría de ellos así lo han hecho; para ello, han adoptado la definición clínica del SIDA formulada por la OMS o la de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Sin embargo, pocos países han dispuesto que los resultados positivos de las pruebas para detectar el VIH sean notificados a los efectos de la vigilancia epidemiológica. Esta informa-

ción puede ser anónima (se menciona el número de casos detectados) o confidencial (se menciona el nombre de la persona infectada, pero se restringe el acceso a esta identificación). La OMS no ha adoptado ninguna posición respecto a cuál de estas prácticas es preferible, y la mayoría de las naciones han seguido las prácticas utilizadas para el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. No obstante, parece evidente que debe mantenerse la confidencialidad bajo cualquier circunstancia.

La OMS tampoco tiene una posición clara acerca de quién tiene derecho, si alguien lo tiene, a ser prevenido de la posible exposición. Pocos países han tratado en su legislación el aspecto de la búsqueda de los contactos. La tercera parte más comúnmente notificada es el compañero sexual conocido de la persona con seropositividad al VIH. Si esta coopera identificando a aquellas con las cuales mantiene o ha mantenido relaciones sexuales, proporcionando información sobre sus domicilios y consintiendo que se pongan en contacto con ella, no se plantea problema ético alguno (suponiendo que se mantenga la confidencialidad). En ese caso, la única cuestión pendiente es quién debe establecer el contacto: la persona examinada, el médico o las autoridades de salud pública.

Sin embargo, cuando la persona examinada con resultado seropositivo no presta su consentimiento a informar a sus contactos, el conflicto entre los aspectos éticos y la preocupación por la salud pública se torna agudo y se hace necesario preguntarse en qué momento el derecho individual a la confidencialidad (así como la clara necesidad práctica de alentar a las personas para que se so-

metan a la prueba) cede ante la necesidad de proteger a otras personas.

La persona infectada tiene un deber moral explícito de cooperar con las autoridades de salud pública y de informar a quienes puedan hallarse infectados como resultado de su comportamiento. La autora no conoce pauta alguna de la OMS al respecto, pero la posición del personal de la OPS en la materia es la siguiente:

Se debe alentar a los individuos infectados a que refieran a sus parejas sexuales o a las personas con quien comparten drogas de administración endovenosa para que sean examinadas. No es posible detectar los contactos de un número muy grande de individuos; sin embargo, en ciertas circunstancias como en el caso de los clientes de prostitutas infectadas y en el de un individuo infectado que ha mantenido relaciones sexuales con personas de otros países, es deseable efectuar una búsqueda de contactos. Debe mantenerse la confidencialidad en todos los casos (5).

En situaciones en que la persona infectada no da su consentimiento a informar a sus contactos, algunos países consideran que esta misión es un deber del médico. (La Asociación Médica de los Estados Unidos, por ejemplo, ha adoptado este punto de vista basándose en principios éticos y de salud pública. Además, conforme al principio de Tarasoff, en los Estados Unidos un médico también puede ser considerado legalmente responsable por la omisión de advertencia a una tercera parte acerca de cualquier posible e importante daño directo a la salud.)

En otros países existe una tradición arraigada de búsqueda de los contactos por parte de funcionarios de los servicios de salud pública, los cuales solicitan a la persona infectada que identifique a sus compañeros sexuales. En el caso

de la exposición al VIH, un funcionario de salud pública se pone en contacto con estas personas, les comunica que pueden haber estado expuestas al VIH (sin identificar a la persona cuyo examen resultó seropositivo), les sugiere que se sometan a una prueba y les proporciona información y orientación acerca del SIDA. Este procedimiento supone un amplio despliegue de recursos humanos y no es recomendable solamente para el VIH, ya que debe recurrirse a personal idóneo y con experiencia en la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual para que el programa tenga resultado.

PREGUNTA 4

¿Cómo puede protegerse a la sociedad de las personas que en forma irresponsable, y quizá hasta deliberada, se permiten contagiar a otras?

No se recomienda el aislamiento y la cuarentena de los pacientes afectados por el VIH, pero pueden aplicarse sanciones legales a una persona que en forma intencionada transmita a otros el VIH o que, claramente, intente hacerlo.

El aislamiento de los pacientes de SIDA en un hospital u otra dependencia de atención médica es una práctica común. En este caso el SIDA se trata como una enfermedad contagiosa y se procura establecer un ambiente libre de contaminación a fin de impedir la infección secundaria del enfermo inmunodeficiente. El aislamiento y la cuarentena de individuos que padecen enfermedades de transmisión sexual nunca fueron eficaces para impedir dicha transmisión. Por consiguiente, la OMS ha manifestado firmemente su desacuerdo con el aislamiento de una persona carente de síntomas, solamente porque el resultado de la

prueba del VIH haya sido positivo. Por ejemplo, la declaración oficial sobre los aspectos sociales del control y la prevención del SIDA del Programa Global de la OMS sobre el SIDA afirma que "no hay razones de salud pública que justifiquen el aislamiento, la cuarentena o cualesquiera medidas discriminatorias, basadas solamente en la sospecha o el conocimiento de que una persona esté infectada por el VIH [. . .]. Las personas que se encuentren en esta situación deben permanecer integradas dentro de la sociedad en la mayor medida posible y debe ayudárselas a asumir la responsabilidad de impedir la transmisión del VIH a otras. La exclusión de las personas de las cuales se sospeche o se sepa que estén infectadas por el VIH sería injustificada desde el punto de vista de la salud pública y pondría en serio peligro los esfuerzos educacionales y de otra índole que se hagan para impedir la propagación del VIH" (13).

Son muy escasos los informes recibidos acerca de casos de aislamiento o cuarentena basados solamente en una infección por el VIH asintomática. Esta práctica no constituye un medio para impedir la difusión del VIH, debido a las imprecisiones de las conversiones de las pruebas para detectar el VIH y a la dificultad que existe para controlar el comportamiento, aun en ámbitos institucionales. Sería necesario imponer la detección obligatoria virtualmente a toda la población, o por lo menos a los grupos de alto riesgo, e inevitablemente algunos casos no serían detectados. Asimismo, es evidente que si la seropositividad al VIH provocara la privación total de la libertad, ninguna persona en su sano juicio se sometería voluntariamente a examen.

Por otra parte, a diferencia de las "anti-guas" enfermedades infecciosas para las cuales se acostumbraba imponer la cuarentena, el VIH tiene un período de incubación muy prolongado. La persona en cuarentena debería permanecer confinada entre 8 y 10 años y podría transcurrir todo ese período sin presentar síntomas, es decir, aparentemente saludable.

La cuarentena de las personas con SIDA tampoco es una medida eficaz. Cuando a una persona se le diagnostica el SIDA, ya está muy enferma y no es probable que como resultado de su conducta la infección continúe propagándose, por lo que la cuarentena, desde el punto de vista de la salud pública, no tiene sentido. Constituye una medida draconiana, un ejercicio inapropiado del poder policial del estado y una restricción infundada de la libertad, que no se justifica por la necesidad de proteger a la sociedad.

La situación cambia si existe una clara evidencia de que la persona infectada es uno de esos raros individuos inclinados, de manera imprudente o intencional, a infectar a otros. En este caso, no cabe aplicar la presunción de que cada ser humano cuida de los demás, y la sociedad tiene razones para castigar ese comportamiento irresponsable y peligroso, así como para protegerse del daño previsible. En este aspecto, algunos países han procesado a sujetos responsables de la transmisión intencionada del SIDA, pero en la mayoría de los casos aún no se conocen los resultados de esta medida.

Sin embargo, es preciso señalar que esos casos son muy raros; son pocos los seres humanos que quieren matar intencionalmente a otro ser humano. Por

eso, suponer que las personas infectadas por el VIH actuarán de manera irresponsable, no solo está moralmente equívoco sino que también es objetivamente incorrecto. Por otra parte, el aspecto más importante y sobre el cual se ha hecho hincapié reiteradamente en este artículo y en las declaraciones de la OMS es que la política para controlar la propagación del SIDA debe basarse en el carácter voluntario del cumplimiento, el control, los cambios de conducta y las pruebas. Este criterio ha resultado eficaz y debe continuar aplicándose.

RESUMEN

Si se considera que las "dos primeras" epidemias de SIDA son la propagación de la infección por el VIH y el posterior desarrollo de los síntomas del SIDA, lo que se ha denominado la "tercera epidemia" es el conjunto general de reacciones económicas, sociales y culturales debidas a la enfermedad. Estas reacciones plantean cuestiones sociales, humanitarias y jurídicas cruciales que amenazan alterar seriamente los fundamentos de la estructura social de tolerancia y entendimiento. Este artículo examina varios enfoques y consideraciones relacionados con esos aspectos.

De manera específica, aborda estas cuatro preguntas: 1) ¿Cuál es el mejor enfoque de salud pública para el tratamiento de las personas infectadas por el VIH y el SIDA, y qué derechos deben tener?; 2) ¿A quién debe someterse a examen para la detección del SIDA con carácter obligatorio?; 3) ¿Quiénes tienen derecho a saber si una persona tiene el VIH o el SIDA? ¿Es un deber avisarles?, y 4) ¿Cómo puede protegerse a la sociedad de las personas que en forma irresponsable, y quizá hasta deliberada, se permiten contagiar a otras?

Así pues, la mejor respuesta disponible a propósito de los derechos y el tratamiento de los enfermos con el VIH o el SIDA es que debe permitírseles llevar una vida normal en la medida que su salud lo posibilite. La discriminación y el estigma lesionarán en lugar de ayudar al público en general y a las personas infectadas, porque impedirán que quienes estén infectados o sospechen estarlo tomen la iniciativa de someterse a examen y solicitar consejo.

En cuanto a los que deberían someterse a examen obligatorio, parece ser que no es posible impedir la propagación del VIH y el SIDA por medio de esta medida, excepto en el caso de los donantes de sangre, tejidos u órganos. Sin embargo, pueden justificarse como medida de salud pública los exámenes voluntarios y amplios de ciertos grupos de alto riesgo (en especial, los varones homosexuales y bisexuales, las personas adictas a las drogas de administración intravenosa y los que mantienen relaciones sexuales con ellas, y las personas de ambos sexos que ejercen la prostitución).

En la tercera pregunta se plantea quién tiene derecho a saber o ser prevenido si alguien padece el VIH o el SIDA. La persona infectada puede tener este derecho. Lo tienen el personal de salud que trate al paciente y las autoridades de salud pública, y tienen derecho a ser prevenidos los contactos de la persona infectada que puedan identificarse, ya que se encuentran en gran riesgo de contraer la infección. No obstante, en todos los casos será necesario observar el principio de la confidencialidad.

En relación con la protección de la sociedad frente al comportamiento irresponsable, deben aplicarse sanciones legales en los casos raros en que alguien

transmita intencionadamente a otros el VIH o manifieste claramente su propósito de hacerlo. Ahora bien, deberá evitarse el aislamiento o la cuarentena de las personas infectadas por el VIH y de los pacientes del SIDA. □

REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Declaración del Dr. Jonathan Mann, Director del Programa Global de la OMS sobre el SIDA, durante una reunión informativa oficiosa sobre el SIDA en la 42ª Asamblea General de las Naciones Unidas, el 20 de octubre de 1987. Ginebra, 1987. Documento mimeografiado.
- 2 Organización Mundial de la Salud. *Declaración de Londres sobre la Prevención del SIDA, 28 de enero de 1988, Cumbre Mundial de Ministros de Salud sobre Programas para la Prevención del SIDA, organizada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno del Reino Unido, 26 al 28 de enero de 1988.* Ginebra, 1988.
- 3 Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA41.24. Prevención de la discriminación relacionada con las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA, aprobada el 13 de mayo de 1988. Ginebra, 1988. Documento A/41/VR/15.
- 4 Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo. Informe de la reunión consultiva sobre el SIDA en el lugar de trabajo, Ginebra, 3 al 5 de julio de 1988. Ginebra, 1988.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. Pautas para el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA), 22 de octubre de 1987 (versión corregida del 4 de abril de 1988). Washington, DC, 1987 y 1988. Documento mimeografiado.
- 6 Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión sobre criterios para programas de detección del VIH, Ginebra, 20 al 21 de mayo de 1987. Ginebra, 1987. Documento WHO/SPA/GLO/87.2.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Resolución WHA40.26. Estrategia mundial de prevención y lucha contra el SIDA, aprobada el 15 de mayo de 1987. Ginebra, 1987. Documento A/40/VR/12.

- 8 *The Washington Post*, "Health Section", Washington, DC, 5 de enero de 1988, p. 16.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión consultiva sobre viajes internacionales e infección por el VIH, Ginebra, 2 al 3 de marzo de 1987. Ginebra, 1987. Documento WHO/SPA/GLO/87.1.
- 10 Organización Mundial de la Salud. Declaración de la reunión consultiva sobre la prevención y el control del SIDA en las cárceles, Ginebra, 16 al 18 de noviembre de 1987. Ginebra, 1987. Documento WHO/SPA/GLO/87.14.
- 11 Organización Mundial de la Salud. Pautas para el desarrollo de un programa nacional de prevención y control del SIDA. Ginebra, 1988. Serie WHO/AIDS 1.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Informe de la reunión consultiva sobre los aspectos neuropsicológicos de la infección por el VIH. Ginebra, 14 al 17 de marzo de 1988. Ginebra, 1988. Documento WHO/GPA/DIR/88.1.
- 13 Organización Mundial de la Salud. Declaración sobre los aspectos sociales del control del SIDA, Ginebra, 1 de diciembre de 1987. Ginebra, 1987.

SUMMARY

AIDS: SOCIAL, LEGAL, AND ETHICAL ISSUES OF THE "THIRD EPIDEMIC"

Considering the "first two" AIDS epidemics to be the spread of HIV infection and subsequent development of AIDS symptoms, then what has been termed the "third epidemic" is the widespread economic, social, and cultural reaction to the disease. This reaction raises crucial social, humanitarian, and legal issues that threaten to seriously strain society's fundamental fabric of tolerance and understanding. This article describes various approaches and considerations relating to those issues.

Specifically, the article deals with the following four questions: (1) What is the best public health approach to people with HIV/AIDS and what rights should they have? (2) Who should be given mandatory testing? (3) Who has a right to know if someone has HIV/AIDS, and should anyone be warned? and (4) How can society be protected against people who irresponsibly, perhaps even deliberately, set out to infect others?

In essence, the best available answer regarding the rights and treatment of HIV/AIDS patients is that they should be allowed to live normal lives to the extent their health permits. Discrimination and stigmati-

zation will hurt rather than help the general public as well as those infected — because it will prevent those who are or think they may be infected from coming forward for testing and counseling.

As to who should be subjected to mandatory testing, it appears that the spread of HIV and AIDS cannot be prevented by mandatory testing of anyone except blood, tissue, and organ donors. However, extensive voluntary testing of certain high-risk groups (notably male homosexuals and bisexuals, intravenous drug abusers and their sex partners, and male and female prostitutes) may be justified as a public health measure.

Concerning who has a right to know or be warned if someone has HIV or AIDS, the infected person may have a right to know, as do public health authorities; and identifiable contacts of the infected person who are at significant risk have the right to be warned. In all cases, however, the principle of confidentiality must be observed.

Regarding protection of society against irresponsible behavior, criminal sanctions should be applied in those rare cases where someone intentionally transmits or clearly intends to transmit HIV to others. However, isolation or quarantining of HIV-infected people and AIDS patients should be avoided.