



**Facultad de Medicina**

Centro de Bioética

**“Aspectos científicos y éticos de la epidemia  
del Virus de Inmuno – Deficiencia Humana (VIH)  
y el Síndrome de Inmuno - Deficiencia Adquirida  
SIDA”**

Hacia una propuesta auténticamente humana

**Pbro. Fernando Chomali Garib**

Mayo 2003

El Pbro. Fernando Chomali G. es sacerdote de la Arquidiócesis de Santiago, es Doctor en teología de la Pontificia Universidad Gregoriana, Master en Bioética de la Pontificia Universidad Lateranense, e Ingeniero Civil de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente se desempeña como Profesor de la Facultades de Medicina y Teología de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y del Seminario Pontificio Mayor de Santiago.

Es miembro correspondiente de la Pontificia Academia Para la Vida y miembro de la Comisiones Doctrinal y de Bioética respectivamente de la Conferencia Episcopal de Chile.

Agradecemos la colaboración de:

# Índice

Introducción.....	5
<b>1. Aspectos científicos y epidemiológicos</b>	
<b>1.1.</b> ¿Qué es el VIH y el SIDA?.....	9
<b>1.2.</b> ¿Cómo se transmite?.....	10
<b>1.3.</b> Del VIH al SIDA.....	11
<b>1.4.</b> ¿Qué pasa en el mundo?.....	14
<b>1.5.</b> ¿Qué pasa en Chile?.....	15
<b>2. Consideraciones éticas</b>	
<b>2.1.</b> El respeto debido a los portadores de VIH y enfermos de SIDA.....	17
<b>2.2.</b> El tema de la confidencialidad.....	20
<b>2.3.</b> El tema ideológico.....	21
<b>2.4.</b> A propósito del preservativo: pseudoseguridad.....	24
<b>2.5.</b> El caso de Uganda.....	26
<b>2.6.</b> Pareja mutuamente fiel y abstinencia.....	27
<b>3. Consideraciones políticas y legales</b>	
<b>3.1.</b> Ley moral y ley civil.....	29
<b>3.1.1.</b> Ley moral.....	30
<b>3.1.2.</b> Ley civil.....	31
<b>3.2.</b> Tolerancia de la ley civil.....	32
<b>3.3.</b> Aspectos éticos y legales en la prevención del SIDA .....	32
<b>3.4.</b> Casos críticos.....	33
<b>4. Aspectos antropológicos</b>	
<b>4.1.</b> La dignidad del ser humano, fuente y cumbre de toda decisión de prevención.....	35
<b>4.2.</b> Coherencia de un mensaje.....	37
Conclusión.....	39



## Introducción

Muchas somos las personas perplejas frente a la epidemia del VIH/SIDA. Cuando más seguros nos sentíamos con los avances de la medicina y creíamos que las epidemias ya estaban controladas y eran cosa del pasado, apareció esta inquietante infección, que no sólo sorprende por la rapidez de su expansión, sino también porque se vincula directamente con lo que asociamos con la vida: el semen, que la transmite, y la sangre, que la conserva. Así, en el umbral del siglo XXI, el mundo aprecia que los elementos que clásicamente han simbolizado la vida se constituyen en sinónimo de muerte. Y hay preocupación.

Muchos quieren saber acerca de la epidemia del VIH/SIDA, la forma cómo se transmite, cómo prevenirla, qué hacer con un enfermo, la responsabilidad que le cabe a la sociedad, etc.

En nuestro país, especialmente entre los padres de familia hay una legítima inquietud considerando las sostenidas campañas de prevención que se han venido haciendo. Su preocupación es del todo comprensible particularmente la de aquellos que tienen hijos adolescentes expuestos a modelos hedonistas de la sexualidad y a un tipo de educación sexual con marcado acento en lo meramente biológico. Esto ciertamente no contribuye a una formación en el ámbito de la sexualidad que integre todos los aspectos del ser humano, y no sólo lo meramente genital.

A ello se suma el hecho de que en Chile, la celebración de matrimonios ha disminuido; muchos jóvenes viven sin su padre y/o su madre, y éstos tienen además largas jornadas de trabajo que dificultan al máximo la labor educativa. Por otra parte, entre los jóvenes hay un significativo aumento del consumo de alcohol y, entre muchos de ellos la iniciación de la actividad sexual es también cada vez más temprana. Todo esto repercute negativamente en una adecuada formación de la conciencia moral en relación a la sexualidad humana.

Junto a los preocupantes hechos señalados, en mi caso personal, también me ha tocado conocer de cerca el inmenso sufrimiento que experimentan las personas portadoras de VIH o bien los enfermos de SIDA. Quienes además de tener que hacer frente a la enfermedad, muchas veces son injustamente discriminados, lo

que no ayuda a que asuman de buena manera su enfermedad, y caen muchas veces en depresiones por falta de apoyo y comprensión.

Estas razones me han motivado a investigar acerca del VIH y SIDA cuyo resultado presento a continuación. Este documento no pretende mostrar erudición en la materia, sino solamente informar del modo más completo posible acerca de las múltiples aristas que presenta esta infección. Tampoco quiere tener un tono alarmista, pero tampoco subvalorar los hechos que merecen, sin lugar a dudas, una reflexión que involucre a todos los estamentos de la sociedad. Asimismo, pretende también ser una guía para que los padres de hijos adolescentes puedan responder del modo más adecuado a las múltiples y no siempre fáciles preguntas de sus hijos en esta materia.

Además de los datos epidemiológicos que ofrezco en este documento, tomo una clara posición en relación a la sexualidad humana. Esta claridad brota del convencimiento de que la visión propuesta se muestra muy atractiva, muy hermosa, y conforme a la dignidad del ser humano y de su cuerpo y que, además, es la única que contribuye de manera cierta a terminar con la transmisión del VIH. Esta antropología desde la que miro el tema está sustentada en una gran confianza en el hombre, en su inteligencia y en la capacidad que posee de acercarse a la verdad, conocerla y hacerla suya, y desde ella fundar valores fundamentales que inspiren las decisiones. Dicho de otro modo, sólo desde la verdad de la persona y la dignidad que lleva grabada es posible buscar los medios y los remedios para enfrentar de manera adecuada el tema que ocupa estas páginas. Pero además, en el contexto del diálogo que debe imperar toda reflexión ética, pretendo estimular una reflexión en torno al concepto de autonomía en las personas que tienen responsabilidades sociales, las que en virtud de la información que proveen, pueden inducir a tomar decisiones que ponen en riesgo la vida propia y la de terceros, especialmente de los grupos más vulnerables como son los jóvenes y los pobres.

La lógica que mueve este documento es la del respeto a todos los seres humanos, independientemente de su estado de salud, y el genuino interés en conocer todos los aspectos involucrados en esta enfermedad, en virtud del derecho de cada persona a tener acceso a la información correcta sobre la enfermedad, de tal forma de poder encontrar los modos más adecuadas para terminar con este flagelo.

A través de este trabajo busco colaborar con todas las instancias sociales que están involucradas en esta enfermedad, especialmente con quienes la padecen y con los sectores de mayor riesgo en la perspectiva de una eficaz prevención. También quiere ser una ayuda a las familias de los enfermos que no encuentran apoyo suficiente para cuidarlos adecuadamente, y la dificultad para darles un tratamiento oportuno por lo oneroso que resulta. Del mismo modo este trabajo va dirigido a los colegios que pueden verse injustificadamente tentados a discriminar a los niños portadores de VIH no permitiéndoles el ingreso o bien cancelándoles la matrícula, o a no saber de qué manera tratar esta información que resulta muy confidencial. Así también, va dirigido a las empresas que muchas veces han discriminado a los portadores, lo que constituye una violación a la dignidad de la persona, así como a los trabajadores del área de la salud y que tratan con enfermos de SIDA o portadores de VIH. Este estudio va dirigido de modo muy especial a los medios de comunicación social que constituyen un canal privilegiado para dar una adecuada información a la población acerca de esta enfermedad y que, por constituir el único medio de información de una amplia porción de la población, pueden influir significativamente en los comportamientos de ésta.

Por último espero que este estudio sea un aporte para aquellas personas que tienen responsabilidades en el ámbito de las políticas públicas en salud y educación, y sea un instrumento de diálogo en los Comités de Ética de los hospitales y reuniones de formación en general. Espero sinceramente que este trabajo que surge del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile sea una ayuda para todos quienes tenemos responsabilidades en el ámbito de la educación y la salud.

Agradezco a un grupo importante de médicos, enfermeras, abogados, periodistas, filósofos, sacerdotes, alumnos de la diversas carreras de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y profesionales de otras áreas por el apoyo que me han dado y su desinteresada ayuda en los ámbitos propios de su competencia.



# 1. Aspectos científicos y epidemiológicos

## 1.1. ¿Qué es el VIH y el SIDA?<sup>1</sup>

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) pertenece a la familia de los retrovirus que infecta a las personas provocando una importante alteración en la inmunidad a través de la destrucción de los linfocitos-T. Por esto, a los individuos infectados se les genera una inmunodepresión que los hace vulnerables a una serie de agentes infectantes produciendo “infecciones oportunistas”.

La máxima expresión de este déficit inmunitario es el SIDA (Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida), que es la etapa avanzada que sufre el sujeto portador del VIH, en la cual desarrolla múltiples infecciones por microorganismos relativamente inofensivos para las personas con inmunidad normal. Dentro de las infecciones oportunistas más frecuentes podemos citar: Neumonía por *Pneumocystis carinii*, Encefalitis por *Toxoplasma gondii*, Retinitis por *Cytomegalovirus*, *Candidiasis* esofágica, diarrea por *Cryptosporidium parvum*, etc. El desarrollo de estas infecciones, la susceptibilidad al desarrollo de tumores tipo Sarcoma de Kaposi, linfoma, etc. o enfermedades neurodegenerativas como la Encefalopatía por VIH, la Leucoencefalopatía multifocal progresiva o la emaciación producida por el mismo VIH llevan finalmente, a la muerte del enfermo.

Esta enfermedad fue descrita por primera vez en 1981, en un brote de neumonía por *Pneumocystis carinii* y Sarcoma de Kaposi que afectó a un grupo de hombres jóvenes homosexuales en U.S.A. Tres años más tarde el VIH fue aislado y reconocido como la causa del SIDA. Era muy difícil imaginar en ese momento la magnitud de la epidemia que estaba por comenzar, así como sus efectos sociales y políticos.

<sup>1</sup> Cf. Sgreccia E., *Manuale de Bioética, Volume II*, Vita e pensiero, Milano 2002, 269-320.

## 1.2. ¿Cómo se transmite?

Es muy importante conocer cómo se transmite la enfermedad no sólo por sus implicancias médicas, sino también, como veremos más adelante, por las implicancias éticas de las diferentes formas de contagio y las posibles formas de prevención. Como esta infección se transmite de persona a persona existe acuerdo unánime en lo fundamental que resulta disponer de una información adecuada, completa y veraz sobre ésta, así como de la correcta y oportuna educación de todos los sectores de la población empezando por los padres, profesores de todos los niveles de educación, trabajadores del área de la salud, y medios de comunicación social.

El VIH se trasmite de las siguientes formas:

- A. A través de relaciones sexuales homosexuales o heterosexuales. La promiscuidad sexual aumenta considerablemente la probabilidad de contagio, aun cuando una sola relación sexual con una pareja infectada puede ser suficiente para adquirir la enfermedad. Es sabido que el mayor riesgo de contagio lo tienen los hombres homosexuales pasivos, y que el traspaso del virus de hombre a mujer es tres veces mayor que a la inversa, por razones de orden anatómico, biológico, y de comportamiento. La conducta homosexual es especialmente propensa a la transmisión debido a que el recto es una zona muy vascularizada y absorbente, así como por la violencia traumática de este tipo de relaciones que favorece los desgarros vasculares. Ha de quedar en claro, en todo caso, que no es el hecho de ser homosexual o bisexual lo que hace que se adquiera el VIH y el SIDA, sino más bien las conductas sexuales de las personas (número de parejas, promiscuidad).
- B. A través de la sangre, aun en pequeñas cantidades, como es el caso que se puede dar por parte de los individuos tóxicodependientes que intercambian jeringas contaminadas con virus para drogarse.
- C. A través de la transfusión de sangre contaminada o sus derivados.
- D. De la madre VIH positiva hacia el hijo, ya sea durante la gestación por vía

transplacentaria, durante el parto, a causa del contacto con sangre y/o secreciones vaginales, o bien después del parto a través de la lactancia.

- E. En mucha menor escala, y siempre y cuando no se tomen las medidas adecuadas de profilaxis, (prevención), también puede haber en los profesionales de la salud contagio accidental (médicos, enfermeras, dentistas, etc.) por pinchaduras de agujas o jeringas contaminadas o durante intervenciones quirúrgicas<sup>2</sup>.

Es muy importante señalar que no hay ningún caso registrado de transmisión del virus a través del beso, ni tampoco por motivos de convivencia, uso de baños, cocina, toallas, cubiertos, peinetas, vasos. De ahí que la convivencia diaria con una persona infectada con VIH no es un riesgo para las personas sanas que la rodean, por lo que resulta injustificado y muy injusto aislar a los enfermos de la vida familiar y social.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es muy poco resistente a las condiciones ambientales y tiene dificultades para sobrevivir fuera del organismo, destruyéndose fácilmente con el calor y con los detergentes habituales.

En síntesis, la transmisión sólo puede ocurrir por vía sexual, parenteral o vertical (de madre a hijo).

### 1.3. Del VIH al SIDA<sup>3</sup>

Tras el momento del contagio, hay un primer período de infección conocido como “período de ventana”, y que se caracteriza por la ausencia de anticuerpos. Posteriormente, tras un tiempo que puede durar entre 3 y 30

<sup>2</sup> Ver un completo estudio al respecto en Gomes dos Reis Aves E., de Paula Ramos D., *Profissionais de Saúde: vivendo e Convivendo com HIV/SIDA.*, Editora Santos, 2002. “...a pesar de que la preocupación por parte de los profesionales en especialidades quirúrgicas está aumentando, en estos estudios la distribución de trabajadores sanitarios con peligro bien definido de infección VIH, era similar a la de los que carecían de riesgo identificado....el riesgo de infección del VIH es extremadamente bajo; probablemente menos de uno cada 200 incidentes de contacto con membranas mucosas o inoculación parenteral de sangre, fluidos o excreciones infectadas” Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) Informe Hasting.

<sup>3</sup> Cf. Sepúlveda C., *Sida*, Editorial Universitaria 1998, 76-90.

semanas (aunque en el 99% de los casos se da dentro de los 6 primeros meses de la primoinfección) se verifica la llamada seroconversión<sup>4</sup>, vale decir, una persona hasta entonces seronegativa (sin anticuerpos) pasa a ser seropositiva (ELISA VIH IgG negativa → ELISA VIH IgG positiva). Esto significa que el sistema inmune reconoce al virus y forma mecanismos de defensa frente a él, entre ellos los anticuerpos.

En algunos sujetos el período inicial (“de ventana”) puede ser sintomático, con fiebre, presencia de adenopatías, faringitis, *rash* cutáneo y ocasionalmente manifestaciones neurológicas, lo que puede permitir llegar al diagnóstico precozmente. En la mayoría de los casos, sin embargo, este período pasa inadvertido.

En esta etapa el virus se multiplica rápidamente y es posible detectar muy altos niveles de carga viral en el plasma, es decir, cientos de miles de partículas virales por cada mililitro de plasma. En este período inicial, por tanto, el individuo es altamente transmisor, básicamente debido a que la cantidad de virus en el plasma se correlaciona directamente con la cantidad de virus en el fluido genital masculino y femenino.

Es importante repetir que en este momento el individuo puede lucir perfectamente sano, tener el test de anticuerpos para VIH negativo (no muestra la presencia de la enfermedad) y ser, sin embargo, altamente transmisor durante la actividad sexual. En este caso la persona puede ignorar su estado de infectado, o reconocer su potencial riesgo de infección.

Luego viene un segundo período, que se caracteriza porque el portador del virus no presenta sintomatología, pero la infección sí se detecta por la presencia de anticuerpos anti VIH en la sangre (generalmente a través de la técnica de ELISA). Estas personas suelen denominarse “portadoras asintomáticas”. En este período las personas pueden ser diagnósticas en chequeos médicos, o en estudios de tamizaje en donantes de sangre.

**4 Seroconversión:** aparición de anticuerpos en una persona previamente seronegativa, es decir sin anticuerpos.

Este período de latencia puede durar entre 2 y 20 años. Sin embargo, en el 50% de los casos, la enfermedad se desarrolla dentro de 10 años. También existe riesgo de transmitir la enfermedad en esta etapa.

Finalmente, hay un tercer período que se caracteriza porque la persona presenta un bajo número de los linfocitos CD4, lo que la hace vulnerable a las infecciones oportunistas. Ésta es la etapa en que se presentan los signos y síntomas característicos de la inmunodeficiencia del SIDA. Antes de que existiesen terapias antirretrovirales, como las disponibles actualmente, la sobrevivencia de los sujetos que debutaban con una infección oportunista no superaba un año.

En este momento, en cambio, gracias a los resultados de las combinaciones de medicamentos conocidas en nuestro país como triterapia, el pronóstico de la enfermedad ha mejorado radicalmente para los pacientes que acceden a este tratamiento en forma continua y mantenida.

Es muy importante aclarar que la persona infectada transmite el virus de acuerdo a sus cargas virales (concentraciones de virus) en la sangre. Por ello es que los pacientes que acceden a la triterapia disminuyen el riesgo potencial de transmisión, y por lo mismo es tan importante realizar el diagnóstico precoz y mantener a los pacientes en control y tratamiento, especialmente en el caso de mujeres embarazadas.

Según el informe del CONASIDA en Chile los recursos financieros destinados al tratamiento de enfermos con VIH ascendió el año 2000 a aproximadamente 9.000 millones de pesos, de los cuales 2.913 millones corresponden a hospitalización y 5.954 millones a triterapia<sup>5</sup>.

**5** Ver Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, CONASIDA, Boletín epidemiológico semestral VIH/SIDA, Diciembre 2001.

## 1.4. ¿Qué pasa en el mundo?

Se estima que hacia fines del año 2002, 42 millones de personas en todo el mundo estaban infectadas con el VIH o bien ya habían manifestado la enfermedad del SIDA. De ese número de personas, 38,6 millones eran adultos, y de ellos 19,2 millones eran mujeres. Se calcula que hay 3,2 millones de infectados menores de 15 años.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que las nuevas infecciones por el VIH en 2002 ascendieron a 5 millones de personas, de los cuales 4,2 millones son adultos (2 millones de mujeres). Dicho año se infectaron, además, 800.000 niños menores de 15 años.

Por otra parte, se estima también que las defunciones causadas por el SIDA en el año 2002 llegaron a las 3,1 millones, de los cuales 2,5 millones corresponden a adultos (1,2 millones de mujeres). El número de niños menores de 15 años que falleció por esta enfermedad fue de 610.000. Asimismo, hasta la fecha, aproximadamente 14 millones de niños se han quedado huérfanos de padre o madre a causa del SIDA. Basten estas cifras para apreciar que el SIDA es una pandemia que exige una reflexión de largo aliento.

Pero también es interesante – así como alarmante y doloroso – señalar que cada día se producen 14.000 nuevos casos de infección en el mundo, de los cuales más del 95% se encuentran en los países en vía de desarrollo. De estos 14.000 nuevos contagiados diarios, aproximadamente 2.000 son menores de 15 años; y de los 12.000 adultos (15-49 años), el 50% son mujeres. Además, si desglosamos la categoría “adultos” por edades, se comprueba que más del 50% de los contagiados diarios tienen entre 15 y 24 años de edad.

Ahora bien, si las cifras las desglosamos geográficamente, también vemos que de los 40 millones de infectados a nivel mundial, 28 millones se concentran en África, y otros 1,9 millones en América Latina y el Caribe<sup>6</sup>. Es decir, ésta es una enfermedad que ha hecho estragos de modo especial entre los jóvenes y entre los estratos más pobres e indefensos de la sociedad.

**6** Para conocer de modo detallado las estadísticas de la enfermedad, recomiendo ver la página WEB de las Naciones Unidas.

## 1.5. ¿Qué pasa en Chile?<sup>7</sup>

En Chile, según datos del Ministerio de Salud, el primer caso de SIDA se notificó en 1984. Hasta el 31 de diciembre del año 2001 se estimaba que en las trece regiones del país los enfermos de SIDA eran 5.863 y 22.045 personas eran VIH+ asintomáticas. Hasta la misma fecha se había informado del fallecimiento de 3.230 personas por SIDA. Es decir, desde el inicio de la epidemia en 1984 hasta fines del 2001, unas 27.908 personas han sido portadoras o enfermos de SIDA, de los que aún viven 23.920.

Los principales grupos de edad afectados son los que van entre los 20 y los 49 años, concentrando el 84,9% de los casos. Los menores de 20 años representan el 2,6% y los mayores de 50, el 12,5%. En la actualidad, el SIDA representa en nuestro país la cuarta causa de mortalidad en hombres de entre 20 y 44 años, cifra que en la Región Metropolitana significa 149 por cada 100.000 hombres.

Si bien es cierto que una persona puede contraer la infección por distintas vías, es ampliamente sabido que en Chile la forma más frecuente de contagio es por una relación sexual con una persona infectada. En efecto, en nuestro país, de acuerdo con la información disponible al 31 de diciembre del 2001, el 93,9% de las personas que se infectan lo hacen por esta vía, y el 69% del total por relaciones de carácter homosexual o bisexual, predominando con creces los hombres que viven en zonas urbanas, con un 90% de los casos.

Sólo el 4,6 % se ha infectado por contacto sanguíneo, y en el 1,5% de los casos la infección se transmitió de madre a hijo.

En términos generales, la tasa de infectados en nuestro país es en promedio de 28 personas por cada 100.000 habitantes, pero en la Región Metropolitana sube a 48,6 por el mismo número de habitantes. La posibilidad de infección es mayor entre la población homosexual y bisexual, aunque progresivamente se ha ido extendiendo también a mujeres heterosexuales que han tenido contacto sexual con bisexuales.

**7** Para conocer la situación en Chile, recomiendo ver los datos que aporta el Ministerio de Salud. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)

El análisis de los casos de SIDA acumulados en Chile desde el inicio de la epidemia, en 1984, nos muestra que la mayor proporción está centrada en los hombres. Sin embargo, esta proporción va variando, pues el crecimiento relativo de las mujeres infectadas (por las diversas vías de transmisión) mantiene un sostenido aumento. El año 1990, por ejemplo, la proporción entre los enfermos de SIDA era de 28,4 hombres por cada mujer, mientras que en el año 2000 esta proporción fue de 6,9 hombres por mujer. En relación a los portadores, de 6,6 hombres por mujer se pasó a 4,2 hombres por mujer, en el mismo período. Con estos datos se demuestra una clara feminización de la enfermedad.

Pero, además, la tendencia de la distribución de los casos entre las mujeres infectadas que declararon exposición heterosexual frente a los hombres que adquirieron la enfermedad por vía homosexual y bisexual, muestra un aumento de gran significación estadística para las primeras en la comparación de los períodos 90-92 versus 96-98. Esto indica, por primera vez en nuestro país, una expansión de la epidemia entre las personas heterosexuales.

Todas estas cifras señalan de modo patente que la infección por VIH/SIDA es un problema grave, y no es un problema que sólo afecte a los países desarrollados, ni a los homosexuales, ni a los hombres. Por ello urge –nos urge– encontrar un modo de frenar la expansión de esta pandemia. Pues bien, en este documento pretendo esbozar una salida auténticamente humana para este flagelo. El telón de fondo que va a acompañar toda esta reflexión, por tanto, es que la problemática de la prevención lleva grabada en sí un fuerte componente moral, en cuanto involucra actos humanos. Por esta razón, las decisiones en el campo de la prevención no son neutras desde el punto de vista moral; llevan de modo implícito una visión del hombre que obliga a un discernimiento ético para evaluar su bondad o maldad.

## 2. Consideraciones éticas

### 2.1. El respeto debido a los portadores de VIH y enfermos de SIDA

No todas las personas infectadas por virus VIH o enfermas de SIDA se contagian por su responsabilidad, pero incluso cuando ello haya sido así, no hay ninguna justificación legítima para estigmatizarlas ni discriminarlas familiar, social o laboralmente. A los infectados por VIH y a los pacientes de SIDA se les debe tanto respeto y asistencia como a cualquier otro enfermo, e incluso más, pues los enfermos con infección por VIH muchas veces viven solos su dolencia, y caen rápidamente en depresión<sup>8</sup>. Los sentimientos de culpabilidad, rabia, y ansiedad ante la incertidumbre y la discriminación los acompañan en el diario vivir, por lo que requieren, más que otros, de un particular apoyo.

Considerando que los dilemas éticos que se presentan en el caso de los enfermos de VIH y SIDA se deben analizar a la luz del bien de la persona que se pone como centro y fin de la medicina y del actuar médico, es fundamental insistir en la obligatoriedad por parte del médico y del personal de salud de atender y apoyar a las personas infectadas. La razón última de esta obligación se halla en que el enfermo se encuentra en una situación de fragilidad y sufrimiento tal que le corresponde en primer lugar a que se le ayude a cuidar su salud y vida. Es en este contexto en el que se revela el significado mismo de la profesión médica que más que un mero oficio que presta servicios a un “cliente” es un mandato moral del que la sociedad reviste a alguno de sus miembros formándolos con competencia y habilidades propias y que en virtud de la función eminentemente social que ejerce no puede quedar exclusivamente a discreción del profesional<sup>9</sup>. Es ilustrativo al respecto el hecho que el primer código de la Asociación Médica Americana del año 1847, y que hace suya el Comité de asuntos Éticos y Jurídicos de la misma Asociación el año 1987, sostenía que “cuando se encuentre frente a una epidemia, el médico debe continuar con su trabajo sin preocuparse del riesgo para su propia salud” y que “en caso de

**8** En Nueva York la tasa de suicidios entre hombres con SIDA es 36 veces mayor que entre otros hombres de la misma edad. Summerfield D., *HIV infection – discrimination and criminalisation*, *The Lancet* (April 29) 1989:957.

**9** Cf. Palazzani L., et al., *La fondazione dell’ obbligo morale al trattamento dei pazienti con infezione da HIV*, *Medicina e Morale* 3 (1991): 445-463; Jecker N.S., *The responsibility to treat AIDS patients*, *AIDS patient Care* 4,1 (1990): 2-4.

pestilencia es deber del médico afrontar el peligro y continuar su propio trabajo para aliviar los sufrimientos de los pacientes, aunque ponga en riesgo su vida”.

Asimismo, el paciente que sabe que está infectado está igualmente obligado a revelar su situación al personal que lo atiende. No existe riesgo de contagio en una atención profesional que se realiza según las normas de higiene que se han de conservar en toda práctica profesional. Lo propio del ethos del médico es preocuparse por la salud de las personas. Claro que esta obligación exige que tenga las condiciones adecuadas para desarrollar su trabajo, lo que es resorte de la sociedad toda. La asistencia médica debe realizarse aun en el caso de que la muerte del enfermo sea inminente, con cuidados paliativos, además de la asistencia humana y espiritual que una situación de esta índole amerita. En ese sentido, el trato caritativo que se realiza a los infectados y enfermos y a sus familias en muchos policlínicos, hospitales y clínicas por parte de los equipos de salud es loable. Debe destacarse, y en modo particular en Chile, la Clínica la Familia que fundara el Padre Baldo en Santiago, destinada a cuidar y acompañar a enfermos terminales, como testimonio de acogida y servicio a los enfermos en la etapa final de sus vidas.

Es importante destacar el trabajo anónimo de muchísimas personas que están al cuidado de estos enfermos a lo largo del país, incluyendo a las familias que han debido asumir, no sin dificultad, los gastos y cuidados de ellos.

Otro tema no menor es el infundado miedo que experimentan algunos padres de familia de que niños con el virus compartan la vida escolar con sus hijos. En realidad una actitud de este tipo no sólo es infundada, sino que, además, injusta porque bajo esas condiciones de convivencia no hay posibilidad de adquirir la enfermedad, además de poco solidaria ya que parte importante de la terapia de estas personas consiste en llevar una vida lo más normal que les sea posible<sup>10</sup>.

10 República de Chile, Ley N°19.779, Artículo 7, que *Establece normas relativas al virus de inmunodeficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas*, del 4 de diciembre del 2002, plantea que “... no podrá condicionarse el ingreso a un establecimiento educacional, ni la permanencia o promoción de sus alumnos, a la circunstancia de encontrarse afectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Tampoco podrá exigirse la realización o presentación del referido examen para tales efectos”. El Consejo de Europa plantea en la Recomendación R (89) 14 en la sesión dedicada a la confidencialidad en los colegios que “el personal de medicina escolar, los profesores y los demás agentes del sector con obligaciones educativas respeten vigorosamente los principios de reserva; las decisiones de informar

Lo mismo acontece en el ámbito laboral. Desde este punto de vista resulta éticamente inaceptable terminar con el contrato de una persona portadora de VIH, la que debe ser tratada como cualquier otro trabajador que adquiere una enfermedad, con sus mismos derechos y sus deberes<sup>11</sup>. La ley chilena es clara al respecto cuando afirma que “No podrá condicionarse la contratación de trabajadores, tanto en el sector público como privado, ni la permanencia o renovación de sus empleos, ni su promoción, a los resultados del examen destinado a detectar la presencia del virus de inmunodeficiencia humana, como tampoco exigir para dichos fines la realización del mencionado examen”<sup>12</sup>. Del mismo tenor es la ley en Italia cuando afirma que “está prohibido a los empleadores públicos o privados, realizar investigaciones tendientes a saber si los empleados o los postulantes a un puesto de trabajo son seropositivo”<sup>13</sup>.

Ahora bien, si el lugar de trabajo perjudicara la salud del enfermo, se deberían tomar las medidas pertinentes para que esta persona realizara otro trabajo o en otro lugar menos dañino para su salud. En este caso el cambio no se justifica por el hecho de que la persona está infectada sino que en función de su salud, que es un valor prioritario y jerárquicamente superior a su trabajo.

de la presencia de un niño o de un adolescente infectado de VIH, se hagan solo en el interés de la persona, caso por caso, y en base a una consulta, si es posible, entre la persona infectada, los padres, los profesores, y los operadores sanitarios”. La ley Italiana dice que “el diagnóstico de infección VIH no puede constituir motivo de discriminación, en particular para inscribirse en la escuela, para el desarrollo de actividades deportivas, y para el acceso a un puesto de trabajo o mantenerse en él”. Legge 5 giugno, n°135, *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l’AIDS*, art.5.

**11** En Francia la ley del 12 de julio del 1990 estipula que ningún asalariado puede ser sancionado o licenciado en razón de su estado de salud o de su *handicap*, salvo inaptitud constatada por la medicina laboral. Esta ley, además, impide todo tipo de racismo en relación a los enfermos en la vida profesional. Cf. Consejo de Europa, Recommendation N°R (89) 14\* Du Comité des Ministres aux Etats Membres sur les incidences éthiques de l’ infection VIH dans le cadre sanitaire et social.

**12** República de Chile, Ley N°19.779, Artículo 7, que *Establece normas relativas al virus de inmuno deficiencia humana y crea bonificación fiscal para enfermedades catastróficas*, del 4 de diciembre del 2002.

**13** Legge 5 giugno, n°135, *Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l’AIDS*, art.6.

## 2.2. El tema de la confidencialidad

Uno de los problemas morales que se ha planteado en relación a la epidemia del SIDA es el del secreto profesional, pilar fundamental de la relación del médico con el paciente. Dado que quienes son portadores del VIH pueden infectar a terceros, muchos médicos se preguntan hasta qué punto están obligados a guardar el secreto profesional si es que su silencio puede implicar que personas inocentes se infecten. El problema, por lo tanto, consiste en cómo compatibilizar el secreto profesional del médico y del equipo que atiende al paciente con la exigencia ética que surge de evitar un mal a aquellas personas que, de mantenerse un riguroso secreto profesional, se van a infectar y corren peligro de morir.

Para resolver este dilema, hay que empezar reconociendo que la salud no es sólo un bien personal, sino también un bien social. Por ello, hay ahora un cierto consenso en el sentido de que el interés social de la salud exigiría la revelación del secreto profesional, cuando el silencio riguroso, que en otras circunstancias se exige, pudiera hacer peligrar la vida de terceros. Así, una primera conclusión importante, es que a la luz del valor de la vida humana se aprecia que el secreto profesional no es un valor absoluto, y que bajo ciertas condiciones puede revelarse. Para la Asociación Médica Americana una razón por la cual se plantea que el secreto profesional no es un valor absoluto es que se identifica la responsabilidad del médico con la de prevenir la difusión de enfermedades contagiosas y, como obligación ética, reconocer el derecho de discreción y confidencialidad de las víctimas del SIDA. Por lo que postula en relación al tema de la confidencialidad que “Idealmente el médico debiera tratar de persuadir a la persona infectada a dejar de exponer a un tercero en juego: si la obra de persuasión no obtiene resultados, la autoridad debiera ser informada; y si la autoridad no toma las previsiones correspondientes, el médico debiera informar y aconsejar a la tercera persona en riesgo”<sup>14</sup>.

Esta tesis, que cada vez encuentra más adeptos, se deriva de un principio de justicia, por cuanto lo que se pretende es evitar un daño injusto a terceros inocentes.

**14** Cf. Asociación Médica Mundial, *Informe YY*, 1987. Cita tomada de Boroni V., *Infezione da HIV e segretezza professionale*, medicina e Morale 3 (1991) 417-444.

En concreto, entonces, las condiciones para realizar la revelación del secreto profesional son:

- a. Que la necesidad de revelar nazca de la exigencia de tutelar un bien y/o un derecho igual o superior a aquel que se quiere resguardar. En este caso sería la vida.
- b. Que el médico haya hecho toda tentativa para convencer al paciente de la necesidad de revelar el secreto.
- c. Que no haya otro modo para tutelar la salud del paciente.
- d. Que se adopten todas las cautelas y que se le ofrezca asistencia psicológica al informado.
- e. Que no se revele más de lo que el fin de tal revelación exige.
- f. Que el destinatario de la revelación sea la persona que está en peligro de contagio<sup>15</sup>.

Dada la complejidad del tema y las implicancias que la revelación de una información de esta índole puede tener, es importante un adecuado apoyo para el médico que se halla en la situación de revelar o no un secreto obtenido en el ejercicio de su profesión.

### **2.3. El tema ideológico**

Ejercer la sexualidad con quien se desee, es decir igualando en su significación cualquier unión afectiva, incluso de personas del mismo sexo, y desvinculándola de la procreación, se postula como uno de los derechos fundamentales de una sociedad “democrática y pluralista”. Tanto es así que existe un proyecto de ley presentado por algunos diputados de nuestro país sobre “Derechos sexuales y reproductivos” que plantea explícitamente en su articulado: “Se reconoce el derecho a toda persona a ejercer la sexualidad independientemente de la procreación, y la libertad para elegir con quién vivir la sexualidad”.

Detrás de la impresionante promoción que se ha hecho del uso del preservativo como medio para prevenir que se siga expandiendo el VIH, se esconde una estrategia de índole ideológica que trasciende con creces el interés propiamente

<sup>15</sup> Cf. Sgreccia E., *Manuale de Bioetica*, op.cit., 297-299.

sanitario. Estas campañas están sostenidas por la ideología del sexo libre y seguro –ya sea homo, bi, o heterosexual, que concibe la libertad como un absoluto, al margen de cualquier verdad o norma objetiva. Quienes optan por este camino se imposibilitan a sí mismos de conocer la verdad que la realidad del amor humano lleva grabada en sí, y menos pueden comprender entonces lo que al valor de la sexualidad y la vida se refiere. Esta visión está empapada por una visión nihilista del hombre, del mundo y de la historia, amparada por un gran escepticismo frente a la posibilidad de conocer la verdad, cuyas consecuencias, sin embargo, no se dejarán (y no se han dejado) esperar.

En este contexto de autoexaltación del yo y de las potencias inferiores del hombre en desmedro de las superiores, se percibe el VIH y el SIDA como una amenaza a la libertad individual de las personas para ejercer su actividad sexual. Detrás de la publicidad para prevenir el SIDA, más que una auténtica promoción de la salud, se predica una visión del ser humano (por cierto lamentable).

La difusión de los preservativos tiene por finalidad compatibilizar la “libertad” de las personas a tener relaciones sexuales con la seguridad de no contagiarse de VIH y enfermarse de SIDA. Este objetivo, en el largo plazo, no se podrá lograr, pues aplica la misma lógica de las campañas que promueven productos anticonceptivos, de forma de tener relaciones sexuales sin engendrar, y que ya se han probado ineficaces<sup>16</sup>. Resulta muy contradictorio que se promueva la llamada “anticoncepción de emergencia”<sup>17</sup> justamente para el caso en que los preservativos fallen, y por otra parte se diga que el preservativo impide contraer enfermedades de transmisión sexual como el VIH.

Por otra parte, la Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) dependiente del Ministerio de Salud, elaboró un documento titulado “SIDA, las respuestas de Chile”, en el que, además de la educación, la prevención personal, grupal y

**16** Cf. Pearson V.A.H., Owen M.R., Phillips D.R., Pereira Gray D.J., Marshall M.N., *Pregnant teenagers knowledge and use of emergency contraception*, British Medical Journal 330 (1995) 1644.

**17** Píldora a ser ingerida después de una relación sexual y que actúa, de acuerdo a la información que da quienes la producen, ya sea impidiendo la ovulación o incluso, de haberse producido la fecundación puede evitar la implantación del embrión en el endometrio, lo que lo conduce a su muerte.

social, y la creación de redes de trabajo con asociaciones de personas que viven con el VIH/SIDA, se propone como estrategia para abordar la epidemia la promoción del reconocimiento social de la eficacia del condón y el incremento de las importaciones del preservativo.

No cabe duda que han trabajado con eficiencia y han logrado resultados: el año 1990 se importaron en Chile 2,6 millones de preservativos, el año 1998 el número subió a 15,7 millones. Sin embargo, no se percibe el mismo empeño en generar cambios de conductas reales en lo que a la vida sexual se refiere, las cuales si son eficaces en prevenir la difusión de la enfermedad.

Al mismo tiempo, y a pesar de esta ingente cantidad de preservativos que se ha puesto a disposición de las personas, especialmente de los jóvenes, las notificaciones de los casos de SIDA en el último trienio indican que la curva de crecimiento sigue siendo ascendente. Este contraste debería hacer reflexionar sobre la eficacia real del preservativo, y la conveniencia de gastar los escasos recursos del país en ellos.

El tema de fondo es que no se puede buscar la solución al problema del SIDA al interior de la misma lógica que produce la enfermedad, es decir, el permisivismo sexual. Ello no logra otra cosa que potenciar el motivo que está en el origen de la enfermedad: una vida sexual despersonalizada. La respuesta hay que buscarla en la lógica del valor de la castidad, de la fidelidad, y de la responsabilidad respecto del otro.

Una difusión masiva de preservativos de alguna manera denota muy poca confianza en que las personas puedan ser verdaderamente un factor importante de cambios personales y sociales, es decir, delata un paternalismo inaudito. Asimismo, muestra también muy poco interés en querer ayudar a solucionar los problemas reales de las personas que las llevan al contagio, como la ignorancia, la pobreza, la promiscuidad, etc. El camino que la autoridad ha elegido, es el más cómodo, pero al mismo tiempo el menos solidario, y el del fracaso anunciado.

## 2.4. A propósito del preservativo: seudoseguridad

Dejando de lado las consideraciones morales, para centrar la atención únicamente en el dato científico, es sabido que el preservativo, como método para impedir un embarazo, es uno de los más ineficientes<sup>18</sup>. En efecto, la literatura muestra cómo el índice de Pearls es del 7 al 15% de ineficiencia en comparación, por ejemplo, con las píldoras anticonceptivas, que son ineficientes en el 0,5%. Por otra parte el preservativo tampoco es seguro para prevenir el SIDA. Como el virus del VIH es 500 veces más pequeño que los espermatozoides, quien usa el preservativo puede tanto infectar a otra persona como ser infectado por su pareja. Varios estudios indican que el uso del preservativo puede reducir, pero no eliminar, el riesgo de contagio por la vía sexual<sup>19</sup>. Al respecto es importante lo que afirma la Sociedad de Enfermedades Infecciosas de América: “Hay que hacer notar, sin embargo, que el uso del preservativo reduce pero no elimina totalmente el riesgo de transmitir la infección del VIH” y que “‘Sexo seguro’ es ciertamente ‘sexo más seguro’ pero no es completamente libre de riesgos”<sup>20</sup>. Desde este punto de vista, resulta obvio que se ha de ser extremadamente cuidadoso, pues en una materia donde lo que se arriesga es la vida propia y la de los demás (una enfermedad con tan alta tasa de mortalidad), no se puede proponer y promover, sin más, un método comprobadamente poco eficiente frente a una enfermedad con alta tasa de mortalidad y con hondas repercusiones familiares, sociales y económicas.

**18** Recomiendo Suaudeau J., *Le “sexe sur” et le preservatif face au défi du SIDA*, Medicina e Morale 4 (1997): 689-726.

**19** Ver Fishl M.A. et al., *Evaluation of Heterosexual partners, children, and household contacts of adults with AIDS*, Journal of American Medical Association 257 (1987):640-644; Reviews of Infections Diseases (1986): 300; Beytout D., Chambon M., et al., *Une méthode simple et rapide de contrôle de l'imperméabilité aux virus des preservatifs*. La presse Médicale 18 (1989): 1651-1653; De Vincenzi I., et al., *A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners*, The New England Journal of Medicine 331 (1994): 341-346; Sgreccia E., *Manuale de Bioetica*, op.cit., 316.

**20** Infection Diseases Society of America, *The acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, The Journal of Infectious Diseases 158 (1988):282.

Proponer y promover un método de prevención de contagio de VIH que no es seguro requiere haber realizado antes una seria reflexión moral, por cuanto existe una gran desproporción entre el bien que se pretende obtener con una relación sexual y el riesgo de atentar en contra de la propia vida y de la de los demás, en caso de producirse la infección.

Si tras el discernimiento, se insiste en promover dicho método, es inadmisibile, desde el punto de vista ético, que se haga creer a la gente que el uso del preservativo es seguro si en la práctica no lo es, porque una falsa seguridad puede llevar a una creciente falta de responsabilidad de la actividad sexual, aumentando el número de contactos sexuales, y, por tanto, el riesgo de contagio. Las campañas para que sean eficaces deben tener como objetivo educar para modificar los comportamientos que eliminan o reducen el riesgo de infección. Para que ello ocurra hay que tener presente el ambiente cultural actual de la sociedad que en realidad no facilita el hacerse cargo de los impulsos sexuales, así como el valor estadístico del grado de protección real del preservativo. Al respecto, un estudio muestra que el riesgo absoluto de una persona a infectarse teniendo relaciones sexuales con una pareja sin condón es igual al de aquellos sujetos que mantienen relaciones sexuales con condón con cinco parejas. Así el preservativo reduce el riesgo cuando se trata de una sola relación pero no lo anula al aumentar el número de *partners* sexuales. El estudio plantea que la información técnica no basta para prevenir nuevas infecciones, sino que se ha de apelar a motivaciones más fuertes que deben ser sostenidas por toda la sociedad<sup>21</sup>.

Por último, desde el punto de vista de las políticas públicas, cuando se opta por la salida más fácil de masificar la importación, la difusión y el uso de preservativos, se diluye al mismo tiempo la tarea educativa de promover condiciones más humanas de vivir la sexualidad. Los jóvenes, cuando se les educa, son perfectamente capaces de comprender la dignidad de la persona humana y el valor de la sexualidad como experiencia humanizadora, y el enriquecimiento de la persona cuando se vive la sexualidad como un don de sí para siempre y abierto a la vida. En este contexto, la abstinencia no se presenta

**21** Cf. Fineberg H.V., *Education to prevent AIDS: prospects and obstacles*. Sciences 239 (1988) 592-596.

como un castigo, sino como un camino de formación de sí mismo, en vistas a la entrega generosa y total hacia el otro.

## **2.5. El caso de Uganda<sup>22</sup>**

Está claro que el caso de Chile difiere sustancialmente al del continente africano en general y a Uganda en particular, sin embargo me parece muy pertinente conocer la forma cómo en dicho país africano han afrontado la epidemia. La confirmación empírica de que cambiar el comportamiento sexual es un remedio más potente contra el SIDA que promover el uso del preservativo, proviene de un informe de la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID) de Estados Unidos, publicado el pasado septiembre.

El estudio, «Declining HIV Prevalence, Behavior Change, and the National Response: What Happened in Uganda?», observa que Uganda «se considera como una de las historias de más rápida y mejor superación del VIH». La oficina del censo de Estados Unidos y la oficina del SIDA de Naciones Unidas calculan que el predominio de infección por VIH en dicho país llegó a cerca del 15% de la población en 1991, y ha caído al 5% en el 2001. «Este dramático declive del predominio es único en el mundo, y ha sido tema de curiosidad desde mediados de los años 90», señala el documento del USAID.

El informe dice que la caída del predominio de VIH en Uganda se debe «principalmente a cierto número de cambios de comportamiento que se han identificado en algunas encuestas y en estudios cualificados». En particular, «El determinante más importante en la reducción de incidencia del VIH en Uganda parece ser una disminución de las relaciones múltiples y redes sexuales en general», concluye.

El USAID observa más adelante que la promoción de preservativos en Uganda se ha realizado en años más recientes, cuando ya habían tenido lugar las grandes reducciones en el VIH/SIDA. Los ugandeses tienen ahora considerablemente menos compañeros sexuales no regulares en todos los niveles de edad. En comparación con los hombres de países como Kenya, Zambia y Malawi: «los varones ugandeses en 1995 eran menos proclives a tener sexo continuamente (entre los 15 y

**22** Cf. <http://cias.webcindario.com/novedades.html>

19 años), más susceptibles de estar casados y mantener el sexo dentro del matrimonio, y menos proclives a tener compañeros múltiples, especialmente si nunca han estado casados».

En este sentido, el presidente de Uganda dio ejemplo a la nación con su postura al tratar la amenaza del VIH, animando a los líderes de la comunidad a «hablar claramente a la gente sobre retrasar su actividad sexual, abstenerse, ser fieles, ‘cero devaneos’, y usar preservativos (en ese orden estricto)».

Al respecto, Juan Pablo II dirigiéndose a los miembros del Cuerpo Diplomático acreditado en Tanzania les planteaba su convencimiento de que “... sin un renacer de la responsabilidad moral y sin reafirmar los valores morales fundamentales, todo programa de prevención basado solamente en dar información será ineficaz y, más aún, contraproducente, Aún mas dañosas son las campañas que implícitamente promueven – por la falta de contenido moral y por la falsa seguridad que ofrecen – justamente aquellos modelos de comportamiento que han contribuido a la expansión de la enfermedad”<sup>23</sup>.

## **2.6. Pareja mutuamente fiel y abstinencia**

La Iglesia Católica, en esta materia, promueve la fidelidad en el matrimonio y la abstinencia sexual. Pero no propone estos comportamientos sólo porque son el método más eficaz para prevenir la propagación de la infección, sino que los promueve porque representan de mejor manera el sentido verdaderamente humano de la sexualidad, en cuanto medio para una real y efectiva comunión de personas para la construcción de un matrimonio y una familia. En otras palabras, la Iglesia no está proponiendo una restricción costosa, un ‘precio que pagar’ para evitar el contagio del VIH/SIDA, sino, por el contrario, un crecimiento, un beneficio, una mayor libertad y mayor felicidad. Y este modo de conducta, además, verdaderamente constituye la manera más eficaz de prevenir la enfermedad.

En efecto, el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta afirma que “Las únicas estrategias totalmente efectivas para la prevención del SIDA son la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada”<sup>24</sup>. Por esto es

**23** Juan Pablo II, *i problemi di rifugiati e dell’ AIDS esigono il riconoscimento dell’interdipendenza dei popoli*, L’Osservatore Romano 3-4/9/1990.

que urge que los esfuerzos en la prevención primaria incluyan la educación de los adolescentes y de los adultos jóvenes respecto a la transmisión de VIH, y el estímulo de la abstinencia o de las relaciones sexuales monógamas. Si la misma ciencia concluye que el método de prevención más importante para evitar la propagación de esta pandemia es educar y difundir la abstinencia o las relaciones sexuales monógamas<sup>25</sup>, no hacerlo es una negligencia inexplicable.

Dado que lo que está en juego es la vida, en el caso del SIDA, prevenir no es simplemente mejor que curar: es la única solución. Además, los medios para prevenir la difusión del VIH son tremendamente sencillos, sin embargo los contactos heterosexuales y homosexuales altamente riesgosos y el abuso de las drogas intravenosas sigue catalizando la expansión de la epidemia. Por ello el cambio de conducta es la forma segura de protección y en esa línea debemos trabajar, sin embargo parece que no se ha sabido inducir de modo suficientemente rápido y extenso, ni siquiera entre los grupos de alto riesgo.

La misma Organización Mundial de la Salud, en la resolución del Consejo Ejecutivo del 29 de enero de 1992, dice: “La OMS quiere que se sepa que sólo la abstinencia sexual o la absoluta fidelidad eliminan el riesgo de infección”. Y en el documento del 20 de enero de ese mismo año insistía: “Sólo la abstinencia sexual o una mutua fidelidad de por vida entre parejas no infectadas eliminan totalmente el riesgo de enfermedades sexuales transmisibles”.

Todo esto nos lleva a repetir que para terminar con la epidemia del VIH y del SIDA se ha de trabajar arduamente en la educación de las personas, de forma de promover conductas en el ámbito de la sexualidad que no sean causa de contagio.

Esta promoción coincide, además, con una visión de la sexualidad humana más acorde con la dignidad de las personas. Presupone la capacidad del hombre de percibir el bien de una vida sexual en el contexto del amor matrimonial, e intentar alcanzarlo con el dominio de sí mismo, haciendo uso adecuado de una auténtica libertad y, sobre todo, demostrando un gran amor hacia el otro.

**24** Center for Disease Control, Atlanta, *Condoms for Prevention of Sexually Transmitted Diseases*, Journal of American Medical Association 259 (1988): 1925

**25** Cf. Infection Diseases Society of America, *The acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) and infection with the Human Immunodeficiency Virus (HIV)*, The Journal of Infectious Diseases (1988) 158.

## **3. Consideraciones políticas y legales**

### **3.1. Ley moral y ley civil**

En relación al tema que nos ocupa, no basta con saber en qué consiste la infección y la enfermedad, cómo se transmite y cuáles son los datos epidemiológicos disponibles. Tampoco basta con saber, a nivel individual, cuál es la mejor forma para evitar el contagio. Resulta fundamental preguntarse acerca del modo cómo la sociedad toda, a través del aparato público y sus instituciones, puede acercarse al tema en virtud de las consecuencias de carácter eminentemente público que éste tiene. Así como mostramos las obligaciones del médico en virtud del fin y el sentido de su disciplina, el Estado, cuya misión es velar por el bien común, no puede desentenderse de sus obligaciones en relación al cuidado de la vida de los ciudadanos.

Dado que en nuestro país la mayoría de las personas acude a los servicios de salud que provienen del Estado, es importante preguntarse de qué manera éste y todos quienes allí trabajan se hacen parte en la prevención de la infección por VIH. Este tema es de la máxima importancia, pues el personal de salud puede verse fácilmente involucrado en una situación conflictiva a la hora de promover un método de prevención. Por una parte, como funcionario público siente la obligación de proponer los métodos que forman parte de las políticas de Estado, pero por otra, éstas podrían no coincidir con el conocimiento que él tiene acerca de su eficacia o con su escala de valores. Por esta razón es imperativo discernir de qué manera se articula la ley civil, ámbito propio del Estado, con la ley moral, ámbito propio de la búsqueda del bien integral de la persona. Para ello quisiera detenerme brevemente en algunas definiciones.

### 3.1.1. Ley moral

La ley moral natural es la reglamentación de los actos humanos que proviene de la misma naturaleza humana, que tiene por fin la plenitud de la persona, y que es susceptible de ser conocida por la razón de cualquier ser humano. Es decir, la ley moral natural se funda en la inclinación natural del hombre de aprehender lo bueno y de traducirlo en acciones<sup>26</sup>. Según Santo Tomás, los ámbitos de la ley natural son tres. 1. conservar la vida; 2. conservar la especie; 3. conocer la verdad. En este sentido, la ley natural prescribe lo que corresponde a tales inclinaciones<sup>27</sup>. Propio de la ley moral, entonces, es cuidarse y defenderse de agresiones que atenten en contra de la integridad física o moral de una persona, en virtud de que la vida es un bien precioso, el más grande y el fundamento de otros.

### 3.1.2. Ley civil

La ley civil, en cambio, llamada ley humana o positiva, es “un mandato de la razón ordenado al bien común, promulgado por quien está encargado de la comunidad”<sup>28</sup>.

La ley civil es necesaria porque la ley moral natural se refiere a los primeros principios, pero no da normas detalladas para las variadas situaciones que se presentan en la vida de los hombres. Dice Santo Tomás: “Así, es necesario que la razón humana dé los preceptos de la ley natural, en cuanto principios universales e indemostrables, y llegue a disponer de las cosas de manera más particular. Y estas particulares disposiciones, elaboradas por la razón humana, se llaman leyes humanas”<sup>29</sup>.

**26** Cf. Tomás de Aquino, *Summa Theologica* I-II, q.94, a.2.

**27** Cf. *Ibid.*

**28** *Summa Theologica* I-II, q.90, a.4. Esta ley, además de ser racional, debe tener un carácter universal. Santo Tomás entiende el bien común como aquel bien que es participado por todos y, por lo tanto, considera el bien del conjunto de la comunidad y no de un individuo o de una clase. En relación al ordenamiento legislativo, es el bien común el que debe animar toda norma o precepto.

**29** *Summa Theologica* I-II, q.91, a.3.

Entonces, para que la ley civil que emana de la autoridad cumpla su objetivo, debe tener tres características: 1. Debe ser justa; 2. Debe ser útil al fin que persigue, es decir, al bien común; 3. Debe ser clara<sup>30</sup>. Aunque ambas leyes tengan ámbitos de influencia diferente, la ley civil no debe entenderse separada de la ley moral natural, por cuanto ambas miran a un mismo fin, es decir, ayudar a las personas a practicar la virtud de tal modo que se realicen y alcancen la felicidad.

Una de las características de la ley civil es que no puede ser considerada en abstracto, sino según las exigencias y las efectivas posibilidades de la mayoría de las personas, es decir, de la masa, que está formada por hombres no perfectos en la virtud<sup>31</sup>. Es por esto que esta ley no prohíbe todos los vicios, sino solamente los más graves, y de modo especial aquellos que dañan a los demás, como el homicidio, el robo y similares, sin cuya prohibición no puede subsistir la sociedad humana<sup>32</sup>.

La ley civil o positiva, entonces, tiene un ámbito más restringido que la ley moral natural. La primera no pretende hacer virtuosos a los hombres, sino que garantizar las condiciones mínimas para que todos puedan desarrollarse en aquellos aspectos fundamentales de su existencia, es decir, garantizar el respeto de los derechos del hombre. Por ello es que debe ser justa. La segunda, en cambio, tiene un campo de acción más amplio y dice relación con la virtud de las personas; mira al hombre, en primer lugar, en su subjetividad. La ley civil marca un mínimo, la ley moral apunta al máximo. Pero ello no significa que la ley civil se desentienda de la ley moral, por el contrario, la función de la ley civil es la de determinar y hacer obligatorio un medio concreto y contingente, a fin de conseguir que sea socialmente eficaz una prescripción de la ley natural, que no se puede desentender del bien integral de la persona y del bien común<sup>33</sup>.

**30** *Summa Theologica* I-II, q.93, a.3.

**31** En efecto, "Los preceptos de la ley natural no son percibidos por todos de una manera clara e inmediata" *Catecismo de la Iglesia Católica* (CEC) 1960.

**32** Cf. *Summa Theologica* I-II, q.96, a.2. Por ello que "el derecho inalienable de todo individuo humano inocente a la vida constituye un elemento constitutivo de la sociedad civil y de su legislación" CEC 2273. Cf. Sgreccia E., *Manual de Bioética*, Editorial Diana 1996, 376.

**33** Se ha de entender por bien común el bien de la comunidad y no del individuo o de una clase solamente; es el bien que representa la perfección específica del hombre y no el interés de una persona en particular. El bien común, en cuanto fin de la ley es su razón de ser.

### 3.2. Tolerancia de la ley civil

A la luz de lo planteado, queda claro que no todo lo que es moralmente ilícito ha de ser sancionado por la ley civil. La ley civil, para que sea efectiva, ha de ser tolerante en algunos aspectos que no tocan a su fin, que es el bien común.

La tolerancia se define como “aquella actitud práctica que, si bien rechaza en línea de principio un modo de pensar o de actuar considerado erróneo, lo deja subsistir o por un motivo de respeto hacia la conciencia y la libertad ajena o por conveniencia práctica o de mal menor”<sup>34</sup>.

En efecto, Santo Tomás plantea que: “... también en el gobierno humano, quien manda tolera justamente ciertos males, para no impedir bienes, o también para que no haya males mayores”<sup>35</sup>. De acuerdo con lo planteado, se percibe que no se trata en caso alguno de aprobar un determinado comportamiento, sino simplemente tolerarlo en aras al bien común, que es el fin de la ley civil. Con todo, el hecho de que tolere algunos males no significa que la ley civil no tenga su propia moralidad.

### 3.3. Aspectos éticos y legales en la prevención del SIDA

Dados estos principios generales sobre la ley civil y la ley moral, podemos ahora aplicarlos al caso de la distribución de preservativos. Pareciera que el Estado no procede legítimamente cuando promueve el uso de los preservativos a través de propaganda pública en los medios de comunicación social. En primer lugar, por la comprobada ineficacia de este método de prevención. Segundo, porque esta propaganda no suele ser educativa, puesto que más bien genera en los jóvenes la sensación de absoluta normalidad en el tener relaciones sexuales, a condición de que sean “seguras”. Ello ya es una visión antropológica sesgada.

**34** *Tolleranza*, en Mondin B., *Dizionario enciclopedico del pensiero di San Tommaso D' Aquino*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 1991, 608. En efecto, como dice Sgreccia E., *Manual de Bioética*, op.cit., 376, “...la ley no coincide con la ética, no siempre puede evitar cualquier mal y cualquier abuso en el ejercicio de las libertades personales, sino que debe crear las condiciones objetivas para la eticidad de cada uno, para la realización de cada una de las personas”.

**35** *Summa Theologica* II-II, q.10, a.11.

Por último, porque a la luz de la dinámica propia de las comunicaciones sociales, ello no puede sino aumentar los contactos sexuales y, por ende, aumentar precisamente los riesgos de contagio que se pretenden evitar con la campaña.

A través de estas medidas propagandísticas, el Estado, sin proponérselo, renuncia a su labor primordial de educar a la población en este tema, y se convierte en un mero administrador de la sociedad, que se desentiende en relación a los valores morales y lo deja todo al criterio de cada uno de sus ciudadanos. Si bien esta política puede ser conveniente en términos de popularidad en el corto plazo, clarísimamente se opone a la razón de ser de la autoridad pública: velar por el bien común. La autoridad tiene explícitamente e implícitamente una labor educativa.

Debemos ser honestos y reconocer que detrás de las campañas que promueven el preservativo para tener “sexo seguro” hay una vertiente ideológica que reivindica una “libertad individual” absolutamente desvinculada de la verdad. ¡Cómo serían las críticas si el Gobierno de turno promoviera la castidad y la fidelidad conyugal! Quizás lo acusarían de fundamentalista, retrógrado y de que está promoviendo una visión del hombre que no todos comparten.

Por otra parte, y aplicando las definiciones de ley civil y ley moral, es bastante claro que el Estado no puede prohibir que se vendan preservativos. Al margen de que esta prohibición sería ineficaz, podría también traer males mayores como es el contrabando. Pero no prohibir difiere sustancialmente de promoverlos públicamente como un método seguro para evitar el contagio del VIH. Y en todo caso, dado que se venden, al menos se debería dar una información fidedigna acerca de su real eficacia en la prevención del contagio. Si no se da esta información se está cometiendo el grave ilícito de engañar a las personas, puesto que se les convence de que es un método seguro para evitar el contagio siendo que no lo es.

### **3.4. Casos críticos**

Muchos se preguntan acerca de la licitud de usar preservativos para evitar el contagio por parte de aquellos enfermos o portadores que no están dispuestas a renunciar al ejercicio de la sexualidad. Está claro que quienes optan por este camino muestran una gran falta de responsabilidad, y además, falta de amor hacia aquel con quien tienen relaciones, puesto que pueden dañar a esa otra

persona llevándola incluso a la muerte. Estas personas que no están dispuestas a dejar el ejercicio de la sexualidad, aun sabiendo que están infectadas y que, por tanto, pueden infectar a otros, constituyen una amenaza para la sociedad, y ella podría defenderse con el uso de los medios de que dispone para evitar el contagio: la persuasión y una adecuada ayuda psicológica.

Un caso recurrente, y siempre motivo de consulta, es el de los esposos cuando uno de ellos está infectado con VIH. Muchos se preguntan si es lícito el uso del preservativo en el contexto de las relaciones sexuales entre los esposos para evitar contagiarse a quien está sano. Muchos se han preguntado si en el contexto del matrimonio el utilizar un preservativo podría ser considerado una medida terapéutica. Al respecto me sumo a la respuesta negativa que da Mons. Elio Sgreccia: puesto que "...desde un punto de vista médico no constituye terapia, y en segundo lugar, porque, desde un punto de vista ético, la aplicación del principio terapéutico exige que el medio pueda ser usado cuando no existe alternativa: en el caso considerado la alternativa existe y es aún más segura (aunque también más exigente), y es la abstención de las relaciones sexuales"<sup>36</sup>.

Esta exigencia de alto contenido ético reivindica el valor de la vida humana como un bien superior, que se entiende perfectamente a la luz del amor que se deben los esposos. Dado que la conyugalidad en el matrimonio es una dimensión fundamental, es preciso que bajo estas nuevas condiciones en que se da la vida en conjunto existan tanto instancias de ayuda psicológica como espiritual para ambos. Una reflexión juntos sobre el alto valor de la vida de la persona no infectada puede ayudar de modo significativo a comprender el sentido profundo, como acto de amor, que puede tener el abstenerse de relaciones sexuales incluso en el contexto de la vida matrimonial.

A la luz de los valores en juego, resulta un imperativo moral que la persona que sospecha que pudo haber contraído el virus se realice los exámenes pertinentes a fin de proteger a terceros. Sería absolutamente comprensible que la persona no infectada se opusiera a tener relaciones sexuales, puesto que ello implicaría hipotecar la propia vida, la del concebido si se produce un embarazo, y todo el entorno familiar y social.

**36** Sgreccia E., *Problemi etici nel trattamento dell' Aids*, en *Medicina e Morale* 1 (1987): 9-29.

## 4. Aspectos antropológicos

### 1.1. La dignidad del ser humano, fuente y cumbre de toda decisión de prevención.

La infección por VIH/SIDA es una enfermedad que lleva asociada una serie de dilemas éticos que conviene analizar con cuidado, de tal forma que la posición que se adopte respecto de las personas que no han contraído la infección pero tienen conductas de riesgo, así como las de aquellas que ya están contagiadas, sea una respuesta digna del hombre, es decir, coherente con su valor intrínseco que lo ayude a vivir en condiciones de vida más humanas.

Esta reflexión ética parte de la siguiente premisa: Lo que es mejor para el hombre sólo lo puede decir una visión integral del hombre como ser corporal y espiritual, y no lo que prescriba el virus del VIH o la enfermedad del SIDA. Esta posición hace justicia y es más coherente con la dignidad inherente al ser humano, que, como plantea el Concilio Vaticano II, es la única criatura amada por sí misma que se realiza plenamente en su entrega sincera a los demás. Cualquier acción que no promueva el bien integral del hombre no puede ser considerada una acción de salud en sentido estricto. Promover la salud es promover a la persona. A esto es lo que las personas que trabajan en el campo de la salud deberían aspirar, porque el *ethos* propio de su profesión es hacer el mayor bien posible y nunca promover conductas que puedan atentar en contra de la persona.

Es sabido que, en el mayor porcentaje de los casos, tanto la infección por VIH así como la enfermedad del SIDA están vinculados estrechamente a comportamientos. No es una infección que se herede, sino que se adquiere por transmisión de persona a persona. Son principalmente los comportamientos de las personas los que hacen que ellas adquieran y transmitan el Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Y como no se puede separar el comportamiento de las personas de la infección y la posterior enfermedad, se concluye que la prevención de infección VIH/SIDA está asociada directamente a la promoción de cambios de comportamientos de las personas. Esto involucra su libertad, su voluntad y su inteligencia, además de la disposición de las personas a cambiar el modo como se perciben a sí mismos, al otro, y el modo de vivir su sexualidad. En otras palabras es ayudar a

las personas a que desarrollen plenamente su vocación al amor personal a través del dominio de sí mismo para la donación de sí y acogida del otro.

Juan Pablo II se dirigió a los participantes de la IV Conferencia Internacional sobre el SIDA, que se realizó en la Ciudad del Vaticano el año 1989<sup>37</sup> en estos términos:

“En primer lugar, hay que plantear con fuerza que la obra de prevención, para que sea digna de la persona humana y, al mismo tiempo, verdaderamente eficaz, debe proponerse dos objetivos: informar adecuadamente y educar a la madurez responsable. Es necesario, ante todo, que la información, impartida en los lugares idóneos, sea correcta y completa, más allá de los miedos infundados, y de las falsas esperanzas. La dignidad personal del hombre exige, pues, que sea ayudado a crecer hacia la madurez afectiva mediante una específica obra educativa. Sólo con una información y una educación que lleven a reencontrar con claridad y con alegría el valor espiritual del amor que se dona, como sentido fundamental de la existencia, es posible que los adolescentes y los jóvenes tengan la fuerza necesaria para superar los comportamientos de riesgo. La educación para vivir de modo sereno y serio la propia sexualidad y la preparación al amor responsable y fiel, son aspectos esenciales de este camino hacia la plena madurez personal. Una prevención que se moviese con inspiraciones egoístas, a partir de consideraciones incompatibles con los valores prioritarios de la vida y del amor, terminará por ser, además de ilícita, contradictoria, esquivando el problema, sin resolverlo desde la raíz.

Por ello la Iglesia, segura intérprete de la Ley de Dios y “experta en humanidad”, tiene en su corazón no sólo un conjunto de “no” a determinados comportamientos, sino sobre todo el proponer un estilo de vida plenamente significativo para la persona. Ella indica con vigor y con alegría un ideal positivo, en cuya perspectiva se han de comprender y aplicar las normas morales de la conducta.

A la luz de tal ideal, aparece profundamente lesivo para la dignidad de la persona, y por ello moralmente ilícito, propugnar la prevención de la enfermedad recurriendo a medios (y remedios) que violan el sentido auténticamente humano

**37** El discurso completo se puede ver en Medicina e Morale 6 (1989):1146-1152.

de la sexualidad, y son un paliativo para aquellos males profundos, que interpelan la responsabilidad de los individuos y de la sociedad: la recta razón no puede admitir que la fragilidad de la condición humana, que debiera motivar un mayor empeño, se traduzca en pretexto para ceder a abrir las puertas a la degradación moral”.

Este discurso expresa, sin duda, una visión extraordinariamente positiva del hombre, de su dignidad, de su condición de caminante hacia un futuro mejor, y en especial, de su posibilidad de crecer y hacerse responsable de sus actos a la luz de un orden moral que, lejos de oprimirlo, lo abre hacia una auténtica libertad. En este contexto es en el cual se sitúa la sexualidad humana.

Resulta interesante constatar que la visión sustentada por el Pontífice llama al deber de las personas y la sociedad a asumir una mirada positiva acerca del hombre y optimista en cuanto a considerarlo capaz de adoptar conductas conforme a su naturaleza, y a no usar medios que no sólo no solucionan el problema de raíz, sino que además ofenden al hombre en su dignidad.

#### **4.2. Coherencia de un mensaje**

De todos los antecedentes mostrados queda claro que cualquier acción que se emprenda para prevenir la infección por VIH/SIDA, si pretende ser una solución verdadera y auténticamente humana, debe realizarse a la luz de una visión muy específica de la sexualidad: aquella que reconoce ‘operativamente’ que el hombre ha sido creado por amor y para el amor. La entrega total de un hombre y de una mujer se da en el contexto del matrimonio, pues allí es donde se dan las condiciones adecuadas para que la entrega de los esposos integre lo corporal y lo espiritual, es decir, toda la persona. Esta entrega, completa, comporta de suyo la mutua fidelidad y, naturalmente, excluye de raíz el miedo hacia el otro. Esta perspectiva de la sexualidad humana es coherente en sí misma y hace relucir lo más hermoso que tiene la persona: su capacidad de dar y recibir amor.

Para la Iglesia Católica el lugar adecuado para ejercer la vida sexual de modo pleno y auténticamente humano es el contexto de la vida matrimonial que involucra fidelidad, compromiso para toda la vida y apertura al don de los hijos. Cuando la actividad sexual se realiza al margen de éste, se trastoca negativamente en su valor, significado y verdad, lo que redundará en un empobrecimiento de las personas que la ejercen. Situarse en una línea decidida hacia la educación y promoción de la sexualidad vinculada al matrimonio, sin duda alguna es una postura de alto contenido ético, porque exalta lo mejor de la persona humana.

Es pobre invitar a la mutua fidelidad, o a no tener relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, o a la castidad, por miedo a contagiarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana. La invitación a la fidelidad conyugal y a la castidad surge porque son un bien para la persona, para el matrimonio, para la familia y la sociedad. Veo aquí una labor a largo plazo que todas las instancias educativas, tanto formales como informales, deberían asumir con más fuerza, más creatividad y mayor convicción.

## Conclusión

En estas páginas he intentado dar una visión integral del tema de la prevención de la infección por el VIH y del SIDA. No me parece adecuado situar el tema desde otra perspectiva que no sea la de la vocación del hombre a una vida conforme a su dignidad, y la de las personas que trabajan en salud a promover el bien integral de la persona y no limitar su accionar a medidas que realizan en función de su pericia técnica. Es allí donde se percibe con mayor claridad el aporte que puede hacer la Iglesia Católica a la luz de las enseñanzas del Evangelio.

Como sociedad, co-responsable del futuro que día a día construimos para las futuras generaciones, cada uno de quienes la componemos tenemos el deber de aportar, desde el ámbito que nos es propio, a construir un mundo mejor, donde el amor al hermano permita fortalecer la fraternidad y las potencialidades de cada uno. Sólo así se podrá lograr el tan anhelado desarrollo de todos y cada uno de los que componemos nuestro país.

Desde una mirada creyente, independiente de nuestra condición de sanos o enfermos, no debemos olvidar que hemos sido creados a imagen y semejanza de Dios, por lo cual debemos mirar y valorar el tesoro y la dignidad de cada ser humano, especialmente si está enfermo.

No nos corresponde condenar a las personas, lejos de eso, estamos llamados a acoger a quien lo necesite, pero esa acogida implica hacerse cargo de la persona, de su dolor, de su drama, de su entorno, dando lo mejor de nosotros mismos, para que efectivamente nuestra acción ayude a la persona en cuanto persona, y no solamente en cuanto padece una enfermedad.

Soy consciente que esta propuesta se lleva por difíciles y empedrados caminos y que no goza de mucha simpatía en un amplio sector de la población, pero ello no le quita ni un ápice de su fuerza, que he intentado fundamentar en la verdad y en su belleza.

Una visión positiva de la persona invita a situar la superación del drama de la epidemia del SIDA en la perspectiva del cambio de comportamiento de las personas, en la exigencia de la educación al amor auténtico que implica renuncia a un estilo de vida desvinculado del hedonismo, y en la integración de todos los actores sociales en la prevención eficaz y eficiente a través de medidas verdaderamente seguras y en el cuidado de los enfermos, en lugar de continuar con la distribución masiva e indiscriminada de preservativos.

El contenido de esta publicación pertenece íntegramente al editor e investigador. Cualquier consulta de reproducción diríjirlas a: Pbro. F. Chomali al teléfono: 686 30 48

Diseño Gráfico  
Soledad González Gálvez  
698 88 11

