

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1998/2

Responsabilidades ético-deontológicas del médico del trabajo frente a la infección por VIH - La "Declaración de Amsterdam" sobre los derechos de los pacientes - La Escuela Católica de Medicina del Tercer Mundo en el Siglo XXI - El "sexo seguro" y el preservativo ante el desafío del SIDA



UNIVERSIDAD ANÁHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Av. Sur 20, núm. 233
Col. Agrícola Oriental, 08500 México, D.F.

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 328-80-74, 627-02-10 (Ext. 7205 y 7146)
Email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Distribución
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac

México: 150 nuevos pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

Medicina y Ética.
Número de Registro de Marca 427526
Certificado de Licitud de Título 6655
Certificado de Licitud de Contenido 6923
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

[039 0793]

Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

2

VOLUMEN IX NUMERO 2 ABRIL-JUNIO DE 1998

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy
Director: Mtro. Javier Vargas Díez Barroso
Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel, Dr. Óscar Martínez
Administración: Lic. Margarita Pereira
Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck
Colaboración periodística: Cristina Ferrer de Fernández
Composición tipográfica: Tipografía computarizada
Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Juan Rodríguez
Argüelles - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Manuel Cárdenas
Loaeza - Dr. Horacio García Romero - Dra. María Dolores
Vila-Coro - Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón

INDICE

EDITORIAL 145

- Responsabilidades ético-deontológicas del médico del
trabajo frente a la infección por VIH. Una investigación
cognoscitiva
*A.G. Spagnolo, N. Magnavita, A.R. Morgani,
F. Tortoreto, E. Sgreccia* 147
- La “Declaración de Amsterdam” sobre los derechos
de los pacientes
Adriano Bompiani 171
- La Escuela Católica de Medicina del Tercer Mundo
en el Siglo XXI.
Dr. Ramon L. Sin 217
- El “sexo seguro” y el preservativo ante el desafío del SIDA
Jacques Suaudeau 243

DOCUMENTACIÓN

- Declaración sobre la promoción de los derechos
de los pacientes en Europa
*Organización Mundial de la Salud.
Oficina Regional para Europa* 281

EDITORIAL

Con el presente número, se completan ya 32 revistas de *Medicina y Ética* publicadas por el *Instituto de Humanismo y Ciencias de la Salud*. Los temas que se han tratado hasta la fecha cubren una gran cantidad de temas relacionados con la Bioética. Sabemos que cada día hay más personas interesadas en muchos de estos temas, por lo que queremos poner a su disposición los números anteriores de la revista para ayudarles a complementar su bibliografía.

En este número presentamos el artículo *Responsabilidades ético-deontológicas del médico del trabajo frente a la infección por VIH*. Los problemas laborales que se presentan en las personas que han sido infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana o que padecen SIDA son cada día más frecuentes. Los autores nos presentan algunas maneras de abordar éticamente estas situaciones.

El *Consejo Europeo de la Organización Mundial de la Salud sobre los Derechos de los Pacientes* se reunió en Amsterdam, Holanda, en marzo de 1994. De dicha reunión emanó la *Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa* o "*Declaración de Amsterdam*". El contenido de dicha Declaración se presenta al final del presente número y los comentarios a la misma, en un artículo que nos parece de suma importancia que nos presenta Adriano Bompiani.

El Dr. Ramón L. Sin, Director de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás de Manila, Filipinas, nos presenta un artículo sobre *El papel de las escuelas católicas de medicina del Tercer Mundo en el siglo XXI*.

Presentamos también el artículo *El "sexo seguro" y el preservativo ante el desafío del SIDA*. Es un tema que actualmente causa mucha discusión en los ambientes médicos y de política sanitaria. El autor nos presenta, de una manera clara y con el apoyo de una amplia bibliografía, algunos mitos y realidades sobre el tema.

Este número se lo queremos dedicar al grupo de egresados del Curso de Posgrado en Bioética que se efectuó mediante un convenio entre la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Anáhuac en la

ciudad de Monterrey, Nuevo León. Dicho grupo ha constituido una Asociación: *Fomento integral de la bioética* (FIN BIOS), y ha iniciado sus actividades con un simposio sobre temas de Bioética el pasado mes de mayo. Queremos felicitarlos y desearles que continúen difundiendo la Bioética como hasta ahora lo han hecho.

Responsabilidades ético-deontológicas del médico del trabajo frente a la infección por VIH

Una investigación cognoscitiva *

A.G. Spagnolo,^{1*} N. Magnavita,^{2*} A.R. Morgani,^{3*}
F. Tortoreto,^{3*} E. Sgreccia^{4*}

Resumen

Entre los problemas ético-sociales que la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha provocado, el de las repercusiones en el ámbito laboral es muy relevante, tanto por el aumento de seropositivos entre la población trabajadora cuanto por la posible verificación de conductas discriminatorias como la negativa injustificada a ocupar un puesto de trabajo o el despido.

Entre las muchas responsabilidades implicadas y relacionadas entre sí, la reflexión y el estudio de los autores se centran en la del médico del trabajo quien, en la práctica, está llamado a evaluar situaciones delicadas como la posibilidad real del riesgo de infección vinculado con un trabajo específico y con la presencia de trabajadores infectados, la influencia negativa de tales trabajadores en el ambiente laboral, o su idoneidad para desempeñar tareas específicas. La función valorativa, del médico del trabajo exige competencia científico-profesional, pero implica también una dimensión de responsabilidad ético-deontológica, estrechamente vinculada con aspectos particulares de la infección por VIH como

* Trabajo realizado en el ámbito del "Segundo proyecto de investigación sobre los aspectos éticos, psicosociales, jurídicos, comportamentales, asistenciales y de la prevención en el campo del SIDA" del Instituto Superior de Salud (Investigación n. 8502-04). ^{2*} Investigador confirmado y ^{4*} Director del Instituto de Bioética, ^{3*} Investigador confirmado del Instituto de Medicina del Trabajo, ^{3*} Especializándose en Medicina legal, Universidad Católica del Sagrado Corazón, Facultad de Medicina y Cirugía «A. Gemelli», Roma.

el de la confidencialidad, de la discriminación, de la imposición de medidas y procedimientos no fundados científicamente, y de las actividades de prevención y de formación.

Tras analizar la normativa italiana y europea al respecto, los autores refieren una investigación cognoscitiva llevada a cabo entre los médicos del trabajo de la región del Lazio, en Italia, a los que se invitó a dar su opinión sobre algunos aspectos cruciales de la infección por VIH, a través de un cuestionario de quince preguntas.

De la evaluación y discusión de los datos obtenidos en esa investigación surgen necesariamente una serie de consideraciones que, como conclusión, llevan a los autores a delinear los objetivos prioritarios que hay que buscar en materia de infección por VIH en el ambiente de trabajo: 1) la protección de los derechos de los sujetos afectados por la infección; 2) la información y formación de los trabajadores; 3) la salubridad del ambiente laboral.

Introducción

Entre los problemas ético-sociales que ha planteado la infección por VIH, el de las repercusiones en el ámbito laboral se presenta como uno de los más comprometidos, tanto por el creciente número de los casos de seropositivos entre la población laboral, cuanto porque las conductas discriminatorias podrían llevar a denegar un puesto de trabajo o al despido, involucrando en ello también a las familias.

Son diferentes las responsabilidades implicadas y correlacionadas entre sí.¹ Está, ante todo, la responsabilidad del trabajador mismo, el cual, frente a la infección, puede encontrarse en la situación de sujeto sano con riesgo de infectarse, como en la del ya infectado o enfermo de SIDA con el riesgo de infectar a terceros o la de sufrir, a causa del ambiente de trabajo, un empeoramiento de su propia enfermedad.

Está, luego, la responsabilidad del prestador de trabajo, el cual, por un lado, debe asegurarse de que el trabajo se lleve a cabo de la manera más conveniente y productiva; pero, por el otro, es responsable no sólo de la

salud del trabajador infectado, sino también de la de los demás trabajadores y de los usuarios. Con mucha frecuencia, un temor injustificado puede hacerle tomar ciertas decisiones que tienen un carácter auténticamente discriminatorio.

Se da, también, la responsabilidad del médico del trabajo, el llamado médico competente, el cual está llamado a evaluar muchas de las situaciones arriba referidas, como la probabilidad real del riesgo de infección vinculado con un ambiente laboral específico, la presencia de trabajadores infectados, así como su idoneidad para desarrollar las tareas laborales específicas.

Citemos, finalmente, también la responsabilidad de las autoridades sanitarias y políticas. Éstas deben dar disposiciones y normativas para que, por un lado, se haga realidad la protección de las personas sanas que pueden entrar en contacto con los sujetos infectados en el ambiente laboral o, en todo caso, en el ámbito de la prestación profesional; y por el otro, los sujetos infectados tengan la garantía del trabajo —ahí donde no haya riesgos para terceras personas ni para ellos mismos— sin que sufran discriminaciones o, en caso de que sea necesario el despedirlo del puesto de trabajo, que tengan la garantía de una previsión social que les permita vivir dignamente y de proveer a las necesidades familiares.

Desafortunadamente, el ambiente laboral ha sido causa y sigue siendo fuente de dramáticas discriminaciones de trabajadores, tras de los cuales están involucradas también sus familias, y esto a menudo sin ningún fundamento de orden científico y racional. Es precisamente frente a la aparición de tales discriminaciones por lo que los organismos gubernamentales, las comisiones públicas y las organizaciones privadas han sentido la exigencia de definir públicamente en leyes, normativas y documentos varios algunos puntos centrales en torno a los cuales los organismos públicos y privados están llamados a confrontarse.

Son diversos y distintos entre sí los riesgos que surgen en el ámbito laboral a causa de la infección por VIH.² Esquematizando lo que ya ha sido tomado en consideración en la literatura,³ podemos identificar los siguientes:

- a) el riesgo de infección para un trabajador sano en relación con la presencia, en la comunidad laboral, de sujetos seropositivos;
- b) el riesgo de infección para un trabajador sano en relación con una particular actividad laboral;

c) el riesgo que tiene el trabajador ya infectado o enfermo de SIDA de sufrir, a causa del ambiente específico en que trabaja, un empeoramiento de su propia condición patológica preclínica o clínica;

d) el riesgo que llega a determinarse para los compañeros de trabajo o para el público al cual se le dan determinados servicios o, finalmente, para la misma calidad del trabajo, cuando el trabajador ya infectado o enfermo deja de ser idóneo para desempeñar ciertas tareas laborales específicas.

La mayor parte de los autores parece estar de acuerdo en el hecho de que, en el plano de la idoneidad genérica para el trabajo, el sujeto seropositivo no presenta problemas particulares, mientras diversos cuestionamientos se pueden hacer acerca de la idoneidad para desempeñar trabajos específicos, y esto exclusivamente en orden a la necesidad de prevenir ulteriores daños.

El médico laboral, por tanto, es una figura clave en este sector, y está llamado a evaluar diversas situaciones:

a) el eventual riesgo de infección que puede correr el trabajador sano en el ambiente de trabajo;

b) la posibilidad de que el trabajador ya infectado contagie a los compañeros de trabajo o, en cualquier caso, se determine un daño al público respecto del cual desempeña determinadas prestaciones;

c) la idoneidad para el trabajo tanto a nivel de contratación como en el curso de las visitas periódicas;

d) la posibilidad de que quien ya está infectado o enfermo sufra un empeoramiento de su condición patológica preclínica o clínica, debido al ambiente específico en el que trabaja.

La función de evaluación del médico laboral no se agota sólo en una exigencia de competencia científico-profesional, sino que implica también una dimensión de responsabilidad ético-deontológica estrechamente vinculada con aspectos particulares de la infección por VIH, como el de la confidencialidad, el de la discriminación, el de instrumentar procedimientos sin un fundamento científico o el de la actividad de prevención y de formación.

En Italia, entre las pocas referencias normativas específicas sobre los aspectos que acabamos de enumerar, están los artículos 5, último inciso, y 6, primer inciso, de la ley 5 de junio de 1990 n. 135, referente al "Programa de intervenciones urgentes para la prevención y la lucha contra el

SIDA”, que protegen el derecho a no ser discriminado “en el acceso o el mantenimiento de puestos de trabajo”,⁴ prohibiendo a los prestadores de trabajo “el efectuar investigaciones que buscan comprobar la existencia de un estado de seropositividad en los empleados o en las personas consideradas para establecer una relación de trabajo”.

Tales artículos, sin embargo, han dado lugar a diversas interpretaciones y en particular al temor de que la ley, al proteger rigurosamente la confidencialidad y la no discriminación de cada trabajador en particular, ha olvidado la protección biológica del mismo. De hecho, la protección de los trabajadores con riesgo biológico está prevista expresamente por leyes de carácter general, como el título VIII del Decreto Legislativo 626/94,⁵ por lo cual se trata de encontrar una directriz que no sea contradictoria.

En el campo internacional han surgido, desde hace tiempo, lineamientos vigentes en el ambiente laboral, dirigidos tanto a los prestadores de trabajo como a los médicos laborales y, más en general, a las autoridades públicas.⁶ En especial, en el plano europeo, además de las legislaciones de cada uno de los Estados, algunos organismos comunitarios han elaborado indicaciones específicas respecto del contexto laboral.⁷

En 1989, el Consejo de Europa produjo una Recomendación sobre los problemas éticos relativos a la infección por VIH en las estructuras sanitarias y sociales,⁸ en la que se afirma, en el capítulo V (punto 87), que no existe justificación alguna para la ejecución de rastreos en el ámbito laboral, en cuanto que no está demostrado que la infección perjudique, en sí misma, las prestaciones profesionales.

En el punto 88 recomienda a las autoridades competentes impedir cualquier procedimiento, por parte de los prestadores de trabajo, que busque obligar o ejercer presión para que, antes de ser contratados, los futuros empleados se sometan a la prueba y que, cuando aparezca un estado de seropositividad, no se imponga sanción alguna. Los trabajadores tampoco deben ser obligados, en el curso de la actividad laboral, al rastreo ni a revelar información sobre sus comportamientos extralaborales, ni menos todavía deben ser objeto de discriminación alguna.

Según la Recomendación, el médico laboral no puede ser obligado a ejecutar la prueba de rastreo y está obligado a la confidencialidad. Su juicio sobre la idoneidad para el trabajo no puede estar influido por la

seropositividad, excepto en el caso en que el trabajador corra el riesgo de exponerse a factores perjudiciales para su salud.

Se subraya, finalmente, la necesidad de establecer programas de información sobre la infección por VIH.

Sin embargo, y a pesar de tales recomendaciones, no existen aún en el ámbito nacional e internacional, auténticos lineamientos específicos.

También el Parlamento Europeo ha tomado postura en la materia.⁹ En especial, los Estados miembros han sido invitados a adoptar políticas de información sobre el SIDA apropiadas para los lugares de trabajo, haciendo posible que los trabajadores tengan acceso a los programas de información y formación sobre el SIDA.

Una vez más, se ha reiterado lo injustificado de la prueba, al momento de contratar o en el ámbito de los análisis periódicos efectuados en el lugar de trabajo. Los mismos empleados seropositivos, además, no están obligados a informar sobre su estado al que da el empleo.

Finalmente, el superior jerárquico que tenga conocimiento de que un subordinado suyo es seropositivo, debe protegerlo de estigmatizaciones y discriminaciones, y prever para él lugares u horarios que permitan al trabajador, con condiciones físicas deterioradas, continuar trabajando el mayor tiempo posible.

El Parlamento Europeo invita, además, a la Comisión para que establezca un marco legislativo que impida despedir a los trabajadores seropositivos o que retarde una promoción.¹⁰

Nuestro trabajo pretendió evaluar el impacto que los problemas relacionados con la infección por VIH han tenido en estos años en la actitud del médico del trabajo en Italia, en cuanto a las decisiones tomadas por él en materia de: 1) nuevas contrataciones; 2) controles periódicos de los trabajadores; c) trabajadores seropositivos o enfermos; 4) programas de las empresas relativas a la prevención de la infección.

Material y métodos

En la primera fase de nuestro estudio enviamos un cuestionario (Anexo 1) a 562 médicos, especialistas en medicina del trabajo de la región del Lazio, así como una carta con la invitación para que respondieran, de forma anónima, a las preguntas.

Los nombres de los médicos fueron seleccionados integrando la información proveniente de los colegios profesionales y de los listados de especialistas. Sólo 60 médicos aceptaron la invitación (grupo A).

En una segunda fase, dada la escasa participación, se consideró oportuno proseguir la encuesta haciendo un muestreo de modo casual en un grupo de control de las mismas dimensiones (grupo B). Tales sujetos fueron entrevistados por teléfono y se obtuvo una respuesta a todas las preguntas del cuestionario —obviamente ya no de manera anónima— excluyendo previamente a aquellos que declaraban haber respondido ya al cuestionario por correo.

Por esto, fueron en conjunto 120 los médicos del trabajo (60 mediante el cuestionario anónimo y otros tantos mediante la conversación telefónica con base en el mismo cuestionario) quienes nos proporcionaron información.

En la formulación del cuestionario se tuvo en cuenta una importante encuesta inglesa sobre las políticas de las empresas respecto del VIH,¹¹ que sigue siendo hasta ahora un experimento fundamental al respecto.

Los médicos fueron invitados a dar su opinión en relación con algunos aspectos cruciales, como: la licitud de la verificación de la seropositividad para el VIH en los exámenes de rastreo al momento de contratar a un trabajador, a fin de evaluar la idoneidad para el trabajo; la transmisión de información al prestador de trabajo, al médico familiar, y a los parientes del trabajador; las actividades de información acerca de los riesgos por VIH en los lugares de trabajo. Además, se preguntó a los médicos si un cierto tipo de actividad podía constituir un riesgo para la transmisión de la infección a otros trabajadores y al público, o si podía constituir motivo de agravamiento de las condiciones de salud del trabajador. Se les pidió, finalmente, que indicaran si, a su juicio, existían condiciones en las cuales era lícito éticamente obligar a un trabajador a someterse al rastreo para el VIH.

Resultados

El porcentaje de respuesta espontánea fue inferior a lo esperado y, en términos relativos, llegó, en conjunto, a poco más del 10% de la población de referencia. Se observa, por otra parte, que el grupo B (muestra

aleatoria de los que respondieron en entrevista telefónica) proporcionó respuestas que se podían superponer substancialmente, con algunas excepciones, a las del grupo A (respuesta espontánea y anónima al cuestionario por correo). Se puede, por tanto, deducir que las respuestas recogidas expresan eficazmente las opiniones de toda la población de médicos del Lazio. En la Tabla 1 se reportan los porcentajes de respuestas relativas a las dos fases del estudio. Al comentar los resultados nos referiremos por simplicidad al promedio de los valores de los dos grupos, correspondientes a la misma pregunta.

Tabla 1

Confrontación de las respuestas obtenidas en la primera fase de la encuesta (cuestionario postal) y en la segunda (entrevista telefónica). Los números indican los porcentajes de respuestas positivas obtenidas para cada pregunta. La significatividad (p) se calculó con la prueba 2, con correlación de Yates, o bien con la prueba exacta de Fisher.

PREGUNTAS FORMULADAS A LOS MÉDICOS LABORALES	CUESTIONARIO POSTAL	ENTREVISTA TELEFÓNICA	p (*) <i>significativo</i>
1. ¿Considera que es necesario conocer la seropositividad de un trabajador para establecer si es idóneo en general para el trabajo?	40%	46.6%	0.58
2. Cuando pasa consulta para contratar a un trabajador, ¿generalmente le pregunta en forma explícita si es seropositivo?	31.6%	28.3%	0.84
3. En la anamnesis, ¿indaga generalmente sobre las actividades extralaborales o sobre los comportamientos con riesgo de infección por VIH?	58.3%	50%	0.45
4. ¿Se ha encontrado alguna vez con trabajadores que espontáneamente le hayan pedido someterse a la prueba de rastreo?	33.3%	38.3%	0.70
5. ¿Ha sugerido alguna vez a los trabajadores someterse privadamente a la comprobación de la seropositividad?	43.3%	50%	0.58
6. <i>En caso de que un trabajador comunicara que es seropositivo, ¿considera que sería correcto:</i>			
transmitir la información al patrón?	10%	5%	0.49
informar al patrón, manteniendo el anonimato del trabajador?	26.6%	13.3%	0.11
informar a los demás trabajadores de la presencia de compañeros seropositivos?	11.6%	8.3%	0.76

RESPONSABILIDADES ÉTICO-DEONTOLÓGICAS FRENTE AL VIH

informar al médico que cuida al trabajador?	68.3%	91.6%	0.0003(*)
informar a los familiares del trabajador?	21.6%	18.3%	0.82
7. ¿Sería oportuno, según Ud., efectuar un rastreo de VIH con ocasión de viajes de traslado de los trabajadores a zonas endémicas?	46.6%	35.55	0.26
8. ¿Considera que sería oportuno incluir la verificación de la seropositividad por VIH en los exámenes de rastreo para contratar a los trabajadores o en los análisis periódicos?	50%	70%	0.06
9. ¿Considera que sería oportuno emprender una labor de información acerca de los riesgos por VIH en los lugares de trabajo?	91.6%	93.3%	1.0
10. ¿Ha llevado a cabo alguna vez actividades de información acerca de los riesgos por VIH en los lugares de trabajo?	38.3%	45%	0.58
11. ¿Considera que la actividad laboral puede constituir un riesgo para la transmisión de la infección a otros trabajadores?	56.6%	50%	0.58
12. ¿Considera que la actividad laboral pueda constituir un riesgo para la transmisión de la infección al público?	50%	53.3%	0.85
13. ¿Considera que la actividad laboral puede constituir motivo de agravamiento de las condiciones de salud del trabajador seropositivo?	51.6%	66.6%	0.14
14. ¿En qué casos piensa que sería justo obligar al trabajador a hacerse un rastreo para VIH?			
Contacto con sangre o material potencialmente afectado por parte de otro trabajador	60%	70%	0.34
sospecha de farmacodependencia del trabajador	35%	33.3%	1.0
comportamientos extralaborales con riesgo anamnesis positiva por TBC pulmonar, candidiasis esofágica, sepsis por salmonella, pulmonías recurrentes, herpes simple de más de un mes de duración u otras condiciones potencialmente correlacionadas con la infección por VIH	46.6%	66.6%	0.04(*)
anamnesis positiva por hepatitis B o C u otras enfermedades de transmisión hemática	40%	38.3%	1.0
sujeto politransfundido	43.3%	56.6%	0.2
15. Usted trabaja en:			
Universidad	8.3%	5%	0.71
Unidad de Servicios Laborales	40%	50%	0.35
Empresa(s)	30%	33.3%	0.84
Otro (especificar):	43.3%	36.6%	0.58

La muestra de los médicos del trabajo interrogados resultó más bien heterogénea desde el punto de vista de la actividad laboral y, por tanto, de la experiencia en relación con el problema de la seropositividad y del SIDA. En efecto, resultó que el 12% en las Unidades de Servicios Laborales (USL), el 41% en las empresas y más del 50% respondió “otro”, especificando trabajar como libre profesionalista, o bien en el Ministerio de Sanidad, el Centro Nacional de Investigaciones, como médico de las cárceles, en sociedades privadas, etcétera.

Las respuestas recogidas registran opiniones sumamente divergentes y a menudo incoherentes: por ejemplo, el 44% de los entrevistados considera que es necesario conocer la condición de seropositividad a fin de evaluar la idoneidad genérica para el trabajo, pero sólo el 30% pregunta al trabajador si es seropositivo, y el 55% declara investigar sobre actividades extralaborales y comportamientos con riesgo de contraer el VIH; el 92% de la muestra considera oportuno hacer labor de información acerca de los riesgos por VIH en los lugares de trabajo, pero sólo el 43% declara haber hecho efectivamente esa labor.

Más de una tercera parte de los médicos (el 36%) ha tenido ocasión, en su experiencia profesional, de entrevistar a trabajadores que solicitaban espontáneamente someterse a la prueba para el VIH. Un porcentaje aún más alto de médicos (47%) ha sugerido a los trabajadores someterse privadamente a la verificación de seropositividad.

En el caso de que un trabajador comunicara o revelara que era seropositivo, la casi totalidad de los médicos entrevistados (80%) consideraría oportuno transmitir tal información a su médico familiar (pero no es seguro si se debería o no solicitar el consentimiento del interesado). El 20% de los médicos, además, transmitiría la información a los familiares del trabajador; otro 20% la transmitiría al patrón, manteniendo el anonimato del trabajador, y el 7.5% incluso revelando su identidad. El 10% declara que si se le pusiera al corriente de un estado de seropositividad, advertiría de ello a los otros trabajadores. Sólo un pequeño porcentaje de los que respondieron (4%) declaró que en ningún caso transmitirían tal información.

Acerca de la oportunidad de incluir la verificación de seropositividad para el VIH en los análisis de rastreo (para la contratación o los temporales), el 27% de los médicos se declara favorable “en todos los casos”, mientras para el 34% de la muestra, tales comprobaciones se

tendrían que autorizar, en casos particulares, sólo respecto de algunas categorías de trabajadores, primeramente para el personal sanitario y el expuesto a riesgos biológicos y, señalados con menor frecuencia, para los trabajadores de la industria y de la distribución de alimentos, de la industria metalmecánica, los empleados en la producción de hemoderivados, los puericultores, los pertenecientes a las Fuerzas Armadas, la Policía, los bomberos, los operadores ecológicos, los deportistas y los trabajadores que pudieran estar expuestos a pequeñas heridas.

Por otra parte, resultó muy elevado el porcentaje de médicos que haría obligatoria la verificación de la seropositividad por VIH como consecuencia de eventos particulares, como el contacto con sangre entre trabajadores (65%), la anamnesis positiva por condiciones potencialmente relacionadas con la infección por VIH (57%) o por politransfusión (50%) o por enfermedad de transmisión hematógena (39%), la sospecha de farmacodependencia (34%), los traslados a zonas endémicas (41%), los comportamientos extralaborales de riesgo (30%). Sólo el 2% de los médicos del trabajo que respondieron afirmó que nunca considerarían éticamente correcta la verificación obligada del estado de seropositividad, mientras el 9% aconsejaría, en cambio, la verificación como obligatoria.

Cerca del 40% de los entrevistados considera que no hay en ningún caso riesgo de agravar el estado de salud de un seropositivo con el trabajo, mientras el restante 60% de la muestra considera que los trabajos desgastantes y/o que expongan al empleado a sustancias cancerígenas, a radiaciones ionizantes, a agentes inmunodepresores, a sustancias tóxicas, a agentes biológicos, a altas o bajas temperaturas, a humedad, estrés, turnos agotadores pueden empeorar el estado de salud del seropositivo.

El 8% de los entrevistados considera que cualquier actividad laboral puede favorecer la transmisión de la infección por VIH del sujeto seropositivo a otros trabajadores, mientras que el 48% señala como categorías con riesgo de transmisión entre trabajadores al personal sanitario, pero también a los bomberos, los deportistas, los obreros de la industria pesada, los que trabajan en los servicios de alimentos, los operadores ecológicos y los trabajadores que están particularmente expuestos a sufrir, heridas y accidentes.

Para cerca de la mitad de los que respondieron podría haber peligro de transmisión de la infección por VIH al público en el curso de la ejecución de algunas actividades laborales; en orden de frecuencia, el

riesgo es considerado como existente en el caso de los trabajadores de la salud (médicos, enfermeras, dentistas, técnicos dentistas, etcétera), bomberos, distribuidores de alimentos, tablajeros, dependientes de industrias farma-céuticas y los empleados en la producción de hemoderivados, así como los vigilantes, puericultores y operadores ecológicos.

Discusión

Los médicos del trabajo se dividen prácticamente a la mitad entre cuantos consideran necesario en todos los casos conocer el estado de seropositividad del trabajador a fin de evaluar la idoneidad genérica para el trabajo, y los que niegan tal exigencia.

Por añadidura, más de la mitad de los médicos sería del parecer de someter a análisis serológicos, al contratar definitiva o temporalmente, a todos los trabajadores, o por lo menos a los pertenecientes a ciertas categorías “de riesgo”.

Hay que recordar que ese tipo de verificaciones está actualmente prohibido por la ley 135/90 (italiana).

Dándose cuenta de esta dificultad, una parte de los médicos acostumbra solicitar a los trabajadores que revelen espontáneamente, en el curso de la visita médica, el estado de seropositividad, o pedirles su consentimiento explícito para llevar a cabo investigaciones serológicas en casos particulares como, por ejemplo, el contacto con sangre de sujetos potencialmente infectados.

El porcentaje más bien bajo de médicos que afirma pedir información de la seropositividad evidencia una cierta reticencia a afrontar el problema.

Por otra parte, precisamente los médicos del trabajo se dan cuenta de la amplitud de este problema, ya que a menudo son directamente involucrados por los trabajadores, que solicitan someterse a la prueba de seropositividad con una frecuencia claramente superior a la de las preguntas anamnésicas del médico mismo. En particular, algunos médicos han referido que la solicitud espontánea aumenta en caso de incidentes laborales que comporten lesiones de la integridad física.

El dato probablemente más alarmante de los resultados de la encuesta se refiere al aspecto de la confidencialidad de la información anamnésica relativa a la infección por VIH. No se puede dejar de recalcar el elevado

porcentaje de médicos que declara no atenerse a la obligación del secreto profesional. Es cierto que, de hecho, no existe una normativa italiana, al carecer de cualquier referencia al tema del secreto profesional específicamente en la infección por VIH; pero la ausencia de lineamientos específicos hace aún más necesario atenerse estrictamente a las indicaciones existentes.

El Código Italiano de Deontología Médica¹² afirma que la revelación del secreto profesional sólo está permitida si la ley la impone o si el interesado o quien lo representa la autoriza. Incluso ante el juez no es lícito dar testimonio de lo que haya sido confiado por motivos profesionales. Efectivamente, hay que decir que la última revisión del Código de Deontología Médica, a diferencia de la versión precedente de 1989, se recomienda “en todo caso la evaluación de la oportunidad de la derogación siempre y cuando esté en grave peligro la salud y la vida de terceros”; sin embargo, en la muestra examinada, éste no parece ser el motivo aducido por los médicos para justificar su tendencia a revelar la información.

El problema del posible empeoramiento del estado de salud del trabajador seropositivo en relación con las condiciones específicas de trabajo es otro punto particularmente delicado. Es innegable, en efecto, que la exposición a dosis importantes de agentes físicos (por ejemplo, radiaciones ionizantes), químicos (como los agentes inmunodepresores) y biológicos pueden reducir las defensas inmunitarias, favoreciendo de esta manera el paso de seropositividad al estado de enfermedad declarada. Por otro lado, la exclusión automática del seropositivo de toda una amplia serie de trabajos desgastantes indicados por los médicos entrevistados, constituiría una muy seria discriminación. Es evidente que una posición correcta desde el punto de vista ético impone, por el contrario, actuar prioritariamente en el ambiente de trabajo, reduciendo todos los factores en grado de influir negativamente en el estado de salud de todos los trabajadores y, con mayor razón, de los seropositivos.

La eventual no idoneidad para tareas específicas es un procedimiento que, limitando fuertemente la posibilidad de ganancia y de trabajo del individuo en particular, se ha de adoptar en casos bien determinados y sólo cuando se hayan experimentado todas las otras alternativas posibles.

Además, las preocupaciones manifestadas por una consistente cuota de la muestra acerca de la posible transmisión del VIH de un trabajador

a otro en el lugar de trabajo, parecen francamente exageradas, en relación tanto con los conocimientos biológicos sobre el virus, cuanto con la evaluación objetiva del nivel sanitario de higiene en los lugares de trabajo, que no es tanta como para permitir el paso de material infectado o líquidos biológicos de un trabajador a otro.¹³

También la posibilidad de transmisión de la infección del trabajador seropositivo al público está fuertemente limitada—si no completamente anulada— por la adopción de correctos procedimientos de higiene laboral.

Por el contrario, parece más marcado el riesgo de contaminación del trabajador en el curso de actividades en contacto con fluidos biológicos (laboratoristas, personal sanitario) o con sujetos traumatizados (médicos, bomberos).¹⁴

Consideraciones finales y conclusiones

La medicina del trabajo es una especialidad eminentemente preventiva. Los médicos del trabajo están llamados con frecuencia a estimar el nivel de riesgos respecto de determinadas poblaciones de trabajadores y para poner estos riesgos en el contexto de las situaciones laborales.

La actitud de las empresas ante los problemas relacionados con el SIDA se ha investigado igualmente en Japón,¹⁵ mediante un cuestionario anónimo por correo de respuesta múltiple. Aun cuando la baja tasa de respuestas sea una importante limitación de esa encuesta, los datos recopilados son de gran interés. Resulta que cerca del 60% de las compañías japonesas han emprendido actualmente una serie de medidas específicas respecto del problema del SIDA. Entre éstas, las más frecuentes son la información y la formación para prevenir comportamientos de riesgo y la educación para eliminar prejuicios o discriminaciones contra los sujetos afectados por el SIDA.

Sólo pocos años antes, otra encuesta en Japón había llegado a resultados menos reconfortantes: sólo el 17% de las empresas japonesas y el 15% de las extranjeras resultaban tener una política empresarial respecto del SIDA.¹⁶

También en Estados Unidos, a principios de los años noventa, sólo una minoría de las compañías había desarrollado una política empresarial específica para el problema del SIDA.¹⁷

La afirmación de que el virus VIH no puede ser transmitido mediante contactos casuales se ha revelado exacta. Numerosos estudios de prospectiva sobre familiares de pacientes afectados por el SIDA confirman que no ha habido ningún caso de transmisión entre más de 500 familias.¹⁸ En la literatura, todos los casos de infección por VIH profesionales están asociados con una exposición percutánea o parental (inaparente), es decir, a través de las mucosas, la piel quemada o lesionada.¹⁹

Numerosos lineamientos y normativas técnicas buscan solucionar el problema de la prevención del riesgo de contaminación accidental por el virus del VIH en el curso de diversas actividades laborales. Como en el caso de otros agentes patógenos transmitidos por vía hemática, la prevalencia del riesgo entre las poblaciones varía en función de la frecuencia de los comportamientos de riesgo. En Estados Unidos, en los pacientes trasladados al hospital en ambulancias, se ha observado una prevalencia de infección por VIH comprendida entre el 4.1 y el 8.3%.²⁰ Esto confirma el dato de que los trabajadores en los servicios de emergencia y urgencia son una población de alto riesgo.

Dada la delicadeza del problema, los datos sobre la prevalencia de la infección por VIH entre los trabajadores de la salud son menos numerosos que los referentes a la seropositividad respecto del virus de la hepatitis B (HBV).²¹ Se considera, no obstante, que la positividad serológica para el VIH es relativamente poco frecuente. Sólo tres cirujanos de entre más de 4,000 examinados son positivos, para una prevalencia del 0.07%.²² Una prevalencia idéntica del 0.07% se ha observado también entre los trabajadores de la salud estadounidenses donadores de sangre.²³

El riesgo de infecciones profesionales entre los trabajadores de la salud está en función de tres factores: la prevalencia de la infección en los pacientes; la frecuencia de la exposición a material potencialmente infectado; el riesgo de transmisión para cada exposición al material infectado.²⁴

La transmisión profesional depende principalmente de pinchazos con agujas; el pinchazo no es un evento infrecuente en los servicios sanitarios, entre los empleados de urgencias (incluidos los bomberos) y entre las fuerzas del orden que tienen que ver con farmacodependientes. A esto se añade el riesgo de lesiones personales y de heridas. La tasa anual de exposición transcutánea en los cuerpos de policía de Nueva York resulta cerca del 0.4% (387 para 100,000). Se ha demostrado que la posibilidad

de la infección después de un contacto percutáneo es muy pequeña, comprendida entre 0.2 y 0.5%.²⁵ El riesgo de transmisión a través de las mucosas es aún inferior: sólo un caso de seroconversión fue observado entre más de 1,100 trabajadores a los que se les hizo un seguimiento prospectivo (tasa del 0.09%).²⁶ La menor infectividad del VIH respecto de otros agentes patógenos como HBV se debe probablemente a la menor concentración del virus en la sangre de los individuos infectados.²⁷

Sin embargo, la exposición profesional en áreas de alta prevalencia puede determinar un riesgo significativo de transmisión en el curso de la vida laboral. Entre el personal de los servicios de urgencias de tres ciudades en Estados Unidos con elevada prevalencia de SIDA (6.7% de seropositividad) se verifican por término medio 0.2 exposiciones a la sangre por trabajador al año, lo cual corresponde a un riesgo de 0.013 exposiciones percutáneas al VIH. Multiplicando este riesgo por la tasa de seroconversión después de una exposición percutánea, se obtiene un riesgo anual de seroconversión de 0.0039%, lo cual lleva a un riesgo del 0.18% (o 180 casos por cada 100,000 personas) en el arco de 45 años de vida laboral.²⁸ Este ámbito de riesgos es substancialmente semejante al de cancerogénesis profesional, que se estima entre 1 y 100 por 100,000.²⁹

Por el contrario, el riesgo es muy inferior en áreas de baja prevalencia; los mismos estadounidenses calculan en una zona con sólo el 0.47% de seropositividad en promedio, que el riesgo de exposición percutánea al VIH disminuye al 0.002% anual, y el riesgo acumulativo en el arco de la vida laboral disminuye a 27/100,000 trabajadores.

La transmisión de la infección por VIH por un trabajador afectado a otro trabajador, o a un cliente, es un evento excepcional, incluso en el caso de los trabajadores de la salud. Hay que tener presente, incluso con vistas al juicio de idoneidad laboral, que los sujetos sintomáticos con SIDA declarado pueden ser más sensibles para las infecciones por microbacterias, herpes, enterobacterias patógenas y otros agentes que se presentan como consecuencia del estado de inmunodepresión. Además, algunos pacientes con SIDA pueden presentar complicaciones neurológicas, que comprometen su capacidad de juicio y, por tanto, la posibilidad de desempeñar un trabajo.³⁰

También en el caso de los deportistas, la transmisión de la infección por VIH es rara.³¹ Hasta ahora, en efecto, no se ha verificado ningún caso de transmisión en ambientes deportivos. Un jugador seropositivo prácti-

camente no supone riesgo alguno para los otros o para sí mismo al participar en las actividades deportivas. Por otro lado, la relativamente breve vida deportiva de un atleta, frente al largo período que transcurre entre seroconversión y aparición del SIDA, hace muy poco probable el hecho de que la sintomatología del SIDA pueda reducir el rendimiento de un atleta infectado. En consecuencia, la prueba para el VIH en los atletas sigue siendo voluntaria, y la decisión de continuar o no la actividad deportiva sigue siendo un hecho privado entre el atleta y su propio entrenador.

El VIH ha sido aislado en un gran número de fluidos corporales; de éstos, sólo la sangre y el líquido pleural han resultado responsables de transmitirlo en ambiente sanitario, mientras, además de la sangre, también el líquido seminal, las secreciones vaginales y la leche materna pueden suponer un riesgo de transmisión en la comunidad.³² Los *Centers for Disease Control (CDC)* produjeron en 1985 y sucesivamente modificaron una serie de lineamientos conocidos como “precauciones universales” que hay que aplicar en el cuidado de los pacientes.

Tales lineamientos incluyen una serie de procedimientos como el uso de guantes en las operaciones de punción venosa o en el contacto con piel no íntegra o fluidos corporales que contengan sangre, líquido seminal o secreción vaginal; el uso de máscaras y lentes en las operaciones en las que podría determinarse formación de aerosol, de batas y delantales cuando se puedan verificar salpicaduras. Además, se han de poner en práctica ciertas precauciones en el uso de las agujas, como no reutilizarlas, el uso de contenedores rígidos para desechos, etcétera.

El uso de las precauciones universales está recomendado, además de en las actividades sanitarias en contacto con líquidos potencialmente infectados, también en las actividades odontológicas, por la frecuencia con que la saliva de los pacientes puede estar contaminada con sangre, y en los trabajos de los bancos de leche, en cuanto que éstos están expuestos al manejo de grandes cantidades de leche.

El costo de las precauciones universales, debido al consumo de dispositivos de protección individual y a la menor eficiencia de los trabajadores que emplean tales dispositivos, no se ha de minusvalorar: en Estados Unidos se estima que el costo anual de tales medidas abarca entre los 40 y los 400 millones de dólares, y el costo de prevenir un sólo caso de SIDA profesional está entre 1 y 10 millones de dólares.³³

A pesar del hecho de que el rastreo de todos los pacientes para la infección por VIH se haya revelado impracticable, bien por el excesivo costo en relación con los posibles beneficios, o por consideraciones sociales y técnicas,³⁴ algunos piensan que es necesaria la prueba rutinaria de los pacientes, por lo menos para aquellos que deben someterse a intervenciones quirúrgicas. En algunos hospitales estadounidenses, como el *San Francisco General Hospital*, se solicita el consentimiento informado para una prueba pre-operatoria voluntaria; si se rehusa el consentimiento, la intervención se efectúa igualmente, pero el cirujano pone en práctica estándares más rigurosos para prevenir la infección.³⁵ En otros casos, en cambio, la prueba es considerada obligatoria para la ejecución de intervenciones selectivas. En este caso surge una evidente perplejidad: en realidad, se efectúa una prueba potencialmente lesiva para la salud mental del paciente sin su consentimiento y no en interés de este último, sino exclusivamente del equipo quirúrgico. Además, puede suceder que el cirujano rechace llevar a cabo la intervención en los pacientes seropositivos, o en aquellos que se rehúsen a someterse a la prueba.³⁶

Es evidente que la ejecución de exámenes de rastreo plantea inevitablemente una serie de problemas, además del de la información y del consentimiento informado: la previsión de una adecuada forma de asesoría para los seropositivos, la garantía de la confidencialidad de los resultados, y la de la no discriminación de los sujetos que se rehúsen a someterse a la prueba.³⁷

Es particularmente complicado el caso del paciente que niegue el consentimiento a la prueba de seropositividad después de que un trabajador de la salud haya estado en contacto con su sangre. En este caso específico, el *American College of Physicians* (ACP) y la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (IDAS) son del parecer que puede procederse de manera coactiva a la comprobación de la seropositividad, pero la legislación de numerosos Estados norteamericanos la prohíbe.³⁸

En conclusión, nos parece que entre los objetivos de una política dirigida al problema de la infección por VIH en el ambiente de trabajo, habría que buscar prioritariamente: 1) la protección de los derechos de los sujetos afectados por la infección, incluido el derecho a la no discriminación, y el derecho a la tutela de la confidencialidad de la

información sanitaria; 2) la información a los trabajadores, su formación y el apoyo a los sujetos afectados por la infección; 3) la salubridad del ambiente de trabajo, tanto para los sujetos seropositivos como para los sanos.

Sigue siendo un objetivo primario el evitar la discriminación de los trabajadores afectados por la infección por VIH. El diagnóstico precoz, en efecto, permite el aplicar medidas de prevención terciaria, por ejemplo contra la infección por *Pneumocystis carini*, que es la primera causa de muerte en el SIDA, y puede retardar sensiblemente el avance viral, mediante fármacos específicos. Idealmente, el programa de rastreo debería ser manejado por estructuras externas a la empresa, para garantizar al máximo su confidencialidad.

En asociación con el rastreo es necesario prever la realización de un programa de asesoría y apoyo psicológico y médico para los seropositivos. También esta medida es apropiada para reducir la progresiva difusión de la infección.

Sólo en casos particulares podría tomarse en consideración la hipótesis de hacer obligatoria la ejecución de pruebas de diagnóstico.

Referencias bibliográficas

¹ SPAGNOLO, A.G., *Aspetti etico-sociali dell'infezione da HIV in ambito lavorativo*, en SGRECCIA, E., MELE, V. (coord.), *Rilevanza dei fattori etici e sociali nella prevenzione delle malattie professionali*, Milán: Vita e Pensiero, 1994: 51-77.

² En otro lugar los hemos considerado en detalle (*ibid.*).

³ Véase a este propósito: MASERATI, R., MOSCATO, G., PISATI, A. (coord.), *Atti del Convegno HIV e ambiente di lavoro* (Pavía, 25 noviembre 1989), G. Ital. Med. Lav. 1989, 11(1-2); CURTI, R., GILIOLI, R., GRIECO, A., *Idoneità lavorativa e infezione da HIV*, La Medicina del Lavoro 1988, 79(5): 343-350.

⁴ Es interesante analizar algunos datos en relación con el grado de conocimiento de la normativa italiana por parte de los pacientes incluso en cuanto a la protección del seropositivo en el puesto de trabajo: cfr. CATTORINI, P., BERTOLI, E., BUZZI, F. et al., *Indagine sul grado di conoscenza e di valutazione della normativa italiana in materia di prevenzione dell'AIDS*, Medicina e Morale 1994, 2: 273-317.

⁵ Decreto legislativo 19/9/94 n. 626, tocante a la "Actuación de las directivas 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE, 90/269/CEE, 90/394/CEE y 90/679/CEE referentes al mejoramiento de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el lugar de trabajo" (G.U. n. 265 del 12/11/1994 y sucesivas "modificaciones e integraciones al Decreto legislativo 19 septiembre 1994, n. 620, conteniendo el Decreto legislativo 19/3/1996 n. 242" (G.U. n. 75 del 6.5.1996).

⁶ Recordemos, por todos, algunos importantes lineamientos de la Organización Mundial de la Salud: OMS, *Guidelines on AIDS in the workplace*, Series 7, 1990; ID., *Guidelines on AIDS in Europe*, Oficina Regional para Europa, Copenhague 1986.

⁷ Véase el análisis comparado de las legislaciones europeas en materia de SIDA en el volumen de CATTORINI, P., MORELLI, D., ZANCHETTI, M. (coord.), *AIDS. Comparazione e analisi della legislazione europea sull'AIDS dal punto di vista etico e giuridico*, Milán: Europa Scienze Umane Editrice, 1996.

⁸ COMITATO DEI MINISTRI DEL CONSIGLIO D'EUROPA, *Raccomandazione n. R (89) 14 agli Stati membri sui problemi etici relativi all'infezione da HIV nelle strutture sanitarie e sociali*.

⁹ CATTORINI, MORELLI, ZANCHETTI, *AIDS...*, pp. 254-255.

¹⁰ Resoluciones del 26 de mayo y del 22 de diciembre de 1989.

¹¹ WHELAN, S., MOUSLEY, A.A., WIGHT, J.P., *Survey of employers' policies on HIV and AIDS in North Nottinghamshire*, J. Public. Health HIV Med. 1994, 16(1): 101-104.

¹² FNOMCEO, *Codice di Deontologia medica*, 1995, art. 9.

¹³ SANDE, M.A., *Introduction*, en BECKER, C.E. (ed.), *Occupational HIV infection: risks and risk reduction*, Occupational Medicine STARS, Special Issue, Filadelfia, 1989.

¹⁴ HUGHES, J.M., *Universal precautions: CDC perspective*, Occupational Medicine STARS 1989, 4: 13-20.

¹⁵ MUTO, T., FUKUWATARI, Y., ONODA, K., *Beliefs and attitudes towards AIDS policies and educational programs among Japanese business*, Occupational Medicine 1996, 46: 356-360.

¹⁶ MORI, K., TAKEBAYASHI, T., OMAE, K., *Survey on AIDS measures in foreign companies in Japan*, Occup. Health J. 1994, 17: 40-43 (citado por MUTO et al., *Beliefs and attitudes ...*).

¹⁷ CAPLAN, R.C., GREENBERG, M., LANDSBERGIS, P., *AIDS and employment in New Jersey: private employers and public policy*, AIDS Public. Pol. J. 1989, 4: 152-158; TAMMI, S.S., *Implementing an AIDS policy: retaining and promoting productivity in the workplace*, AAOHN J. 1991, 39: 267-280.

¹⁸ SANDE, *Introduction...*

¹⁹ HENDERSON, D.K., *Perspectives on the risk for occupational transmission of HIV-1 in the health-care workplace*, Occupational Medicine STARS 1989, 4: 7-12. 20 MARCUS, R., SRIVASTAVA, P.U., BELL, D.M. et al., *Risk of human immunodeficiency virus infection among emergency department workers*, Ann. Emerg. Med. 1995, 25: 776-779.

²¹ Con la difusión de la infección por VIH en estos últimos años, se está volviendo un problema preocupante el de la idoneidad laboral de los operadores sanitarios que resultan seropositivos (como consecuencia o no de un contagio profesional). El problema se planteó de improviso a principios de 1991 cuando los Centros federales de EE.UU para el Control de las Enfermedades (*Centers for Disease Control, CDC*) revelaron que con mucha probabilidad un dentista de Florida, el doctor D. Acer, había transmitido el SIDA a tres pacientes suyos (cfr. PARIS, J., *Paure infondate e valutazione dei rischi di trasmissione da operatore a paziente*, en CATTORINI, P. (coord.), *AIDS. Etica, giustizia e politica sanitaria*, Cinisello Balsamo: Paoline 1993: 287-290). A partir de entonces comenzó una amplia discusión en la literatura, enriquecida rápidamente (Véase, por ejemplo, toda la bibliografía referida al final del trabajo de BORONI et al., *Operatori sanitari infetti da HIV svolgenti procedure invasive. Un'analisi e una proposta*, en CATTORINI (coord.), *AIDS. Etica, giustizia...*, pp. 263-281. Para los aspectos jurídicos del acceso a las profesiones sanitarias de los sujetos seropositivos, véase: SALERNO, G.C., *Accesso alla professione sanitaria dei soggetti con infezione da HIV. Analisi di alcuni profili giuridici*, en CATTORINI, P. (coord.), *AIDS. Diritti e doveri del personale delle istituzioni di assistenza*

sanitaria, Milán: Ist. Scient. H S. Raffaele - Europa Scienze Umane Editrice, 1991: 113-133). Los CDC han subrayado que las áreas de riesgo potencial son efectivamente sólo aquellas en las que la sangre o los fluidos infectados de un operador sanitario infectado podrían entrar en contacto con sangre o heridas de un paciente, es decir, en el curso de procedimientos invasivos. En todos los otros contactos profesionales normales no hay riesgos concretos y, por tanto, sólo el ámbito de los procedimientos invasivos debe ser tomado en consideración por los aspectos éticos y sociales (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Recomendaciones para la prevención de la transmisión del virus por inmunodeficiencia humana y del virus de la hepatitis B a pacientes en el curso de procedimientos invasivos con riesgo de infección*, MMWR 1991, 40: 1-9). Los interrogantes que se plantean a este propósito, en efecto, son numerosos y complejos y sólo los enunciaremos ahora: ¿hay obligaciones morales para los operadores sanitarios infectados de abstenerse de efectuar maniobras invasivas que podrían infectar a los pacientes? ¿Tienen el deber de informar a los pacientes sobre su propio estado de seropositividad? Y en ese caso, ¿cómo podría protegerse su derecho a la confidencialidad? ¿Deberían las autoridades sanitarias evaluar sistemáticamente a todos los operadores sanitarios a fin de proteger a los pacientes, excluyendo de algunas prestaciones sanitarias a los que resultarían infectados? En esencia, el debate se resume en la evaluación de la oportunidad o no de efectuar un rastreo obligatorio especial para los operadores sanitarios (véanse los términos del problema reportados en la nota 37).

²² SHORT, L.J., BELL, D.M., *Risk of occupational infection with blood-borne pathogens in operating and delivery room settings*, Am. J. Clin. Infect. Control 1993, 21: 343-350.

²³ CHAMBERLAND, M.E., PETERSEN, L.R., MUNN, V.P. et al., *Human immunodeficiency virus infection among health care workers who donate blood*, Ann. Intern. Med. 1994, 121: 269-273.

²⁴ ROSEMBERG, J., BECKER, C.E., CONE, J.E., *How an occupational medicine physician views current blood-borne disease risks in health-care workers*, Occupational Medicine STARS 1989, 4: 3-12; PAGANE, J., CHANMUGAM, A., KIRSCH, T., KELEN, G.D., *New York City Police Officers incidence of transcutaneous exposures*, Occupational Medicine 1996, 46: 285-288; ROUP, B.J., *OSHA's new standard: exposure to bloodborne pathogens*, AAOHN, J. 1993, 41(3): 136-42.

²⁵ GERBERDING, J.L., *Management of occupational exposures to blood-borne viruses*, N. Engl. J. Med. 1995, 332: 444-451; HENDERSON, D.K., FAHEY, B.J., WILLY, M. et al., *Risk for occupational transmission of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) associated with clinical exposures*, Ann. Intern. Med. 1990, 113: 740-746; TOKARS, J.I., MARCUS, R., CULVER, D.H. et al., *Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV-infected blood*, Ann. Intern. Med. 1993, 118: 2935-2939.

²⁶ SHORT, BELL, *Risk of occupational infection...*

²⁷ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Guidelines for prevention of transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health-care and public-safety workers*, MMWR 1989, 38 (S-6): 1-37.

²⁸ MARCUS et al., *Risk of human immunodeficiency virus infection...*

²⁹ WEAVER, V.M., ARNDT, S.D., *Communicable disease and fire-fighters*, Occupational Medicine STARS 1995, 10: 747-762.

³⁰ BEHLING, D., GUY, J., *Who's protected? Legal, ethical issues in employing the immunosuppressed*, Occup. Health Saf. 1993, 62(4): 76-9.

³¹ BROWN, L.S. Jr., PHILLIPS, R.Y., BROWN, C.L. Jr., et al., *HIV/AIDS policies and sports: the National Football League*, Med. Sci. Sports Exerc. 1994, 26(4): 403-407.

³² HUGHES, *Universal precautions...*

³³ EICKHOFF, T.C., *Responses of health care advisory groups to HIV infection risks*, Occupational Medicine STARS 1989, 4: 25-29.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ GERBERDING, J.L., *Occupational HIV transmission: risk reduction*, Occupational Medicine STARS 1989, 4: 21-24.

³⁶ *Ibid.*

³⁷ Es particularmente problemático el caso del agente sanitario que se niega a someterse a la prueba. Con una discutida sentencia (n. 218 del 23 mayo-2 junio 1994), la Corte Constitucional (italiana) expresó el juicio de ilegitimidad constitucional del art. 5, tercer y quinto párrafo, de la ley 5 junio 1990, n. 135, como consecuencia de la cuestión suscitada por el pretor de Padua en el curso de un procedimiento civil promovido por una operadora sanitaria, suspendida de manera cautelar del servicio por haberse rehusado a someterse a exámenes sanitarios encaminados a comprobar la existencia o no de infección por VIH. El pretor había puesto de relieve que la solicitud, por parte del prestador de trabajo, de las comprobaciones citadas estaba motivada por la necesidad de saber si la operadora en cuestión poseía la integridad física requerida para las delicadas labores de asistencia llevadas a cabo en las personas de hospitalizados no autosuficientes. Puesto que el art. 5 de la citada ley n. 135 de 1990 permite, para las actividades que presentan riesgo de transmisión de la infección, efectuar comprobaciones sanitarias incluso contra la voluntad del interesado, a fin de proteger la salud como interés de la colectividad y de terceros, ése parece estar en contraste con el art. 32 de la Constitución. Al confirmar la existencia de tal contraste y al reiterar que las comprobaciones en cuestión pueden ser legítimamente requeridas en necesaria correlación con la exigencia de proteger la salud de terceras personas, la Corte Constitucional ha considerado fundamentada la cuestión planteada. La misma ha precisado, además, que «no se trata de controles sanitarios indiscriminados, masivos o por categorías de sujetos, sino de comprobaciones circunscritas bien en la determinación de aquellos que pueden estar obligados a ello, constituyendo un impedimento para poder desempeñar una determinada actividad, bien en el contenido de los exámenes. Éstos deben estar funcionalmente vinculados con la verificación de la idoneidad para el desempeño de aquellas actividades específicas y reservados a quien está, o pretende estar, destinado a ellas» (cfr. G.U. 1ª Serie especial - n. 24 del 8-6-1994). La discusión que se suscitó en torno a la sentencia se refería sobre todo al hecho de que, en el plano científico, no habría indicaciones tales como para considerar que un operador sanitario infectado pudiera ser causa, como consecuencia de la actividad llevada a cabo, de daños a terceros o a la colectividad. Para una ulterior profundización sobre el tema, cfr. BORONI et al., *Operatori sanitari infetti da HIV...*; HERMANN, H.J.D., *Politiche sanitarie versus diritti individuali: l'operatore sanitario infetto*, en CATTORINI (coord.), *AIDS. Etica, giustizia e...*, pp. 283-286; SELWYN, P.A., *Principi etici e strategie d'approccio al caso dell'operatore infetto*, en *ibid.*, pp. 291-295.

³⁸ EICKHOFF, *Responses of health care advisory groups...*; AAMC (ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES) - COMMITTEE ON AIDS AND THE ACADEMIC MEDICAL CENTER, *Policy Guidelines for addressing HIV infection in the Academic medical community*, October 1988, Occupational Medicine STARS, Filadelfia 1989.

ANEXO 1
Universidad Católica del Sagrado Corazón
Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli"
Instituto de Bioética
e Instituto de Medicina del Trabajo

Cuestionario sobre la infección por VIH en el ámbito laboral

1. *¿Considera que es necesario conocer la seropositividad de un trabajador para establecer si es idóneo en general para el trabajo?*
 - SÍ
 - NO

2. *Cuando entrevista a un trabajador con vistas a contratarlo, ¿generalmente le pregunta en forma explícita si es seropositivo?*
 - SÍ
 - NO

3. *En la anamnesis, ¿investiga en general sobre las actividades extralaborales o sobre los comportamientos con riesgo de infección por VIH?*
 - SÍ
 - NO

4. *¿Se ha encontrado alguna vez con trabajadores que espontáneamente le hayan pedido someterse a la prueba de rastreo?*
 - SÍ
 - NO

5. *¿Ha sugerido alguna vez a los trabajadores someterse privadamente a la comprobación de la seropositividad?*
 - SÍ
 - NO

6. *En el caso en que un trabajador comunicara que es seropositivo, ¿considera que sería correcto:*
 - transmitir la información al patrón?
 - informar al patrón, manteniendo el anonimato del trabajador?
 - informar a los demás trabajadores de la presencia de compañeros seropositivos?
 - informar al médico que cuida al trabajador?
 - informar a los familiares del trabajador?

7. *¿Sería oportuno, según Ud., efectuar un rastreo de VIH con ocasión de viajes de traslado de los trabajadores a zonas endémicas?*
 - SÍ
 - NO

8. *¿Considera que es oportuno incluir la comprobación de la seropositividad por VIH en los exámenes de rastreo para contratar a los trabajadores o en los exámenes periódicos?*
- SÍ
 - NO
9. *¿Considera que sería oportuno efectuar una actividad de información acerca de los riesgos por VIH en los lugares de trabajo?*
- SÍ
 - No
10. *¿Ha llevado a cabo alguna vez actividades de información acerca de los riesgos por VIH en los lugares de trabajo?*
- SÍ
 - NO
11. *¿Considera que la actividad laboral puede constituir un riesgo para la transmisión de la infección a otros trabajadores?*
- SÍ
 - NO
 - SÍ, sólo en algunos casos (especificar):
12. *¿Considera que la actividad laboral puede constituir un riesgo para la transmisión de la infección al público?*
- SÍ
 - NO
 - SÍ, sólo en algunos casos (especificar):
13. *¿Considera que la actividad laboral puede constituir motivo de agravamiento de las condiciones de salud del trabajador seropositivo?*
- SÍ
 - NO
 - SÍ, sólo en algunos casos (especificar):
14. *¿En qué casos piensa que sería justo obligar al trabajador a hacerse un rastreo para VIH?*
- contacto con sangre o material potencialmente infectado por parte de otro trabajador
 - sospecha de farmacodependencia del trabajador
 - comportamientos extralaborales con riesgo
 - anamnesis positiva por TBC pulmonar, candidiasis esofágica, sepsis por salmonella, pulmonías recurrentes, herpes simple de más de un mes de duración u otras condiciones potencialmente correlacionadas con la infección por VIH
 - anamnesis positiva por hepatitis B o C u otras enfermedades de transmisión hemática
 - sujeto politransfundido
15. *Usted trabaja en:*
- Universidad
 - Unidad de Servicios Laborales
 - empresa(s)
 - otro (especificar):

La “Declaración de Amsterdam” sobre los derechos de los pacientes

*Adriano Bompiani**

Resumen

En este trabajo se analiza la “Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa”, redactada por un grupo de expertos bajo los auspicios de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la reunión celebrada en Amsterdam (28-30 de marzo de 1994). La iniciativa de la OMS demuestra el creciente interés de los Estados pertenecientes a la región europea por hacer comparables las normas de los ordenamientos internos concernientes al acceso y utilización, por parte de los pacientes, de los servicios sanitarios, saliendo al encuentro no solamente de los derechos subjetivos de la persona humana (ahora ya codificados), sino también de las legítimas aspiraciones de mejora de la calidad y de las relaciones humanas en la asistencia.

Recordando la larga serie de “Declaraciones sobre los derechos humanos” proclamadas en diversos documentos internacionales de alto valor moral, y las paralelas declaraciones referentes a los “derechos de los pacientes”, el análisis delinea los contenidos fundamentales de la Declaración de Amsterdam y los evalúa bajo el perfil ético-jurídico.

* Presidente Honorario del Comité Nacional (italiano) para la Bioética; Delegado en el Comité Directivo para la Bioética Internacional (CDBI) del Consejo de Europa.

Se han tratado de verificar también, brevemente, las analogías recurrentes entre dicha “Declaración de Amsterdam” y la “Carta de los servicios públicos de salud”, instrumento que pretende aplicar el artículo 14 del decreto Ley n. 502/1992 italiano (y las sucesivas modificaciones e integraciones), “Reordenamiento de la disciplina en materia sanitaria, a tenor del artículo 1 de la ley 23 de octubre de 1992 n. 421”. El artículo 14, como se sabe, tiene por objeto los “Derechos de los ciudadanos”.

La aplicación de los principios solemnemente declarados en los diversos documentos examinados requiere —ahora— una adhesión convencida a los postulados de la ética del cuidado, interpretados en la óptica de la tradición personalista.

Preámbulo

Podríamos decir que la reflexión en sentido moderno sobre los “derechos humanos” inherentes a la protección de la vida y de la salud comienza después de la segunda guerra mundial, cuando el proceso de Nüremberg a los criminales nazis (1946-1947) puso en evidencia las crueldades cometidas con fines experimentales tanto en enfermos de particulares formas morbosas (sobre todo enfermos psíquicos), cuanto en prisioneros de guerra y personas de origen judío.

En los años sesenta, los progresos en la especialización y la tecnología en el campo sanitario evidenciaron —juntamente con los efectos positivos— también la fragmentación de las competencias y una “burocratización” creciente de los servicios, tanto como para temer que “se apagara gradualmente el sentido del hombre y se hiciera del hospital una simple concentración de prestaciones especializadas en torno a un organismo enfermo”.¹

La opinión pública no dejó de manifestar una creciente alarma sobre la invasividad de la técnica, un resentimiento por la degradación de algunos aspectos en las relaciones médicas —por más que empezara a

fascinarse ante los progresos en la asistencia— y una creciente irritación hacia los gestores de los servicios sanitarios considerados incompetentes o interesados. Al generalizarse la insatisfacción relativa a los aspectos de organización y de erogación de la asistencia, se produjeron, como se sabe, “movimientos” de opinión, dedicados a “denunciar” las disfunciones, y decididos a lograr, mediante una participación activa, que se adoptaran medidas concretas de mejora de la gestión en las instituciones hospitalarias.

Al mismo tiempo, se incrementaron las denuncias en contra de las intervenciones a título experimental y de investigación clínica sobre el organismo humano, no exentas de sustanciales reservas de orden jurídico y ético:² la confluencia de estos problemas atrajo la atención hacia el tema de la aplicación de los “derechos humanos” en el ámbito de la protección de la salud. Además, gradualmente se agregaba a ésta toda una serie de propuestas —reclamadas a veces con gran énfasis como “derechos del enfermo”— que en parte se asimilaba con los primeros, y en parte se mantenía (y se mantiene todavía) como requerimiento motivado para la obtención de medidas concretas como protección de los justificados “intereses” del usuario en la prestación de los cuidados.

La literatura sobre estos temas es inmensa, y en este espacio resulta prácticamente imposible analizarla.

Lo que deseamos hacer en este trabajo, es recordar sobre todo la aportación hecha a la reciente reflexión internacional por el documento *Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa* (indicado en lo sucesivo como *Declaración de Amsterdam*), emanado por la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la reunión del 28-30 de marzo de 1994 en Amsterdam, cuyo peso no ha sido indiferente incluso al inspirar algunos “pasajes” de la reciente “Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina”, aprobada el 19 de noviembre de 1996 por el Comité de Ministros del Consejo de Europa y suscrita por 20 países europeos el 4 de abril de 1997 en Oviedo (España).

A quien esto escribe no le parece que la *Declaración de Amsterdam* (cuyo texto se publica en este mismo número de la Revista) se haya dado a conocer suficientemente, más allá del estrecho círculo de los interesados, mientras parece merecedora de un comentario en esta Revista.

El continuo delinearse en el derecho internacional de los derechos humanos en la protección de la salud

Parece oportuno —ante todo— recordar las etapas fundamentales en la identificación, gradual y difícil, de los principios generales, válidos para fundamentar los instrumentos internacionales que protegen los derechos humanos en el ámbito del cuidado de la salud.

1) Esta identificación arranca al constituirse, el 22 de julio de 1946, la OMS, que representa la organización especial de las Naciones Unidas que promueve la colaboración internacional en el sector de la defensa de la salud y de la investigación sanitaria, mediante los servicios técnicos centrales y periféricos.

En el Estatuto se enumeran objetivos y funciones encaminados a proteger, como derecho fundamental, el mejor estado de salud de cada hombre, cualquiera que sea la raza, la religión, las opiniones políticas y las condiciones económicas y sociales.

Italia, por un Decreto Legislativo del Jefe Provisional del Estado (DLCPS, por sus siglas en italiano) aprobó su protocolo el 4 de marzo de 1947.³

2) En la “Declaración universal de los derechos humanos” este derecho fundamental fue reiterado en el artículo 25, 1: “Todo individuo tiene derecho a un tenor de vida suficiente para garantizar la salud y el bienestar propio y de su familia, con particular atención a la alimentación, el vestido, la habitación, los cuidados médicos y los servicios sociales necesarios; y tiene derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez y en cualquier otro caso de pérdida de los medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.⁴

También en la “Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial” de 1965, se reconoce expresamente como un derecho económico-social “el derecho a la salud, a los cuidados médicos, a la previsión social y a los servicios sociales” (artículo 5, letra: y, p. 4).

3) La “Carta Social Europea”, elaborada por el Consejo de Europa y firmada en Turín el 18 de octubre de 1961, en su primera parte, donde se señalan los objetivos que las partes contrayentes perseguirán con cualquier medio idóneo, reza, en el punto 11: “Toda persona tiene el derecho de

beneficiarse de todas las medidas que le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar”.

En la segunda parte, que especifica tales objetivos, el artículo 11 afirma: “Para asegurar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes contrayentes se comprometen a tomar, tanto directamente como en cooperación con las organizaciones públicas y privadas, medidas adecuadas, que se propongan especialmente: *a.* eliminar, en la medida de lo posible, las causas de la falta de salud; *b.* proveer servicios de consulta y de educación para mejorar la salud y el desarrollo del sentido de responsabilidad individual en materia de salud; *c.* prevenir, en la medida de lo posible, enfermedades endémicas u otras”.⁵

4) En el “Pacto internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales”, en el artículo 12.1, se lee: “Los Estados partes del presente Pacto reconocen el derecho de todo individuo a gozar de las mejores condiciones de salud física y mental que sea capaz de conseguir”;⁶ mientras en el “Pacto internacional sobre los derechos civiles” —además de afirmar que el derecho a la vida se inscribe en la persona (artículo 6)— se establece que “nadie puede ser sometido a un experimento médico o científico sin su libre consentimiento” (artículo 7).

En Italia, el Pacto fue ratificado por una ley del 25 de octubre de 1977, n. 881.⁷

5) Además, con la Convención de la ONU de 1979 sobre la eliminación de toda forma de discriminación respecto de la mujer se asegura el derecho a la salud de la mujer y el acceso a condiciones de igualdad a los servicios sanitarios y el goce de adecuadas previsiones en el embarazo, en el parto y en el puerperio.

6) A estas “declaraciones solemnes” sigue la elaboración de “planes” que —tomando pie de la conocida Conferencia Internacional sobre la Asistencia Sanitaria básica celebrada en Alma-Ata en septiembre de 1978— tienen por finalidad promover a escala regional una estrategia adecuada para alcanzar resultados concretos de los principios antes enunciados.

En nuestro caso, son de particular interés los trabajos desarrollados por la Región Europea de la OMS (con sede en Copenhague), conocidos como “La salud para todos en el 2000” y la “Crisis de la salud en el 2000”⁸

La Tabla 1 muestra la amplitud del trabajo desarrollado que, por lo demás, sigue manteniendo, en los años considerados, carácter de mero “exhorto” para los diversos Estados componentes del Consejo de Europa, pero que concluirá con la “Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina” de 1996 (véase el punto 11 siguiente).

8) La Convención de Nueva York sobre los derechos del niño, de 1989, en el artículo 24 establece la obligación de los Estados de “reconocer el derecho del menor a gozar del mejor estado de salud posible y de beneficiarse de los servicios médicos y de rehabilitación”. Precisa que “los Estados Parte se esforzarán para garantizar la actuación integral del susodicho derecho y adoptarán, en particular, las medidas apropiadas para... b) asegurar a todos los menores de edad la asistencia médica y los cuidados sanitarios necesarios, poniendo particular atención al desenvolvimiento de los cuidados sanitarios primarios”.⁹

Tabla 1
Principales documentos del Consejo de Europa
en materia de bioética

<i>Documento</i>	<i>Temática</i>
A. ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA	
Resolución 613 (1976)	los derechos del enfermo y del moribundo
Recomendación 779 (1976)	los derechos del enfermo y del moribundo
Recomendación 818 (1977)	la situación del enfermo mental
Recomendación 934 (1982)	la ingeniería genética
Recomendación 1046 (1986)	el uso de los embriones y fetos humanos con finalidades de diagnóstico, terapéuticas, científicas, industriales y comerciales
Recomendación 1100 (1989)	el uso de los embriones y de los fetos humanos en la investigación científica
Recomendación 1159 (1991)	la armonización de las reglas para la autopsia
Recomendación 1160 (1991)	la preparación de una convención sobre la bioética
Recomendación 1213 (1993)	los avances de la biotecnología y las consecuencias para la agricultura

B. COMITÉ DE LOS MINISTROS DEL CONSEJO DE EUROPA

Resolución (78) 29	la armonización de la legislación de los Estados miembros en relación con la obtención, injerto y trasplante de sustancias humanas
Recomendación R (79) 5	la protección jurídica de las personas que sufren por una enfermedad mental recluidas en alguna institución contra su voluntad
Recomendación R (84) 16	la notificación de los trabajos que conciernen al ADN recombinante
Recomendación R (90) 3	la investigación médica sobre los seres humanos
Recomendación R (90) 13	el rastreo genético prenatal, el diagnóstico genético prenatal y la correspondiente asesoría genética
Recomendación R (92) 1	el uso del análisis del ADN en el ámbito del sistema de justicia penal
Recomendación R (92) 3	las pruebas genéticas y el rastreo con finalidades médicas

9) Algunas Convenciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre la protección de la salud de los trabajadores (1969), entre ellos, los trabajadores emigrantes (n. 143/75). Esta última Convención, dirigida a promover una política de igualdad de oportunidades y de trato para los trabajadores emigrantes, precisa que "todo Estado miembro para el que la presente Convención esté en vigor, se compromete a respetar los derechos fundamentales humanos de todo trabajador emigrante" (sin indicar, por lo demás, cuáles son estos derechos). Loreti Berghé observa acertadamente que "no se trata, sin embargo, de una extensión incondicional del principio de igualdad en cuanto que esta igualdad es adquirida por los extranjeros no en cuanto tales sino en cuanto trabajadores, es decir, sujetos socialmente calificados que tengan regularizada su permanencia en el país y, por tanto, su situación tributaria y de previsión social. Ninguna norma se refiere a los indocumentados y a su acceso a las prestaciones sanitarias".¹⁰

La "Convención internacional de los derechos de todos los trabajadores emigrantes y de sus familiares", adoptada con la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1990, reconoce a los inmigrados y a sus familias, independientemente de su

condición de “regularizados”, una gran parte de los derechos civiles, entre ellos, el tratamiento sanitario de emergencia.

El instrumento internacional prevé, en el artículo 28, la protección de la salud limitándose a reconocer el derecho a los cuidados médicos de urgencia que son necesarios para preservar la vida o evitar un daño irreparable a la salud en caso de inmigrantes irregulares. Es más amplia la protección prevista en favor de los regularizados según los principios de salud, seguridad e higiene “*inherents a la dignité humaine*” (artículo 70).

“Es sorprendente comprobar —afirma Loreti Berghé— que, después de seis años, este instrumento internacional no haya entrado en vigor, en cuanto que ha sido ratificado por sólo cinco países (Chile, Egipto, México, Marruecos y Filipinas), cuando se requieren 20 ratificaciones para que la Convención entre en vigor. El restringido número de países que han acogido esta Convención de vocación universal subraya la voluntad predominante de no hacer realidad los principios éticos sancionados en ella”.¹¹

10) En el sector de la investigación, son numerosos los documentos internacionales que se han sucedido, a partir de la Declaración de Ginebra (1948) y de la conocida Declaración del Helsinki (1964) hasta nuestros días (véase Tabla 2).

11) Finalmente, hay que poner de relieve la “Convención para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y de la medicina: convención sobre los derechos humanos y la biomedicina”,¹² que coordina los diversos documentos elaborados sectorialmente por el Consejo de Europa (retomando también los documentos referentes a la experimentación en el hombre) en un instrumento de mayor fuerza jurídica para los Estados que lo suscriban.

La Declaración de Amsterdam se ubica —en este contexto rápidamente resumido— en los momentos más recientes de la reflexión jurídica internacional, considerando en particular los “derechos del paciente”.¹³

La emergencia de los “derechos del paciente” como movimiento de base y objeto de una específica reflexión jurídica internacional

Como se sabe, los Principios y Declaraciones internacionales que hemos recordado están dotados de fuerza moral, pero no de valor vinculante, a

menos que los contenidos a los cuales se refieren hayan sido normados a nivel nacional.

Escribe Zanghì: “Históricamente, las declaraciones nacen como manifestaciones de teorías filosóficas que expresan un ideal que hay que perseguir, más que un derecho”.¹⁴

Tabla 2
Principales etapas en el desarrollo de la protección
de los sujetos humanos sometidos a experimentación

<i>Entidad que lo elaboró</i>	<i>Temática</i>
Tribunal militar aliado.	Código de Núremberg (1947) Proceso contra los médicos nazis. Nuremberg: 1946-1947
II Asamblea Médica Mundial,	El juramento de Ginebra Ginebra, septiembre de 1949. Enmendado por la XXII Asamblea Médica
III Asamblea Médica Mundial,	Código internacional de Ética Londres, octubre de 1949. Enmendado por la XXXV Asamblea Médica Mundial, Venecia, octubre de 1983
Asociación Psiquiátrica Mundial XVIII Asamblea Médica Mundial	Declaración de Hawái II (WPA), (julio de 1963) Helsinki, 1964. Enmendada por la XXIX Asamblea, Tokio, 1975; por la XXXV Asamblea, Venecia, 1983; por la XLI Asamblea, Hong Kong, 1989 y por la XLVIII Asamblea, Somerset West, 1996 Declaración sobre las investigaciones biomédicas (llamada Declaración de Helsinki)
Asamblea General de la ONU	Convención internacional sobre los Derechos civiles y penales (1966): artículo 7
XXIX Asamblea Médica Mundial	(Tokio, 1975) Declaración sobre la tortura y las otras penas o tratamientos crueles, inhumanos o envilecedores en relación con la detención y el encarcelamiento
Deliberación de la ONU	(Diciembre de 1982) Principios de ética médica para el personal sanitario en orden a la protección de los detenidos

Conferencia Internacional de los Colegios de Médicos (CIOMS)	Principios de ética médica (enero de 1987): artículos 18-21
Consejo de Europa	Reglas Europeas sobre las prisiones (febrero de 1987): regla 27
Consejo de Europa	Recomendación 80, 3: investigación biomédica en los seres humanos (febrero de 1990)
Comunidad Europea	Guía para la buena práctica clínica (“Good Clinical Practice”) en la experimentación de productos médicos en la CEE (julio de 1990)
Asamblea general de la ONU	Principios para la... prevención para la salud mental (diciembre 1993), principio 11
CIOMS y OMS	Guía internacional para la investigación biomédica en sujetos humanos (febrero de 1993)
OMS	Guía para la buena práctica clínica en la experimentación con fármacos (1994)
International Committee on Harmonization (ICH)	Good Clinical Practice Consolidated Guideline (julio de 1996)

Sólo las Convenciones internacionales vinculan directamente a las partes que han ratificado el instrumento.¹⁵

Ya en 1985 Perico señalaba que “por más importantes que fueran los intentos de que los diversos gobiernos pusieran en marcha una reflexión seria sobre el problema de los derechos del enfermo, éstos documentos se mantenían siempre como instrumentos jurídicos más bien genéricos y, aunque aceptados en líneas generales por los diversos países, no indicaban aún con claridad cuáles eran las ‘pretensiones jurídicas’ del paciente en relación con la institución a su cuidado y del personal sanitario”.¹⁶

Es oportuno recordar, llegados a este punto de nuestra exposición, algunas etapas de este segundo recorrido, “paralelo”, en cierto sentido, al de las Recomendaciones del Consejo de Europa y de las Declaraciones dictadas por Organismos supranacionales —recordadas más arriba— y a veces entrecruzadas entre sí, sin que, por lo demás, tampoco ellas adoptaran nunca un significado jurídico concreto; recorrido dirigido a centrar la atención sobre las necesidades concretas del “enfermo”.

A) Un primer intento en esta dirección fue la lista de los 12 "derechos del enfermo", redactada y aprobada por la "Casa de los Delegados de la Asociación de los Hospitales Americanos" el 16 de febrero de 1973.¹⁷

En una muy breve síntesis, pueden resumirse así: son derechos del enfermo: 1) recibir asistencia atenta y respetuosa; 2) obtener información sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico; 3) recibir la información necesaria para dar un consentimiento informado antes de cualquier procedimiento o tratamiento; 4) rechazar eventualmente un tratamiento particular y conocer las consecuencias de este rechazo; 5) exigir el secreto sobre todo cuanto concierne a su enfermedad y asistencia; 6) exigir que los datos y registros necesarios para su cuidado se consideren confidenciales; 7) obtener el traslado a otras instituciones cuando el hospital en el que se encuentre no fuera capaz de prestar los cuidados necesarios; 8) ser informado sobre las relaciones existentes entre el hospital y las demás instituciones sanitarias interesadas en él; 9) ser advertido sobre eventuales proyectos de experimentación sobre su caso; 10) esperar que la asistencia continúe; 11) tener información sobre los costos que la enfermedad comporte; 12) conocer oportunamente normas y reglamentos a los que debe someterse el paciente.

B) Cobra valor para la región europea el primer documento "aprobado" (resolución) por la Asamblea Consultiva del Consejo de Europa titulado *Derechos de los enfermos y de los moribundos* (29 de enero de 1976).¹⁸

El documento declara, en su preámbulo (articulado en nueve puntos), que el enfermo está expuesto, más que en el pasado, al riesgo de ser lesionado en sus derechos, y, en el décimo punto, la Asamblea propone a los gobiernos de los Estados miembros una "Recomendación", cuyos aspectos más importantes resumimos como sigue: 1) se consideran fundamentales en el sistema sanitario la formación del personal y la organización de los servicios; 2) los enfermos habrán de tener adecuada información sobre su enfermedad y sobre los tratamientos a los que se les someta; 3) los enfermos en riesgo tendrán la posibilidad de prepararse psicológicamente para la muerte; 4) se crearán comisiones nacionales formadas por médicos, juristas, teólogos, psicólogos y sociólogos, encargadas de elaborar un elenco de normas éticas relativas a la prolongación artificial de la vida; 5) se crearán comisiones especiales que recojan y

examinen las quejas en relación con el personal y los servicios, cuyos datos se enviarán al Consejo de Europa.

C) El Comité de Hospitales de la Comunidad Europea, reunido en asamblea plenaria en Luxemburgo, basándose en un informe de la subcomisión “Gestión hospitalaria”, aprobó el 9 de mayo de 1979 la *Carta del enfermo usuario de hospitales*.¹⁹

En el *Preámbulo* se declara que la “Carta es la expresión de los derechos fundamentales de toda persona desde el momento en que entra en contacto con el hospital”; y se precisa que ésta traza los lineamientos generales dentro de los cuales cada hospital adoptará las medidas apropiadas, teniendo siempre presente también la particular legislación de cada país.

La “Carta”, articulada en ocho puntos, enuncia los siguientes derechos fundamentales del hospitalizado: 1) acceder a los servicios hospitalarios; 2) ser cuidado en el respeto de su propia dignidad; 3) rechazar o aceptar, incluso mediante su propio representante, las prestaciones médicas propuestas por el agente sanitario; 4) estar informado sobre su propia condición y sobre los riesgos que todo cuidado o intervención comporta; 5) exigir secreto sobre lo referente a su enfermedad; 6) exigir respeto para sus convicciones religiosas y filosóficas; 7) posibilidad de hacer reclamaciones, ver que se analizan y estar informado sobre sus resultados.

D) En septiembre de 1981, la Asamblea Médica Mundial adoptó en Lisboa (Portugal) una Declaración sobre los derechos del enfermo, consistente en los siguientes puntos: 1) el enfermo tiene derecho a escoger libremente al médico que lo atenderá; 2) el enfermo tiene derecho a ser asistido por un médico que no dependa de intervenciones externas en sus decisiones; 3) después de haber sido adecuadamente informado, el enfermo tiene derecho a aceptar o rechazar el tratamiento propuesto; 4) el enfermo tiene derecho al secreto médico sobre sus datos sanitarios y personales; 5) el enfermo tiene derecho a morir con dignidad; 6) el enfermo tiene derecho a aceptar o rechazar la ayuda espiritual y moral, incluida la de un ministro de una religión determinada.²⁰

E) El Parlamento Europeo elaboró también una *Carta europea de los derechos del paciente*. Su comisión jurídica, después de haber discutido por largo tiempo esa Carta, la aprobó en la sesión del 13-24 de noviembre de 1982.²¹

Esta Carta está constituida por: una introducción, en la que se hacen consideraciones generales de carácter histórico y de ética general; por diversos capítulos en los que se reitera la necesidad de una "Carta europea" en esta materia, y se hacen consideraciones acerca de las bases jurídicas del documento y sobre la evolución internacional del derecho del paciente y, finalmente, una conclusión, en la que se recogen, entre otras, las disposiciones mínimas que la "Carta", en su texto definitivo, debería recoger en cualquier caso.

F) Los citados documentos de la región europea de la OMS: *Los objetivos de la salud para todos* y la *Crisis de la salud en el 2000* se ocupan más ampliamente del tema de la información y de la participación de los usuarios.

En el primer documento, en el punto "Objetivo 13 de la acción prevista", se lee: "El público debería ser informado sistemáticamente sobre los problemas vinculados con la salud, y tal información debería darse de manera comprensible y que suscite interés.

La participación del público variará según los diversos modelos de las estructuras públicas, administrativas y culturales, nacionales y locales. Sin embargo, la participación representativa de las comunidades debería ser la regla de todos los organismos oficiales (consejos locales, regionales y nacionales de salud, consejos de planificación socioeconómica, etcétera) que tratan problemas de desarrollo con una posible incidencia en los modos de vida y en la salud. Hay que preocuparse por incluir representantes de los grupos más vulnerables y de aquellos que demuestren interés y dinamismo particulares en el mejoramiento de la salud de la colectividad".²²

En el segundo documento, el tema de la "Autogestión de la salud y participación del usuario" constituye el capítulo 4. Después de reconocer que muchos servicios no son actualmente capaces de hacer frente a las necesidades de la colectividad, y afirmar que no basta con una expansión de los servicios convencionales, se recuerda el papel de la participación —personal, familiar y comunitaria— en la programación de las acciones sanitarias que hay que llevar a cabo y en las decisiones que se tomen. Sólo de esa manera se podrá lograr tener "gente más satisfecha y, más importante aún, servicios más eficientes".²³

Estas menciones de algunos de los Documentos más significativos hacen comprender mejor los motivos que llevaron a la *Declaración*

sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa (*Declaración de Amsterdam*).

La “Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa”

La *Declaración de Amsterdam* es el fruto de un largo trabajo de reconocimiento sobre la situación jurídica de los “pacientes” existente en los diversos países europeos, efectuado por expertos de la OMS en la última década y que dio lugar a publicaciones preliminares.²⁴

Como recordábamos antes, la Declaración fue aprobada en la reunión del 28-30 de marzo de 1994 en Amsterdam por un “grupo de trabajo”, que redactó también interesantes documentos que acompañan al texto de la Declaración misma.²⁵

Se trata de los siguientes:

Doc-1) *Los derechos de los pacientes en Europa*. Coordinada su edición por H.J.J. Leenen, J.K.M. Gevers y G. Pinet, bajo la égida de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud de 1993, fue redactado para preparar la citada reunión de Amsterdam (1994) y recoge sistemáticamente información sobre la evolución experimentada en el último decenio en la protección de los derechos del paciente en los diversos países europeos. Un estudio precedente de 1986 abordaba estas cuestiones para el período 1970-1983 (véase H.J.J. Leenen, J. Pinet, A.W. Prims, *Tendencias en la legislación relativa a la salud*, OMS, Oficina regional europea, 1986), bajo el aspecto jurídico.

El estudio, editado en 1993 (con 189 páginas), abarca un análisis de los derechos del paciente bajo el perfil general (cap. 1-6); los derechos de categorías especiales (cap. 7); los criterios y mecanismos para la promoción de los derechos del paciente (cap. 8-9); las perspectivas de desarrollo de tales derechos en Europa (cap. 10).²⁶

DOC-2) *Promoción de los derechos de los pacientes en Europa*, OMS, Oficina regional europea (1995). Este texto (con 139 páginas) contiene los informes presentados en el curso del encuentro de Amsterdam (28-30 de marzo de 1994) y está dividido en seis partes: 1) agenda de los trabajos y presentación general del tema (cap. 1-2); 2) resultados de la Consulta organizada por la OMS- Oficina regional europea y texto

de la Declaración (cap. 3-4); 3) fundamentos de los principios para la promoción de los derechos del paciente en Europa (cap. 5-6); 4) comprensión de los cambios (cap. 7-11); 5) experiencia holandesa (cap. 12-13); 6) ¿camino para el futuro? (cap. 14-17).

El contexto cultural

La *Declaración de Amsterdam* se ubica en el contexto de los principios recordados con anterioridad y aprobados por la Asamblea de la OMS con la Resolución *La salud para todos* (FHA - WHA 30.43, del 19 de mayo de 1977) y del correspondiente modelo de organización previsto por la Declaración de Alma-Ata (12 de septiembre de 1978). Este "modelo" abarca todas las posibilidades de protección de la salud, en el plano conceptual.

En la presentación que D. D'Ancona hace a los trabajos de la Reunión (Doc. 2, cap. 1), parecen evidentes las "razones" que incitan a emprender esta nueva iniciativa a la OMS europea: 1) la complejidad y el empleo gradualmente cada vez más acentuado de la tecnología en medicina; 2) la necesidad de considerar al paciente, ante todo, en su naturaleza de ser humano, que hay que tratar con el respeto que su dignidad comporta; 3) las modificaciones experimentadas en la relación médico-paciente, decayendo el llamado "paternalismo", y un mayor requerimiento de información por parte del paciente en relación con la difusión de la cultura sanitaria.

Todo esto requiere de una nueva estrategia en la promoción de los derechos del paciente.

A su vez, J.S. Asvall (Doc. 3, cap. 2) recuerda que hasta 1970 las relaciones entre los profesionales de la salud y el paciente estaban reguladas sustancialmente por las normas de la ética médica. En las últimas dos décadas, en cambio, se ha desarrollado un enfoque que pone cada vez más en evidencia los contenidos legales. Con la introducción del concepto de autonomía y de autodeterminación, las relaciones citadas se van redefiniendo gradualmente en términos de contrato.

La reglamentación de los derechos del paciente subraya la importancia de la negociación preliminar y de la participación activa del paciente.

El autor subraya que hay muchos medios para mejorar el diálogo entre los operadores sanitarios y el paciente, con el fin de elevar la calidad de los cuidados, cuya gran necesidad y urgencia se advierte por lo menos en algunos países de la región europea.

Para lograr este resultado se necesitan introducir, ante todo, indicadores de calidad de las prestaciones, que puedan ponerse en práctica, valiéndose de la participación activa de los usuarios en su definición y control.

Con base en estas premisas, el grupo de trabajo reunido en Amsterdam (1994) aprobó el Documento *Una declaración sobre la promoción de los derechos del paciente en Europa* (de la que, como hemos dicho, se proporciona una traducción no oficial) y formuló las conclusiones que siguen.

Consideramos oportuno transcribir íntegramente las conclusiones del grupo de trabajo referidas en el cap. 3 del Doc. 2:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES. IMPORTANCIA Y OPORTUNIDAD DE PROMOVER LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

1. *Las acciones hasta ahora emprendidas en la promoción de los derechos de los pacientes a nivel europeo constituyen la máxima aportación al proceso de cambio en el campo sanitario. Las presiones políticas, económicas y sociales han determinado opciones decisivas en lo que se refiere a la organización, el financiamiento y la gestión en el campo sanitario, así como a los aspectos fundamentales de la ética profesional y la necesidad de una nueva legislación en el campo sanitario. Los derechos de los ciudadanos y de los pacientes deben constituir el objeto de los debates que se entablen en la materia. Para todos los países europeos, el papel primario de los derechos de los pacientes y los cometidos de los operadores sanitarios no deben estar sometidos a la presión de fuerzas económicas u otras.*

2. *A medida que los países han instituido relaciones más estrechas a través de su pertenencia a organismos internacionales e integrativos, se ha creado la necesidad de que todos los países implicados estén animados por un espíritu común, que compartan la misma filosofía y la misma concepción acerca de la asistencia sanitaria. Sin embargo, se*

han de respetar las diferencias existentes entre los distintos países en lo que respecta a la interpretación y la realización de ese espíritu común, según las tradiciones de cada uno y el contexto legal o de otra especie. Aquellos países que se encuentran en una situación tanto política como económicamente transitoria, necesitan, de manera particular, un apoyo técnico y de otra naturaleza, en su propósito de mejorar su estructura y poner a punto estrategias aptas para promover los derechos de los pacientes.

PRINCIPIOS DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

3. Los participantes han tomado debida nota de cuáles son los objetivos primarios en el campo sanitario de los expertos de la OMS: la amplia gama de servicios para la promoción y la protección sanitaria, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, los cuidados y la rehabilitación. Esto es determinante al definir qué se entiende por paciente y por derechos del paciente. Según los expertos, el paciente trata con múltiples operadores sanitarios y se encuentra que tiene que desempeñar una variedad de papeles, desde el individuo enfermo y dependiente hasta el paciente que recibe consejos y el usuario que obtiene productos sanitarios para su propio uso. Esto implica una serie ininterrumpida de situaciones diversas en el campo sanitario, desde una condición de bienestar físico a una incapacidad permanente y a una enfermedad en estado terminal. La finalidad de la promulgación de los derechos de los pacientes es, por tanto, la de tomar en consideración estos diversos aspectos.

4. Los pacientes oportunamente informados e instruidos contribuyen, en su relación con los administradores sanitarios, de un modo esencial al mejoramiento y al mantenimiento de la calidad de los métodos y al resultado de los cuidados. Esa relación puede volverse verdaderamente eficaz si va asociada al desarrollo de aquellas técnicas que aseguren a los médicos y a los demás operadores sanitarios el logro de sus intervenciones y la eficiencia en la utilización de los recursos; además, es determinante el comportamiento de los pacientes en el proceso de asistencia.

5. Las definiciones legales sobre los derechos y los deberes, tanto de los operadores sanitarios como de los pacientes, han de indicar la

definición de los papeles y de las expectativas; no deben ser entendidas como limitación de la relación paciente-operador sanitario ni como relación de tipo “defensivo” entre ambos, sino que deben tener siempre una intención educativa, además de ser utilizadas como una especie de sanción en aquellos casos excepcionales en que falle una responsabilidad profesional.

6. Es esencial que las normas para los derechos de los pacientes respondan a las necesidades de todos los involucrados en la asistencia sanitaria. Éstas son: promover y apoyar las relaciones de beneficio recíproco entre los pacientes y los operadores sanitarios y, en particular, alentar una más activa participación de los pacientes; confirmar los derechos humanos fundamentales en la asistencia sanitaria y, en especial, salvaguardar la dignidad e integridad de los pacientes y favorecer el respeto para todos los pacientes, en particular los más débiles; ayudar a los pacientes a obtener los más amplios beneficios de la utilización del sistema sanitario y, cuando sea necesario, atenuar las consecuencias de eventuales problemas que los mismos pacientes puedan enfrentar; y finalmente, potenciar las oportunidades de diálogo entre las organizaciones de pacientes, los operadores sanitarios, las administraciones sanitarias y aquellas instituciones que representan los intereses de la sociedad.

ESTRATEGIAS PARA LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

7. El desarrollo de una política adecuada para la promoción de los derechos de los pacientes constituye el primer paso; apenas realizado, debe activarse una estrategia atentamente estudiada que garantice que la formulación teórica se traduzca en la acción práctica que necesita el apoyo de todas las partes involucradas. Tal proceso no se produce de manera automática, sino que requiere de tiempo para que sea eficiente. Esto significa que las personas que tienen la responsabilidad de poner en marcha y guiar tal proceso deben hacer frente a sus esfuerzos y a los compromisos contraídos.

8. En aquellos países que difieren por su estructura legal, proceso de reforma sanitaria, condiciones económicas y sociales, valores culturales

y éticos, deben adaptarse elementos comunes a la situación específica de cada uno. El resultado más positivo obtenido de la Consulta para todas las partes interesadas, en cada uno de los países, es el de poner en marcha o revisar las variadas estrategias de actuación. Éstas deberían incluir todo o la mayor parte de lo que a continuación se indica:

a) una legislación o una reglamentación que especifique los derechos, los derechos adquiridos y las responsabilidades de los pacientes y de los administradores sanitarios (sean éstos operadores sanitarios o instituciones sanitarias).

• b) códigos profesionales, estatuto de los pacientes y la similar formulación formal o casi formal sobre los derechos y sobre los deberes, que constituyan el complemento o la integración de la legislación o reglamentación correspondiente (los cuales deberían estar redactados a la luz de los acuerdos establecidos entre los representantes de los ciudadanos, los pacientes, los operadores sanitarios y los administradores políticos, y revisados con base en los cambios experimentados);

c) una red de comunicación entre los pacientes y los operadores sanitarios, en la que se evidencie la distinción entre ciudadano y usuario;

d) un apoyo gubernamental para la constitución y la efectiva gestión de los organismos no gubernamentales implicadas en la formulación de los derechos de los pacientes;

e) pláticas y reuniones a nivel nacional que tengan en consideración el entendimiento común alcanzado entre los representantes de los ciudadanos, los pacientes, los operadores sanitarios y los administradores políticos;

f) una continua participación de los medios de comunicación que informen a la opinión pública, para estimular un debate constructivo y alentar la toma de conciencia sobre los derechos y las responsabilidades de los pacientes, de los usuarios y de las organizaciones que los representan;

g) potenciar un entrenamiento sobre los sistemas de comunicación a todos los niveles de preparación cultural de los administradores y establecer un entrenamiento en el campo legal tanto para el paciente como para otros grupos de usuarios (ambos entrenamientos implican la ampliación de una adecuada comprensión de las perspectivas y del papel de cada grupo);

h) la autorización a una investigación tendiente a evaluar y a documentar la eficacia de las normas legales y de otras disposiciones que apoyen los derechos de los pacientes, completadas por otros estudios sobre el desempeño efectivo de los papeles de los operadores sanitarios y sobre el comportamiento de los pacientes.

9. *Los elementos fundamentales de toda política sanitaria que emanen de los derechos de los pacientes, son la equidad y la ética en cualquier acción en el campo sanitario, como se indica en los objetivos regionales de la OMS. Los procedimientos poco eficientes e ineficaces en la asistencia sanitaria no son éticos en sí mismos y perpetúan la injusticia de impedir el uso de recursos ya limitados a quienes tienen necesidad de ellos.*

ACCIONES A NIVEL INTERNACIONAL

10. *El apoyo para la promoción de los derechos de los pacientes a nivel internacional depende de una válida cooperación entre los organismos internacionales, como la OMS, el Consejo de Europa, la Unión Europea y pertinentes organismos internacionales no gubernamentales, como la Asociación Médica Mundial. Los derechos de los pacientes deben ser objeto de continuo debate entre ellos y sus miembros. Una política coherente, estrategias coordinadas de actuación y un entendimiento sobre cómo pueden utilizarse lo mejor posible sus recursos y competencias, constituyen las bases esenciales de un movimiento regional que promueva y proteja los derechos de los pacientes y de los administradores profesionales sanitarios.*

11. *La próxima Conferencia Regional sobre la Política Sanitaria, promovida por la OMS, constituirá una importante ocasión para mejorar la comprensión de las diversas estrategias para la promoción de los derechos de los pacientes en los Estados europeos; además, la programada Conferencia Regional de la OMS sobre los sistemas sanitarios en acción, que se llevará a cabo en Viena en 1996, versará sobre los derechos, los papeles y las responsabilidades tanto de los pacientes como de los administradores. La Oficina Regional debería controlar los resultados de la Consulta y presentar los resultados en la Conferencia de Viena."*

Consideraciones sobre la Declaración de Amsterdam a la luz de la bioética

La serie de Documentos elaborados por la OMS y aprobados en Amsterdam demuestran, ante todo, el interés que tienen los países pertenecientes a la región europea en definir los principios y estrategias adecuadas para promover los derechos del paciente, en el contexto de los procesos de reforma de la salud que están desarrollándose en gran parte de estos países. Por otro lado, tienen por finalidad confrontar el avance logrado por los diversos "movimientos" que han operado en los países europeos con el mismo fin, y hacer más homogéneas las "respuestas" jurídicas a requerimientos comparables.

Por encima de las "reacciones" de perplejidad—unas veces claramente sospechosas, y otras francamente hostiles— con que el mundo médico y el de los administradores de la Salud han acogido el desarrollo de "movimientos" activos en la promoción de los "derechos del enfermo"—reacciones en ocasiones basadas en incomprensiones y otras veces motivadas por los excesos de los apóstoles de los "movimientos", aunque sea en episodios esporádicos—, no cabe duda de que la cuestión de los "derechos del enfermo" ocupa un espacio central en la bioética contemporánea.

Este tema concierne, por un lado, al asunto de la "relación médico-paciente", en la situación de "fragilidad" y de necesidad que la persona manifiesta en condiciones de enfermedad y, por el otro, interesa al problema economía-salud, visto bajo el perfil de la justicia distributiva y de las crecientes dificultades que se advierten en los financiamientos a este sector de la balanza nacional, y que más fácilmente crean momentos de tensión entre paciente y médico.

La reflexión bioética sobre estos temas se ha aplicado intensamente, tanto a nivel internacional como nacional, para captar y afirmar los "valores" que estas situaciones vitales ponen en juego, y para expresar "lineamientos" moralmente inexcusables para llegar a una solución—caso por caso— de los inevitables "microconflictos" que surgen entre las partes involucradas.

No es acerca de estos temas sobre los que queremos detenernos ahora (el reciente desenvolvimiento de la experiencia italiana lo analizaremos más adelante), sino acerca de algunos elementos "específicos", solicitados

por la reflexión bioética sobre los “derechos del paciente”, en la óptica de la *Declaración de Amsterdam*.

Un primer elemento de valoración bioética se refiere, más bien, al contenido del documento analizado, sobre el cual nos parece que se pueden proponer las siguientes observaciones.

a) Ante todo, hay que subrayar el significado de “paciente” que la *Declaración de Amsterdam* hace suyo: se trata del usuario de los servicios de protección de la salud, esté sano o enfermo. Es, por tanto, una concepción “ampliada” de la expresión, que hay que acoger favorablemente puesto que incluye el mismo “respeto” del usuario en cualquier fase de su encuentro con los servicios sanitarios: prevención, diagnóstico, cuidados, rehabilitación.

b) No puede negarse la inspiración de la *Declaración de Amsterdam* en los principios de los derechos humanos, tal como históricamente se han desarrollado en el sector de la salud. Para darse cuenta de ello, será suficiente confrontar el texto aquí reproducido en la sección de “Documentación” con lo que hemos recogido anteriormente en las Tablas 1 y 2.

Puesto que la reflexión se ha ido enriqueciendo progresivamente con el pasar de los años, puede ser interesante establecer una confrontación entre lo que indica la *Declaración de Amsterdam* y los documentos casi contemporáneos, de otra fuente.

Por ejemplo, hay aspectos en esta Declaración que son retomados incluso en la casi sucesiva, cronológicamente, *Convención sobre los derechos del hombre y la biomedicina* del Consejo de Europa y, por el contrario, aspectos que se tratan en esta última, pero no en la *Declaración de Amsterdam*.

Tienen en común el tratamiento de los principios generales de protección; la información de a qué tiene derecho el paciente; el carácter de indispensable que tiene el consentimiento del paciente “competente” (o del representante legal, si es incompetente); la protección de la confidencialidad y de la *privacidad*. En líneas generales, el tratamiento de estos temas es más analítica en la *Declaración de Amsterdam*.

Por el contrario, en la *Convención sobre los derechos del hombre y la biomedicina* se tratan temas que no aparecen de forma específica en la *Declaración de Amsterdam*: la experimentación en el hombre, las investigaciones y las terapias genéticas; la obtención de órganos y tejidos con fines de trasplante.

En la *Declaración de Amsterdam* se concede un amplio espacio a las características que deben tener las estructuras de hospitalización y de cuidado, y a los cuidados intrahospitalarios, las relaciones médico-paciente y administración-paciente, que no son tratados específicamente por la Convención del Consejo de Europa.

En esta confrontación se hace evidente la diversa "matriz" de la cual nacen ambos documentos, los cuales, sin embargo, son "complementarios" entre sí y pueden constituir una fuente única de orientación (si bien de diverso valor jurídico) para el sector Salud de los diversos países europeos.

Las tablas que siguen (3, 4, 5, 6 y 7) ejemplifican algunos de los elementos de analogía arriba citados.

Tabla 3
Principios generales

<i>Derechos</i>	<i>Declaración de Amsterdam</i>	<i>Convención de los Derechos Humanos y la Biomedicina</i>
<i>A la protección del ser humano</i> (Artículo 1)	—	SÍ
* De la dignidad	—	SÍ
* De la integridad	—	SÍ
<i>A la protección de la persona</i>		
* De la integridad	SÍ (física y mental)	
* De los derechos fundamentales	SÍ (respeto de los propios valores morales, culturales, religiosos, filosóficos) SÍ (ART. 1)	
* Del respeto de sí como persona humana	SÍ (Art. 1)	
<i>A la autodeterminación</i>	SÍ (Art. 1.2)	Se deduce del contexto
<i>A la primacía del ser humano sobre la ciencia y la sociedad</i>	—	SÍ (Art. 2)
<i>A la protección de la salud</i>	SÍ	
* Sistemas adecuados	SÍ	SÍ (Art. 3)
* Cuidados adecuados por calidad	SÍ (Art. 5.3)	
* En el ámbito de los recursos disponibles	SÍ, pero siempre de acuerdo con los derechos humanos (Art.1 y de conformidad con la ley)	SÍ (Art. 3)

A la asistencia en el respeto de las obligaciones profesionales y de las reglas de conducta

SÍ (Art. 4)

Al respeto de la propia vida privada

SÍ (Art. 1.4)

SÍ (Art. 10) Salvo limitaciones impuestas por la ley, derecho a conocer cualquier información recogida sobre la salud propia y siempre en interés del paciente

Tabla 4
Asistencia - Información al paciente

<i>Contenido del derecho</i>	<i>Declaración de Amsterdam</i>	<i>Convención de los Derechos Humanos y la Biomedicina</i>
Sobre los sistemas sanitarios y mejores modos de utilización de los servicios	SÍ (Art. 2.1)	—
Sobre el propio estado de salud, sobre el pronóstico, sobre la terapia propuesta	SÍ (Art. 2.2)	Art. 5 (Información adecuada no ulteriormente especificada)
* Sobre los riesgos potenciales	SÍ	—
* Sobre los beneficios de cualquier terapia	SÍ	—
* Sobre las posibles alternativas	SÍ	—
* Sobre las consecuencias del rechazo	SÍ	—
Possibilidad excepcional de información fallida (sólo en previsión de serio daño sin producir efectos positivos)	SÍ (Art.2.3)	—
Información adecuada	SÍ (Art.2.4)	(Definida como inadecuada)
Derecho a no ser informado (por solicitud explícita)	SÍ (Art.2.5)	—
Derecho a elegir a la persona que hay que informar en vez de uno	SÍ (Art.2.6)	Art. 6 (En el “consentimiento” del representante legal)
Derecho a exigir un segundo parecer médico	SÍ (Art.2.7)	—

Derecho a conocer la función profesional del personal que cuidará del enfermo	SÍ (Art.2.8)	—
Derecho a exigir un informe por escrito sobre diagnóstico, tratamiento y cuidados que hay que observar al momento de dar de alta	SÍ (Art.2.9)	—

Tabla 5
Asistencia - Consentimiento del paciente “competente”

<i>Objeto</i>	<i>Declaración de Amsterdam</i>	<i>Convención de los Derechos Humanos y la Biomedicina</i>
Características	Libre e informado	Libre e informado
“Indispensabilidad”	SÍ (Art. 3.1, 3.2)	SÍ (Art. III)
Supuesto, en condiciones de necesidad Salvo presunción de denegación	SÍ (Art. 3.3) SÍ (Art. 3.3)	(Art. 8) Consideración de los deseos anteriormente manifestados (Art. 9)
Participación en una enseñanza clínica	SÍ (Art. 3.9)	—
En la preservación y uso de material biológico propio (presunto si se va a usar para el paciente mismo)	SÍ (Art. 3.8)	SÍ (Art. 22: utilización por parte del cuerpo humano)

Tabla 6
**Asistencia - Consentimiento del representante legal
en caso de menor de edad o de paciente adulto no competente**

<i>Tema</i>	<i>Declaración de Amsterdam</i>	<i>Convención de los Derechos Humanos y la Biomedicina</i>
Necesidad del consentimiento del representante para cualquier acto médico sobre el representado	“Cuando se requiera (Art. 3.5)	SÍ (Art. 6)

Implicación del interesado	SÍ (Art. 3.5)	SÍ (Art. 6) Para el menor, con fuerza creciente proporcionada a la edad
Obligación de dar al representante la misma información que se da a quien es capaz de manifestar automáticamente el consentimiento	—	SÍ (Art. 6)
Facultad del representante de retirar la autorización	—	SÍ (Art. 6)
Apelar al juicio de un tribunal u otro colegio arbitral en caso de denegar el consentimiento el representante legal ante la necesidad de intervenir	SÍ (Art.3.6)	—
Nombramiento de un sustituto capaz de decidir, cuando no haya un representante legal o sea imposible encontrar al representante designado por el paciente	SÍ (Art.3.7)	—

Tabla 7
“Privacidad” y confidencialidad

<i>Tema</i>	<i>Declaración de Amsterdam</i>	<i>Convención de los Derechos Humanos y la Biomedicina</i>
Sobre todas las informaciones concernientes al paciente, incluso después de muerto	SÍ (Art. 4.1)	SÍ (Art. 10.1)
Consentimiento explícito del paciente a la transmisión de noticias a otros	SÍ (Art. 4.2)	—
Transmisión obligatoria por disposiciones precisas de ley	SÍ (Art. 4.2)	SÍ (Art. 10.3)

LA “DECLARACIÓN DE AMSTERDAM” SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

Protección de los datos y del material biológico del paciente en idóneo estado de preservación	SÍ (Art. 4.3)	SÍ (Art. 22)
Derecho de acceso del paciente al historial clínico y a cualquier documentación inherente	SÍ (Art. 4.4)	—
Derecho de solicitar la correcta integración, etc., de datos personales y médicos inexactos, ambiguos, incompletos, caducados, etc.	SÍ (Art. 4.5)	—
Derecho de no injerencia en la vida privada del paciente sin consentimiento, o sólo si esto parece necesario en interés del paciente mismo	SÍ (Art. 4.6)	—
Deber de intervenir del sanitario en el respeto de la <i>privacy</i> del paciente	SÍ (Art. 4.7)	—
Derecho de aprovechar ambientes y estructuras que permitan una adecuada “privacy”	SÍ (Art. 4.8)	—

c) Los tres documentos que constituyen la aportación del Grupo de Amsterdam se enmarcan —en su lógica propia— en ese movimiento de valorización de la “autonomía”, hasta la “autodeterminación” del paciente, que es típico de la bioética contemporánea. El mismo “valor” (aunque expresado con mayor prudencia) se encuentra como fundamento también de la *Convención para la protección de los derechos humanos y de la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y de la medicina: convención sobre los derechos humanos y la biomedicina*, aprobada no hace mucho por el Comité de Ministros del Consejo de Europa (19 de noviembre de 1996).

El principio de autonomía, codificado por Beauchamp y Childress (1979)²⁷ es ampliamente acogido por la diversas corrientes filosóficas y por las varias escuelas bioéticas contemporáneas, aunque con una diversa “gradación” de intensidad y una relación diferente de equilibrio con los otros “principios” que intervienen en el campo de la protección de la salud y de la organización de los cuidados sanitarios.

La autonomía del paciente es exagerada en algunas corrientes (utilitaristas, contractualistas) hasta reconocer una “medicina de los deseos”, que es regulada éticamente sólo por la voluntad de la persona interesada y por la referencia a normas meramente de procedimiento; en cambio, la bioética personalista la entiende como un derecho a la mejor comprensión de las razones que hacen participar libremente en una acción médica —cuya ejecución compete a la pericia, prudencia y diligencia del sanitario— pero que se inscribe tanto para el paciente como para el médico en el contexto de normas morales obligatorias.

En la bioética personalista, sobre todo en su variante ontológica (es decir, aquella que se conforma a la naturaleza de la persona humana, entendida racionalmente, pero sin cerrarse prejuiciosamente a la vertiente metafísica), se pueden encontrar elementos de analogía tanto con la bioética de los principios (elaborada por Beauchamp y Childress, 1979) como con la bioética de las virtudes (promovida por Pellegrino y Thomasma, 1988, 1992),²⁸ pero también una elaboración a un nivel ético más elevado, que sustancialmente coincide con la ética del cuidado.²⁹

La bioética personalista ontológica se propone justificar el valor central de la persona como criterio de discernimiento entre lo que es técnicamente lícito con base en una antropología ontológicamente fundamentada (el reconocimiento de la sustancialidad del ser de la persona) y de una metafísica finalista (el reconocimiento de la ley natural como orden de la realidad). Así, esta corriente de pensamiento formula los principios que le son propios (el valor fundamental de la vida, el principio de totalidad o principio terapéutico, el principio de libertad y de responsabilidad y el principio de socialidad y de subsidiariedad) y elabora las normas específicas en relación con las circunstancias de la acción particular.

d) Dando esto por sentado, se debe reconocer que la *Declaración de Amsterdam* no parece tomar explícitamente una posición a favor de las posibles consecuencias que se pueden derivar del utilitarismo o del contractualismo, o sea, de una moral de los “deberes *prima facie*” que permita, por ejemplo, las prácticas abortivas o eutanásicas; sin embargo, no las excluye con una mención explícita, ni las condena.

Es decir, se limita a afirmar la función que debe competerle al paciente en cualquier decisión que vaya a tomar, mediante la información

—que le es debida— y el consentimiento —que debe ser condición imprescindible y preliminar de cualquier acto médico.

Por lo demás, no faltan en la *Declaración de Amsterdam* alusiones al concepto de responsabilidad (fuertemente subrayado por la bioética personalista) que debe guiar también el comportamiento del paciente en la correcta utilización de las providencias sanitarias disponibles, y a fin de que el "diálogo" con el médico se efectúe con plena confianza y buena fe.

Luego se analiza un aspecto particular de esta relación (que hay quien gusta llamar "alianza terapéutica")³⁰ y hay que poner de relieve que en la *Declaración de Amsterdam* falta cualquier referencia explícita a la "libertad" del médico de acoger o no la solicitud del paciente, esto es, falta toda referencia a la llamada "cláusula de conciencia". Este es un aspecto que tampoco aparece en la *Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina* del Consejo de Europa, no porque este derecho del agente sanitario sea negado formalmente, sino porque se da por entendido que —en un sistema contractualista— ejecutar o no ejecutar una prestación (salvo los casos de necesidad) es una facultad exclusiva del médico.

Por lo demás, surgen dudas respecto a la buena fe de esta "presunción", pero principalmente sobre la posibilidad concreta de aplicar la "libertad de conciencia" en los sistemas ya sea fuertemente "dirigistas", o en tanto que toda la filosofía de la Convención del Consejo de Europa —y de la *Declaración de Amsterdam*— está dirigida a exaltar la autonomía del paciente (y, por tanto, la inevitable competencia entre sanitarios y la elección de aquel sanitario que se incline a dar oídos al requerimiento).

Por este motivo, una fuerte corriente del pensamiento jurídico requiere la determinación, por ley, de los casos concretos en los que puede ejercerse la objeción de conciencia, como protección de la "autonomía de juicio" del sanitario mismo.

e) Finalmente, la *Declaración de Amsterdam* debe ser considerada bajo el aspecto del principio de justicia, el cual forma parte, también, del razonamiento bioético contemporáneo.

La búsqueda de una política de equidad en el acceso y el usufructo de los recursos sanitarios aparece subrayado, en varias partes del Documento analizado, como un derecho que los Estados deben garantizar al paciente. Por lo demás, el Documento se abstiene deliberadamente de marcar criterios y modalidades de aplicación de los recursos sanitarios, a fin de

garantizar este derecho del paciente y reconocer, no obstante, que el principio general debe adaptarse a cada una de las realidades de los diversos países.

La *Declaración de Amsterdam* reconoce, en definitiva, derechos individuales y derechos sociales del paciente y se deben garantizar estos últimos de forma razonable en relación con los diversos contextos culturales y económicos.

Los derechos personales —cuya fuerza se subraya— son vistos en relación con la “integridad, ‘privacidad’ y convicciones religiosas y filosóficas” del paciente, características que sólo por razones de orden público, salud pública y protección de los derechos concernientes a otras personas pueden estar sujetos a limitaciones, con procedimientos garantizados por la ley.

Esta orientación parece éticamente correcta, desde la perspectiva del interés público, y se encuentra, también en la *Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina* del Consejo de Europa.

En el razonamiento de los derechos sociales, se prevé dejar un espacio notable a la “responsabilidad” de los usuarios y de sus representaciones (incluidos los organismos no gubernamentales, ONG) al asegurar la correcta gestión de los recursos sanitarios disponibles. Esto representa un principio plenamente aceptable si la colaboración entre los usuarios y los que prestan los servicios se inspira en la correcta determinación de las funciones y en una voluntad de colaboración común.

f) Debe hacerse una observación particular, desde la bioética personalista, acerca de algunos “pasajes” del texto de la *Declaración*.

Mientras no hay nada que objetar en lo que a la información se refiere (que parece descrita oportunamente en las modalidades de actuación), puede representar un motivo de preocupación lo que se establece en el punto 3.3 referente al consentimiento de una persona incapaz de manifestar su voluntad ante una intervención médica urgente. Se admite la presunción general de consentimiento “a menos que sea obvio, por expresiones previamente declaradas, que el consentimiento habría sido negado en esa situación”.

La cuestión de la voluntad previamente expresada —tema recurrente en la bioética contemporánea y en el *living will* de cuño anglosajón— es muy delicada y, ciertamente, la expresión adoptada por la *Declaración*

parece demasiado genérica, suscitando dudas de permisividad en relación con una posible interpretación eutanásica.

La cuestión se vuelve a plantear en el punto 7.7, cuando se piensa en la elección de procedimientos que tomen en consideración todo lo conocido posible acerca de los presuntos deseos del paciente, mientras éste no sea capaz de expresar un consentimiento informado y no haya un representante legal asignado por él para cumplir con la tarea de dar el consentimiento.

La expresión es muy similar a la que hace suya —también a propósito del consentimiento de una persona incapaz— la *Convención sobre la protección de los derechos humanos y la biomedicina* del Consejo de Europa.

Sobre los otros puntos referentes al consentimiento a los actos médicos, el artículo parece respetuoso de los principios éticos y es aceptable.

g) El consentimiento previsto en las actividades de investigación merece una consideración particular.

El ligar la investigación sobre la persona incapaz de expresar el consentimiento con el interés directo del paciente, y sólo después de la manifestación del consentimiento por parte del representante legal, ciertamente supone un respeto de los principios éticos. Puede ser aceptable, si bien con mayor dificultad, el apartado 3.10, que autoriza la investigación de observación que no tenga un beneficio directo, con tal que el riesgo y el trastorno sean mínimos, que la investigación tenga un valor significativo y que no se disponga de otros sujetos que accedan a ella.

Se trata de una condición "límite" (aceptada, por lo demás, también en la *Convención* del Consejo de Europa), que puede justificarse bajo el aspecto de la participación de la persona en el progreso de la ciencia y en el bien común, con tal que un comité ético independiente, pluralista e interdisciplinario reconozca la posibilidad de practicarla en el caso concreto de la experimentación misma y supervise la protección de los valores en juego.

h) Acerca de la confidencialidad y la "privacidad" (4), se pueden compartir plenamente las proposiciones, las cuales parecen ciertamente más analíticas —en la localización de las circunstancias concretas— que cuanto prevé la *Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina* del Consejo de Europa.

i) Lo mismo se puede decir respecto de la evaluación de la calidad de los cuidados y de los tratamientos (5) requerida en interés del paciente.

Subsisten, obviamente, ciertas dudas sobre el significado operativo que se le podría dar al punto 5.11 “El paciente tiene derecho a cuidados terminales humanos (esto es, ¿de carácter humanizado o humanitarios?) y a morir con dignidad”.

La frase es expresada de forma sumaria y puede dar lugar a equívocos, ya que los movimientos pro-eutanasia se han apropiado la expresión “morir con dignidad”.

l) Una última anotación parece pertinente: la *Declaración* no se ocupa —en ningún pasaje— de la protección de la vida prenatal y de los “derechos del feto”, sino solamente de los derechos del “paciente” que, por el contexto general, parece identificarse con el “ya nacido”, sujeto de derecho.

Debemos observar que una práctica obstétrica y de la medicina prenatal que sea consistente reconoce en el feto las características del “paciente” (como persona necesitada de asistencia en determinadas condiciones clínicas).

Hay que decir, por honestidad intelectual, que la actitud “reductiva” de la *Declaración de Amsterdam* se encuentra también en todos los documentos sanitarios referentes a la asistencia sanitaria aparecidos en las últimas décadas a nivel internacional (véase la citada *Convención* del Consejo de Europa).

En definitiva, la posibilidad de dar asistencia al feto está subordinada a la voluntad materna (consentimiento) y, hasta ahora, al feto no se le considera como un “paciente” autónomo a todos los efectos.

En la legislación italiana existe una única referencia a la interrupción voluntaria del embarazo (ley 194/1978) al afirmar que, “cuando subsiste la posibilidad de la vida autónoma del feto, la interrupción del embarazo puede ser practicada sólo a tenor de la letra a) del artículo 6, cuando el médico que efectúa la intervención debe adoptar cualquier medida idónea para salvaguardar la vida del feto” (artículo 7.3).

Por consiguiente, la interrupción (después de los 90 días), practicable únicamente para salvaguardar la vida de la mujer de un peligro grave, no exime de la protección adecuada de la vida fetal, aun cuando no exista sino una mera “posibilidad” de vida autónoma.³¹

En conclusión: la *Declaración de Amsterdam* se sitúa en la consolidada línea de desarrollo de los documentos internacionales referentes a los derechos del hombre en el sector sanitario, y los derechos del paciente en particular, protegidos por diversos organismos internacionales. El tratamiento es, asimismo, fecundo en múltiples facetas que podrían definirse más exactamente como "deontológicas" y que puede servir, de hecho, a la evolución coordinada de esta serie de obligaciones nacionales de los operadores de la salud.

El origen por parte de una asamblea de alto valor moral, como es la Organización Mundial de la Salud (Región Europea), confiere un prestigio particular a la iniciativa, que se relaciona con la *Convención* similar procedente del Consejo de Europa.³²

Una característica singular de estos dos documentos es el más acentuado "pronunciamiento" de la óptica según la cual se concibe hoy la deontología profesional médica (respecto de la predominante incluso en los documentos del pasado): la centralidad del paciente.

Queda el hecho de que estas solemnes "declaraciones" hay que hacerlas vivir de una manera operativa y puntual en cada acto sanitario. Esto requiere —como se ha dicho repetidamente (y que subraya con oportunidad la *Declaración de Amsterdam*)— una formación de alto nivel de todos los operadores, y un ánimo forjado en las "virtudes" que deberían caracterizar a todo aquel que trabaja en pro de la salud.

El desenvolvimiento de los "derechos del enfermo" en Italia

Como complemento del análisis de la *Declaración de Amsterdam*, nos ha parecido útil verificar la evolución que el mismo problema de la protección de los derechos del enfermo ha tenido en Italia, hasta 1997.

La naturaleza del problema

El inicio de la reflexión "moderna" sobre los derechos concernientes al ciudadano respecto de la protección de la salud propia y, al mismo tiempo, de la salud colectiva, se remonta a la ley 23 diciembre 1978 n. 833, que instituyó el Servicio Sanitario Nacional (SSN). Tienen particular relieve, para nuestro análisis, los artículos 1, apartado 2; 19, apartados 2 y 4; 20, apartado 3 y el artículo 25.

Esta ley “no se limita a recordar el principio constitucional de la protección de la salud, sino que establece que la República protege la salud mediante el Servicio Sanitario Nacional”,³³ dando lugar a un claro derecho subjetivo del ciudadano-usuario de un servicio a la protección de su propia salud. Pero, como afirma correctamente C.E. Gallo, se trata de un derecho que, frente a las evidentes disfunciones del SSN, “es en esta materia a menudo simplemente un ordenamiento jurídico, no una prestación efectiva”.³⁴

De esta evidente discrepancia —creada, por un lado, entre las expectativas del ciudadano y la sensibilidad madura para con el personal “interés” que la propia salud sea protegida por parte del Estado en el ámbito de un sistema difuso de *Welfare* y, por el otro, las desigualdades de las prestaciones recibidas— es precisamente como se desarrolla, en el transcurso de los años sucesivos a la promulgación de la ley 833/1978, la reflexión que toma el nombre de “derechos del enfermo”, con manifestaciones tanto de propuesta legislativa como de movimiento voluntarista de opinión.

Si se quiere profundizar en las causas de esta evolución se deberá reconocer, ante todo, que en los años ochenta y en relación con las dificultades financieras (relacionadas con los costos cada vez mayores del SSN) el poder público ha tenido que restringir el ámbito de usufructo de un “derecho fundamental” (interpretado por la mayoría como directamente ejercible) con diversas medidas legislativas, haciendo que la consistencia del “derecho a la salud” adoptara caracteres de un interés legítimo “en tanto que tiene por objeto una pretensión de un servicio que comporta la utilización de una estructura administrativa en cuya determinación se le reconoce a la Administración una potestad discrecional” (C.E. Gallo, 1990).

El Tribunal de Casación ha intervenido repetidamente para precisar esta materia,³⁵ e incluso el Tribunal Constitucional³⁶ ha afirmado que —si el derecho a la salud es un derecho tutelable *erga omnes* en relación con las lesiones agresivas infligidas a terceros— cuando se trata de prestaciones sanitarias, ese derecho está sujeto a la determinación de los instrumentos, de los tiempos y de los modos de actuación de la correspondiente protección por parte del legislador ordinario.

Estas “condiciones de necesidad” —originadas por la difícil situación económico-financiera a la que, por lo demás, se enfrentaban todos los

países occidentales y que vinieron a limitar las expectativas de un usufructo libre e inmediato de la oferta sanitaria— indujeron finalmente al Gobierno y al Parlamento también en Italia a replantearse la organización estructural del Servicio, con la finalidad de eliminar aquellas causas de disfunción que, mientras tanto, habían creado un fuerte movimiento de reacción, sobre todo contra la apropiación de la salud por parte de la política de partido.

Se vio, en demasiadas ocasiones, que el descontento de la gente apuntaba a la burocracia de las prácticas, a la lentitud de las autorizaciones, al descuido en proveer la asistencia, al estado decadente de muchas estructuras asistenciales, a la falta de una adecuada confortabilidad hospitalaria en la erogación de los apoyos vitales normales (privacidad durante la estancia, horarios y calidad de los alimentos, etcétera) al cual se añadía, a veces, incluso la arrogancia y los malos modos del personal.

La respuesta voluntarista

En concomitancia con la aparición de una sensibilidad diversa del usuario de cualquier servicio (público) en relación con la administración pública también en otros países, en Italia se desarrolló —entre los últimos años setenta y los años ochenta— un fuerte movimiento, que encontró en el llamado “Tribunal de los derechos del enfermo” un punto de fuerza propositiva y de notable capacidad operativa.³⁷

Surgieron, en consecuencia, varios tribunales territoriales que están vinculados con numerosos centros interdisciplinarios, los cuales se han dotado de “Cartas de los derechos del enfermo” limitadas en general a las situaciones locales, pero que aportaron un fuerte impulso a la toma de conciencia de los problemas logísticos y de organización de la asistencia al enfermo.

La respuesta institucional

También se debe reconocer que, en los mismos años, el poder político no se quedó estático, ante todo, en el ámbito de la propuesta legislativa a nivel parlamentario, ya en el transcurso de la IX Legislatura. Se deben recordar a este propósito las propuestas de ley del Hon. Zanone y otros (Actas de la Cámara n. 137; 13 de julio de 1983),³⁸ de Malagodi y otros

(Actas del Senado n. 137 del 13 de julio de 1983), de Bompiani y otros (Actas del Senado n. 236 del 21 de julio de 1987), de Falcieri y otros (Actas de la Cámara n. 2879 del 16 de mayo de 1985), y de Aniasi y otros (Actas de la Cámara b. 4181 del 14 de noviembre de 1986).

En segundo lugar, la acción explicitada a nivel local por el “Tribunal de los derechos del enfermo”, emanación del Movimiento Federativo Democrático, encontró pronta acogida en algunas regiones que, en la conocida autonomía que se les concedió en materia de salud, promovieron y pusieron en marcha leyes regionales para proteger los derechos del enfermo.³⁹

Finalmente, los proyectos de ley de iniciativa parlamentaria y las leyes regionales sirvieron de guía al Parlamento para la difícil y prolongada tarea de “refundamentar” la asistencia sanitaria que ha caracterizado a la X Legislatura y que culminó con los Decretos Legislativos (DL) n. 502/1992 y 517/1993 de la XI Legislatura.

El proyecto de ley “Modificaciones al ordenamiento del Servicio Sanitario Nacional”, presentado por el ministro C. Donat-Cattin (Acta de la Cámara n. 1942, del 24 de noviembre de 1987)⁴⁰ da disposiciones tanto respecto de la mayor eficiencia requerida del aparato administrativo de las Unidades Sanitarias Locales, cuanto principios concretos para la protección de unas correctas relaciones entre los administradores y el ciudadano usuario de los servicios.

En la X Legislatura, la materia se precisa ulteriormente en relación con los “procedimientos” de actuación en el Decreto ley n. 4227, presentado a la Cámara de Diputados por el Gobierno el 30 de septiembre de 1989.⁴¹ A este texto se añade también la iniciativa parlamentaria del Hon. Zangheri y otros (Acta de la Cámara n. 3593 del 28 de junio de 1990), para confluir, finalmente, en el texto unificado del relator, aprobado por la Asamblea y trasladado al Senado.⁴²

En la X Legislatura, Bompiani y otros presentaron al Senado la propuesta de ley n. 236 del 21 de julio de 1987 titulada: “Protección de los derechos del enfermo con particular referencia a la condición de enfermedad”.

Remitiéndose a los parámetros elaborados a nivel internacional, pero dirigiéndose como enunciación de normas-marco a las regiones, que son las titulares de la asistencia, el proyecto de ley enunciaba en el artículo 1 el principio que: 1) la protección de la salud, con referencia a los

artículos 2 y 32 de la Constitución y activada a tenor de la ley 23 de diciembre de 1978, n. 833, debe estar garantizada por las regiones, y debe respetar, en particular, la libertad y la dignidad del hombre y los derechos de la persona, con medios suficientes y mediante normas adecuadas para hacer exigibles tales derechos; 2) al enfermo, precisamente por sus peculiares condiciones psicofísicas, deben serle garantizados particularmente los derechos inalienables de los que es titular la persona: el derecho a la vida, el derecho a la salud, el derecho a la libertad, el derecho a la confidencialidad, el derecho a la identidad personal, el derecho a la religión y el derecho sobre el cadáver conforme a las leyes; 3) el enfermo debe ser sujeto y no objeto de la asistencia; 4) todas las instituciones que por cualquier título hospitalizan a pacientes, están obligadas a la observancia de los reglamentos que emanen de la presente ley.

A continuación, el decreto ley 236 dictaba normas para asegurar el ejercicio concreto de los derechos del enfermo: información adecuada, el consentimiento informado, la asistencia psicológica y social por parte del personal idóneo; las condiciones humanizadas de la estancia hospitalaria; las relaciones con los familiares y los externos, el apoyo psicológico a la maternidad y al recién nacido, la instrucción escolar en condiciones de prolongada estancia pediátrica; la asistencia a los enfermos terminales y a los moribundos.

El artículo 5 es de particular interés por el tema del que nos estamos ocupando, ya que sanciona el derecho del ciudadano de valerse de las actividades de voluntariado: de ese modo se reforzaba la participación del voluntariado en los problemas de la asistencia no como una facultad de acceso a los hospitales concedida por las administraciones, sino como un derecho de la persona exigible incluso por los particulares.

En la XI Legislatura se llega, finalmente, al texto contemplado por el decreto ley 502/92, y sucesivas modificaciones e interpretaciones, del 30 de diciembre de 1992 (en *Gazzetta Ufficiale*, 7 de enero de 1994, n. 4), que en el artículo 14 reza:

TÍTULO IV - PARTICIPACIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS CIUDADANOS

Artículo 14 - Derechos de los ciudadanos.

1. A fin de garantizar la adecuación constante de las estructuras y de las

prestaciones sanitarias a las exigencias de los ciudadanos usuarios del SSN, el Ministro de Salud define con un decreto propio, de consuno con la Conferencia permanente para las relaciones entre el Estado, las regiones y las provincias autónomas, los contenidos y las modalidades de utilización de los indicadores de calidad de los servicios y de las prestaciones sanitarias en relación con la personalización y humanización de la asistencia, con el derecho a la información, a las prestaciones de alojamiento, así como con la marcha de las actividades de prevención de las enfermedades. Con esta finalidad, el Ministro de Salud, de consuno con el Ministro de la Universidad y de la Investigación Científica y Tecnológica y con el Ministro de Asuntos Sociales, puede valerse también de la colaboración de las universidades, del Consejo Nacional de las Investigaciones, de las organizaciones representativas de los usuarios y de los operadores del Servicio Sanitario Nacional, así como de las organizaciones de voluntariado y de protección de los derechos.

2. Las regiones utilizan el citado sistema de indicadores para la verificación, incluso bajo el perfil sociológico, del estado de actuación de los derechos de los ciudadanos, para la programación regional y para definir las inversiones de recursos humanos, técnicos y financieros. Las regiones promueven, además, consultas con los ciudadanos y sus organizaciones, incluso sindicales, y en particular con los organismos de voluntariado y protección de los derechos, a fin de proporcionar y recoger información sobre la organización de los servicios. Tales sujetos deberán, en cualquier caso, ser oídos en las fases de enfoque de la programación y verificación de los resultados conseguidos, siempre que se discutan las medidas conducentes acerca de tales materias. Las regiones determinan, asimismo, las modalidades de la presencia en las estructuras de los organismos de voluntariado y de protección de los derechos, incluso mediante la previsión de organismos de consulta de los mismos en las unidades sanitarias locales y las empresas hospitalarias.

3. El Ministro de Salud, al presentar el informe sobre el estado sanitario del país, da cuenta de lo relativo a la protección de los ciudadanos, con base en la actuación de los indicadores de calidad.

4. A fin de favorecer la orientación de los ciudadanos en el Servicio Sanitario Nacional, las unidades sanitarias locales y las empresas hospitalarias activan un eficaz sistema de información sobre las

prestaciones erogadas, sobre las tarifas y sobre las modalidades de acceso a los servicios. Las empresas determinan, además, las modalidades de recopilación y análisis de los indicios de mal servicio, en colaboración con las organizaciones representativas de los ciudadanos, con las organizaciones de voluntariado y de protección de los derechos.

El director general de la unidad sanitaria local y el director general de la empresa hospitalaria convocan, por lo menos una vez al año, a una conferencia sobre los servicios como instrumento para verificar la marcha de éstos, incluso en relación con la actuación de los indicadores de calidad de los que habla el primer apartado, y para determinar ulteriores intervenciones tendientes a mejorar las prestaciones. Cuando el director general no lo hace, la conferencia es convocada por la región.

5. El director sanitario y el director del servicio, a solicitud de los asistidos, adoptan las medidas necesarias para eliminar los malos servicios que inciden en la calidad de la asistencia, a fin de garantizar la protección del ciudadano en contra de los actos o comportamientos con los cuales se niega o se limita el usufructo de las prestaciones de asistencia sanitaria, se admiten observaciones, oposiciones, denuncias o reclamaciones por vía administrativa, redactados en una simple cuartilla, que se deben presentar dentro de los quince días desde el momento en que el interesado haya tenido conocimiento del acto o comportamiento contra el cual pretende oponerse o hacer una observación —por parte del interesado, de sus parientes o afines, de los organismos de voluntariado o de protección de los derechos acreditados en la región competente— al director general de la unidad sanitaria local o de la empresa, que decide por vía definitiva o, en todo caso, toma medidas dentro de los 15 días siguientes, una vez oído el director sanitario. La presentación de las anteriores observaciones y oposiciones no impide ni excluye el que se hagan impugnaciones por vía jurisdiccional.

6. A fin de favorecer el ejercicio del derecho de la libre elección del médico o del responsable de los cuidados, el Ministerio de Salud cuida que se publique una lista de todas las instituciones públicas y privadas que erogan prestaciones de alta especialización, con la indicación de los aparatos de alta tecnología de que están dotadas, así como de las tarifas aplicadas para las prestaciones más relevantes. La primera publicación se efectuó antes del 31 de diciembre de 1993.

7. Se fomenta la presencia y la actividad, al interior de las estructuras sanitarias, de los organismos de voluntariado y de protección de los derechos. A tal fin, las unidades sanitarias locales y las empresas hospitalarias estipulan con tales organismos, sin costo alguno para el fondo sanitario regional, acuerdos o protocolos que establezcan los ámbitos y las modalidades de la colaboración, manteniéndose el derecho a la confidencialidad —garantizado en cualquier caso al ciudadano—, y la no interferencia en las opciones profesionales de los operadores sanitarios; las empresas y los organismos de voluntariado y de protección de los derechos acuerdan programas comunes para favorecer la adecuación de las estructuras y de las prestaciones sanitarias a las exigencias de los ciudadanos. Las relaciones al interior de las estructuras están reguladas sobre la base de lo previsto por la ley, n. 266, del 11 de agosto de 1991 y las leyes regionales que lo aplican.

8. Las regiones, las unidades sanitarias locales y las empresas hospitalarias promueven iniciativas de formación y de actualización del personal encargado de estar en contacto con el público sobre los temas inherentes a la protección de los derechos de los ciudadanos, que hay que hacer realidad incluso con el concurso y la colaboración de las representaciones profesionales y sindicales”.

En este punto se detiene nuestra “reconstrucción” de un largo trabajo legislativo, para pasar a señalar algunos elementos bioéticos como comentario de toda la materia.

Así, nos preguntamos: ¿qué semejanzas existen entre la *Declaración de Amsterdam* y el artículo 14 del Decreto Ley n. 502/1992 (y las sucesivas modificaciones e integraciones)?

Se puede responder que la inspiración general es la misma, y la normativa nacional italiana (desarrollada en paralelo y de manera formalmente independiente de las elaboraciones propuestas por el grupo de trabajo de la OMS) recuerda en muchos aspectos al *Documento de Amsterdam*.

Ambos documentos presentan un “enfoque jurídico” que demanda substancialmente acciones administrativas de aquellos que tienen la responsabilidad ejecutiva de activar —y hacer respetar— las medidas necesarias para el proceso de “humanización” (que consiste, precisamente, en “cuidar”). Una vez más se apela no solamente al médico, sino también a los administradores.

Conclusiones generales

La bioética de los principios (cfr. Beauchamp y Childress) que entra en juego habitualmente cuando se trata de la relación médico-paciente —con el énfasis que pone en la autonomía del enfermo y la afirmación de los “derechos” que le competen—, no representa enteramente todas las exigencias de la “relacionalidad” intrínseca de la medicina.

Una autorizada corriente de pensamiento, a la cual pertenecen también Reich y Callahan —y en Italia, por ejemplo, Cattorini y otros más—, ha subrayado fuertemente el valor del “tomar al cuidado”, como elaboración más completa de los citados principios bioéticos, valor al cual es más afín la “bioética de las virtudes” de Pellegrino y Thomasma. En esto se acerca, grandemente a la “bioética personalista”, que hace de la “solicitud” para con el prójimo un requisito fundamental de la moralidad humana (cfr. E. Sgreccia).⁴³

En clave “laica”, Hans Jonas había definido ya la responsabilidad —poniéndola como base de la poderosa construcción ética que lo caracteriza— como “el cuidado para con el otro ser cuando se reconoce como deber, volviéndose aprensión en el caso en que esté amenazada la vulnerabilidad de ese ser”.

Para Callahan,⁴⁴ el cuidado (*caring*, estar al cuidado) puede entenderse como una respuesta emocional positiva y de apoyo a la condición y a la situación de otras personas, como una respuesta cuyo propósito es el de afirmar nuestro compromiso en relación con su bienestar, nuestra disponibilidad a identificarnos con sus y en sus penas y sufrimientos, y nuestro deseo de hacer lo posible para aliviar su estado.

También Callahan identifica el cuidado como el fundamento del respeto por la dignidad humana. “Es en el cuidado como podemos dirigirnos a la unicidad de las personas, a lo que las hace diferentes a las unas de las otras. Es en el cuidado como podemos respetar las instancias y los requerimientos de la individualidad, como podemos mostrar nuestra solidaridad uno con el otro. Una sociedad que da prioridad al cuidado en su respuesta a los individuos es digna de aprecio”.

Sin el refuerzo de esta “actitud” en el ámbito de los operadores sanitarios y de los administradores no se obtiene ni siquiera “humanización” (por todos deseada, y cada vez más proclamada) de los lugares en que se prestan los cuidados.

Referencias bibliográficas

¹ PERICO, G., *Problemi di etica sanitaria*, Milán: Edizioni Ancora, 1985: 25.

² Se trata, por ejemplo, de los conocidos episodios de Tuskegee (observación de la evolución natural de la sífilis en un grupo de sujetos de color, no tratados aun existiendo una terapia eficaz); de Willowbrook (infección con virus de la hepatitis B de 800 niños para estudiar el desarrollo de una vacuna para otra generación de niños); del *Jewish Chronical Hospital* de Nueva York (inoculación de células cancerosas vivas en sujetos ancianos y sumamente debilitados, para establecer la transmisibilidad de la enfermedad).

³ DLCPS 4 de marzo de 1947, n. 1068, *Approvazione del protocollo concernente la Costituzione dell'Organizzazione mondiale della sanità stipulato a New York il 22 luglio 1946*, Gazzetta Ufficiale, 14.10.1947, n. 236, Suppl. ord.

⁴ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, *Declaración universal de los derechos humanos* (Nueva York, 10 de diciembre de 1948).

⁵ Carta social europea (Turín, 18 de octubre de 1961), en VITTA, E., GREMENTIERI, V., *Codice degli atti internazionali sui diritti dell'uomo*, Milán: Giuffrè, 1981: p. 814 y 830.

⁶ *Pacto internacional sobre los derechos económicos, sociales y culturales* (Nueva York, 16 de diciembre de 1966), trad. it. no oficial aparecida en la Gazzetta Ufficiale 7.12.1977, 333 Suppl. ord.), en VITA, GREMENTIERI, *Codice degli atti internazionali...*, p. 78.

⁷ Ley 25 octubre 1977, n. 881 *Ratifica ed esecuzione del patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali, nonché del patto internazionale relativo ai diritti civili e politici, con protocollo facoltativo, adottati e aperti alla firma a New York rispettivamente il 16 e il 19 dicembre 1966*, Gazzetta Ufficiale, 7.12.1977, 333 Suppl. ord.

⁸ Ambos documentos, que divulgan los objetivos del Plan, pueden leerse, en italiano, en *Gli obiettivi della salute per tutti*, Roma: CISI Ed. M. Ragno, 1986, y *La crisi della salute nel 2000*, Roma: CISI Ed. M. Ragno, 1986.

⁹ Cfr. SAULLE, R., *Codice Internazionale dei diritti del minore*, Nápoles: ESI, 1992.

¹⁰ LORETI BEGHÈ, A., *Immigrazioni e salute nel diritto internazionale*, Informe en la Reunión "Immigrazione e salute: questione biogiuridica" (Roma, 15 de mayo de 1997), mecanografiado.

¹¹ *Ibid.*

¹² Tras ser indicado con el término de "Proyecto de convención para la bioética", este instrumento internacional es conocido actualmente como *Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina*. Un análisis de sus aspectos técnico-jurídicos y éticos se hizo, recientemente, en esta revista (véase *Medicina e Morale* 1997, I: 37-56). También el Comité Nacional (italiano) para la Bioética ha expresado su "parecer" sobre el documento (en prensa).

¹³ Parece oportuno aclarar que por "paciente" a nivel internacional se entiende, en la actualidad, a aquel que usufructúa por diversos motivos los servicios sanitarios (en la normativa italiana se define también como "usuario", el cual, sin embargo, es aquel que usufructúa cualquier servicio -público o privado- incluso no sanitario). El enfermo, obviamente, es un paciente afectado por cualquier indisposición o mal.

¹⁴ ZANGHÌ, C., *La protezione internazionale dei diritti dell'uomo. Servizio Informazioni e Proprietà Letteraria*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 1979: 16.

¹⁵ Una reseña exhaustiva (hasta 1990) del conjunto de las Declaraciones y Convenciones concernientes a temas de "protección de la salud" puede encontrarse en SCALABRINO-SPADEA, "Le droit à la santé": *Inventaire des normes et principes de droit international*, en GERIN, G. (coord.), *Le médecin face aux droits de l'homme*, Padua: CEDAM, 1990.

¹⁶ PERICO, *Problemi di etica sanitaria*, p. 26.

¹⁷ ZIGLIOLI, R. (coord.), *I diritti del malato*, Anime e Corpi 1983, 5: 481.

¹⁸ *Ibid.*, pp. 483ss.

¹⁹ Cfr. *ibid.*, pp. 486ss.

²⁰ Cfr. ANRYS, H., *Ethique, deontologie et droits de l'homme*, en GERIN (ed.), *Le médecin face...*, Padua: CEDAM, 1990.

²¹ Cfr. ZIGLIOLI, *I diritti del malato...*, pp. 489ss.

²² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, *Los objetivos de la salud...*, p. 63.

²³ *ID.*, *La crisis de la salud...*, p. 57.

²⁴ La lista es la siguiente:

ICP/HLE 121/5	Principios de los derechos del paciente en Europa
ICP/HLE 121/6	Introducción al estudio y a los principios sobre los derechos del paciente en Europa, de H.J.J. LEENEN
ICP/HLE 121/7	Salud profesional y derechos del paciente, de M. BONNEL
ICP/HLE 121/8	Juicio de los consumidores sobre los sistemas de cuidado de la salud, de M. CALNAN
ICP/HLE 121/9	Educación del paciente en la cultura de la salud, de A. DECCACHE

²⁵ El texto de la Declaración se publica en este mismo número, en la sección "Documentación. De los Organismos internacionales", en una traducción no oficial.

²⁶ Es útil reportar el índice de los capítulos del Doc. 2, para tener información más precisa sobre los contenidos:

Capítulo 1. *Derechos del paciente*: 1.1. Introducción; 1.2. Directrices (Lineamientos) generales; 1.3. Dos tipos de derechos y opción legislativa; 1.4. Fundamentos legales.

Capítulo 2. *Consentimiento*: 2.1. Condición jurídica; 2.2. Excepciones; 2.3. Discusión.

Capítulo 3. *Información*: 3.1. Naturaleza del derecho; 3.2. Excepciones; 3.3. Discusión.

Capítulo 4. *Acceso a los datos sanitarios*: 4.1. Naturaleza del derecho; 4.2. Excepciones; 4.3. Discusión.

Capítulo 5. *Privacidad y protección de los datos*: 5.1. Naturaleza del derecho; 5.2. Acceso a los datos por parte de terceros; 5.3. Transmisión de los datos para la investigación; 5.4. Discusión.

Capítulo 6. *Confidencialidad*: 6.1. Naturaleza del derecho; 6.2. Excepciones; 6.3. Discusión.

Capítulo 7. *Categorías particulares de pacientes*: 7.1. Menores; 7.2. Adultos incapaces (que hay que entender y querer); 7.3. Pacientes afectados por trastornos mentales; 7.4. Sujetos sometidos a investigación; 7.5. Discusión.

Capítulo 8. *Promoción y protección de los derechos del paciente*: 8.1. Procedimientos judiciales; 8.2. Participación del paciente; 8.3. Comités Éticos; 8.4. Discusión.

Capítulo 9. *Apoyo a los derechos del paciente mediante procedimientos formales*: 9.1. Derecho civil o común; 9.2. Derecho penal; 9.3. Derecho administrativo; 9.4. Derecho disciplinario; 9.5. Discusión.

Capítulo 10. *Conclusión*: 10.1. Continuación de tendencias; 10.2. Clarificación de los nuevos derechos; 10.3. Desarrollo internacional.

²⁷ Cfr. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, Nueva York-Oxford: Oxford University Press, 1989.

²⁸ Cfr. PELLEGRINO, E., THOMASMA, D., *Per il bene del paziente*, Cinisello Balsamo (MI): Ed. Paoline, 1992.

²⁹ Se entiende la ética de estar al cuidado de alguien, de la solicitud por el otro, de la "aprehensión por el otro" (H. Jonas) y, mejor aún, *del amor por el otro* (cfr. SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*, México: Diana, 1996).

³⁰ Cfr. CATTORINI, P., MORDACCI, R. (coords.), *Modelli di Medicina*, Milán: Europa Scienze Umane Ed., 1993.

³¹ Cfr. BOMPIANI, *Aspetti giuridici della tutela dell'embrione*, en SGRECCIA, E. (coord.), *Il dono della vita*, Milán: Vita e Pensiero, 1987; BOMPIANI, A., *Bioetica dalla parte dei deboli*, Bologna: Edb, 1994; CASINI, C., CIERI, F., *La nuova disciplina dell'aborto*, Padua: Cedam, 1978; GALLI, G., ITALIA, V. et al., *L'interruzione volontaria di gravidanza*, Milán: Giuffrè, 1978; BENCIOLINI, P., APRILE, A., *L'interruzione volontaria della gravidanza*, Padua: Liviana, 1990; ZANCHETTI, M., *La legge sull'interruzione della gravidanza*, Padua: Cedam, 1992.

³² Precisamente, el Editorial *A declaration on the promotion of Patient's Right in Europe* de la revista *European Journal of Health Law* (1994, 1: 279-291) hace presente que la cooperación entre la OMS, el Consejo de Europa y la Unión Europea puede ser "relanzada" y mejor calibrada por la iniciativa de Amsterdam. La certeza de las respectivas posiciones jurídico-políticas, estrategias coordinadas de implementación pero también de búsqueda de las mejores modalidades para utilizar los recursos respectivos y las competencias técnico-profesionales del movimiento -apoyado por Europa- para la promoción y la protección tanto de los derechos del paciente como de los operadores sanitarios.

³³ BIANCA, C.M., *Il diritto alla salute*, en AA. VV., *Actas de la jornada de estudio sobre la "Función del Hospital Mayor de Milán" en la investigación y en la asistencia ayer y hoy* (Milán, 21 de junio de 1981), Milán: Centro Stampa Ospedale Maggiore di Milano, 1981: 81.

³⁴ GALLO, C.E., *Gli utenti del servizio Sanitario e le loro situazioni soggettive*, en F. ROVERSI MONACO (coord.), *Riordinamento del Servizio Sanitario Nazionale*, Actas de la Reunión Nacional de la Rivista Sanità Pubblica, Scuola di Specializzazione in Diritto Amministrativo e Scienza dell'Amministrazione de la Universidad de Bologna (6.11.90), Bologna: Maggioli, 1991: Ed.: 159.

³⁵ Véase, por ejemplo, CORTE DI CASSAZIONE, *Sezioni riunite civili. Sentenza 29 novembre 1988, n. 6480; Sentenza 12 febbraio 1988, n. 1504*, etcétera.

³⁶ CORTE COSTITUZIONALE, *Sentenza 26 settembre-156 ottobre 1990, n. 455*.

³⁷ QUARANTA, P., con el libro *L'uomo negato*, planteó en 1978 los fundamentos de una acción que debía comprometerse -a nivel de los mismos enfermos, de los familiares y más en general de la opinión pública- en pro de una vigilancia sobre la violación de los derechos del enfermo en los ámbitos de los hospitales y más en general de los servicios sanitarios, para poder luego denunciar sus manifestaciones a Tribunales particulares, carentes obviamente de fuerza jurídica, pero fuente calificada de opinión y estímulo para la deseada renovación de la salud.

³⁸ En la presentación de la propuesta de ley: "Normas para la protección de los derechos del enfermo en condiciones de hospitalización", presentada por el Hon. Zanone y otros (Pli), el 13 de julio de 1983, Doc. n. 137, se lee: "Con la presente propuesta de ley nosotros, liberales, queremos introducir normas de carácter general que modifiquen una práctica a menudo penalizadora para el hospitalizado y que estén en línea con lo que sanciona el artículo 32 de nuestra Constitución en materia de protección de la salud. Desde hace tiempo se habla de 'humanizar' el hospital de tal manera que en este edificio no haya ya 'números' y 'casos clínicos', sino personas con toda la dignidad de su sufrimiento". Se desea, además, que se emprendan también otras iniciativas legislativas, y entre éstas se señala "la institución de la oficina del defensor cívico".

³⁹ Son las siguientes: *Legge Regionale n. 36 del 1/6/1983* - Toscana; Bolletino Ufficiale Regionale del 8/6/1983 n. 28: "Normas para la salvaguardia de los derechos del usuario de los Servicios de las Unidades sanitarias locales"; *Legge Regionale n. 20 del 2/4/1985* - Abruzzi; Bolletino Ufficiale Regionale del 20/4/1985 n. 6: "Normas de salvaguardia de los derechos del usuario de los servicios de las Unidades Locales Socio Sanitarias"; *Legge Regionale n. 23 del 1/6/1985* - Friuli-Venezia Giulia; Bolletino Ufficiale Regionale del 1/6/1985 n. 57: "Normas

para la salvaguardia de los derechos del ciudadano en el ámbito de los servicios de las Unidades sanitarias locales"; *Legge Regionale n. 27 del 20/5/1987* - Umbria; *Bolletino Ufficiale Regionale del 22/5/1987* n. 37: "Carta de los derechos de los usuarios de los servicios de las Unidades locales para los servicios sanitarios y socio-asistenciales de Umbria"; *Legge Regionale n. 48 del 16/9/1988* - Lombardia; *Bolletino Ufficiale Regionale del 21/9/1988* n. 38; *Supplemento Ordinario del 21/9/1988* n. 1: "Normas para la salvaguardia de los derechos del usuario del Servicio Sanitario Nacional e institución de la oficina de protección pública de los usuarios de los servicios sanitarios y socio-asistenciales".

⁴⁰ El informe de presentación del Decreto Ley 1942 reza así:

"Artículo 19 - De indiscutible relieve, tanto como para poderse calificar entre los artículos fundamentales de la medida, es la norma que sigue dedicada a las relaciones con el ciudadano. Son conocidas las ásperas críticas dirigidas al SSN por los ciudadanos que lamentan exceso de burocracia, trato inhumano, calidad deficiente de las prestaciones, falta de higiene y, en general, degradación de las prestaciones sanitarias, pérdida de tiempo por las largas esperas, escaso respeto por parte de los operadores sanitarios, especialmente de nivel inferior. Éstos son algunos de los motivos de lamentación, porque la lista podría alargarse mucho más. El artículo 19 dispone, por tanto, una serie de medidas encaminadas a cambiar la situación en términos de sustancia y de imagen.

Se citan, entre éstas, la simplificación de procedimientos en las relaciones inherentes a la medicina de base y a la medicina especializada, apartado 1; la adecuación de las oficinas de información y de las demás oficinas en contacto directo con el público, apartado 2; el sistema de citas previas para las actividades de medicina ambulatoria, apartado 3, con el límite máximo previsto de quince días para las hospitalizaciones no urgentes y la obligación de un doble turno en los quirófanos cuando ese límite no se pueda respetar; los cursos para el personal a fin de mejorar el contacto con los usuarios, apartado 4; la constitución de oficinas para los señalamientos y las reclamaciones de los ciudadanos, apartado 5; la posibilidad de acceso a los consultorios especializados para los representantes de determinadas asociaciones, apartado 6; y, finalmente, la constitución de consultorios para los usuarios, apartado 7, con funciones de asesoría en materia de protección de los derechos del enfermo hospitalizado, de funcionamiento de las estructuras del Servicio sanitario nacional y de integración con los servicios sociales del territorio. La norma no obliga, pero faculta a las regiones a instituir dichas consultas".

⁴¹ El texto del artículo 12 -que trata de la materia- es el siguiente:

1. Constituyen un compromiso para el SSN la activación de un sistema eficaz de información al público y la adopción del sistema de citas previas con la finalidad de agilizar el usufructo de los servicios, la personalización y la humanización de las relaciones con los ciudadanos, y garantizar la posibilidad de comunicarse con los administradores y con los funcionarios competentes en la materia, la constitución de comités para la protección de los derechos de los ciudadanos, la definición, incluso mediante la armonización de las adoptadas a nivel local, de cartas de los derechos del ciudadano enfermo. Con una acción de dirección y coordinación, que se emanará dentro de los 180 días desde la fecha de entrada en vigor de la presente ley, oído el Consejo sanitario nacional, se establecen los criterios para la puesta en marcha de todo lo antedicho, tomando en cuenta el principio de hacer efectivas y concretas las garantías previstas por las normativas vigentes en favor de los ciudadanos y de los enfermos.

2. El Ministro de Salud da cuenta, con ocasión de la presentación anual en el Parlamento de la relación sobre el estado sanitario del país, de la aplicación de los principios enunciados en el apartado 1. Las regiones y las provincias autónomas convocan anualmente a una sesión pública de los respectivos consejos dedicada al mismo tema.

⁴² El Decreto Ley n. 2375 Senado, en el texto unificado reporta respecto del problema que nos

interesa, el artículo 15:

1. A fin de hacer realidad la personalización y la humanización de los servicios sanitarios, constituyen una obligación para el Servicio Sanitario Nacional: *a)* la activación de un eficaz sistema de información al público; *b)* la adopción del sistema de cita previa y el control de las listas de espera, en el respeto de la confidencialidad para el usuario; *c)* la garantía para los ciudadanos de poder comunicarse con los administradores y con los funcionarios competentes en la materia; *d)* la constitución de comités para la protección de los derechos de los ciudadanos; *e)* la definición, incluso mediante la armonización de aquellas adoptadas a nivel local, de cartas de los derechos del ciudadano enfermo.

2. Con una acción de dirección y coordinación, que se emanará dentro de los 180 días desde la fecha de entrada en vigor de la presente ley, oído el Consejo sanitario nacional, se establecen los criterios para la actuación de todo lo antedicho, tomando en cuenta el principio de hacer efectivas y concretas las garantías previstas por las normativas vigentes en favor de los ciudadanos y de los enfermos.

3. En el marco de la protección de los derechos del ciudadano enfermo, la prohibición de fumar prevista por la ley 11 noviembre 1975, n. 584, se amplía a todos los ambientes de las estructuras sanitarias públicas y privadas.

4. El Ministro de Salud da cuenta, con ocasión de la presentación anual ante el Parlamento, del informe sobre el estado sanitario del país, en materia de la aplicación de los principios enunciados en el apartado 1.

⁴³ Cfr. SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*, 2 vols. (el segundo en prensa), México: Universidad Anáhuac/Diana, 1996 y 1998.

⁴⁴ CALLAHAN, D., *What kind of life. The limits of Medical Progress*, Nueva York-Londres: Touchstone Books, 1990.

La Escuela Católica de Medicina del Tercer Mundo en el Siglo XXI.*

Dr. Ramon L. Sin**

Resumen

Una escuela católica de medicina tiene grandes responsabilidades ante Dios y ante el país en el que se encuentra. Si, además, ese país pertenece al tercer mundo, más grande es esa responsabilidad. Para poder hacer frente a los retos particulares de las condiciones de salud y económicas así como a las responsabilidades espirituales, una escuela católica de medicina debe partir del establecimiento de unos objetivos, de una misión y una visión claros y firmes, que le permitan tomar decisiones y que le lleven a cumplir su función plenamente. En este artículo se presenta la experiencia de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás de Manila, Filipinas, la cual puede servir de guía para otras instituciones, incluso sin importar que sean escuelas de medicina o no, escuelas católicas o no, y que se ubiquen en el tercer mundo o no.

Introducción

A menos de dos años de distancia, la humanidad entrará oficialmente en esa “zona de tiempo” conocida como el siglo XXI. Es el inicio de un

* Presentación del Dr. Ramon L. Sin, dentro de la 9ª Reunión Bienal de Asociación Internacional de Escuelas de Medicina Católicas, llevada a cabo del 3 al 6 de febrero de 1998 en Manila.

** Director de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás de Manila, Filipinas.

nuevo milenio que ha causado una inmensa fascinación para generaciones de hombres y mujeres, cuya imaginación se ha desbordado al ser testigos y haber experimentado —especialmente en las últimas décadas— el aparente e ilimitado potencial de la mente y el espíritu humanos.

En el pasado, innumerables soñadores y amantes de la ficción se atrevieron a adivinar escenarios del siglo XXI que en su tiempo fueron considerados, incluso por ellos mismos, como salvajes y fabulosos vuelos de fantasía. Sin embargo, luego fueron aclamados por su visión profética, hecha posible por los descubrimientos y el desarrollo de la tecnología, llevados a cabo por los científicos que ha transformado su increíble ficción en realidades empíricas todavía en el siglo XX.

La visión del siglo XXI que existe en la mente de esta generación, que es muy afortunada por vivir el memorable acontecimiento de cruzar el umbral al siguiente milenio, se ha escapado, virtualmente, del reino de la imaginación y ha trascendido al reino de la realidad, de posibilidades infinitas. Es un escenario que, de manera innegable, resulta igualmente excitante y atemorizante en cualquier aspecto posible de la vida y la actividad humana.

La manera como el hombre visualiza el siglo XXI se convierte, entonces, no en cuestión de qué guarda el mundo para él, sino cómo responderá este hombre, cómo enfrentará este mundo en el cual, al parecer, la única realidad fija es que las posibilidades probablemente rebasan y se extienden más allá de aquello que su mente y su voluntad limitada pueden anticipar y están preparadas para confrontar y manejar.

Como todas las demás instituciones creadas y controladas por el hombre, la escuela católica de medicina debe recalcar la realidad de su existencia en este siglo XXI, definiendo su esencia, su papel, su visión y su vida en un mundo sin fronteras, no sólo en sentido geográfico, sino también, y más significativamente, en las dimensiones científica y moral.

Dos años antes de dar la vuelta a la hoja y cerrar el capítulo del segundo milenio, la mirada de todo el mundo ya está puesta en el siglo XXI. De hecho, el enfoque de esta conferencia, de todos los involucrados en la educación médica católica, está puesto claramente en ese siglo XXI —llevándonos a una reflexión acerca de la esencia, la misión y deber de las escuelas de medicina católicas en todos los tiempos, pero más

específicamente en el amanecer de un nuevo milenio, con su miriada de demandas y retos multidimensionales.

Varios portavoces han sido invitados a esta conferencia a compartir con nosotros su conocimiento, sus perspectivas y experiencia en distintas áreas de interés individuales y colectivas, llevándonos a elaborar, a partir de nuestros propios análisis y reflexiones, el marco de referencia y la dirección de lo que debe ser nuestro papel en el próximo milenio.

Creo que los organizadores han sido menos demandantes y más amables conmigo que con los demás, pues me asignaron un tema del cual puedo y es un privilegio hablar, no desde la sabiduría personal y erudición, sino con base en la experiencia de la institución a la que pertenezco y estoy orgulloso de representar.

Mi tema es la Escuela Católica de Medicina del siglo XXI en el Tercer Mundo.

Hay dos conceptos explícitos que se pueden identificar en este tema. El primero es la Escuela católica de medicina del siglo XXI, la cual, en su definición más simple, sería una Escuela católica de medicina que se ha mantenido, presuntamente, a la par de los adelantos de la ciencia médica y la tecnología, tanto en términos de equipo e instalaciones, como en orientación y entrenamiento. Y segundo, el concepto de un tercer mundo que, si seguimos la definición de los científicos políticos y sociales, se referiría a las naciones y estados en desarrollo, aquellos que todavía aspiran a hacer su transición a la industrialización y el progreso.

Estos dos conceptos han formado, y todo indica que continuarán formando por un tiempo, la realidad de la situación de nuestra propia institución, la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás, la primera escuela de medicina establecida en Filipinas.

Y así, con su amable indulgencia, hablaré desde el contexto de nuestra situación y experiencia en la Facultad de Medicina y Cirugía de Santo Tomás, con la certeza de que las percepciones que surgirán a partir de ello no son exclusivas de nuestra institución, sino que encontrarán paralelo en otras escuelas de medicina católicas situadas de manera similar. Confío también en que nuestra visión para el siglo XXI ayudará a dar forma y, de la misma manera, será igualmente mejorada por la de otras escuelas de medicina católicas, ya sea en el primer o el tercer mundo, en el norte o en el sur.

Historia de la educación médica

La historia de la educación médica en el mundo, así como en cada una de las naciones en las cuales ha sido introducida a través de los años, es la historia de la ruptura y destrucción de las creencias ancestrales, nacidas de los mitos, leyendas y de la superstición religiosa y cultural.

De hecho, los verdaderos orígenes de la medicina griega, cuyo estudio eventualmente estableció las bases para la fundación de Salerno, reconocida como la más antigua universidad europea, se remontan a un legendario “curandero” griego, Esculapio, un semi-dios (nacido del dios Apolo y de una mujer mortal, Coronis), quien llevó a cabo curaciones milagrosas y hasta resucitó a los muertos. Debido a su atrevimiento de alterar el destino, Zeus lo mató con un rayo. Pero según cuenta la historia, su familia, que consistía en su esposa, Epione, y siete hijos, continuaron su tradición curativa. Es interesante notar que, de sus cuatro hijas, los nombres de dos de ellas, Panacea e Hygeia, son usados en la terminología profesional.

A estas raíces mitológicas se remonta el culto de Esculapio, cuyo proceso curativo incluía una purificación preparatoria por medio de baños, ayuno y sacrificios a los dioses. Los exponentes más conocidos de este culto fueron Hipócrates, nacido alrededor del año 460 a.C. y Galeno (130 d.C.), que estudió en la escuela establecida por Hipócrates en el año 300 a.C.

W.J.H. Butterfield, quien presentó una ponencia sobre la historia de la universidad y la medicina en Europa, en ocasión de la Conferencia Bicentennial Anglo-americana, apuntó:

“Aunque nuestras raíces mitológicas parten de la aventura de Apolo con Coronis (Apolo tomó a su hijo del cuerpo de ella en la pira funeraria), en los quinientos años transcurridos desde el inicio de la escuela hipocrática en Alejandría hasta la muerte de Galeno, se percibe el desarrollo no sólo de una profesión (primero en el seno de algunas familias, y después abierta a otros), sino también de una ciencia. De hecho, en esos días la medicina era probablemente la ciencia más experimental; el número de observaciones asociadas con los sacrificios y las subsecuentes disecciones de los esculapianos en esos 500 años debieron ser muy numerosas. Podemos, quizá, retomar la excitación de

los estudiosos del Renacimiento al trabajar en los textos de la Edad Media, y reconocer, como ellos, la mina de oro de los datos experimentales que tenían ante sus ojos. Surgió, inevitablemente, un impulso educacional de transmitir la información recogida siglos atrás y guardada por tanto tiempo; y este impulso encontró su expresión en la Universidad de medicina de Salerno a finales del S. XI”.

La educación médica en Filipinas

No fue sino hasta seis siglos después que se estableció la primera universidad en Asia, la Universidad de Santo Tomás, una institución educativa católica fundada por los misioneros dominicos que llegaron a las Islas Filipinas en una misión de fe, paralela a la misión de conquista de los soldados del gobierno español. Dos siglos después, la Universidad abrió su escuela de medicina, la Facultad de Medicina y Cirugía.

Esto marcó el inicio de la historia de la medicina filipina como una ciencia, formalmente enseñada y aprendida.

Pero, por supuesto, mucho antes de este acontecimiento, ya había sido practicada en las islas la medicina como un “arte curativo”, nacida del instintivo deseo humano de los nativos de comprender y conquistar la enfermedad y la muerte.

Además, al igual que su hermana europea, la práctica de la medicina en Filipinas tiene sus raíces en el mito y la superstición. La gente creía en dioses y espíritus que tenían un control absoluto sobre la vida y la muerte, la salud y la enfermedad de los mortales, y cuya benevolencia y patronazgo tenía que ser atraída por “intercesores”.

Estos intercesores, que podían adivinar la voluntad e intenciones de los espíritus y, por lo tanto, atraer su protección en favor de la gente, fueron considerados los primeros doctores. La creencia popular consistía en que las personas enfermas o débiles habían ofendido a los dioses-espíritus, y éstos tenían que ser contentados, por lo que el trabajo de los curanderos, conocidos con diferentes nombres en dialectos diversos, era determinar cuál espíritu era responsable por la enfermedad y hallar el modo de satisfacerlo adecuadamente, esto a través de diversos rituales de plegarias y el ofrecimiento de sacrificios.

Estos “doctores nativos” también fueron los que introdujeron y propagaron el uso de objetos como talismanes y descubrieron las propiedades curativas de ciertas plantas y minerales, así como otros materiales del ambiente, por lo que se apoyaron en su poder como ayuda en el arte de restaurar la fuerza y la salud.

De esta manera, la medicina primitiva y popular había ganado su lugar en la cultura de los pueblos mucho antes que las ciencias fueran introducidas en las islas por los extranjeros. Y así continuó siendo practicada aún durante los años de la colonización española por la simple razón de que, aunque dentro de los colonizadores españoles había médicos que abrieron un nuevo mundo en la curación y el cuidado de la salud, no eran suficientes para sustituir en su papel y trabajo a los doctores nativos, quienes siempre estaban más disponibles para los indígenas.

Los primeros hospitales

El relato del desarrollo de la historia de la medicina en Filipinas y después de la educación médica filipina está inextricablemente ligado a la introducción de la fe católica y el crecimiento de la Iglesia católica en el país. Los colonizadores españoles estaban tan decididos a extender su dominio como los misioneros católicos que los acompañaban a difundir el Evangelio y a establecer comunidades cristianas entre los nativos.

Esta actividad misionera incluía naturalmente un apostolado para los enfermos, dirigido de manera especial a proveer para las necesidades de salud de los pobres. Fue, de hecho, un hermano franciscano el que introdujo el primer servicio de salud pública al establecer un dispensario en un antiguo convento franciscano en 1577.

Este dispensario fue convertido después en un hospital general y llegó a ser el primer hospital privado del país, conocido como el Hospital San Juan de Dios, que todavía está en funcionamiento. Durante los siguientes dos siglos, fueron fundados más hospitales, principalmente por las congregaciones religiosas que habían establecido comunidades en todo el archipiélago.

De manera natural surgió la necesidad de contar con médicos que dirigieran estos hospitales, y esto llevó, eventualmente, al establecimiento de instituciones que pudieran educar y entrenar a estos profesionistas.

De ahí nació la educación médica formal en las Filipinas, que estuvo marcada por el establecimiento, en 1871, de la primera escuela de medicina en el país, una escuela católica de medicina, la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás.

No fue sino hasta 36 años después, y en los albores del siglo XX, que se instituyó la segunda escuela de medicina, conocida como la Escuela de Medicina de Filipinas, la primera facultad de la Universidad Estatal de Filipinas (propiedad del Gobierno). Desde entonces, el número de instituciones de educación médica en el país se ha elevado a 27, con una inscripción de alrededor de 3000 nuevos estudiantes al año.

La escuela católica de medicina

De las 27 escuelas de medicina actuales en Filipinas, cinco de ellas son católicas. Como tales, además de cubrir los requerimientos del departamento de educación para las instituciones al ofrecer cursos médicos, se adhieren a una misión que encarna los principios sostenidos y defendidos por las escuelas católicas.

La declaración de la misión de las universidades católicas en Filipinas, a la cual se adhieren la mayoría de las escuelas de medicina católicas, refleja los elementos esenciales específicamente mencionados en las Ordenanzas para las Universidades Católicas, promulgadas en la Conferencia Filipina de Obispos Católicos (CBCP, por sus siglas en inglés) y aprobadas por la Santa Sede.

Estos elementos son:

- a) Compromiso por alcanzar y comunicar la Verdad a través de la enseñanza, la investigación y el servicio a la Iglesia y a la sociedad;
- b) Promover un diálogo entre la fe y la razón que lleve a la integración del conocimiento de la persona humana, de la naturaleza y de Dios;
- c) Preservar, enriquecer y transmitir la cultura filipina y su evangelización: inculturación de la fe;
- d) Contribuir al desarrollo comunitario como crítico social y fuente de innovación y transformación social;
- e) Formación integral de la persona humana y la comunidad;
- f) Compromiso con una educación que no sólo provea entrenamiento académico y profesional, sino que también sea una inspiración a ser testigo de Cristo y de la fe cristiana;

g) Formación moral que fomente el amor al prójimo; el sentido de la conciencia y la responsabilidad social; que promueva la justicia y paz sociales; la solidaridad con los pobres y las víctimas de las injustas estructuras sociales, así como el cuidado del ambiente;

h) Compromiso con la educación en la auténtica Tradición Católica y a la enseñanza del Magisterio como un compromiso con los valores del Reino de Dios proclamados por Jesús de Nazaret.

Estos elementos de la misión de una universidad católica deben estar aún más presentes en la escuela católica de medicina, cuyo trabajo es preparar hombres y mujeres para la especial vocación de cuidar la vida, así como mantener y preservar la salud.

En la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás, una escuela católica de medicina, nos hemos comprometido específicamente a:

1) La formación básica del médico, que es educado con la metodología y principios de la medicina, y que tiene los fundamentos suficientes para continuar con su entrenamiento de posgrado en cualquiera de las especialidades médicas.

2) Al mismo tiempo, a formar un médico consciente y responsable de las particulares necesidades médicas y de salud de la sociedad filipina.

3) Simultáneamente, a formar un médico que se dé cuenta de las implicaciones espirituales —religiosas y morales— en la práctica de la medicina, y que sea consciente de las obligaciones del médico, del paciente y de la profesión médica a la luz de las enseñanzas de la Iglesia Católica y de acuerdo con ellas.

Durante el Segundo Seminario-Taller del Departamento Directivo de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás, llevado a cabo en Boracay, Aklan del 22 al 25 de enero de 1998, el grupo llegó a la siguiente mega-visión:

“Ser una sobresaliente institución médica católica comprometida con la búsqueda de la excelencia en la enseñanza, el servicio a la comunidad y la investigación, y con moldear médicos imbuidos con una pasión por la verdad y la compasión por la humanidad”.

Esta misión y objetivos ciertamente son iguales a los de otras instituciones de medicina católicas en el mundo. Sin embargo, aunque reflejan los ideales de toda escuela de medicina, están dirigidos evidentemente a la formación de doctores que deben estar listos y equipados

para atender las necesidades particulares de salud de su propia gente, en su propia situación particular.

Esta orientación ha hecho imperativo para nosotros, al igual que a cualquier escuela católica de medicina, discernir y aceptar la realidad del entorno en el que esta institución existe y la sociedad a la que desea servir.

Pertenecer al Tercer Mundo

Es fundamental para el análisis de si hemos alcanzado o no, o de que tan lejos estamos de alcanzar estos objetivos el comprender plenamente dónde estamos, cuál es la situación que prevalece en esta parte del mundo en la que operamos.

Mientras que hay muchas dimensiones y maneras de definir qué significa ser “tercer mundo”, cada una con base en los particulares campos de interés y desempeño, esta presentación se centrará en los parámetros de las condiciones de salud de la población, en Filipinas en particular, y en la región asiática en general.

¿Cuáles son las realidades de la situación médica y de salud en el tercer mundo?

Las estadísticas que tengo a la mano son aquellas que prevalecen en Filipinas actualmente. Son los indicadores más recientes que se pueden obtener del Departamento de Salud de Filipinas:

Tabla 1

<i>Indicador</i>	<i>Tasa</i>	<i>Año de referencia</i>
Tasa de crecimiento de población	2.32%	1998
Tasa de mortalidad infantil	48.9/1000 nacimientos	1995
Tasa de mortalidad materna	179/1000 nacidos vivos	1995
Diez principales causas de mortalidad		
Enfermedades del corazón	71,4/1000	1995
Enfermedades del sistema vascular	54.9	

Neumonía	47.8
Neoplasias malignas	40.5
Todas las formas de tuberculosis	38.4
Accidentes	22.4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16.1
Otras enfermedades del sistema respiratorio	9.6
Diabetes mellitus	9.6
Nefritis, síndrome nefrótico	9.4

(Servicio Interno de Planeación, DOH, 12/1/97)

Sería interesante y relevante revisar también las estadísticas de la cantidad de médicos privados y al servicio del Estado del país, basadas en un perfil de 1990, preparado por la Academia de Desarrollo de Filipinas en 1993.

Tabla 2
Perfil de médicos 1990

<i>Indicador</i>	<i>número</i>	<i>%</i>
<i>Edad</i>		
Menores a 25 años	840	2.6
25-29	6,669	20.7
30-34	7,165	22.3
35-39	4,402	13.7
40-49	5,637	17.5
50-59	4,382	13.6
60 y mayores	3,107	9.6
Total	32, 201	100
<i>Sexo</i>		
Masculino	16,487	51.2
Femenino	15,714	48.8
<i>Status de empleo</i>		
Empleado	31,106	96.6
Desempleado	1,095	3.4

LA ESCUELA CATÓLICA DE MEDICINA DEL TERCER MUNDO EN EL SIGLO XXI

Locación de trabajo

Urbano	29,786	92.5
Rural	2,415	7.5

Lugar de trabajo

Hospitales/Clinicas/Laboratorios		
Privados	20,887	64.9
Públicos	7,134	22.2

Escuelas

Privadas	132	0.4
Públicas	172	0.5

Industrias

Primaria	10	0.0
Secundaria	233	0.7
Terciaria	364	1.1
Administración Pública	1,609	5.0
Otras	1,660	5.2

Distribución regional

NCR*	13,702	42.55
CAR*	668	2.07
1	1,184	3.68
2	567	1.76
3	3,076	9.55
4	3,400	10.56
5	1,073	3.33
6	1,791	5.56
7	2,226	6.91
8	779	2.42
9	617	1.92
10	1,113	3.46
11	1,326	4.12
12	678	2.11

(Health Manpower; Perfil y Análisis de Mercado DAP, marzo 1993).

*NCR- Región de la Capital Nacional

**CAR- Región Administrativa de la Cordillera

Otra interesante serie de datos refleja la tasa de médicos del gobierno en relación a la población en cada una de las 15 regiones de Filipinas, basada en el reporte anual del Departamento de Salud de 1992.

Tabla 3
Número de médicos y la tasa con respecto a la población, por región

<i>Región</i>	<i>Servicio de campo</i>	<i>Hospital</i>	<i>Número total</i>	<i>Tasa-población</i>
1	155	324	479	1:7,706
2	89	204	293	1:8,313
3	252	558	810	1:8,053
4	343	720	1,063	1:8,257
5	221	373	594	1:6,738
6	170	305	475	1:11,760
7	155	187	342	1:13,959
8	140	315	455	1:6,833
9	82	224	306	1:8,410
10	139	341	480	1:7,673
11	106	359	465	1:44,531
12	113	180	293	1:7,409
CAR*	74	279	353	1:3,396
ARMM**	45	56	101	1:19,323
NCR***	520	78	598	1:14,053
TOTAL	2,604	4,099	6,748	1:9,874

*CAR- Región Administrativa de la Cordillera

**ARMM-Región Autónoma de Mindanao Musulmán

***NCR- Región de la Capital Nacional

(Health Manpower: Perfil y Análisis de Mercado DAP, marzo de 1993)

Estas cifras son cruciales para nosotros como escuela de medicina porque nos indican a dónde van nuestros graduados geográficamente, y a qué áreas de práctica ingresan. Como una escuela católica de medicina,

vemos en ellas un reto que constantemente hay que afrontar, a la luz de nuestra misión de educar para el servicio.

¿Y qué nos dicen estas cifras?

Nuestros indicadores nacionales de salud muestran que todavía tenemos tasas relativamente altas de mortalidad materna e infantil. Las diez causas principales de muerte son principalmente debidas a enfermedades que se pueden prevenir o tratar, si existe la información apropiada y se proveen los servicios básicos de salud.

El perfil de médicos en el país revela que tenemos doctores jóvenes, en una equilibrada distribución por sexo (género). Su distribución geográfica, y la tasa de médicos con respecto a la población, muestra, sin embargo, el agudo contraste entre las áreas rurales y urbanas, obviamente con una mayor concentración de médicos que practican en las áreas altamente urbanizadas.

Notamos con tristeza que la situación no ha cambiado mucho en los últimos años, cuando la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás elaboró un estudio analítico y comparativo del estado de salud de la población en términos de la tasa de crecimiento de la población, la tasa de médicos con respecto a la población, las tasas de mortalidad infantil y materna y las principales causas de muerte, así como otros indicadores de salud básicos.

Las conclusiones de este estudio fueron tan sucintamente expresadas por el anterior director de nuestra escuela de medicina que merecen ser repetidas:

“¿Qué nos dice todo esto de nuestra nación?”

“Muy simple, que la urgente necesidad del país hoy en día es la atención médica primaria.”

“Estamos perdiendo nuestra gente —madres y niños— en el parto, y a otros debido a enfermedades que pudieron ser controladas con servicios básicos de salud.”

“Nuestras tasas de mortalidad, aunque han ido declinando con los años, permanecen altas debido a la carencia de atención médica primaria, que incluye a la medicina preventiva”.

“A nuestro pueblo, para el cual tenemos grandes planes como nación que se mueve hacia el progreso, todavía no se le ha asegurado ni una nutrición ni un servicio básico de salud”.

Las conclusiones extraídas de estos indicadores dan una imagen clara del escenario del tercer mundo, y nos indican la dirección que debemos seguir para orientar a nuestros graduados si queremos ser auténticos en nuestra misión como escuela católica.

1. A pesar de los considerables esfuerzos hechos para superar los problemas económicos y sostener el crecimiento y el progreso, el tercer mundo sigue estando atrapado por la pobreza.

2. Una población floreciente impacta en varios aspectos de la vida de las personas, económica, social y moralmente. La población es más densa en los centros urbanos, pero más numerosa en las áreas rurales.

3. La distribución de los médicos favorece los centros urbanos; al igual que la mayoría de los recursos de servicios de salud.

4. Lo que la gente necesita es atención médica primaria.

Rindiéndome ante la evidencia, ésta es la situación del tercer mundo. Ésta es la situación de la población que espera los servicios de las generaciones de doctores egresadas de nuestras escuelas de medicina católicas. Éstas son las condiciones que los productos de nuestra educación médica católica tendrán que enfrentar actualmente y por muchos años más.

Hacia el siglo XXI en el Tercer Mundo

Hace pocos años, empezamos a soñar con el siglo XXI. Era un sueño lleno de los más altos ideales —progreso, prosperidad y abundancia. Un sueño global alimentado por el deseo de cada nación de crecer y desarrollarse —la transición de la necesidad a la abundancia— y el anhelo de que una visión compartida y la realización de los beneficios provenientes de la interdependencia mutua llevaría a esfuerzos conjuntos de crecimiento.

En los últimos meses, sin embargo, hemos tenido que afrontar la realidad, especialmente en esta parte del mundo, de que el inicio del tercer milenio nos encontrará prácticamente igual que como estamos ahora. El “milagro asiático”, que sólo unos meses antes parecía una promesa espectacular anticipada por un mundo ya con la mirada puesta en los frutos de la globalización, está amenazado por los problemas económicos que han resultado de la crisis de divisas.

Esto hace que sea aún más importante para nosotros definir nuestro papel como escuela católica de medicina en el tercer mundo —porque ahí es donde, para ser honestos, nos ubicaremos, por lo menos por algunos años más.

¿Cuál es el papel y la misión de la escuela católica de medicina del siglo XXI en el tercer mundo? ¿Cómo puede una escuela de medicina ser verdaderamente católica?

Las realidades del tercer mundo nos señalan la esencia de lo que debemos ser y en qué dirección debemos ir.

La educación hacia una opción de preferencia por los pobres

La realidad de la pobreza y la escasez de recursos envuelven al tercer mundo. Esta realidad, para una escuela católica de medicina, no debe ser únicamente reconocida como tal, sino que se debe responder a ella.

Una escuela católica de medicina debe manifestarse a través de sus actos, y así inspirar una opción de preferencia por los pobres en su facultad y a los alumnos.

Al mismo tiempo que debe mantenerse a la par de los adelantos en la tecnología, la investigación, la educación y las metodologías de entrenamiento y de buscar adquirir el equipo y las facilidades más modernas para familiarizar a los alumnos con ellos, la escuela católica de medicina también debe preparar a sus estudiantes y entrenarlos para el servicio, una práctica en la que quizá no cuenten con todo ese costoso equipo.

De hecho, mientras estos esfuerzos debieran ser notados y bienvenidos como pruebas de nuestro deseo de proveer a nuestros estudiantes con la más reciente tecnología para mejorar su entrenamiento, deberíamos evitar formar una generación de médicos tan dependientes de lo anterior que sean inútiles sin ello.

Como el anterior director de nuestra escuela hizo notar en un discurso sobre educación médica: “Si nuestros doctores sólo pueden funcionar y hacer su trabajo con la ayuda de sofisticadas máquinas, estarán perdidos en los centro médicos de los barrios y los pueblos. Si no han sido preparados para responder de manera creativa e innovadora a los retos de practicar la medicina en el tercer mundo, se horrorizarán ante lo que encontrarán, y desdeñarán las condiciones de la atención médica en las áreas rurales. Además, en lugar de permanecer ahí para mejorarlas

—como sólo ellos pueden hacerlo— volverán, a la primera oportunidad que tengan, a los lugares de “presionar-botones, luces parpadeantes, a los accesorios de tono musical”, donde sus habilidades, su conocimiento y experiencia serán reclamados, y aclamados, por la gente que ya tiene mucho de todas las otras cosas de la vida.”

Debe hacerse la distinción entre la *opción a ser pobre* y la *opción por los pobres*. Esta distinción es importante porque la tecnología es costosa, y cualquier institución que aspire a mantenerse a la par con sus iguales localizados en las áreas más desarrolladas e industrializadas del mundo, se destacará en el tercer mundo, azotado por la pobreza.

No hay nada malo con una escuela católica de medicina que aspire a tener las mejores y más modernas instalaciones y equipo para la formación de sus estudiantes, ya que una escuela de medicina está obligada a proveer a sus estudiantes con las mejores herramientas para su educación.

Lo que no es correcto es que la escuela centre todo el proceso educativo en esas instalaciones y equipo, haciendo a sus estudiantes dependientes de ellos e ignorando esa realidad de escasez de incluso las medicinas más básicas, cuánto más de modernas instalaciones médicas en el campo, donde se encuentra el mayor número de personas que necesitan atención médica.

Una opción de preferencia por los pobres significa elegir estar con ellos. Quiere decir no hacer de la pobreza una excusa para la inacción o la impotencia, sino más bien una fuerza directriz especial, un extraordinario estímulo a ser creativos y productivos en el desempeño de su servicio.

Para nuestros estudiantes que serán médicos en el futuro, significa haber recibido un entrenamiento y una formación para que vean más allá de los aspectos económicos de la práctica, significa usar una ecuación que se equilibre no sólo con base en la retribución material por los servicios prestados, sino que se incline decididamente en favor de los pobres y los menos privilegiados.

Una educación pro-vida

La realidad de una creciente población en el tercer mundo genera problemas que tienen que ver con la conciencia y la preocupación por la vida humana.

Para propiciar las condiciones de prosperidad y progreso, habrá una decidida tendencia a dar un giro a favor de los valores de productividad y materialismo sobre los valores de la vida. Este giro implicará la adopción de fórmulas que se cree han sido exitosas para impulsar la transición de otras naciones al primer mundo. Estas fórmulas incluyen el control natal, la ingeniería genética, etc.

También implicará medir el valor de una persona con base en su belleza y perfección físicas, en su habilidad mental y en su contribución a la productividad y progreso de la nación. Además de enfrentarse a la tentación y a la fascinación por manipular el proceso involucrado en varias etapas de la vida —en la concepción y al final de la vida— no siempre y no necesariamente para el bien último del hombre. Después, empezar a intentar decidir cuándo, cómo y qué clase de vida tendrá una persona.

El descubrimiento de esta clase de poder sobre la vida y su calidad, posible a través de las ilimitadas fronteras de la tecnología e investigación, ha llevado al hombre a experimentar con su propia “creación”. Apenas el año pasado vimos el nacimiento del primer animal a través de la clonación, pero ya hay muchos indicadores de que la investigación y la experimentación para la posible clonación de seres humanos ha comenzado, supuestamente para futuras aplicaciones médicas y científicas específicas, dando lugar a problemas de dimensión ética y moral.

Hemos sido testigos de estos procesos en el primer mundo. Si no ha llegado todavía al tercer mundo, no es ciertamente por que nuestras instituciones educativas, de investigación y nuestros estudiantes no lo hayan deseado o tengan la habilidad para hacerlo.

Ahora más que nunca, es obligación de la escuela católica de medicina ser más decidida y sólidamente pro-vida —para imbuir en sus estudiantes y maestros la determinación de apreciar y proteger la vida— en todas sus etapas y en todas sus formas. En la escuela católica de medicina la vida humana no se mide según los estándares de la perfección y la belleza, ni con base en su productividad potencial. Una persona —toda persona humana— es preciosa no por lo que pueda dar o para lo que pueda ser usada, sino porque es creación de Dios, hecha a imagen y semejanza de su Creador.

Un sólido programa de bioética

En una escuela católica de medicina pro-vida, la bioética debe ser parte del curriculum y de la práctica.

En el siglo XXI, más que nunca, nuestros estudiantes de medicina deben estar orientados hacia la vida. Pero en el tercer mundo, deben estar preparados, orientados y formados para enfrentar problemas bioéticos reales que son exclusivos de las condiciones de pobreza.

Un ejemplo muy específico —uno que está más allá de la experiencia hospitalaria en el primer mundo, pero que es absolutamente real en el tercer mundo— es el de mantener o retirar el equipo para mantener con vida a un paciente clínicamente muerto y cuya familia no posee los recursos para pagar por esos servicios.

Con la invención y la creciente disponibilidad de la tecnología y equipos médicos para prolongar y mantener artificialmente la vida, tales como respiradores, máquinas de diálisis, etc., es probable que muchos hospitales los posean. Pero como la tecnología moderna tiene un precio, el costo por su uso prolongado, o incluso sólo momentáneo, puede estar más allá de las posibilidades económicas de la mayoría de la población. Cuando un paciente o su familia difícilmente pueden comprar las medicinas indicadas para el tratamiento de una enfermedad, no puede esperarse que puedan costear medios más sofisticados si llegan a necesitarse.

No es raro encontrar situaciones como ésta en un país del tercer mundo. Por ello, debe establecerse un Departamento de Bioética en cada hospital, para dar una preparación y guía a los doctores y el resto del personal hospitalario.

La Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santo Tomás es la primera escuela de medicina del país que estableció formalmente un Departamento de Bioética y, paralelamente, instituyó un Comité de Bioética en su hospital universitario.

El curso de bioética ha sido diseñado para sensibilizar a los estudiantes acerca de problemas éticos en la práctica bioética médica. Su objetivo es estimularlos, como futuros médicos, a desarrollar un razonamiento moral maduro y a actuar de acuerdo al principio de juicio moral y, al mismo tiempo, a desarrollar una actitud de compasión propia de un médico católico.

Una educación que es evangelización

La escuela católica de medicina del siglo XXI en el tercer mundo debe ser un agente de evangelización.

En todos los sectores de la comunidad académica, todos y cada uno de sus miembros deben ser capaces de comunicar su cristiandad y su fe. Los miembros de la facultad deben enseñar no sólo a través de libros y conferencias, sino mediante su ejemplo y el testimonio de sus propias vidas. Los estudiantes deben ver en ellos qué es, realmente, estar en pro de los pobres y en pro de la vida.

La concientización de la misión evangelizadora debe llevar a toda escuela católica de medicina a ver en cada estudiante que atravesase sus umbrales en busca de una educación, y que egrese de ella para llevar a cabo una práctica que manifieste los frutos de su formación, a un evangelizador en potencia. Todos los médicos que se gradúen de nuestra escuela católica de medicina deben reflejar en sus modales y actitudes la formación cristiana que recibieron.

El número creciente de egresados de los cursos de medicina y otras especialidades relacionadas que optaban por ir al extranjero, inicialmente para obtener un entrenamiento más avanzado, y después para una práctica más remunerada, era una realidad que solía confundirnos. De hecho, aún lo hace. Es sólo muy recientemente que los departamentos de salud y educación del país han diseñado esquemas creativos para alentar a nuestros egresados a optar por servir en la provincia, o al menos a regresar a su lugar de origen una vez que terminan su entrenamiento intensivo en el extranjero.

Vista a la luz de la vocación misionera de todos los cristianos, sin embargo, la presente realidad del éxodo de nuestros médicos, ya sea para cursar estudios o para realizar investigaciones más avanzadas o para la práctica profesional actualizada, se convierte en el reto para nosotros de moldear no sólo excelentes médicos, sino también cristianos evangelizadores.

En la Iglesia, actualmente, se habla de una “evangelización inversa”. En el pasado, los misioneros de occidente trajeron la fe a oriente, evangelizando a los nativos y cristianizando sus comunidades. La fe ha florecido a través de los siglos, especialmente en Filipinas. Y ahora, el Santo Padre nos exhorta a ser nuevos misioneros, que pueden aprovechar la oportunidad de migración a occidente, al primer mundo, a re-cristianizar las comunidades que pudieran haberse descarriado por el creciente materialismo y consumismo y las amenazas de las fuerzas anti-vida.

Este también es el reto de nuestra escuela católica de medicina. Si educamos y formamos médicos, no sólo excelentes y competentes profesionales sino hombres y mujeres cristianos comprometidos—cuyo servicio no provenga tan sólo de sus brillantes mentes y hábiles manos sino de sus corazones compasivos— entonces estaremos seguros que aunque dejen su hogar y su gente para aventurarse en otras tierras, buscando su crecimiento profesional, siempre serán testimonios vivos de su fe.

Si somos verdaderamente capaces de inculcar en ellos los valores de humanidad y servicio cristiano, entonces no debemos temer perderlos para siempre en las distracciones de un mundo secular. Más bien, ellos permanecerán leales a su misión y serán a su vez guías de su fe y de su formación sin importar la situación y entorno en que se encuentren.

Del tercer mundo, al resto del planeta—a cualquier lugar que lo lleve su práctica— el médico católico siempre será un testigo vivo y fulgurante de su fe.

Ser una escuela católica de medicina en el Tercer Mundo

Al principio de mi charla identifiqué los dos conceptos en los cuales se centraría esta presentación. Ser una escuela católica de medicina en el siglo XXI y pertenecer al tercer mundo.

En este momento quisiera hacer una distinción especial entre ser una escuela de medicina y ser católico en el tercer mundo.

Hace poco tiempo fui invitado a hablar acerca de la visión de la educación médica en el siguiente milenio. Compartiré con ustedes esa visión: consiste en una profunda integración de la medicina básica y clínica; una adaptación gradual de la currícula que refleje el realineamiento de las especialidades clínicas y científicas; y un sistema de valores que determine que el crecimiento y la expansión estén invariablemente ligados a las máximas recompensas intelectuales y educativas.

Es, por supuesto, una visión para *todas* las escuelas de medicina, sean católicas o no.

Pero lo que nos hace aspirar a una misión más allá de lo anterior es, precisamente, lo que nos hace católicos. Y para esta visión, no puedo pensar en unas palabras mejores que las pronunciadas por el Papa Juan Pablo II en su discurso, hace tres años, en este mismo campus.

“Una universidad, especialmente una universidad católica, no puede dejar de ser sensible a la exigencia, general y creciente, de la sociedad por contar con auténticos valores, con guías éticas seguras y con una visión trascendente del significado de la vida. Una universidad, entonces, no debe simplemente impartir conocimientos de acuerdo a los métodos y principios específicos de cada área de estudio y con las prerrogativas de libertad de la investigación científica; debe también educar hombres y mujeres que sean verdaderos líderes en los campos científico, técnico, económico, cultural y social. Debe, por lo tanto, ser una comunidad con la misión de formar líderes en *todos los campos importantes de la vida misma*; líderes que hayan hecho una *síntesis personal entre la fe y la cultura*; que deseen y sean capaces de asumir tareas en el servicio a la comunidad y a la sociedad en general, buscando dar testimonio de su fe tanto en el ámbito público como en el privado”.

Adaptando estas palabras del Santo Padre, la escuela católica de medicina debe, por lo mismo, ser una comunidad con una misión. Es ciertamente una escuela de medicina en el negocio, o si prefieren llamarlo de otra manera, con la responsabilidad de preparar a sus estudiantes para la noble, y llena de retos, profesión de la medicina. Pero también debe ser una comunidad cristiana con la misión de formar líderes para *el importantísimo campo de la vida misma*, hombres y mujeres que sean capaces de evolucionar hacia una síntesis personal entre fe y cultura.

Formar o educar con una misión implica no sólo impartir el conocimiento o las habilidades y aptitudes, sino dar testimonio de la propia vida; ser el modelo para los jóvenes en su orientación u opción por los pobres, ser pro-vida y ser evangelizadores en la sociedad y en el mundo.

Para una escuela católica, esto se manifiesta en numerosos factores o aspectos en el curso de su funcionamiento y el manejo de sus actividades.

Por ejemplo, en la selección de los miembros y estudiantes de la facultad, las escuelas de medicina enfatizan la necesidad de dar la más alta prioridad a reclutar y retener las mejores y más entusiastas mentes jóvenes para todas las activas áreas de especialidad médica y para aquellas áreas que se desea desarrollar para la evolución y crecimiento continuos. Sin embargo, la selección de los estudiantes no debe hacerse sólo con base en su calificación académica sino también con base en actitudes sociales deseables, motivación y valores personales.

Siendo que la educación médica es necesariamente costosa, es una triste realidad en el tercer mundo que la capacidad financiera a menudo margina a jóvenes pobres o menos privilegiados que, sin embargo, poseen todas las demás cualidades que se buscan en un profesional cristiano de la medicina.

Debemos tratar de resolver este dilema dando incentivos a los estudiantes merecedores de ello, pero con una situación financiera difícil, mediante el otorgamiento de más becas.

Asimismo, debemos revisar constantemente el sistema de incentivos y recompensas para los miembros de la facultad. Debemos aspirar también a la formación continua no sólo de los estudiantes sino de los docentes, inspirándolos y animándolos a inculcar valores a través de su propio ejemplo. Los miembros de la facultad deben estar convencidos de que su principal objetivo y misión no es dar información sino desarrollar habilidades, actitudes y valores, así como hábitos de estudio para guiar a los estudiantes en el proceso de aprendizaje.

En términos de instalaciones y equipo, debemos estar conscientes de las restricciones en cuanto a costo y disponibilidad, y considerar que éstas, más que una carga o un obstáculo, deben ser vistas como un medio para compartir e incrementar la solidaridad entre los departamentos.

Los tradicionales límites departamentales de las áreas clínicas deben dar paso a unidades interdisciplinarias centralizadas, tanto para la enseñanza como para la investigación, donde los médicos-científicos, sin importar a qué departamento estén afiliados, puedan unir fuerzas al usar acercamientos similares para estudiar la biología humana y compartir entre sí el cuerpo de conocimiento, las técnicas de investigación y el equipo disponible.

En nuestra escuela de medicina, por ejemplo, todas las instalaciones especializadas con que contamos están disponibles para todas las unidades y departamentos.

Finalmente, en el mapa curricular hemos empezado a incluir gradualmente la medicina oriental o tradicional, reflejo de la evolución de la atención hacia los recursos y las prácticas indígenas del país. A este respecto, específicamente, la medicina herbolaria está siendo considerada como parte de la farmacología, haciendo énfasis en las hierbas nativas del país. Prácticas como la acupuntura, tanto la metodología oriental co-

mo el sistema MRA practicado en Estados Unidos, están siendo exploradas en cuanto a sus bases científicas.

Las ciencias sociales y las humanidades están siendo reforzadas como parte de la currícula, y se está dando prioridad al programa de bioética y de educación en los valores.

La escuela católica de medicina también debe establecer más bases foráneas para dar al estudiante el contacto necesario con las condiciones actuales, más allá de los confines estériles y prístinos del salón de clase y del laboratorio. Mientras que el hospital universitario permanece como una herramienta esencial y un laboratorio para la educación médica, debe reforzarse para hacer de él un lugar más apropiado para el proceso de aprendizaje del estudiante y ser complementado con una mayor exposición al servicio comunitario y a la medicina rural.

Conclusión

Reverendos padres, distinguidos doctores, damas y caballeros, hace sólo unos días, los maestros y el resto del personal involucrado en la educación católica en Filipinas llevaron a cabo el primer Congreso de Educadores Católicos. El impulso que los reunió fue una preocupación real y compartida: la de la relevancia y la supervivencia.

A pesar de que desafortunadamente no pude asistir a dicho congreso, el momento en el que se dio me hizo reflexionar acerca de nuestro papel y nuestros retos como escuelas católicas de medicina. Me preguntaba si habría una diferencia —si el mundo o el paciente sentirían alguna diferencia— a causa de nuestra existencia y debido a nuestra misión.

En el tercer mundo, donde a veces la preocupación central es la supervivencia y las necesidades más urgentes de la gente son los servicios primarios de salud y la nutrición básica, ¿qué estamos llamados a ser y a hacer?

En las simples pero honestas respuestas de una joven, graduada de una de las escuelas de los suburbios de la metrópolis, encontré mi propia respuesta. Ella era candidata a ser admitida por nuestra escuela de medicina, y confiada aunque tímida, se sentó frente a mí para la entrevista, que constituye una fase importante en el proceso de admisión.

Le pregunté por qué deseaba ingresar a nuestra escuela de medicina. Con una voz suave y a la vez firme me respondió: “Quiero ser doctora. En mi pueblo nunca ha habido un doctor que haya establecido ahí su práctica. Cuando la gente se enferma tiene que viajar tan lejos y gastar tanto que, con frecuencia, no se toman la molestia de hacerlo”.

Con cuidado le pregunté si se daba cuenta, no sólo del esfuerzo sino también del costo, que implicaba estudiar medicina. Era una pregunta difícil de hacer, especialmente para alguien como ella que podría sentirse lastimada de oírla y contestarla, pero era parte de las preguntas estándar de la entrevista.

Ella bajó los ojos, luego los dirigió directamente a los míos. No estaba rogando, parecía esperanzada.

“Doctor —dijo— estudiaré muy duro. Sé que puedo con la carga de trabajo. Pero mis padres no pueden costear mis estudios en la escuela de medicina, ni siquiera querían que aplicara... Pero deseo tanto ser doctora. Necesito ser doctora —ya que no hay nadie más para mi gente”. Vaciló, y esta vez su voz sonó menos segura. “Pero, doctor, la verdad es que si soy admitida, mi siguiente problema es encontrar financiamiento para mis estudios. Para eso necesitaré ayuda”.

Dejó mi oficina tan silenciosamente como había entrado. Me quedé sentado solo por un largo rato después de aquello, pensando en esta joven, con todas sus esperanzas y sus sueños, no para ella sino para su gente.

Pensé en todas las generaciones de estudiantes que han atravesado nuestro umbral, que se han sentado en nuestros salones de clase, que han trabajado en nuestros laboratorios y en el hospital. En todas las generaciones de doctores que hemos dado al país y al mundo.

Esta joven, si empezara su educación médica este año, sería una doctora en el siglo XXI. Sería el producto de una escuela de medicina que se mueve dinámicamente hacia el tercer milenio —una escuela católica que la formará en el molde de otros anteriores a ella. Médicos a los que hemos formado no sólo con mentes brillantes y analíticas y con manos sanadoras profesionales, sino, más que eso, con compasivos corazones cristianos.

¿Cómo es posible que le fallemos? ¿cómo es posible que ignoremos las necesidades de la gente inmersa en la pobreza y seamos negligentes en una situación que el resto de la población llama “tercer mundo”?

En el tercer mundo, donde a menudo, la única cosa de valor que posee un hombre es su vida y su dignidad, nuestras escuelas de medicina católicas tienen una misión: dar al mundo, especialmente a su propia gente, doctores. Médicos con mentes ágiles y brillantes, con manos hábiles y seguras. Pero también, como el Gran Sanador cuyos pasos debemos seguir muy de cerca, doctores de corazones compasivos.

Estamos llamados a educar y formar a los jóvenes no sólo para una profesión sino para una vocación. Para mostrársela y no sólo hablar acerca de ella.

El siglo XXI llama a la escuela católica de medicina en el tercer mundo al servicio y a la vida. Es una llamada que debe hallar eco y resonancia en el corazón del estudiante, en todos y cada uno de los futuros médicos egresados de esa escuela.

Y somos nosotros los que debemos ayudarlos a responder a esa llamada, a pesar —y a veces a causa de— las difíciles realidades del tercer mundo. Somos nosotros quienes los ayudaremos a ser los hombres y mujeres que aspiran a ser: médicos devotos del servicio y dedicados a la vida.

Bibliografía

BUTTERFIELD, W.J.H., *The university: the past: Great Britain*; debate sostenido en la Primera Conferencia Bicentennial Anglo-Americana; publicada en *The university and medicine*; Josiah Macy, Jr. Foundation, 1977.

CALTON, WENDY, "In our professional opinion....." *The primacy of clinical judgement over moral choice*, University of Notre Dame Press, 1978.

DOMINGO, SHIRLEY, "Manpower distribution (Government)", conferencia impartida en un seminario-taller sobre educación médica, Quezon, Filipinas, enero 15, 1998.

GOMEZ, FAUSTO; ROSALES, VICENTE Y BUSTAMANTE, HANZY. "Bioethics: the journey continues"; compilación de ponencias y participación del Cuarto Curso de Posgraduados en Bioética. Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad de Santo Tomás, febrero 1-2, 1996.

PASTRANA, GABRIEL. "Contemporary problems in bio-medical ethics"; Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad de Santo Tomás, reimpresión 1992.

PASTRANA, GABRIEL. "Medical ethics: ethical reasoning in medical practice"; Facultad de Medicina y Cirugía, Universidad de Santo Tomás, 1979, 1992.

RIGOR, EUSTACIA. "Address on medical education and nation-building"; ejercicios de inauguración del año académico 1990-1991, Universidad de Santo Tomás, 1990.

SCHMID, M.D. "Medical schools in the year 2000 and beyond"; Clínica Mayo, Vol. 64, septiembre 1989.

SHAPIRO, EILEEN C., AND LOWENSTEIN, LEAH. "*Becoming a physician: development of values and attitudes in medicine*"; Ballinger Publishing Company, Cambridge, Massachusetts, 1979.

STEMMLER, EDWARD J. "*The medical school - Where does it go from here?*"; Academic Medicine. abril 1989.

El “sexo seguro” y el preservativo ante el desafío del SIDA

Jacques Suaudeau*

Resumen

Para prevenir la transmisión sexual del Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha propuesto la fórmula llamada “sexo seguro”, asociando el uso del preservativo masculino de látex a un cambio en el comportamiento sexual. Las autoridades sanitarias han promovido sobre todo la difusión del preservativo, presentándolo a menudo como un baluarte insuperable contra el VIH. Sin embargo, el estudio de sus características demuestra que el preservativo no ofrece, en modo alguno, una barrera absoluta: en realidad presenta una falla del 15 por ciento cuando se usa como anticonceptivo y cuando es utilizado como profiláctico deja pasar virus responsables de enfermedades de transmisión sexual (ETS). La causa de esta falla es la existencia de microporos en la membrana del látex, la degradación de este látex, la frecuencia de roturas o de deslizamiento del preservativo en el curso del acto sexual, particularmente en la relación ano-genital, y la contaminación de la superficie externa del preservativo con secreciones pre-eyaculatorias que contienen el VIH. Las estadísticas demuestran que, en el 10-15 por ciento de los actos sexuales, el preservativo no impide la transmisión sexual del VIH. Este porcentaje se eleva hasta el 20-30 por ciento cuando las relaciones son entre homosexuales, cuando es mucha la promiscuidad sexual

* Médico cirujano, ponente de temas de bioética a nivel internacional.

o cuando existe una enfermedad sexualmente transmisible; y sólo disminuye al 10 por ciento en el caso de una pareja heterosexual fiel, sin alguna enfermedad sexualmente transmisible. El verdadero “sexo seguro” se encuentra, pues, no en el preservativo sino en la abstinencia o en las relaciones sexuales fieles, en el seno del matrimonio.

El 5 de junio de 1981, el *Center for Disease Control* de Atlanta, en el “Mortality and Morbidity Weekly Report”¹ reportó los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida o “SIDA”.

A partir de entonces, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha desafiado a la medicina moderna, a los servicios públicos de salud y de higiene y a los organismos internacionales, sin que se pueda vislumbrar todavía una vacuna contra él o una terapia que sea verdaderamente curativa. Así, pues, los esfuerzos en esta lucha se han dedicado mayormente a la prevención.

I. ¿Qué es el “sexo seguro”?

“For the foreseeable future, prevention through behavior change is the only way to slow this devastating epidemic”, escribía no hace mucho N. Hearst.² La verdadera prevención de la infección por VIH consiste, en efecto, en el cambio del comportamiento.

Incluso las autoridades sanitarias proponen a las personas amenazadas por el VIH que operen un “cambio de comportamiento”,³ pero de forma limitada, autoprotectora.

Sin embargo, tales consejos tienen pocos visos de atajar el avance del VIH/SIDA, por lo que se ha propuesto el uso del preservativo masculino, en las relaciones sexuales de riesgo. Esto es, se está fomentando, con grandes alardes publicitarios, el que se utilice el condón de látex⁴ (*protective sex*⁵).

De la conjunción de estos dos temas de la prevención sanitaria del SIDA —evitar las relaciones de riesgo y utilizar un preservativo— proviene la expresión que de inmediato fue adoptada con gran éxito: esto es, "safe sex",⁶ el "sexo seguro", o, más modestamente, el "safer sex":⁷ *pleasurable but safe sex*, según la expresión de A.A. Erhardt.⁸ ¿Qué significa exactamente? Es evidente que la expresión no es médica, sino que entra en el orden de lo deseable. Manifiesta una voluntad de protegerse contra la infección por VIH, pero sin cambiar para nada los hábitos sexuales "de riesgo", con los que se sigue siendo complaciente; esto es, las relaciones entre homosexuales o la promiscuidad sexual con múltiples parejas. Este "safe sex" conlleva, a la vez, medidas de precaución en la elección de la pareja y en la frecuencia de las relaciones sexuales, y un uso constante del preservativo masculino en estas relaciones. Tal como lo ha expresado acertadamente A. Rouet: "El SIDA se presenta a veces como una condena del placer. El preservativo, por el contrario, como la esperanza de salvaguardarlo...".¹⁰

Este mensaje del "safe sex", que ha tenido gran repercusión en los medios de comunicación, no se lanzó sin una cierta actitud de desafío —cuando no incluso de violencia— cuyos fundamentos habría que investigar.¹¹

Un método semejante de prevención del SIDA supone, sin embargo, una gran confianza en la eficacia del preservativo como barrera. Esta confianza casi absoluta se manifiesta en el modo como las autoridades públicas han presentado el preservativo tanto en los medios de comunicación como en la publicidad, o en esa "información sobre el SIDA" tal como se imparte, por ejemplo, en las escuelas.

Esta promoción masiva del preservativo en nombre del "safe sex",¹² se ha basado en la suposición de que el preservativo es actualmente el único medio disponible de prevención del SIDA. De repente, el preservativo se ha convertido tanto en la mente de la gente como en el discurso de las asociaciones de lucha contra el SIDA, así como de los políticos, en una suerte de arma absoluta, cuya puesta en duda sonaría casi como blasfemia.¹³ Muchas personas sensatas, dejándose impresionar por esta campaña, han hablado de lo "necesario" del preservativo, una necesidad cuyo uso se justificaría por encima del bien moral de la sexualidad humana.

Paradójicamente, han sido los médicos mismos los que han puesto en tela de juicio esta llamada “necesidad” del preservativo,¹⁵ y recordaron, acertadamente, que el llamado dispositivo estaba lejos de tener la “fiabilidad” que de buen grado se le atribuye y que existían otros medios de prevención, más radicales y más eficaces que el condón. Basta recordar que, con la experiencia adquirida en la utilización del preservativo como anticonceptivo, y anticipando por este hecho los fracasos en la prevención como mera barrera mecánica de las infecciones por VIH, los médicos pronto preconizaron que, en la lucha contra el SIDA, habría que asociar un agente bactericida o virucida —el nonosinol-9— al preservativo.¹⁶

¿Se ha actuado con sabiduría, o, por el contrario, se ha emprendido un falso camino al basar la prevención de la infección por VIH en la práctica del “safe sex”; o, dicho de otra forma, al encomendar exclusivamente al preservativo la protección contra la infección por VIH?

Para responder a esta cuestión analizaremos, primero, cómo funciona el preservativo utilizado como anticonceptivo y como profiláctico; luego veremos lo que, en la estructura de su membrana y en su modo de utilización, podría representar una falla, y a la luz de estos datos, comentaremos, finalmente, los resultados de las encuestas estadísticas, clínicas y epidemiológicas, sobre la eficacia del preservativo en la prevención de la infección por VIH.

II. La efectividad del preservativo, como anticonceptivo y profiláctico

A. La efectividad del preservativo como anticonceptivo

Los preservativos, que al principio eran de vejiga de cerdo o de tripa de animales, fueron utilizados a partir del siglo XVII como anticonceptivos mecánicos.¹⁷ En 1793, el filósofo francés Condorcet y en 1798 el economista británico Malthus, figuran entre sus más ardientes defensores. Sin embargo, incluso después de la introducción del preservativo de látex, como consecuencia de la vulcanización del caucho (1843, Hanck y Goodyear), se consideró moderada la efectividad de esta anticoncepción. El índice de Pearl del anticonceptivo (esto es, el número de embarazos en 100 mujeres que utilizan el anticonceptivo durante un año, basado en

la posibilidad teórica de que una mujer podría concebir 12 veces por año es, en efecto, relativamente elevado, comprendido entre 8 y 15 (con extremos que llegan a 28).¹⁸ Incluso en los mejores casos, como los que proporciona la estadística de M. Vessey et al. (1982)—en la que no se toma en cuenta sino a las mujeres casadas, de entre 25 y 35 años de edad, voluntarias, y a las que se les hizo un seguimiento regular durante varios años después—, el índice de Pearl para el preservativo es de 6, comparado con el 0.16 para la píldora estroprogestínica (50mg estrógeno).¹⁹

La tasa de fracaso del preservativo masculino en la prevención del embarazo, definida como la probabilidad de embarazo en el período de un año para una mujer que sólo utiliza el preservativo como medio anticonceptivo, es del orden de 5 a 30 por ciento, con un promedio del 15 por ciento (4 por ciento en las parejas muy motivadas de una Asociación de Planeación Familiar según Vessey; entre el 9.8 y el 18.5 por ciento, en la estadística de Jones y Forrest de 1989; entre 10 y 30 por ciento en la revisión hecha por Gordon; entre el 6 y el 22 por ciento de las parejas estudiadas por Grady, y entre el 5 y el 12 por ciento según H. Lestradet).²⁰ En un reciente estudio estadounidense, se hacía notar una tasa de fracaso del 14 por ciento del preservativo como anticonceptivo.²¹ Un estudio norteamericano a gran escala sobre la eficacia de diferentes preservativos para prevenir los embarazos muestra una tasa de fracaso del 15 por ciento entre jóvenes usuarios en su primer año de utilización, tasa que se reduce al 2 por ciento entre las parejas expertas en el uso del dispositivo.²²

De 4,666 mujeres que acudieron a abortar al Marie Stopes Centre, en Leeds, entre 1989 y 1993, el 40 por ciento de ellas culpó al preservativo como responsable de su embarazo.²³

En los fracasos del preservativo como anticonceptivo ciertamente influye la inexperiencia de quien lo utiliza: el índice de Pearl, en la estadística de M. Vessey, disminuye no sólo con la edad de la mujer (cae a 3 y más todavía, en las mujeres de más de 35 años, lo que refleja el descenso de la fertilidad), sino también con la duración en recurrir al preservativo (el índice cae a 4 para una duración de 25 a 48 meses de uso; a 3.6, para más de 49 meses de uso).

Considerando que el período fértil en la mujer no ocupa sino de 6 a 10 días del ciclo, un fracaso comprobado en la función anticonceptiva del preservativo no representa sino del 21 al 36 por ciento de los fracasos

reales del preservativo cuando se le usa con la intención de poner una barrera eficaz ante el esperma. La tasa real podría ser de entre 3 a 5 veces más elevada.²⁴

B. La efectividad del preservativo como profiláctico

Si se considera ahora la eficacia del preservativo masculino utilizado como profiláctico, contra las enfermedades sexualmente transmisibles, se encuentra una tasa de fracaso inversamente proporcional al tamaño del agente patógeno.²⁵

N.J. Fiumara²⁶ estima que el preservativo, teóricamente útil contra las enfermedades sexualmente transmisibles, resulta ineficaz en la práctica. J. Pemberton y cols. (1972),²⁷ examinaron 2,093 casos de enfermedades sexualmente transmisibles diagnosticadas en Belfast, y encontraron un porcentaje más bajo de sífilis y de gonorrea entre los que utilizaban el preservativo, pero en cambio una proporción más elevada de uretritis no gonocócicas y de enfermedades idiopáticas sexualmente transmisibles ("Nil"). W.M. McCormack y cols.,²⁸ en un grupo de 140 estudiantes portadores de *T-Mycoplasmas* uretrales como consecuencia de haber mantenido relaciones sexuales, encontraron una colonización del 14.3 por ciento entre los estudiantes que siempre utilizaban el preservativo.

D. Barrow (1977),²⁹ sobre un total de 3,543 diagnósticos de gonorrea masculina efectuados durante un período de seis meses, encontró que sólo se advertían unas pocas menos enfermedades sexualmente transmisibles (259) en quienes utilizaban el preservativo (247 hombres), en relación con quienes no lo utilizaban (3,543 sobre un total de 3,300 enfermos). Las uretritis no específicas (debidas con mayor frecuencia a *Chlamydia trachomatis* y *Ureaplasma urealyticum*, 200nm de diámetro) se encontraban en esta serie con la misma frecuencia entre los que utilizaban y los que no usaban el preservativo. Por otro lado, las infecciones por *Condylomata acuminata* (verrugas genitales) eran más frecuentes (5 por ciento) entre quienes utilizaban el preservativo que entre quienes no lo utilizaban (4.6 por ciento).

Cohen *et al.*³⁰ (1992) efectuaron un estudio en el que enfermos que habían contraído una enfermedad sexualmente transmisible recibieron información para utilizar preservativos. En los 9 meses posteriores a esta información, el 19.9 por ciento de los hombres y el 12.6 por ciento de las

mujeres regresaron con una nueva enfermedad sexualmente transmisible, y algunos varias veces después. En realidad, la tasa de reinfección por una enfermedad sexualmente transmisible aumentó incluso entre las mujeres como consecuencia de esta información.

Un estudio hecho en una clínica génito-urinaria de Londres (Evans y cols. 1995)³¹ demostró que el aumento de 4 a 21 por ciento en el uso del preservativo entre 1982 y 1992 no había tenido impacto en el número de enfermedades sexualmente transmisibles por virus observadas durante el mismo período.

K.M. Stone y cols.³²(1986), en una revisión de diferentes estadísticas sobre la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles, recomiendan el uso del preservativo en las relaciones sexuales de riesgo, aunque indicando los límites de la protección obtenida de esta manera. Esta protección no es, en efecto, absoluta, sino que se comprueba simplemente un "menor riesgo" de adquirir una uretritis gonocócica, una uretritis por *Ureaplasma urealyticum*, y otras enfermedades venéreas entre quienes utilizan el preservativo, que entre quienes no lo utilizan. El preservativo, en los estudios analizados por K.M. Stone, parece sobre todo efectivo contra el gonococo, pero no protege de las uretritis no gonocócicas. Por lo demás, el preservativo podría reducir la transmisión de enfermedades sexualmente transmisibles a la compañera sexual, pero esto no está comprobado.

La eficacia del preservativo en la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles depende, en parte, de la experiencia de quien lo utiliza, lo que explicaría las variaciones entre un estudio y otro comprobadas en las tasas de infección con y sin preservativo, y dentro de los mismos estudios.³³

Así, del conjunto de los trabajos dedicados a la cuestión,³⁴ resulta que el preservativo protege contra las uretritis gonocócicas y reduce la frecuencia y la gravedad de las inflamaciones pélvicas debidas a las enfermedades sexualmente transmisibles;³⁵ pero no parece efectivo contra las uretritis no específicas y las infecciones por *Condylomata acuminata* (verrugas genitales). Se puede decir, pues, que el uso del preservativo reduce la transmisión de las enfermedades sexualmente transmisibles debidas a bacterias (gonococcus: 800nm de diámetro), por un factor que va de 2 a 10, pero que su efecto sobre las enfermedades sexualmente transmisibles debidas a micoplasmas o a virus parece débil o nulo.

III. Las deficiencias físico-mecánicas de los preservativos masculinos

Estas deficiencias de los preservativos masculinos en la anticoncepción por barrera y en la prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles pueden explicarse a tres niveles:

- la deficiencia técnica (porosidad, fugas, rupturas, degradación del látex);
- la utilización incorrecta (contaminación del preservativo, contenido derramado fuera del profiláctico);
- que el agente infectante, bacteria o virus, sortee el obstáculo (contaminación antes de la colocación del preservativo, y por las secreciones emitidas durante la relación sexual).

A. Las deficiencias de la membrana de los preservativos

Los preservativos pueden no oponer una barrera eficaz a los espermatozoides, a las bacterias o a los virus por tres razones vinculadas al material de látex que los constituye:

- la existencia de poros en la membrana;
- la posibilidad de fugas y de rupturas;
- la posible degradación del látex.

1) Los poros del látex

Ya en 1977, D. Barlow adelantaba la hipótesis de la existencia de ciertos poros en la membrana del látex del preservativo para explicar que éste aparentemente no protegía contra las uretritis no gonocócicas y las infecciones genitales por *Condylomata acuminata*.³⁶ Esta hipótesis ha sido retomada para dar cuenta de infecciones por VIH adquiridas durante las relaciones sexuales “protegidas” al utilizar un preservativo.³⁷ Ciertamente, diferentes estudios *in vitro*, en laboratorio, han demostrado que las membranas de látex de los preservativos detenían de forma eficaz a los agentes de enfermedades sexualmente transmisibles³⁸ como *Neisseria gonorrhoea*, virus del herpes simplex tipo 2,³⁹ citomegalovirus,⁴⁰ virus de la hepatitis B o *Chlamydia trachomatis*.⁴¹ Sin embargo, estos resultados han sido puestos en tela de juicio —en particular en la V Conferencia

Internacional sobre el SIDA celebrada en Montreal— después de que preservativos bien controlados, producidos por empresas reconocidas, demostraran una permeabilidad a las microesferas con un tamaño mayor al del VIH (6 preservativos de 69).⁴² La *Consumers Union*, institución estadounidense especializada en probar los productos puestos a la venta comercialmente, sometió a prueba una amplia variedad de preservativos provenientes de diferentes fabricantes, encontrando que algunos presentaban fugas substanciales, con claras diferencias según las empresas productoras. Además, los anticonceptivos procedentes de una tercera parte de los 41 fabricantes, presentaban ciertos grados de deterioro.⁴³ Carey y cols. observaron el paso de partículas del tamaño del VIH a través de un 33 por ciento de las membranas de los preservativos analizados por ellos.⁴⁴ Para Gordon, estos resultados demuestran que los métodos actuales de control de calidad de los preservativos no son suficientes para que se pueda deducir que son realmente impermeables al VIH.⁴⁵

El VIH, efectivamente, es un organismo muy pequeño (90 a 120 nm; 0.1 micra).⁴⁶ Es 60 veces más pequeño que la bacteria que causa la sífilis, y 450 veces más pequeño que los espermatozoides. Esto explica que pueda pasar a través de filtros en policarbonatos de 0,1 a 0,2 mm de porosidad.⁴⁷ Es un hecho, por lo demás, que el VIH podría haber atravesado el filtro para detener los elementos micóticos y las bacterias del plasma que llevó a los primeros investigadores a identificar como virus al agente causal del SIDA.⁴⁸ Y es evidente que la utilización de un preservativo de látex como barrera de protección contra un virus plantea un problema distinto al de la prevención de una infección bacteriana o del paso de espermatozoides.

La eficacia del efecto de barrera y la integridad de los preservativos de látex se comprueba mediante una prueba de fugas. Para el VIH, cualquier orificio más grande que 0.10 micras habría de ser considerado como una fuga a través de la cual podría pasar el virus. Pero la sensibilidad de la prueba de fuga para pequeños defectos de la membrana no es muy grande. Se ha calculado que por este medio, bajo condiciones ideales, el más pequeño orificio detectable habría de medir 10-12 micras.⁴⁹ Este límite de sensibilidad de la prueba hace crítico el problema de los defectos de las membranas de los preservativos.

La integridad de la estructura del látex depende de la formación de una película coherente por coacervación y coalescencia de las partículas de látex. En el látex natural estas partículas miden de 0.1 a 5 micras. Aun cuando se pueda suponer que la estructura capilar inicial del látex, antes del lavado, atravesada por los pasos intersticiales, se hunde cuando la película se seca, el examen al microscopio óptico sugiere la persistencia de una estructura que recuerda a las partículas originales del caucho. Esta estructura se manifiesta bajo la forma de una red extensa de poros en el material inicial, obtenido por remojo en un coagulante, antes de que la membrana se haya espesado por aportes de capas suplementarias de látex.⁵⁰ Estos poros tienen diámetros que alcanzan 1.5 micras, como lo muestran las imágenes del microscopio electrónico.⁵¹ El lavado con gel húmedo parece disminuir la porosidad de la superficie, sugiriendo que la estructura porosa es un reflejo de la presencia de residuos hidrosolubles que impiden la coalescencia de las partículas de látex.

Los guantes de látex (producidos por cuatro diferentes fabricantes) que se examinaron al microscopio electrónico, mostraron cavidades que alcanzaban hasta 15 micras de longitud y 30 micras de profundidad.⁵² C.M. Roland declara haber encontrado en todos estos guantes, en secciones fracturadas por congelación, auténticos pasajes de 5mm de ancho, atravesando todo el espesor de la membrana.⁵³ A este testimonio del microscopio electrónico deben añadirse los incidentes que refrieren el paso de secreciones corporales a través de los guantes de látex reportados por médicos y enfermeras. Por lo demás, los cirujanos, en el curso de una intervención, se ponen un par de guantes suplementario cuando llegan al nivel de tejidos particularmente expuestos a la infección, como los huesos. Basándose en estos hechos, los investigadores han recomendado a las personas que manipulan elementos infectados por el VIH que se pongan dos pares de guantes. Se ha hecho la misma recomendación en lo que concierne a los preservativos.⁵⁴

Por consiguiente, la presencia de defectos en el látex debida a la estructura en partículas de este material está bien establecida, tanto por el paso de microesferas del tamaño del VIH como por la comprobación, al microscopio electrónico, de auténticas fallas.⁵⁵

Se ha dicho que, puesto que el VIH está asociado a los espermatozoides y dado que los espermatozoides no pasan a través de estos "poros" del látex, muy pequeños, tampoco el VIH puede pasar; por tanto, que aunque

tales "poros" existieran, no tendrían mucha importancia. Pero esto es engañoso. De hecho, el VIH está presente en el esperma bajo la doble forma de asociación con otras células (espermatozoides y leucocitos) y de virus libre.⁵⁶ Anderson⁵⁷ subraya que "hay una gran posibilidad de que los virus VIH-1 en su forma libre, presentes en el esperma, puedan pasar al organismo de la pareja sexual".

Se ha dicho también que un preservativo reseco podría dejar pasar al VIH (y otros virus) por sus poros, pero que la humidificación le haría impermeable al VIH, dada la tensión hidrostática que impide cualquier paso de partículas. El látex, sin embargo, deja pasar el virus de la hepatitis.⁵⁸

2) La posibilidad de escapes y roturas

Otra causa de fracaso del preservativo es su rotura o sus fugas. No es raro que el preservativo se rompa al momento de utilizarlo. Esto ocurre en el 1.4 por ciento de los casos, según el profesor J.G. Girard,⁵⁹ director del Servicio de Salud Pública francés. P.C. Gotzsche y cols. (1988) observaron un porcentaje de 5 por ciento de roturas (7 en 40 personas) en el curso de relaciones sexuales vaginales en un grupo de 46 personas (de las cuales 30 eran prostitutas).⁶⁰ En un estudio llevado a cabo por Ahmed y cols. (1990),⁶¹ del 29 al 42 por ciento de los que utilizaron preservativos habían experimentado por lo menos una rotura del preservativo. En una encuesta efectuada por la Universidad de Manchester, el 52 por ciento de los que habían obtenido preservativos en su clínica de planificación familiar habían tenido por lo menos un estallamiento o una fuga del preservativo durante los tres meses anteriores a la encuesta.⁶² Los autores se declaran sorprendidos de ver cuántas personas participantes en esta encuesta habían tenido "accidentes" con los anticonceptivos, incluso los que aparentemente utilizaban los preservativos como su método de anticoncepción electiva, e incluso cuando estas personas habían recibido una información detallada sobre la manera de utilizarlos correctamente. En los estudios de Albert y cols. (1991)⁶³ y Wright y cols. (1990),⁶⁴ respectivamente el 36 y el 38 por ciento de los encuestados reportaron episodios de rotura del preservativo. I. Chan Chee y cols. (1991),⁶⁵ en una encuesta hecha entre 254 personas que utilizaban condón (57 por ciento heterosexuales varones de 28 años de edad en promedio, 25 por ciento

de mujeres heterosexuales, 18 por ciento de homosexuales u hombres bisexuales), en París, observaron que una cuarta parte (N=68) de la población estudiada había experimentado por lo menos una rotura de preservativo en el curso de los tres meses precedentes. La tasa promedio de rotura para 100 preservativos era del 4.5 por ciento entre homo/bisexuales, y del 1.5 por ciento entre heterosexuales no prostituidos(as). Steiner y cols. (1992)⁶⁶ han observado que los lotes más recientes de condones presentan una tasa de rotura de entre 3.5 y 8.8 por ciento, mientras que la tasa de rotura para los lotes más antiguos llega del 9.8 al 18.6 por ciento.

Es cierto que este riesgo de desgarro, de deslizamiento o de salida del preservativo se reduce cuando se adquiere más experiencia en su utilización. J. Richters y cols. (1988)⁶⁷ han observado, en Australia, una tasa de rotura de 0.5 por ciento (3 sobre 664 preservativos) en los preservativos utilizados para la relación sexual vaginal, en 4 prostitutas. Atribuyen esta tasa muy moderada de rotura a la experiencia en el ejercicio de la prostitución, en el que las relaciones son por lo demás más cortas que las “relaciones sexuales de ‘aficionados’”. A.E. Albert y cols.,⁶⁸ estudiando un grupo de 300 prostitutas con licencia en Nevada, que trabajaban en 32 hoteles de paso legales, sólo reportaron un caso de rotura, y únicamente dos casos de salida total del preservativo en 353 relaciones sexuales vaginales. En esta serie el preservativo se deslizó del pene 12 veces (3.4 por ciento) durante la relación, y 15 veces en el momento de retirarlo (4.3 por ciento), sin que, no obstante, se saliera totalmente. En el estudio de C. Chan-Chee⁶⁹ la tasa de rotura del preservativo era del 2.5 por ciento para los(as) heterosexuales no prostituidos(as) poco habituados al uso del preservativo, comparada con el 1.2 entre los experimentados en utilizarlo del mismo grupo. Y entre las prostitutas fue del 0.6 por ciento.

El riesgo de que el preservativo se desgarre es particularmente importante en las relaciones homosexuales ano-genitales, a causa de la tensión física a la que se somete el anticonceptivo en tales condiciones.⁷⁰ La tasa de rotura del preservativo se elevaría en este caso hasta el 5 por ciento, según I. Vicenzi.⁷¹ En una publicación del Departamento norteamericano de Salud y Servicios Humanos titulado “Preservativos y enfermedades sexualmente transmisibles... particularmente el SIDA”,⁷² el ex Cirujano General C. Everett Koop escribía que “los preservativos

proporcionan una cierta protección, pero la relación anal es simplemente una práctica demasiado peligrosa". La publicación añadía: "Los preservativos son más susceptibles de romperse durante una relación anal que durante los otros tipos de relación sexual, dadas las fricciones particularmente importantes y otras tensiones que entran en juego". En la edición del 18 de septiembre de 1987 de *U.S.A. Today*, el ex Cirujano General subrayaba de nuevo este punto: "Se han de prever muchos más fracasos para el preservativo en las relaciones rectales que en las relaciones vaginales, y es importante saberlo". Médicos e investigadores han expresado la misma preocupación. K. Wellings (1986)⁷³ escribía en el *British Medical Journal* que "nada prueba que la membrana habitual de los preservativos pueda resistir a la relación sexual anal".

G.J.P. Van Griensven y cols. (1988),⁷⁴ estudiando un grupo de 277 hombres homosexuales en Amsterdam (Holanda), notaron que estos usuarios reportaban una tasa de un 8 por ciento (117/1,468) de desgarros o de deslizamiento del preservativo. Los preservativos de tipo "anal", especialmente producidos para las relaciones homosexuales, tenían solamente un poco menos de fracaso (44/630, es decir, el 7 por ciento de rotura o deslizamiento) que los preservativos vaginales (9 por ciento de rotura o deslizamiento, 73/838). Se desgarran menos, pero se deslizan más que estos últimos. Golombok y cols. (1989),⁷⁵ estudiando la utilización de los preservativos entre 262 hombres homosexuales, encontró una tasa de rotura de 1 de cada 27 preservativos durante las relaciones anales. El 31 por ciento de los usuarios de preservativo durante la relación anal reportaron por lo menos un incidente de rotura. Wigersma y cols.,⁷⁶ por su parte, reportan una rotura de preservativo en 47 casos, y su deslizamiento en 67 casos, sobre 200 actos sexuales anales entre 17 parejas homosexuales. De los siete tipos de preservativos utilizados, solamente tres resistían bien a la rotura (0.3 y 10 por ciento de rotura) y sólo uno de estos tres no se desplazaba. Pero los usuarios consideran estos tres tipos de preservativos inaceptables, dada su rigidez y la compresión del pene que produce su utilización. D. Cohen,⁷⁷ director del *Centro de Control de las Enfermedades* en el Servicio de Control de las Enfermedades de Denver (EE.UU.), ha evidenciado una tasa elevada de rotura de preservativo en el curso de relaciones sexuales anales entre las parejas homosexuales participantes en un estudio de reducción de riesgo. Alrededor del 30 por ciento de los hombres que habían utilizado un

preservativo en el curso de relaciones homosexuales anales reportaron, por lo menos, un caso de rotura en el transcurso de los seis meses precedentes a la encuesta. Esta rotura había sobrevenido con mayor frecuencia en los cinco primeros minutos de la utilización, pero una tercera parte la comprobaron después de retirar el pene.

3) La degradación del látex

La tercera causa de fracaso del preservativo es la degradación del látex. Efectivamente, el látex se deteriora con el paso del tiempo y se resquebraja si se expone al sol, al calor y a los lubricantes oleosos.⁷⁸ Por esta razón, la F.D.A. (*Food and Drug Administration*) ha hecho que todos los fabricantes de preservativos se comprometan a almacenar sus productos “en lugar seco y fresco”.⁷⁹ Desafortunadamente, estas condiciones pocas veces son observadas (o incluso difícilmente cumplidas en el caso de distribuidores de preservativos para el público en general, en los países tropicales). El *Center for Disease Control* de Atlanta (1988) ofrece una lista de diez recomendaciones sobre el buen uso del preservativo y sugiere a los usuarios que mantengan los preservativos en un lugar fresco, seco, no expuesto al sol, y les advierte contra cualquier preservativo que sea antiguo o presente algún indicio sospechosos (decoloración, carácter adherente o quebradizo del látex).⁸⁰ En una publicación más reciente, destinada al público en general, el *U.S. Department of Health and Human Services*⁸¹ ha dirigido a los usuarios del preservativo la misma recomendación y les aconseja, “además, que no los guarden en la bolsa más de unas horas”. Sabiendo que los preservativos son transportados a largas distancias en camiones no refrigerados, y que permanecen expuestos a la luz, al calor y a la humedad en los distribuidores públicos, se puede dudar razonablemente de la calidad mecánica de algunos de los preservativos utilizados en los países industrializados. No hablaremos aquí del continente africano, donde no se ve de qué manera podrían respetarse estas normas de transporte y almacenamiento.

Por lo demás, los usuarios de preservativos recurren frecuentemente a los lubricantes oleosos, que vuelven frágil y permeable al látex: C. Chan-Chee, en su encuesta parisiense, hace notar que el 11 por ciento de los heterosexuales y el 61 por ciento de los homo/bisexuales interrogados

asociaban un lubricante al preservativo utilizado, y que este lubricante era oleoso en el 35 por ciento de los casos. La utilización de un lubricante oleoso no tenía una gran influencia sobre la tasa de rotura del preservativo en el grupo de los heterosexuales que practicaban relaciones estrictamente vaginales, pero aumentaba la tasa de rotura entre los homo/bisexuales,⁸² un factor agravante puesto en evidencia por B. Voeller.⁸³

El *U.S. Department of Health and Human Services*, en una publicación destinada al público en general, recomienda también a los usuarios de preservativos, para un uso más efectivo y seguro, respetar una lista de trece medidas de prudencia.⁸⁴ Nos preguntamos hasta qué punto son respetadas en la práctica estas directrices, muy particularmente por los muy jóvenes —que son, no obstante, los que más riesgo corren—, así como los que tienen relaciones sexuales menos tempranas pero más espontáneas.

B. Contaminación directa por el VIH

1) Contaminación de la superficie externa del preservativo

Otra razón por la que los preservativos pueden no proteger contra el VIH, es que su superficie externa puede estar contaminada tanto por las secreciones portadoras del virus, al momento de colocar el preservativo, cuanto por el espermatozoides escapado del preservativo al final del acto sexual.

El virus está presente en diferentes líquidos o secreciones provenientes del aparato genital del compañero seropositivo durante la primera parte de la relación sexual, antes de que la erección permita la colocación del preservativo. Ahora bien, en el caso del VIH, basta que pase una muy pequeña cantidad de virus a través de una erosión de la piel o de una mucosa infectada, para contaminar al organismo del receptor. Las células de Langerhans de la piel y de las mucosas, y los macrófagos sistémicos no eliminan en modo alguno el VIH, sino que, por el contrario, lo acogen, puesto que con su marcador CD4 constituyen para él células cebo.⁸⁵

¿Cómo se puede pensar, por lo demás, que una pareja comprometida en una relación sexual tenga la suficiente sangre fría como para controlar la instalación del preservativo sin contaminar la superficie externa con alguna secreción? Sabemos con qué cuidado los cirujanos se ponen sus

guantes antes de una intervención, evitando todo contacto entre la piel y la superficie externa del guante. ¿Podemos esperar un cuidado semejante por parte de los usuarios de preservativos?

2) Contaminación por el VIH presente en las secreciones pre-eyaculatorias

Una comprobación reciente origina nuevas inquietudes en cuanto a la eficacia del preservativo ante el VIH. Hasta ahora, en efecto, se pensaba que éste sólo se presentaba en el esperma y en la sangre, y debía de detenerlo, pues, el preservativo masculino. Pero Ilaria y cols.⁸⁶ demostraron no hace mucho que el VIH está presente también en los líquidos pre-eyaculatorios que pasan a la uretra del hombre antes de colocar el preservativo. Según estos autores, los “líquidos pre-eyaculatorios deben ser considerados como vectores potenciales en la transmisión del VIH-1”. Pudney y cols.,⁸⁷ por su parte, concluyen en otro artículo que “sería prudente considerar al líquido pre-eyaculatorio como potencialmente infectante, y evitar en consecuencia exponer las mucosas a este líquido en la práctica del ‘sexo seguro’”

C. Resumen

Existen múltiples razones: físicas, de modo de empleo y fisiológicas por las cuales el preservativo masculino de látex no puede ser considerado, en principio, como una barrera absoluta contra el VIH. Es evidente que una parte de la población, y en particular los “primerizos” y los adolescentes no saben cómo utilizar correctamente un preservativo, sin desgarrarlo ni contaminarlo, o cómo colocarlo en el momento oportuno.⁸⁸ Esta comprobación se añade a lo que acabamos de ver en cuanto a las deficiencias clínicas, objetivas, del preservativo como anticonceptivo y profiláctico, para plantear graves interrogantes sobre lo acertado de las campañas de lucha contra el SIDA basadas enteramente en la promoción del preservativo.

IV. La efectividad del preservativo en la protección contra el VIH

Si bien es cierto que la membrana del preservativo parece bloquear adecuadamente al VIH en los estudios hechos *in vitro* cuando se utiliza

un preservativo sumergido en un medio de cultivo,⁸⁹ la experiencia de las enfermedades sexualmente transmisibles nos aconseja que seamos prudentes al extrapolar los resultados obtenidos *in vitro* a las situaciones *in vivo*.

¿Qué dicen los hechos mismos, leídos a través de las estadísticas clínicas y epidemiológicas?

Digamos de inmediato que estas estadísticas, que se refieren a diversas poblaciones, a costumbres sexuales variadas y a diferentes condiciones sociales y de edad, apenas se pueden comparar entre sí, pudiendo incluso contradecirse. A menudo son difíciles de interpretar y, a veces, no se pueden utilizar ante la falta de una metodología común y de su carácter pretendidamente impreciso, subjetivo y en ocasiones con lagunas.

Por estas razones, conviene diferenciar entre las estadísticas generales, establecidas sobre muestras globales de población, o sobre poblaciones de gran riesgo —prostitutas y homosexuales—, africanas o norteamericanas, y las estadísticas más específicas, europeas, referentes a parejas VIH-discordantes, muy vigiladas médicamente y en las que el riesgo de transmisión es moderado.

A. Estadísticas generales

Los estudios epidemiológicos demuestran que el preservativo asegura una protección contra la contaminación por el virus, pero que esta protección está lejos de ser total y absoluta. El riesgo de contraer la infección por VIH al utilizar un preservativo masculino en el curso de relaciones sexuales con riesgo es, en promedio, del 15 al 16 por ciento según diversas estadísticas.⁹⁰

1) Estadísticas africanas concernientes a las prostitutas

Los resultados ofrecidos por J. Mann y cols. (1987)⁹¹ sobre su seguimiento de un grupo de 377 prostitutas en Kinshasa, Zaire, demuestran que una parte de estas mujeres fueron contaminadas rápidamente por el VIH, sin importar que le exigieran a su compañero que utilizara el preservativo.

En 1988 E.N. Nguni y cols.,⁹² distribuyeron gratuitamente preservativos a una población de prostitutas en Nairobi, Kenya, y observaron

una disminución por tres del riesgo de seroconversión al VIH entre las prostitutas que utilizaban, incluso irregularmente, un preservativo en sus relaciones. Este efecto podía ser directo, pero pasaba también probablemente por una prevención creciente de las enfermedades sexualmente transmisibles (ulceraciones genitales e infecciones por *Chlamydia trachomatis* particularmente). Los autores notaron una relación significativa entre la frecuencia de utilización del preservativo en el curso de las relaciones y la disminución del riesgo de seroconversión al VIH. Sin embargo, 23 de las 50 mujeres que utilizaban el preservativo se volvieron, a pesar de todo, seropositivas (contra 20 de las 28 que no utilizaron el preservativo).

S. Moses y cols. (1991),⁹³ hicieron el seguimiento de un grupo de 1,000 prostitutas en Nairobi, y encontraron que las mujeres que utilizaban el preservativo veían disminuir por tres su riesgo de seroconversión, reduciéndose también la incidencia de gonorrea y otras enfermedades sexualmente transmisibles (de 2.86 por mujer en 1986, a 0.66 por mujer en 1989). Estos autores pensaron que el preservativo prevenía, o por lo menos retardaba, la infección por VIH de manera indirecta, al limitar las enfermedades sexualmente transmisibles.

Tuliza y cols. (1991)⁹⁴ hicieron el seguimiento de 434 prostitutas en Kinshasa (Zaire) a las que ofrecieron preservativos al tratar las enfermedades sexualmente transmisibles de estas personas. Comprobaron una disminución impresionante de la transmisión del VIH, de un 18 por ciento a un 3 por ciento durante el período de años de observación. Pero, también para estos autores, tal disminución en la tasa de contaminación no se debía al uso del preservativo, sino al tratamiento paralelo de las enfermedades sexualmente transmisibles.

R.S. Hanenberg y cols. (1994),⁹⁵ saludaron con entusiasmo el aumento masivo del uso del preservativo entre prostitutas tailandesas (de 14 a 94 por ciento entre 1989 y 1993), pero comprobaron un aumento de la contaminación por VIH en estas prostitutas, pasando la prevalencia de la infección por VIH de 3.5 por ciento en enero de 1989 a 29.5 por ciento en mayo de 1993, aun cuando incluso la tasa de las enfermedades sexualmente transmisibles claramente disminuía en este grupo. Los autores se vieron obligados a reconocer que el único éxito notable del programa gubernamental de distribución de preservativos había sido la reducción de las enfermedades sexualmente transmisibles. Entre los reclutados,

clientes de estas prostitutas, usuarios del preservativo en el 90 por ciento de sus relaciones, la prevalencia de la infección por VIH pasó del 0.5 por ciento, en diciembre de 1989, a 4 en junio de 1993. De hecho, la prevalencia de la infección por VIH aumentó en todos los grupos estudiados, a pesar de un uso cada vez más constante del preservativo.

M. Laga y cols.,⁹⁶ observaron durante once meses un grupo de 493 prostitutas inicialmente seronegativas en Kinshasa (Zaire), y encontraron una seroconversión en 42 de ellas, portadoras de enfermedades sexualmente transmisibles no ulcerativas. No se pudo encontrar diferencia alguna entre estas prostitutas y las que siguieron siendo seronegativas, tanto en número de contactos como en el uso o no del preservativo. En esta serie se estaba, pues, en presencia o no de una enfermedad sexualmente transmisible que era mucho más determinante que el uso del preservativo. El mismo equipo,⁹⁷ estudiando a continuación el efecto de la promoción del preservativo en un grupo de 531 prostitutas de Kinshasa, Zaire, observaron una disminución progresiva de la infección por VIH en estas mujeres, de 11.7/100 WY (mujeres/año) —durante los seis primeros meses de observación— a 4.4/WY durante los seis meses siguientes. Sin embargo, la tasa de contaminación siguió siendo importante, incluso con un uso regular del profiláctico, atestiguando la intervención de otros factores, cuyo primer lugar lo ocuparon las enfermedades sexualmente transmisibles (gonorrea, tricomoniasis y úlceras vaginales).

2) Estadísticas estadounidenses concernientes a los homosexuales

En 1989, R. Detels y cols.,⁹⁸ estudiaron la tasa de seroconversión en una población de 2,915 VIH-seronegativos homosexuales, en cuatro centros del *Multicentre AIDS Cohort Study* (MACS) en Estados Unidos (Baltimore, Chicago, Los Angeles, Pittsburg), y encontraron, en el curso de los 24 meses de su estudio, una seroconversión en 232 de estos sujetos (tasa de conversión del 8 por ciento). Esta tasa se elevaba al 9.5 cuando los sujetos no utilizaban preservativos y tenían más de nueve parejas (1,587 hombres); era de 5.96 cuando los sujetos utilizaban periódicamente un profiláctico en sus relaciones; y bajaba a 3.32 cuando el profiláctico se utilizaba siempre (7 hombres contaminados sobre 72). Así el profiláctico aseguraría una buena protección en esta serie, pero tal protección no era absoluta.

L.I. Levin y cols.⁹⁹ estudiaron los antecedentes de 140 hombres, localizados en 22 instalaciones del Ejército norteamericano, que habían presentado una seroconversión al VIH entre julio de 1988 y diciembre de 1991, comparados con los de 140 hombres de control, procedentes de esas mismas instalaciones y que eran seronegativos. De 128 seropositivos, se reportó contaminación en el 13 por ciento de los casos (15 hombres) con relaciones homosexuales, y en el 28 por ciento (34 sujetos) con relaciones únicamente heterosexuales. La mayoría de los sujetos (71 por ciento) habían utilizado profiláctico en el curso de sus relaciones, mientras sólo el 58 por ciento de los sujetos-control seronegativos utilizaban un profiláctico en sus relaciones. Parecía, pues, que en esa serie el profiláctico había jugado el papel de un indicador de comportamiento sexual de riesgo, más que de protector contra la infección por VIH. Sin embargo, ninguno de los sujetos —ni en el grupo de los seropositivos ni en el de los seronegativos— había utilizado el profiláctico de manera absolutamente constante.

3) Síntesis de diferentes estadísticas

N. Hearst y S.B. Hulley (1988),¹⁰⁰ en un estudio procedente del *Californian Center for AIDS Prevention* y apelando a los datos referentes al conjunto de EE.UU. y provenientes de diversas fuentes (reclutas al momento de incorporarse a filas y datos del *Center for Disease Control* de Atlanta para las prostitutas), atribuyen al profiláctico una tasa de fracaso de un 10 por ciento por año, idéntica a su tasa de fracaso como anticonceptivo. Estiman, según sus cálculos, que el anticonceptivo masculino reduce la infectividad por VIH por un factor de 10, aunque observan que esta protección podría ser mejor en el caso de una utilización constante y cuidadosa, en asociación con los espermicidas (pero faltan datos para apoyar una afirmación semejante). Admiten que la tasa de fracaso acumulada, calculada durante varios años, es probablemente superior al 10 por ciento. Subrayan que un factor mucho más importante, en el conjunto de sus datos, es el del estatuto de la pareja que interviene en la relación sexual, según que esa pertenezca a una categoría de bajo riesgo o de alto riesgo (homosexual hombre, o toxicómano por drogas intravenosas): la elección de un compañero “de bajo riesgo” con relación a un compañero de alto riesgo multiplica por 5,000

(4 órdenes de magnitud) la protección, cuando el uso del profiláctico no multiplica esta protección sino por 10 (un orden de magnitud).

R. Gordon, en una revisión de la cuestión (1989),¹⁰¹ comprueba que el profiláctico presenta más fracasos como profiláctico del VIH que como anticonceptivo, y esto entre los usuarios muy motivados y que utilizan el profiláctico de manera experta. Dicho autor encontró, en efecto, una tasa de infección por el VIH entre las personas que utilizaban el profiláctico que iba del 8 por ciento al 23 por ciento. Esto debe hacer considerar, dice, al preservativo como poco eficaz para una protección de larga duración en el marco de una pareja discordante.

En 1993, S. Weller,¹⁰² en un meta-análisis de 11 publicaciones, dio una tasa de protección contra el VIH por el profiláctico de 69 por ciento (fracaso en el 31 por ciento de los casos). S. Weller, en este estudio, recuerda que el mismo profiláctico aseguraría una protección del 87 por ciento contra los embarazos.

Una tasa de infección por VIH que va del 13 al 27 por ciento es referida por April y Schreiner¹⁰³ en otro artículo de síntesis. Estos autores dicen que ellos no han encontrado riesgo de contaminación inferior al 10-20 por ciento en las personas usuarias del profiláctico. Y concluyen que la suposición según la cual el profiláctico proporciona una protección confiable contra el VIH es una peligrosa ilusión.

J. Kelly¹⁰⁴ recordaba recientemente que el uso del profiláctico no garantiza una protección total a las parejas sexuales, y que, en las mejores estadísticas, se mantiene una tasa de contaminación de 6 por 100 mujeres/año.

B. Estadísticas en las parejas VIH serodiscordantes

Los estudios que mejor se prestan al análisis científico y a las comparaciones de las estadísticas entre sí¹⁰⁵ se refieren a las parejas monógamas, estables, en las que uno de los esposos es VIH seropositivo, siendo el otro seronegativo.¹⁰⁶ En este tipo de estudios es donde se encuentran las tasas de seroconversión más bajas, de 0 a 22 por ciento (Fischl: 10 por ciento; Goerdent: 17 por ciento) cuando los esposos utilizan sistemáticamente un profiláctico por períodos que van de seis meses a tres años.

En 1987, Fischl,¹⁰⁷ estudió la contaminación por el VIH en las parejas serodiscordantes y comprobó una seroconversión en 12 de las 14 esposas que continuaban teniendo relaciones no protegidas con su marido reconocido como seropositivo, y en una de cada diez esposas que utilizaban el preservativo en sus relaciones sexuales con el marido seropositivo. Por el contrario, en las ocho parejas serodiscordantes que habían dejado de tener relaciones sexuales al enterarse de la condición seropositiva del marido, no se observó seroconversión alguna. Se puede decir, pues, que el uso del anticonceptivo en esta serie aportó una protección contra el contagio por VIH, pero una protección incompleta, puesto que existió contaminación en una esposa de cada diez (10 por ciento). Sólo la abstinencia total previno la contaminación.

En 1987 igualmente, Paduian,¹⁰⁸ estudiando durante un año las tasas de VIH-seroconversión en un grupo de 97 mujeres, compañeras sexuales de 93 hombres infectados por el VIH, encontraron que el riesgo de contaminación estaba esencialmente en función del número de parejas, y del número de relaciones sexuales con el compañero infectado (multiplicación del riesgo por 4.6, por más de 100 relaciones sexuales). El uso del profiláctico no ejercía, en esta estadística, influencia alguna en el riesgo de contaminación.

P.J. Feldblum (1991),¹⁰⁹ al reportar los resultados de sus observaciones en parejas VIH-discordantes de Zambia, encontró cuatro nuevas infecciones por VIH en 172 parejas usuarias de profiláctico masculino (2.3 por ciento) y 37 nuevas infecciones en las 145 parejas que no utilizaban profiláctico de manera regular (25.5 por ciento).

En 1994, De Vicenzi¹¹⁰ reportó los resultados de una estadística del Grupo de Estudios Europeos y demostró que en las parejas heterosexuales estables la protección proporcionada por el uso del profiláctico podía llegar al 100 por ciento. Para llegar a este resultado, De Vicenzi reunió los resultados obtenidos en 378 parejas a las que se había dado seguimiento durante 20 meses, en diez centros diferentes de ocho países europeos (Francia, Italia, Grecia, Holanda, España, Bélgica e Inglaterra). Sin embargo, la confiabilidad de tales resultados puede ser cuestionada: 74 de estas parejas no volvieron a consulta, 48 dejaron de tener relaciones sexuales, 121 no utilizaron el profiláctico, y sólo 124 parejas lo utilizaron regularmente.

La tasa de contaminación en las parejas que no habían recurrido al profiláctico fue del 4.8 por ciento por persona y año, 12.7 por ciento en dos años. Esto da un riesgo de transmisión por relación sexual vaginal no protegida de 0.7/1000. Las mujeres se infectaron dos veces más que los hombres en estas series. De ello se puede deducir que en una pareja heterosexual sosteniendo 100 relaciones sexuales no protegidas al año, se daría una contaminación por VIH cada 15 años. La gran mayoría de estas parejas, aun no protegiéndose con profiláctico en sus relaciones, no observarían, pues, el paso de la infección por VIH de uno a otro. Por el contrario, la contaminación por el VIH aumenta fuertemente cuando uno de los compañeros tiene una lesión genital (infección o erosión de la mucosa genital), con una tasa que aumenta a 33 e incluso a 40 por ciento en casos de ulceración evidente.

Las 124 parejas que no tenían ulceración o infección de las mucosas genitales y utilizaron el profiláctico durante los 20 meses del estudio no mostraron contaminación, pero el autor no descarta la posibilidad de una infección semejante, considerando que el tamaño de este grupo, en relación con el número total de parejas objeto del estudio, no bastaba para ser significativo.

En mayo de 1995 un estudio de Nicolasi y cols.¹¹¹ efectuado en 174 parejas estables, en las que el marido era seropositivo, mostró una tasa de seroconversión de 12 por ciento después de un año de relaciones sexuales no protegidas, para una tasa de 2 por ciento cuando las parejas utilizaron un profiláctico.

A partir de estos resultados se puede decir, pues, que el profiláctico impide la transmisión del VIH en las parejas heterosexuales estables que sólo tienen relaciones vaginales, y que no tienen infección genital, como en la estadística de De Vicenzi; pero que, incluso en los casos en los que el riesgo de contaminación, sin profiláctico, es muy bajo (4.8 por ciento), éste no ofrece una protección absoluta (riesgo de contaminación que va de 2 a 10 por ciento en las estadísticas de Nicolasi y de Fischl). Estos estudios no han sobrepasado un seguimiento de 20 meses. Por un simple efecto de riesgo acumulado, es muy probable que, al multiplicarse los años de relaciones sexuales "protegidas" con profiláctico, se advertiría una multiplicación del riesgo de seroconversión.

El fracaso del profiláctico se vuelve importante cuando la pareja no es fiel, cuando practica relaciones ano-genitales, cuando el esposo tiene

también relaciones homosexuales fuera de la pareja, y cuando la mujer tiene una enfermedad sexualmente transmisible, como lo muestra la estadística de N. Padian, o la de Feldblum.

Algunos autores han tratado de precisar un índice de magnitud del riesgo de infección en una pareja serodiscordante, calculando, según el modelo del índice de Pearl, la incidencia de seroconversión VIH para cien años/pareja. Feldblum¹¹² da un porcentaje de contagio de 3.5 por año/pareja para aquellos que hacen un uso regular del profiláctico, contra 10.1 para los que no lo utilizan. La probabilidad de transmisión del virus en las parejas en las que uno de los miembros es seropositivo y que hacen uso del profiláctico sería, pues, del mismo orden de magnitud que la probabilidad de una concepción a pesar del profiláctico.

C. Los índices de protección por el profiláctico

Los estudios sobre la eficacia del profiláctico proporcionan también resultados por lo menos divergentes, con un fracaso en el 15 por ciento de los casos en la mayoría de las estadísticas, cayendo por debajo del 10 por ciento cuando el riesgo de contaminación es bajo. Esta dificultad se debe, evidentemente, a que intervienen muchos factores en estas estadísticas que no tienen relación directa con la utilización del profiláctico.¹¹³ Nosotros hemos señalado de pasada algunos, como:

- la frecuencia de las relaciones sexuales (que ninguna estadística indica);

- las relaciones ano-genitales (son las pocas estadísticas que reportan seroconversión entre homosexuales, pero todas dan cuenta de una protección muy relativa proporcionada por el profiláctico);¹¹⁴

- el uso de un dispositivo intrauterino (que multiplica por tres el riesgo de contaminación por VIH);

- la existencia de una enfermedad sexualmente transmisible (que multiplica por de tres a cinco en la mujer la posibilidad de ser contaminada por el VIH en el transcurso de relaciones heterosexuales).¹¹⁷ Es evidente que las enfermedades sexualmente transmisibles favorecen la entrada del VIH, incluso cuando no son ulcerativas, como las infecciones por *Chlamydia* y la gonorrea.¹¹⁸ Efectivamente, la infección por VIH y enfermedades sexualmente transmisibles pueden ser sinérgicas, facilitándose la una a la otra;¹¹⁹

- también influye la existencia de ulceraciones genitales;¹²⁰
- así como las relaciones sexuales ocasionales fuera de la pareja.¹²¹

Si estos factores intervienen fuertemente sobre la contaminación por el VIH es porque, en efecto, este virus sólo es débilmente infectante y porque, a falta de una puerta abierta que facilite su entrada (infección, mucosa vaginal traumatizada o ulcerada), se requiere, en general, de una exposición prolongada al virus y de contactos repetidos para que el contagio se produzca, a menos que el compañero contaminante no tenga una carga viral muy importante.¹²²

Se deben tomar en consideración, igualmente, las variaciones individuales de resistencia al VIH, de una a otra persona, y también en la misma persona.¹²³

Finalmente, es posible que la desnutrición y el mal estado general de los sujetos favorezca la contaminación por VIH. Esto explicaría el carácter, a menudo explosivo, que adopta la epidemia por VIH en los países del África subsahariana.¹²⁴

Teniendo en cuenta estas variables estadísticas, el profiláctico reduce por un factor de 2 a 5 el riesgo de transmisión del VIH,¹²⁵ con un riesgo de fracaso del 10 por ciento en los dos primeros años de utilización, aumentando más en proporción del número de exposición al riesgo, estando descartado cualquier otro factor coadyuvante (como una enfermedad sexualmente transmisible). Vista la gravedad de la infección por VIH, una reducción semejante parece insuficiente.

V. El impacto del anticonceptivo en la evolución epidemiológica de la infección por VIH

La incapacidad del profiláctico para prevenir con efectividad la difusión de la infección por VIH es puesta de manifiesto por la curva de progresión de la epidemia en los países en los que la promoción del profiláctico para luchar contra el SIDA se ha hecho con mayor rapidez y a escala masiva.

Francia constituye a este respecto un buen ejemplo, por lo demás bien documentado. *"En Francia, escribe H. Lestradet, se ha hecho una apuesta, la de la eficacia absoluta del profiláctico, esperando que una buena utilización permitiría no tener que modificar los comporta-*

mientos".¹²⁶ En efecto, en Francia se comprueba un avance constante en los decesos anuales atribuibles al SIDA desde 1987 (1,000) a 1995 (5,469).¹²⁷ A partir de 1993, 6,000 nuevos casos de SIDA se añaden anualmente a este total.¹²⁸

Tales cifras se dan sin distinguir la forma de contaminación. Al no tener en cuenta sino los casos transmitidos por vía sexual, se comprueba una disminución de la transmisión homosexual (51.9 por ciento de los casos de SIDA al 31 de diciembre de 1994, 36 por ciento en 1996), pero también un aumento en la transmisión heterosexual: de 13.4 por ciento en 1994 a 28 por ciento en 1996. El conjunto se equilibra. La disminución relativa de los casos de SIDA anotados en 1996 concierne ante todo a los hemofílicos y los que recibieron una transfusión sanguínea (menos del 25 por ciento).

No se puede hablar, pues, de que la promoción especialmente activa del profiláctico en Francia haya contenido, de cualquier manera, el avance de la epidemia de SIDA.

En Estados Unidos se observa una curva semejante de progresión de la infección por VIH, desde los 58 casos de muerte por SIDA declarados antes de 1981, pasando por los 4,445 casos de 1984, hasta los 68,367 casos de 1995.¹²⁹ La ligera disminución observada en 1995 traduce el aumento de supervivencia de los enfermos afectados de SIDA (62,258 muertos por SIDA en 1996). Pero no debemos hacernos ilusiones, viendo que en junio de 1996 alrededor de 223,000 residentes en Estados Unidos, mayores de 13 años, estaban afectados de SIDA, es decir, un aumento del 10 por ciento con relación a mediados de 1995, y del 65 por ciento en relación con enero de 1993. La transmisión por vía homosexual representaba la causa más importante de estos casos (44 por ciento), seguida por la inyección de drogas (26 por ciento) y la transmisión heterosexual (12 por ciento). El aumento de prevalencia ha afectado sobre todo al grupo de personas infectadas por vía heterosexual (19 por ciento), pero el incremento más importante en números absolutos se ha visto en las personas contagiadas por vía homosexual (5,100).

Estas cifras demuestran, por tanto, que, a pesar de las grandes campañas en favor del profiláctico llevadas a cabo en Francia, en el conjunto de Europa y en Estados Unidos, se observa en estos países, desde 1981, un aumento continuo del número de casos de SIDA. Si hubiera sido eficaz la prevención por parte del profiláctico de la

infección por VIH, en la perspectiva del "sexo seguro", no se vería hoy día un panorama epidémico tan alarmante, sino una clara disminución, cuando no su desaparición.

Conclusión

La imposibilidad del profiláctico de oponer una barrera absoluta al paso de los espermatozoides, dando lugar a embarazo en cerca del 15 por ciento de los casos; la incapacidad del profiláctico para prevenir las enfermedades sexualmente transmisibles debidas a virus (uretritis no gonocócicas e infecciones por *Condylomata acuminata*, principalmente), y los casos, ya más que documentados, de contaminación por el VIH en el transcurso de relaciones sexuales protegidas con profiláctico —con una frecuencia de contaminación del 15 por ciento en promedio—, indican con claridad que no se puede confiar únicamente en el profiláctico masculino para prevenir la infección por VIH.

El hecho de que la contaminación por el VIH pueda ser llevada, en las mejores estadísticas, a un nivel muy bajo, se ha de tomar en consideración, pero no da derecho a generalizar. La ausencia de una enfermedad sexualmente transmisible, el buen estado general de los miembros de la pareja y la situación de estabilidad y fidelidad de las parejas a las que corresponden estas estadísticas europeas mejoradas, no pueden en realidad compararse con lo que reflejan las estadísticas africanas, tailandesas o californianas, a lo que reflejarían las estadísticas europeas en relación con los grupos homosexuales —si se hicieran— y con lo que viven los adolescentes en los suburbios de las grandes ciudades europeas. Por lo demás, con el profiláctico no habría que hablar ya de "prevención", sino de una auténtica "protección", o de un paliativo, puesto que el problema de fondo —el comportamiento de riesgo, generador de la enfermedad— subsiste.

Utilizar un profiláctico para protegerse contra el VIH equivale a jugar a la ruleta rusa: cuanto más se multipliquen las experiencias sexuales, confiando en la impunidad proporcionada por el profiláctico, más se elevará la probabilidad de la contaminación y, al cabo, será el VIH el que ganará la partida. Por esta razón, en el campo del VIH/SIDA, resulta excesivo el riesgo, incluso si se reduce al 10 por ciento, de contraer la infec-

ción creyéndose protegido por el profiláctico. ¿Qué se diría de un modelo de avión cuyo 10 por ciento de los vuelos terminaran estrellándose?

Tal vez se haya insistido demasiado en la utilización o no del profiláctico, olvidando que, en la fórmula del “sexo seguro”, no es el profiláctico el que debe estar en primer plano, sino la prudencia en la elección de la pareja sexual, la limitación del número de contactos, y, mejor aún, una monogamia estricta.¹³⁰ Esto es lo que ha demostrado en particular N. Hearst.¹³¹ Si la persona persevera en sus hábitos sexuales de riesgo, el profiláctico que utilice no le impedirá contraer la infección por VIH, tarde o temprano.

Los recientes avances en el campo de la terapéutica de la infección por VIH no deben hacer olvidar la realidad del VIH/SIDA, que continúa siendo sombría. La epidemia no ha sido detenida por seis años de “información” y de distribución de profilácticos y el fracaso de esta política debe ser reconocido.

Todos los autores que se interesan en la prevención de la infección por VIH están de acuerdo en un punto: sólo un cambio radical en el comportamiento sexual puede comportar la protección real y total que se podría esperar del sólo profiláctico.¹³² Los mismos partidarios de una publicidad reforzada sobre el profiláctico lo admiten sin ambages: “*Clearly the dangers of relying solely on barrier methods to prevent AIDS must be emphasized*”, escribía en 1986 K. Wellings,¹³³ y la historia subsecuente de la epidemia ha probado lo bien fundado de este temor. La única estrategia real y totalmente eficaz frente al VIH es la abstinencia o las relaciones sexuales con una sola pareja mutuamente fiel, según la fórmula del *Center for Disease Control* de Atlanta (EE.UU.):

“*Abstinence and sexual intercourse with one mutually faithful uninfected partner are the only totally effective prevention strategies*”.¹³⁴

Referencias bibliográficas

¹ CENTER FOR DISEASE CONTROL (CDC), *Pneumocystis Pneumonia*, Los Angeles, Morbidity and Mortality Weekly Report 1981, 30: 250-252.

² HEARST, N., MANDEL, J.S., COATES, Th.J., *Collaborative AIDS prevention research in the developing world: the CAPS experience*, AIDS 1995, 9 supp 1: S 1.

³ EHRHARDT, A.A., *Trends in sexual behavior and the HIV pandemic*, American Journal of Public Health 1992, 82 (11): 1459-1461.

⁴ «To make condom use the norm»: EHRHARDT, *Trends in sexual...*, p. 1461.

⁵ FRANCIS, D.P., *The prevention of acquired immunodeficiency syndrome in the United States. An objective strategy for Medicine, Public Health, Business, and the Community*, JAMA 1987, 257 (10): 1360.

⁶ VOELLER, B., POTTS, M., *letter*, British Medical Journal 1985: 291 (6503): 1196; GOEDERT, J.J., *What is safe sex? Suggested standards linked to testing for Human Immunodeficiency Virus*, The New England Journal of Medicine 1987, 316 (21): 1339-1342; KELLY, J.A., ST. LAWRENCE, J.S., *Cautions about condoms in prevention of AIDS*, The Lancet 1987, 8258: 323; WELLINGS, K., *Aids and the condom*, British Medical Journal 1986, 293 (6557): 1259; VERMUND, ST.H., *Editorial: Casual sex and HIV transmission*, American Journal of Public Health 1995, 85 (11): 1488.

⁷ BECKER, M.H., JOSEPH, J.G., *AIDS and behavioral change to reduce risk: a review*, American Journal of Public Health 1988, 78 (4): 394.

⁸ EHRHARDT, *Trends in sexual...* p. 1461.

⁹ *Ibid.*, p. 1460.

¹⁰ ROUET, A., *Le SIDA interroge la société*, en *SIDA, La société en question*, París: Bayard, 1996: 197.

¹¹ ANATRELLA, T., *L'Amour et le préservatif*, París: Flammarion, 1995: 15-16.

¹² De esta "satanización" de quienes no están de acuerdo con la seguridad absoluta del profiláctico, son buena muestra las campañas emprendidas recientemente en casi todos los medios de comunicación de la ciudad de México, en contra de las declaraciones del cardenal arzobispo de México y del presidente honorario de la Cruz Roja Mexicana (*N. del T.*).

Por lo demás, sobre el carácter masivo, provocador y pornográfico que esta campaña, orquestada y financiada por los poderes públicos, ha cobrado en Francia en los tres últimos años, reforzando en particular la psicología, propia de los chicos, de «perverso polimorfo», puede leerse con interés: ANATRELLA, *L'amour et le préservatif*, pp. 23-3 1.

¹³ *Ibid.*, pp. 233-234, 246, 258.

¹⁴ «Muchos médicos competentes afirman que el preservativo de calidad confiable es actualmente el único medio de prevención. Y que, por tal motivo, es necesario»: ROUET, *Le SIDA interroge...* p. 191.

¹⁵ KELLY, J., *Using condoms to prevent transmission of HIV. Condoms have an appreciable failure rate*, British Medical Journal 1996, 312 (7044): 1478.

¹⁶ HICKS, D.R., MARTIN, L.S., GETCHELL, J.P. et al., *Inactivation of HTLV-III_{LAV}-infected Cultures of Normal Human Lymphocytes by Nonoxynol-9 in vitro*, The Lancet 1985, II (8469): 1422-1423; FRANCIS, D.P., *The prevention of acquired immunodeficiency syndrome in the United States. An objective strategy for medicine, public health, business, and the community*, JAMA 1987, 257 (10): 1360; MALKOVSKY, M., NEWELL, A., DALGLEISH, A.G., *Inactivation of HIV by Nonoxynol-9*, The Lancet 1988, I (8586): 645; POLSKY, B., BARON, P.A., GOLD, J.W.M. et al., *In vitro inactivation of HIV-1 by contraceptive sponge containing Nonoxynol-9*, The Lancet 1988, I (8600): 1456; Editorial, *Barriers and boundaries*, The Lancet 1990, 335 (8704): 1497-1498.

¹⁷ GOLDSMITH, M.F., *Sex in the age of aids calls for common sense and "condom sense"*, JAMA 1987, 257 (17): 2261-2266; GIORDAN, A., *Le préservatif: "En caoutchouc soie, sans couture, sans odeur et déchirure"*, La Recherche, 1996, 284: 109; CHAST, F., *Histoire de la contraception*, Pour la Science 1997, 233: 15.

¹⁸ JONES, E.F., FORREST, J.D., *Contraceptive failure rates based on the 1988 NSFG*, Family

Planning Perspectives 1992, 24: 12-19; GRADY, W.R., HAYWARD, M.D., YAAGI, J., *Contraceptive failure in the United States: estimates from 1982 National Survey of family growth*, Family Planning Perspectives 1986, 18: 200-209; APRIL, K., KÖSTER, R., FANTACCI, G., et al., *Qual è il grado effettivo di protezione dall'VIH del profilattico?*, Medicina e Morale 1994, 5: 903.

¹⁹ VESSEY, M.P., LAWLESS, M., YEATES, D., *Efficacy of different contraceptive methods*, The Lancet 1982, 1 (8276): 841-842.

²⁰ VESSEY, M.P., MACKINTOSH, L.V., *letter*, The Lancet 1987, 1 (8532): 568; MCCOY, K., WIBBLESMAN, C., *The new teenage body book*, Los Angeles: The Body Press, 1987: 210; JONES, E.F., FORREST, J.D., *Contraceptive failure in the United States: revised estimates from the 1982 National Survey of Family Growth*, Family Planning Perspectives 1989, 21: 103, 109; JUDSON, F.N. et al., *Sexually transmitted diseases*, 1989, 16, 51; GORDON, R., *A critical review of the physics and statistics of condoms and their role in individual versus societal survival of the AIDS epidemic*, Journal of Sex and Marital Therapy 1989, 15: 5-30; HARLAP, S. et al., *Preventing pregnancy, protecting health: a new look at birth control choices in the United States*, The Alan Guttmacher Institute, 1991: 35; LESTRADET, H., *Le SIDA, propagation et prévention*, Informe de la comisión VII de la Academia Nacional de Medicina, con comentarios, París: Editions de Paris, 1996: 42.

²¹ GRADY, W.R., HAYWARD, M.D., YAAGI, J., *Contraceptive failure in the United States: estimates from 1982 National Survey of family growth*, Family Planning Perspectives 1986, 18: 200-209.

²² JONES, FORREST, *Contraceptive failure...*

²³ CARNALL, D., *Condom failure is on the increase*, British Medical Journal 1996, 312 (7038): 1059.

²⁴ THAYER, L., *Aids and adolescents*, Boston: St Paul's Books, 1992: 14.

²⁵ APRIL, KÖSTER, FANTACCI, et al., *Qual è il grado di protezione...*, pp. 903-905.

²⁶ «About the effectiveness of the condom as a prophylactic against this disease (gonorrhoea). The answer to this question is theoretically yes, but the effectiveness of the condom is such as to make it completely useless as a prophylactic». Las razones invocadas por N.J. Fumara son técnicas y se basan en la incapacidad del compañero varón para colocar correctamente, y en el momento apropiado, el preservativo. FUMARA, N.J., *Effectiveness of condoms in preventing V.D.*, The New England Journal of Medicine 1971, 285 (17): 972.

²⁷ PEMBERTON, J., MCCANN, J.S., MAHONY, J.D.H., et al., *Socio-medical characteristics of patients attending a V.D. clinic and the circumstances of infection*, British Journal of Venereal Diseases 1972, 48 (5): 391-396.

²⁸ MCCORMACK, W.M., LEE, Y.-H., ZINNER, S.H., *Sexual experience and urethral colonization with genital mycoplasmas*, Annals of Internal Medicine 1973, 78 (5): 696-698.

²⁹ BARLOW, D., *The condom and gonorrhoea*, The Lancet 1977, II (8042): 811-812.

³⁰ COHEN, D.A., DENT, C., MACKINNON, D., et al., *Condoms for men, not women, results of brief promotion campaign*, Sexually Transmitted Diseases 1992, 19: 245-25 1.

³¹ EVANS, B.A., MCCORMACK, S.M., KEKK, P.D., et al., *Trends in female sexual behaviour and sexually transmitted diseases in London, 1982-1992*, Genitourinary Medicine 1995, 7 1: 286-290.

³² STONE, K.M., GRIMES, D.A., MAGDER L.S., *Personal protection against sexually transmitted diseases*, American Journal of Obstetrics and Gynecology 1986, 155 (1): 180-188; ID., *Primary Prevention of Sexually Transmitted Diseases*, JAMA 1986, 255 (13): 1765; CATES, W., STONE, K.M., *Family planning, sexually transmitted diseases, and contraceptive choice: a literature update*, Family Planning Perspectives 1992, 24: 75-84.

- ³³ STONE, GRIMES, MAGDER, *Personal protection...* p. 18 1.
- ³⁴ ROSENBERG, M.J., DAVIDON, A.J., CHEN, J.H., *Barrier contraceptives and sexually transmitted diseases in women: a comparison of female-dependent methods and condoms*, Am. J. Public Health 1992, 82 (5): 669-674; APRIL, KÖSTER, FANTACCI, et al., *Qual è il grado effettivo di protezione...* p. 903.
- ³⁵ KELAGHAN, J., RUBIN, G.L., ORY, H.W., LAYDE, P.M., *Barrier-method contraceptives and pelvic inflammatory disease*, JAMA 1982, 248 (2): 184-187.
- ³⁶ BARLOW, *The Condom and Gonorrhoea*, p. 812.
- ³⁷ LESTRADET, *Le SIDA...* p. 40.
- ³⁸ JUDSON, F.N., EHRET, J.M., BODIN, G.F., et al., *In vitro evaluations of condoms with and without Nonoxynol 9 as physical and chemical barriers against chlamydia trachomatis, herpes simplex virus type 2, and human immunodeficiency virus*, Sexually Transmitted Diseases 1989, 16 (2): 51-56; SMITH, JR. L., OLESKE, J., COOPER, R., et al., *Efficacy of condoms as barriers to HSV-2 and gonorrhoea: an in vitro model* (Abstract 77), en *First sexually transmitted diseases world congress* (Program and Abstracts), San Juan (Puerto Rico), Noviembre 15-21, 1981.
- ³⁹ CONANT, M.A., SPICER, D.W., SMITH, C.D., *Herpes Simplex Virus Transmission: condom studies*, Sexually Transmitted Diseases 1984, 11 (2): 94-95.
- ⁴⁰ KATZNELSON, S., LAWRENCE DREW, W., *Efficacy of the condom as a barrier to the transmission of Cytomegalovirus*, The Journal of Infectious Diseases 1994, 150 (1): 155-157.
- ⁴¹ JUDSON, F.N., BODIN, G.F., LEVIN, M.J., et al., *In vitro tests demonstrate condoms provide an effective barrier against Chlamydia trachomatis and herpes simplex virus* (Abstract 176), en *Fifth international meeting of the international Society for STD Research* (Program and Abstracts), Seattle, Washington, August 1-3 1983; JUDSON, EHRET, BODIN, et al., *In vitro evaluations of condoms...*
- ⁴² HERMANN, B.A., RETTA, S.M., RINALDI, I.E., *A simulated physiologic test of latex condoms*, Vth Internat. Conf. on AIDS, 1989, Abstracts WAP 101.
- ⁴³ VOELLER, POTTS, *Letter*, British Medical Journal 1985, 291 (6503): 1196.
- ⁴⁴ CAREY, R.F., HERMAN, W.A., RETTA, S.M., et al., *Effectiveness of latex condoms as barrier to human immunodeficiency virus-sized particles under conditions of simulated use*, Sexually Transmitted Diseases 1992, 19: 230-234.
- ⁴⁵ GORDON, *A critical review...*
- ⁴⁶ GALLO, R.C., SALAHUDDIN, S.Z., POPOVIC, M., et al., *Frequent detection and isolation of cytopathic Retroviruses (HTLV-N) from patients with AIDS and at risk for AIDS*, Science 1984, 224 (4648): 502; CASSUTO, J.P., PESCE, A., QUARANTA, J.F., *SIDA et infection à HIV*, Paris: Masson (2^a ed.), 1992: 27.
- ⁴⁷ LYTLE, C.D., TONDREAU, S.C., TRUSCOTT, W., et al., *Filtration sizes of human immunodeficiency virus type 1 and surrogate viruses used to test barrier materials*, Applied and Environmental Microbiology 1992, 58 (2): 747-749.
- ⁴⁸ GALLO, R.C., *The AIDS Virus*, Scientific American 1987, 256 (1): 39-48.
- ⁴⁹ ROLAND, C.M., *The barrier performance of latex rubber*, Rubber World 1993, 208 (3); GUTTMAN, C.M., *Flow of molecules through condoms*, Annual Report NBSIR 1988, 88: 3721.
- ⁵⁰ GAZELEY, K.F., GORDON, A.D.T., PENDLE, T.D., en ROBERTS, A.D. (Ed.), *Natural rubber science and technology*, Oxford: Oxford University Press, 1988, chap. 3.
- ⁵¹ ROLAND, *The barrier performance...* fig.1A.
- ⁵² Esas cavidades y salientes irregulares que caracterizan la superficie del látex de la membrana de un preservativo aparecen claramente al microscopio electrónico por transmisión y por barrido. KISH, L.S., MCMAHON, J.T., BERGFELD, W.F., et al., *An ancient method and a*

modern scourge: the condom as a barrier against herpes, J. Am. Acad. Dermatol. 1983, 9: 769-770.

⁵³ ROLAND, *The Barrier Performance...* fig. 2. La irregularidad de la superficie externa de la membrana de látex, hecha de cavidades y de salientes, ha sido encontrada -aunque sin los poros descritos por Roland- en otro estudio al microscopio electrónico, pero era limitado, al hacerse únicamente sobre un modelo particular de preservativo. KISH, MCMAHOM, BERGFELD et al., *An ancient and a modern...*

⁵⁴ *Washington Post*, July 3 1992: 22.

⁵⁵ ROLAND, C.M., SOBIESKI, J.W., *Rubber chemistry and technology*, 1989, 62: 683.

⁵⁶ ANDERSON, D.J., *The Journal of NIH Research*, 1992, 4: 104-108; SCOFIELD, V.L., *The Journal of NIH Research*, 1992, 4: 105-111.

⁵⁷ ANDERSON, *The Journal of...*

⁵⁸ LESTRADET, *Le SIDA...* p. 40.

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ GOTZSCHE, P.C., HORDING, M., *Condoms to prevent HIV transmission do not imply truly safe sex*, Scandinavian Journal of Infectious Diseases 1988, 20 (2): 233-234.

⁶¹ AHMED, G., LINER, E.C., WILLIAMSON, N.E., et al., *Contraception*, 1990, 42: 523-533.

⁶² KIRKMAN, R.J.E., *Condom use and failure*, The Lancet 1990, 336 (8721): 1009; KIRKMAN, R.J.E., MORRIS, J., WEBB, A.M.C., *User experience: Mates® vs Nuforns®*, British J. Family Planning 1990, 15: 107-111.

⁶³ ALBERT, A.E., HATCHER, R.A., GRAVES, W., *Contraception* 1991, 43: 167-176.

⁶⁴ WRIGHT, E.A., KAPU, M.M., WADA, I., *Contraception* 1990, 42: 621-627.

⁶⁵ CHAN-CHEE, C., DE VICENZI, I., SLOE-PLA, M.A., et al., *Use and misuse of condoms*, Genitourinary Medicine 1991, 67 (2): 173.

⁶⁶ STEINER, M., FOLDENY, R., CROLE, D., et al., *Contraception* 1992, 46: 279-288.

⁶⁷ RICHTERS, J., DONOVAN, B., GEROFI, J., et al., *Low condom breakage rate in commercial sex*, The Lancet 1988, 11 (8626-8627): 1487-1488.

⁶⁸ ALBERT, A.E., WAMER, D.L., HATCHER, R.A., et al., *Condom use among female commercial sex workers in Nevada's legal brothels*, American Journal of Public Health 1995, 85 (11): 1514-1520.

⁶⁹ CHAN-CHEE, DE VICENZI, SLOE-PLA, et al., *Use and misuse of condoms...*

⁷⁰ ROSS, M.W., *Problems associated with condom use in homosexual men*, American Journal of Public Health 1987, 77: 877.

⁷¹ LESTRADET, *Le SIDA...* p. 40.

⁷² Citado por THAYER, *AIDS and adolescents*, p. 16; EVERETT KOOP, C., *Physician leadership in preventing AIDS*, JAMA 1987, 258 (15): 2111.

⁷³ WELLINGS, K., *AIDS and the condom*, British Medical Journal 1986, 293: 1259.

⁷⁴ VAN GRIENSVEN, G.J.P., DE VROOME, E.M.M., TIELMAN, R.A.P., COUTINHO, R.A., *Failure rate of condoms during anogenital intercourse in homosexual men*, Genitourinary Medicine 1988, 64 (5): 344-346.

⁷⁵ GOLOMBOK, J., *Condom failure among homosexual men*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 1989, 2 (4): 404-409.

⁷⁶ WIGERSMA, L., OUD, R., *Safety and acceptability of condoms for use by homosexual men as a prophylactic against transmission of HIV during anogenital sexual intercourse*, British Medical Journal 1987, 295 (6590): 94.

⁷⁷ POLLNER, F., *Experts hedge on condom value*, Medical World News 1988: 60.

⁷⁸ GOLDSMITH, M.F., *Some advice on using condoms against STDs: what every man (and woman) should know*, JAMA 1987, 257 (17): 2266.

⁷⁹ Letter to all U.S. condom manufacturers, importers and repackagers, Attachment B, April 7 1987. Citado por: SMITH, R., *The Condom: is it really safe sex?*, Public Education Committee on Children and Youth, June 1989, revised Nov. 1990: 16.

⁸⁰ CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention of sexually transmitted diseases*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1988, 37 (9): 136.

⁸¹ *Condoms and sexually transmitted diseases... Especially AIDS*, HHS Publication FDA904239, citada por SMITH, *The Condom: is it really safe sex?*, p. 16.

⁸² CHAN-CHEE, DE VICENZI, SLOE-PLA et al., *Use and misuse of condoms....* p. 173.

⁸³ VOELLER, B., *Persistent condom breakage* (Abstr. WAP99), Vth International Conference on AIDS, Montreal, 1989.

⁸⁴ Éstas son:

- leer la etiqueta del producto para verificar lo que se supone que éste impide;
- poner atención a los datos de caducidad de los preservativos con espermicidas;
- no utilizar sino un lubricante acuoso;
- desconfiar de los preservativos vendidos en máquinas expendedoras (¿están expuestos al calor o al frío?);
- no conservar un preservativo en la cartera o el monedero por muchas horas;
- no conservar preservativos en la guantera del automóvil;
- no abrir el paquete de preservativos con los dientes, uñas puntiagudas o tijeras;
- poner atención al abrir el paquete, controlando sus gestos;
- verificar si el preservativo no está chorreando, o tiene aspecto chicloso, o está pegado;
- verificar si el preservativo no está roto y no presenta agujeros o desgarros;
- no desenvolver el preservativo para examinarlo;
- estar atento para no abusar del alcohol o las drogas pues hacen olvidar las condiciones de buen empleo o disminuyen la aptitud para utilizar correctamente los preservativos. Citado por THAYER, *Aids & adolescents*, p. 18.

⁸⁵ LESTRADET, H., *Réflexions sur le SIDA et sa prévention*, Médecine de l'homme 1994, 211-212: 4; WEBER, J.N., WEISS, R.A., *HIV infection: The cellular picture*, Scientific American, 259: 101-109.

⁸⁶ ILARIA, G., JACOBS, J.L., POLSKY, B., et al., *Detection of HIV-1 DNA sequences in preejaculatory fluid*, The Lancet 1992, 340: 1469.

⁸⁷ PUDNEY, J., ONETA, M., MAYER, K., et al., *Preejaculatory fluid as potential vector for sexual transmission of HIV-1*, The Lancet, vol.340, Dec.12,1992, p. 1470.

⁸⁸ CONANT, M.A., *In Reply*, JAMA 1986, 256 (11): 1442-1443.

⁸⁹ CONANT, M.A., HARDY, D., SERNATINGER, J., et al., *Condoms prevent transmission of AIDS-Associated Retrovirus* (letter), JAMA 1986, 255 (13): 1706; CENTERS FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention....* p. 134; RIETMEIJER, C.A.M., KREB, J.W., FEORINO, P.F., JUDSON, F.N., *Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus*, JAMA 1988, 259 (12): 1851-1853; JUDSON, EHRET, BODIN ET AL., *In vitro evaluations of condoms....* pp. 54-55.

⁹⁰ NGUGI, E.N., SIMONSEN, J.N., BOSIRE, M., et al., *Prevention of transmission of human immunodeficiency virus in Africa: effectiveness of condom promotion and Health Education among prostitutes*, The Lancet 1988, 11 (8616): 887-890; HEARST, H., HULLEY, S., *Preventing the heterosexual spread of AIDS. Are we giving our patient the best advice?*, JAMA 1988, 259: 2428-2432; FELDBLUM, P.J., FORTNEY, J.A., *Condoms, spermicides and transmission of human immunodeficiency virus: a review of literature*, Am. J. of Public Health 1988, 78: 52; GOTCSCHKE, P.C. HORDING, M., *Condoms to prevent HIV transmission do not imply safe sex*, Scandinavian Journal of Infectious Diseases 1988, 20 (2): 233-34; GOLOMBOK,

S., SKETCHLEY, J., RUST, J., *Condom failure among homosexual men*, J. Acqui. Imm. Def. Syndr. 1989, 2: 404-409; TINDALL, B., SWASON, C., DONOVAN, B., COOPER, D., *Sexual practices and condom usage in a cohort of homosexual men in relation to human immunodeficiency virus status*, Med. J. Aust. 1989, 151: 318-322.

⁹¹ MANN, J., QUINN, TH.C., PIOT, P., *Condom use and HIV infection among prostitutes in Zaire*, The New England Journal of Medicine 1987, 316 (6): 325.

⁹² NGUGI, SIMONSEN, BOSIRE, et al., *Prevention of transmission...*, pp. 887-890.

⁹³ MOSES, S., PLUMMER, F.A., NGUGI, E.N., et al., *Controlling HIV in Africa: effectiveness and cost of an intervention in a high-frequency STD transmitter core group*, AIDS 1991, 5 (4): 407-411.

⁹⁴ TULIZA, M., MANOKA, A.T., NIZILA, N., et al., *The impact of STD control and condom promotion on the incidence of HIV in Kinshasa prostitutes*, VII Internat. Conf. on AIDS, 1991, oral presentation/Abstract MC2.

⁹⁵ HANNENBERG, R.S., ROJANAPITHAYAKONR, W., KUNASOL, P., et al., *Impact of Thailand's HIV control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases*, The Lancet 1994, 344 (8917): 243-245.

⁹⁶ JOHNSON, A., *Feedback from the Six International AIDS Conference, San Francisco 1990*, Genitourinary Medicine 1991, 67 (2): 162-163.

⁹⁷ LAGA, M., ALARY, M., NZILA, N., et al., *Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers*, The Lancet 1994, 344 (8917): 246-248.

⁹⁸ DETELS, R., ENGLISH, P., VISSCHEER, B.R., et al., *Seroconversion, sexual activity, and condom use among 2915 HIV seronegative men followed for up to 2 years*, Journal of Acquired Immune Deficiency 1989, 2 (1): 77-83.

⁹⁹ LEVIN, L.I., PETERMAN, TH.A., RENZULLO, P.O., et al., *HIV-1 Seroconversion and risk behaviors among young men in the US Army*, American Journal of Public Health 1995, 85.

¹⁰⁰ HEARTS, H., HULLEY, S., *Preventing the heterosexual spread of AIDS. Are we giving our patient the best advice?*, JAMA 1988, 259 (16): 2428-2432.

¹⁰¹ GORDON, R., *A critical review of the physics and statistics of condoms and their role in individual versus societal survival of the AIDS epidemic*, J. Sex. Mar. Ther. 1989, 15: 5-30.

¹⁰² WELLER, S., *Metaanalysis of condom effectiveness*, Soc. Sci. Med. 1993, 36: 1365.

¹⁰³ APRIL, K., SCHREINER, W., *Zurfrage der schutzwirkung des Kondoms gegen VIH-infektionen*, Schweiz Med. Wschr. 1990, 120: 972-978.

¹⁰⁴ KELLY, J., *Using condoms to prevent transmission of HIV. Condoms have an appreciable failure rate*, British Medical Journal 1996, 312 (7044): 1478.

¹⁰⁵ APRIL, KÖSTER, FANTACCI, et al., *Qual è il grado effettivo di protezione...*, pp. 903-925.

¹⁰⁶ FISCHL, M., *Evaluation of heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS*, Journal of the American Medical Association 1987, 257: 640-644; DE VICENZI, I., DELMAS, M.C., BRUNET, J.B., *Perspective tests of nine brands of condoms by 319 volunteers*, VII. Internat. Conf. on AIDS, 1991, Abstr. e Poster MC 3036; DE VICENZI, I.,

Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples, British Medical Journal 1992, 304: 809-813; ID., *A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners*, The New England Journal of Medicine 1994, 331 (6): 341-346; KAMENGA, M., RYDER, R.W., JINGU, M., et al., *Evidence of marked sexual behavior change associated with low HIV-1 seroconversion in 149 married couples with discordant HIV-1 serostatus: experience at an HIV counselling center in Zaire*, AIDS 1991, 5: 61-67.

¹⁰⁷ FISCHL, *Evaluation of heterosexual partners...*

¹⁰⁸ PADIAN, N., MARQUIS, L., FRANCIS, D.P., et al., *Male-to-female transmission of Human Immunodeficiency Virus*, JAMA 1987, 258 (6): 788-790.

¹⁰⁹ FELDBLUM, P.J., *Results from prospective studies of HIV-discordant people*, AIDS 1991, 5: 1265-1266.

¹¹⁰ DE VICENZI, *Comparison of female to male...; ID., A longitudinal study...*

¹¹¹ *Consumers Report*, may 1995: 320-325; NICOLASI, A. et al., *The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples*, Epidemiology 1994, 5: 570-575.

¹¹² FELDBLUM, P.J., *Results from prospective studies of HIV-discordant people*, AIDS 1991, 5: 1265-1266.

¹¹³ LAZZARIN, A., SARACCO, A., MUISSICO, M., et al., *Man-to-woman sexual transmission of the Human Immunodeficiency virus. Risk factors related to sexual behavior, Man's infectiousness and woman's susceptibility*, Arch. Int. Med. 1991, 151: 2411-2416.

¹¹⁴ DETELS, R., ENGLISH, P., VISSCHER, B.R., et al., *Seroconversion, sexual activity, and condom use among 2915 VIH seronegative men followed for up to 2 years*, Journal of Acquired Immune Deficiency 1989, 2 (1): 77-83; LEVIN L.I., PETERMAN, TH. A., RENZULLO, P.O., et al., *HIV-1 seroconversion and risk behaviors among young men in the US Army*, American Journal of Public Health 1995, 85 (11): 1500-1506.

¹¹⁵ LAZZARIN A., SARACCO A., MUSSICO M., et al., *Man-to-woman Sexual transmission of the Human Immunodeficiency virus. Risk Factors related to sexual behavior Man's infectiousness and Woman's susceptibility*, Arch. Int. Med. 1991, 151: 2415.

¹¹⁶ MELBYE, M., BAYLEY, A., MANUWELE, J.K., et al., *Evidence for heterosexual transmission and clinical manifestations of Human Immunodeficiency Virus Infection and related conditions in Lusaka, Zambia*, The Lancet 1986, 11 (8516): 1113-1115; PADIAN, N.S., *Heterosexual transmission of acquired immunodeficiency syndrome: international perspectives and national projections*, Reviews of Infectious Diseases 1987, 9 (5): 949-950, 952; ALLEN, J.R. CURRAN, J.W., *Prevention of AIDS and HIV infection: needs and priorities for epidemiologic research*, American Journal of Public Health 1988, 78 (4): 382; CAMERON, D.W., D'COSTA, L.J., MAITHA, G.M., et al., *Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men*, The Lancet 1989, II (8660): 403-407; NZILA, N., LAGA, M., THIAM, M.A., et al., *HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa*, AIDS 1991, 5 (6): 715-721; LAGA, M., ALARY, M., NZILA, N., et al., *Condom promotion, sexually transmitted diseases treatment, and declining incidence of HIV-1 infection in female Zairian sex workers*, The Lancet 1994, 344 (8917): 246-248; SERWADDA, D., GRAY, R.H., WAWER, M.J., et al., *The social dynamics of HIV transmission as reflected through discordant couples in rural Uganda*, AIDS 1995, 9 (7): 748-749.

¹¹⁷ En la estadística de Mastro las infecciones por *Condylomata acuminata* -verrugas genitales- aumentan la probabilidad de transmisión del VIH en el hombre por un factor de 3,7 a 3,9: MASTRO, T.D., SATTEN, G.A., NOPKESORN, T., et al., *Probability of female to male transmission of HIV-1 in Thailand*, The Lancet 1994, 343 (8891): 205; LAZZARIN, y cols. subrayan igualmente el que las verrugas genitales facilitan la infección por VIH: LAZZARIN, SARACCO, MUSSICO, et al., *Man-to-woman sexual transmission...*

¹¹⁸ JOHNSON, *Feedback from...; LAGA, M., MANOKA, A.T., KIRUVU, M., et al., Non-ulcerative STD as risk factors for HIV infection in women: results from a cohort study*, AIDS 1993, 7: 95-102; LAGA, ALARY, NZILA, et al., *Condom promotion...*; STEIN, Z.A., *Editorial: More on women and the prevention of HIV infection*, American Journal of Public Health 1995, 85 (11): 1486. S.D. HOLMBERG y cols., en un estudio sobre 6,700 homosexuales

de San Francisco, encontraron que la infección por *Herpes Simplex Virus* tipo 2 representa un factor que facilita la infección por VIH: HOLMBERG, S.D., STEWART, J.A., RUSSELL GERBER, A., et al., *Prior herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for HIV infection*, JAMA 1988, 259 (7): 1048-1050.

¹¹⁹ WAEERHEIT, J.H., *Epidemiological Synergy. Interrelationships between immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases*, Sexually Transmitted Diseases 1992, 19 (2): 61-77.

¹²⁰ ALLEN, CURRAN, *Prevention of AIDS...*; TULNA, M., MANOKA, A.T., NIZILA, N., et al., *The impact of STD control and condom promotion on the incidence of HIV in Kinshasa prostitutes*, VII Internat. Conf. on AIDS, 1991, oral presentation/Abstract MC2.

¹²¹ JOHNSON, A.M., *Condoms and HIV transmission*, The New England Journal of Medicine 1994, 331 (6): 391.

¹²² La paradoja de la infección por VIH estriba en el hecho de que, aun siendo una enfermedad sexualmente transmitida, el riesgo de esta transmisión es relativamente débil en comparación con el de las otras enfermedades sexualmente transmisibles (transmisión masculina-femenina inferior a 0.2 por ciento, siendo infectadas el 15 por ciento de las personas expuestas después de más de 100 relaciones sexuales no protegidas; comparado con un porcentaje de infección del 22-25 por ciento por *Neisseria gonorrhoeae* después de una sola relación sexual)(Holmberg). El riesgo de transmisión podría variar, sin embargo, de país a país: T.D. MASTRO et al. encontraron en Tailandia una probabilidad de transmisión del VIH-1 por contacto sexual de la mujer al hombre de 0.031 (0.056 teniendo en cuenta errores en la declaración de los contactos), lo que es claramente superior a las tasas de transmisión hombre-mujer de 0.0001 encontradas en EE.UU. Esto podría explicar las divergencias entre las estadísticas tailandesa-africanas con transmisión normalmente heterosexual.

La razón de esta transmisión más importante se presta a discusión: deben intervenir la asociación con enfermedades sexualmente transmisibles (siendo las prostitutas el reservorio del virus tanto en Tailandia como en África), y la carga viral del contaminante (tanto en fase aguda inicial, como en el estadio de SIDA declarado). Paradójicamente también, algunas personas se contaminan por el VIH después solamente de algunas relaciones o incluso una sola, mientras que otras se mantienen VIH negativas después de cientos de relaciones sexuales con riesgo sin protección. Esto demuestra que intervienen ciertos factores dependiendo de los sujetos mismos para favorecer o restringir la contaminación sexual por el VIH: FRIEDLAN, G.H., KLEIN, R.S., *Transmission of the Human Immunodeficiency Virus*, The New England Journal of Medicine 1987, 317 (18): 1133; HOLMBERG, S.D., WARD, J.W., JAFFE, H.W., *Biologic factor in the sexual transmission of human immunodeficiency virus*, The Journal of Infectious Diseases 1989, 160 (1): 116; MASTRO, T.D., SATTEN, G.A., NOPKESORN, T. et al., *Probability of female-to-male transmission of HIV-1 in Thailand*, The Lancet 1994, 343 (8891): 204-207.

¹²³ ALLEN, CURRAN, *Prevention of AIDS...*; JOHNSON, *Condoms and HIV transmission*, pp. 391-392.

¹²⁴ PADIAN, S., *Heterosexual transmission of Acquired Immunodeficiency Syndrome: international perspectives and national projections*, Reviews of Infectious Diseases 1987, 9 (5): 955.

¹²⁵ APRIL, KÖSTER, FANTACCI, et al., *Qual è il grado effettivo di protezione...*

¹²⁶ KÜSS, R., LESTRADET, H., *SIDA: communication, information et prévention*, Informe a la Academia Nacional de Medicina en nombre de la Comisión VII (Enfermedades sexualmente transmisibles y SIDA), en LESTRADET, *Le SIDA...*, p. 17. 127 Las cifras objetivan este avance constante: en 1980: 5 casos de SIDA registrados en Francia; en 1982: 30 casos; en octubre de 1983: 94 casos; en julio de 1984: 180 casos; en octubre de 1984: 221 casos; en septiembre de 1985: 466 casos; en 1989, 3,000 casos; en 1990, 3,309 casos; en 1995, 5,469 casos.

El ligero declive de la mortalidad por SIDA advertido en Francia en 1995 no refleja de hecho sino el final de la gran oleada de infección de los años ochenta, pero el hecho de que la edad de los fallecidos por SIDA vaya bajando con regularidad no deja de ser inquietante. El número total real de casos de SIDA desde el inicio de la epidemia se ha estimado entre 45,500 y 50,000, con 6,000 nuevos casos cada año desde 1993. Francia sigue detentando, por lo demás, el record de infección con 627 nuevos casos de SIDA declarados por año y por millón de habitantes, para 845 en España, 482 en Italia, 322 en Dinamarca, 191 en Inglaterra, 90 en Finlandia. *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - Europe*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1983, 32 (46): 611; *Update, Acquired Immunodeficiency Syndrome, Europe*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1985, 34 (2): 21; *Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome - Europe*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1986, 35 (3): 36; *Statistics from the World Health Organization (30 June 1995)*, AIDS 1995, 9 (11): 1297; *Le Concours Medical* 1996, 118 (15): 1035.

¹²⁸ *Le Concours Medical* 1996, 118 (15): 1035.

¹²⁹ Los casos de fallecidos por SIDA reportados a el *Center for Disease Control* de Atlanta desde 1981 han seguido en progresión constante: 58 (antes de 1981); 189 (1981); 1,406 (mayo de 1983); 3,000 (19 de diciembre de 1983); 4,445 (diciembre de 1984); 8,072 (diciembre de 1985); 12,971 (1986); 21,070 (1987); 34,340 (1988); 35,230 (1989); 43,339 (1990); 61,500 (1994); 68,367 (30/12/1995); 62,258 (14/12/1996). *Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1983, 32 (35): 465; *Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) - United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1984, 32 (52): 688; *Update: Acquired Immunodeficiency Syndrome, United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1985, 34 (18): 246; *Annual Summary 1984*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1986, 33 (54): 79; *Human Immunodeficiency Virus Infection in the United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1987, 36 (49): 801; *Summary of Notifiable Diseases, United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1988, 36 (50 & 51): 826; *Summary of Notifiable Diseases, United States, 1987*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1988, 36 (54), tabla; *The HIV/AIDS Epidemic: The First 10 Years*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1991, 40 (22): 358-359; *Summary of Notifiable Diseases, United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1996, 45 (1): 23; *Summary of Notifiable Diseases, United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1996, 45 (50): 1111; *Summary of Notifiable Diseases, United States*, Morbidity and Mortality Weekly Report 1997, 46 (8): 169.

¹³⁰ GOEDERT, J.J., *What is safe sex? Suggested standards linked to testing for Human Immunodeficiency Virus*, *The New England Journal of Medicine* 1987, 316 (21): 1339-1342.

¹³¹ HEARST, H., HULLEY, S., *Preventing the heterosexual spread of AIDS. Are we giving our patient the best advice?*, *JAMA* 1988, 259 (16): 2428-2432.

¹³² STONE, GRIMES, MAGDER, *Personal protection...*, p. 180; GOEDERT, *What is safe sex?*, p. 1341; WIGERSMA, OUD, *Safety and acceptability ..*; GRAZIOLI, A., *Abstinence and fidelity are only fully effective means of prevention*, *British Medical Journal* 1996, 312, (7044): 1478.

¹³³ WELLING, *AIDS and the condom*.

¹³⁴ CENTER FOR DISEASE CONTROL, *Condoms for prevention....* p. 133

De los Organismos internacionales

Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa¹

*Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para Europa²*

En Amsterdam, durante los días 28 a 30 de marzo de 1994, se reunió el Consejo Europeo de la Organización Mundial de la Salud sobre los Derechos de los Pacientes. Al término del encuentro se difundió la siguiente Declaración:³

Declaración sobre la promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa

El Consejo Europeo de la Organización Mundial de la Salud sobre los Derechos de los Pacientes, que se reunió en Amsterdam entre el 28 y el 30 de marzo de 1994, ha aprobado el documento anexo (*Principios de los derechos de los pacientes en Europa: un plan común*) como un conjunto de principios para la promoción y la actuación de los derechos de los pacientes en los Estados miembros europeos de la Organización Mundial de la Salud.

En el curso de la reunión se consideraron ampliamente las múltiples estrategias basadas en los principios enunciados en el documento y las experiencias anteriores y actuales de los participantes. La esencia de tales estrategias se señala a continuación.

Estrategias para la promoción de los derechos de los pacientes

Debe cuidarse atentamente el establecimiento de una estrategia que tienda a promover los derechos y las responsabilidades de los pacientes y que permita que la formulación teórica se traduzca en acción práctica:

esto requiere del apoyo de todas las partes involucradas. Tal proceso no se produce de manera automática, en cuanto que se necesita tiempo para que la aplicación se vuelva efectiva.

Obviamente varía la política de país a país, según la legislación, el sistema sanitario, las condiciones económicas y sociales, los valores culturales y éticos; sin embargo, existen unas bases comunes que pueden ser adaptadas de manera apropiada a la estructura de cada país. Nosotros alentamos a todas las partes interesadas en cada uno de los países a comenzar a renovar las múltiples estrategias de actuación, que seguramente necesitarán de lo que sigue:

- una legislación o reglamentación que especifique los derechos, los derechos adquiridos y las responsabilidades de los pacientes, de los operadores sanitarios y de las instituciones sanitarias;

- códigos deontológicos de los médicos y de otros operadores sanitarios, estatuto de los pacientes e instrumentos semejantes, redactados a la luz de un entendimiento común concordado entre los representantes de los ciudadanos, los pacientes, los operadores sanitarios y los “políticos” y que sea revisado periódicamente en razón de los cambios producidos;

- *networking* entre el paciente y los operadores sanitarios que reconozca una distinción entre ciudadano y usuario implicado;

- el apoyo gubernamental para la institución y la efectiva conducción de organismos no gubernamentales (ONG) en el campo de los derechos de los pacientes;

- reuniones y encuentros internacionales cuya finalidad será la de que quienes intervengan pongan a punto y promuevan un entendimiento común;

- una participación continua de los medios de comunicación que involucre a la opinión pública, organizando debates y apoyando la toma de conciencia de los derechos y de las responsabilidades de pacientes y usuarios, y de sus órganos representativos;

- una mejor formación para las comunicaciones y capacidades legislativas tanto para los operadores sanitarios y para los pacientes, cuanto para otros grupos de usuarios, de manera que se logre una adecuada comprensión de las perspectivas y del papel de todas las partes;

- la promoción de la investigación para evaluar y atestiguar la eficacia de las medidas tanto legales como de otra naturaleza y las diversas iniciativas emprendidas en los diversos contextos de los diferentes países.

Acción internacional

Debería mejorarse ulteriormente la cooperación entre la Organización Mundial de la Salud, el Consejo Europeo y la Unión Europea en apoyo de los derechos del paciente mediante acciones emprendidas como consecuencia de esta Consulta. La eficacia de las posiciones políticas, las estrategias coordinadas de actuación y la comprensión de cómo sus respectivos recursos y competencias pueden ser utilizados lo mejor posible, constituyen componentes esenciales de un movimiento europeo que promueva y proteja los derechos de los pacientes y sus operadores y asesores. Los organismos no gubernamentales juegan también un papel esencial en la promoción de los derechos de los pacientes.

La próxima Conferencia Regional de la Organización Mundial de la Salud (que tendrá lugar en Copenhague del 5 al 10 de diciembre de 1994) constituirá una importante oportunidad para promover los derechos de los pacientes en Europa. La propuesta Conferencia Regional de la Organización Mundial de la Salud sobre los Sistemas Sanitarios en fase de transición en Europa, que tendrá lugar en Viena en los días 25-28 de marzo de 1996, analizará además las cuestiones inherentes a los derechos, el papel y las responsabilidades tanto de los pacientes como de los operadores sanitarios. Nosotros proponemos a la Organización Mundial de la Salud que la Oficina Regional instrumente un mecanismo adecuado capaz de controlar cuáles habrán de ser los desarrollos en la materia en los diversos países y que serán luego presentados en la Conferencia de Viena.

PRINCIPIOS DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES EN EUROPA: UN PLAN COMÚN

Introducción

1. Preámbulo

Diversos desarrollos sociales, económicos, éticos y culturales han dado origen a un movimiento en Europa que se ha propuesto una amplia elaboración y actuación de los derechos de los pacientes. Se han

enunciado nuevos y más concretos conceptos de los derechos de los pacientes. En particular esto ha sido un reflejo del papel central atribuido tanto a una mejor formulación del concepto del respeto hacia las personas, cuanto al concepto de equidad en el campo sanitario como objetivo primario de los Estados miembros. La consecuencia de todo ello ha sido poner un mayor énfasis en animar a la opción individual y la oportunidad de ejercerla de manera libre, así como el compromiso para construir un mecanismo que asegure la calidad de los cuidados.

Los crecientes avances en el ámbito sanitario en su conjunto; el hecho de que la práctica médica se haya vuelto más peligrosa, en muchos casos más impersonal y poco preocupada por el aspecto humano, a menudo con implicaciones burocráticas, así como el progreso alcanzado en la ciencia médica y sanitaria y la avanzada tecnología, han puesto nuevo énfasis en la importancia de reconocer el derecho individual a la autodeterminación y con frecuencia la necesidad de reafirmar que se garanticen otros derechos de los pacientes.

Al mismo tiempo, el movimiento de los derechos humanos ha cobrado importancia en el mundo desde 1945, cuando, en la Carta de las Naciones Unidas, los Estados Miembros confirmaron su confianza en los derechos humanos primarios. A esto siguió, el 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal de los Derechos Humanos y, el 4 de noviembre de 1950, la firma de la Convención Europea de los Derechos Humanos. Los Gobiernos se han ido involucrando cada vez más en este aspecto. El estudio de los derechos de los pacientes en Europa coordinado por la Organización Mundial de la Salud indica que hay cada vez más principios comunes que son adoptados en un cierto número de países; y esto parece que es independiente de las peculiaridades propias del sistema sanitario de un determinado país. Parece que ha llegado el momento de dar a esta orientación política un impulso ulterior.

El presente documento representa un intento de formular una serie de derechos de los pacientes que reflejen los conceptos evolutivos, contemplando cuánto podrá prestar en el futuro la asistencia sanitaria.

Los principios de los derechos de los pacientes en Europa han sido redactados en el pleno respeto del trabajo de quienes se han dedicado ya a redactar actos específicos inherentes a los derechos de los pacientes. Sin embargo, en su mayor parte tales esfuerzos estaban encaminados a grupos particulares o concernían a actividades específicas en la asistencia

sanitaria o a los derechos de los pacientes desde el punto de vista del papel y responsabilidades de los operadores sanitarios y de los organismos.

El presente texto representa el resultado de un intento por evidenciar estos aspectos desde el punto de vista del paciente tanto como usuario cuanto como socio del sistema sanitario en sus diversos aspectos. Se ha redactado deliberadamente en términos generales, a fin de evitar referirse a un contexto en particular; por lo mismo, no se han puesto ejemplos específicos. Se considera, sin embargo, que esta exposición de las consideraciones generales abarque aquellos principios básicos y aquellos conceptos que deben ser adoptados al promover y garantizar los derechos de los pacientes en un país en particular o en situaciones diversas. El texto no trata directamente el problema de la actuación, desde el momento en que ésta estará estrechamente vinculada al contexto de un país o a una situación en especial; se ha redactado, no obstante, en la convicción de que tales directrices puedan ser ulteriormente elaboradas por cada país en particular de manera que puedan ser adecuadamente adaptadas a sus exigencias y circunstancias particulares.

Principios guía

En este texto, el concepto de asistencia sanitaria se fundamenta en los principios enunciados en el curso de la Reunión Mundial de la Salud del 19 de mayo de 1977 —Resolución “La Salud para todos”— y sobre el modelo correspondiente de asistencia sanitaria expuesto en la Declaración de Alma-Ata del 12 de septiembre de 1978. La asistencia sanitaria abarca, por tanto, una amplia serie de servicios que van desde la promoción hasta la protección, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, los cuidados y la rehabilitación. En consecuencia, el paciente encuentra una amplia gama de operadores sanitarios y reviste al mismo tiempo una variedad de roles, desde el individuo enfermo y dependiente hasta el paciente que recibe consejos, o el usuario o cliente que recibe productos medicinales que se auto-administra. Además, a esa variedad de papeles del paciente está vinculada también la diversidad del estado de salud que puede ir desde una condición de bienestar físico a una inhabilitación permanente o a una enfermedad en fase terminal.

Al tratar de los derechos del paciente, se debería distinguir entre derechos sociales y derechos individuales. Por derechos sociales en el campo sanitario se entienden los compromisos hechos por la sociedad o en cualquier caso impuestos por el gobierno o por otras entidades públicas o privadas de proveer de manera responsable a la asistencia sanitaria en favor de toda la población. Lo que es razonable en términos de cantidad y de servicios disponibles y el grado de sofisticación de la tecnología y de la especialización puede volverse dependiente de factores políticos, sociales, culturales y económicos. Los derechos sociales se correlacionan también con el justo acceso a la asistencia sanitaria para aquellos que viven en un país u otra área geopolítica y con la no justificación de barreras discriminatorias, sean financieras, geográficas, culturales, sociales o psicológicas.

Los derechos sociales se gozan de manera colectiva y están en relación con el nivel de desarrollo de una sociedad en particular; de alguna manera están también sometidos a juicio político por lo que se refiere a las prioridades que hay que individualizar para el desarrollo de una sociedad.

Por el contrario, los derechos individuales en el cuidado del paciente son más fácilmente expresados en términos absolutos y, cuando se hacen operativos, pueden ser aplicados en el interés de cada paciente en particular. Tales derechos cubren esferas como la integridad de la persona, su vida privada y la fe religiosa. Si bien este texto trata de los derechos sociales, el centro de atención son los derechos individuales. Los fundamentos conceptuales para la aplicación de los derechos del paciente se basan en gran parte en un cierto número de declaraciones intergubernamentales sobre los derechos humanos y la libertad. La intención no es la de establecer nuevos derechos, sino de aplicarlos en el campo de los pacientes y de la asistencia sanitaria de manera coherente y comprensiva. Por estas razones, el texto no trata de derechos generales ni de obligaciones y responsabilidades que caen, en cambio, bajo la jurisdicción de cada país.

Un ulterior punto se suscita por lo que se refiere a particulares derechos de los pacientes. En líneas generales, éstos los pasa por alto el texto, a fin de definir los derechos propuestos de la forma más clara y más simple posible. Por tanto, es adecuado aclarar aquí, desde el inicio, la naturaleza de las principales formas de limitación. La ley, por otra parte,

prevé excepciones a los derechos de los pacientes. Los lineamientos de tales excepciones indican siempre que los pacientes pueden estar sometidos a tales limitaciones sólo si son compatibles con los derechos humanos y de acuerdo con lo que la ley prescribe. En la práctica, esto significa limitaciones que se refieren al orden público, la salud pública y otros derechos de la persona humana.

En algunas situaciones, la razón para limitar los derechos del paciente es un interés preponderante por parte de terceras partes (la llamada doctrina del “conflicto de deberes”), como que la libre aplicación de los derechos del paciente podría causar un grave daño a terceras partes, o que no hay otro medio para evitar el daño, habiendo un motivo razonable para pensar que tal restricción puede prevenir el daño. En otras situaciones semejante justificación se aplica cuando la finalidad es la de evitar un daño grave al paciente (la llamada excepción terapéutica). Puesto que este documento trata los principios generales, no se han contemplado las limitaciones excepcionales a los derechos de los pacientes.

Objetivo del documento

Los principios de los derechos de los pacientes en Europa constituyen una aportación al creciente interés que muchos Estados miembros manifiestan por los derechos de los pacientes. En esta perspectiva y con esta finalidad, el documento se propone considerar y expresar las aspiraciones de los usuarios no sólo por lo que se refiere a una mejora de la asistencia sanitaria sino también para que sea reconocido ampliamente su propio derecho como pacientes. Al hacer esto, tiene presente tanto las expectativas de los operadores sanitarios como de los pacientes. En ello se involucra la naturaleza complementaria de los derechos y de las responsabilidades: los pacientes tienen la responsabilidad tanto para con ellos —por lo que se refiere a su asistencia sanitaria— cuanto para los operadores sanitarios, y los operadores sanitarios obviamente gozan de esa misma salvaguarda de los derechos de los pacientes como todas las demás personas. Hay un asunto básico en el texto según el cual la enunciación de los derechos de los pacientes hará a la gente más consciente de sus propias responsabilidades tanto al prestar como al recibir la asistencia sanitaria y esto garantizará que la relación entre paciente y operador sanitario se caracterice por un apoyo y respeto recíproco.

Los pacientes deberían ser conscientes de la contribución práctica que ellos mismos pueden dar al mejor funcionamiento del sistema sanitario. Es de desear, y a veces es incluso indispensable, su participación activa en el proceso de diagnóstico y de tratamiento. Es siempre importante que proporcionen a los operadores sanitarios toda la información necesaria para el diagnóstico y el tratamiento. El paciente juega un papel esencial, así como el operador sanitario, en asegurar que el diálogo mutuo se desarrolle correctamente.

Debemos subrayar el papel esencial que los pacientes tienen en garantizar que la asistencia sanitaria sea adecuadamente prestada; en especial hoy, cuando el sistema sanitario está muy apoyado por mecanismos financieros colectivos y cuando un uso justo de los recursos económicos destinados a la asistencia sanitaria constituye el objetivo que hay que compartir, en igual medida, tanto por los operadores sanitarios como por los pacientes. De igual manera, si la participación de los pacientes en la enseñanza clínica requiere el consentimiento informado de éstos, los pacientes deben ser conscientes también de que la profesionalidad de los futuros operadores sanitarios depende, en parte, de su disponibilidad de participar en su entrenamiento.

Aplicación

La aplicación de este documento está estrechamente ligada a la decisión que cada país en particular pretenda tomar para revisar su propia política actual en materia de actividades y apoyo legislativo sobre los derechos de los pacientes.

Si bien algunas propuestas se hacen de modo sintético por motivos de claridad de exposición, el presente texto representa un conjunto de directrices que pueden ser utilizadas en el curso de los debates sobre la política que hay que seguir en el ámbito de cada país en particular y en la formulación o reformulación, según los casos, de las políticas nacionales, de la ley o de los actos oficiales o de cualquier otro aspecto. Sin embargo, es de desear que este documento sea de utilidad directa para todos, para los pacientes, para los operadores sanitarios, para las asociaciones profesionales de médicos y de otras categorías de operadores sanitarios, las asociaciones hospitalarias y otras estructuras sanitarias.

2. *Objetivos*

Con base en cuanto hemos dicho previamente, los *Principios de los derechos de los pacientes en Europa* pueden ser considerados, en cuanto al contenido, como un documento que se propone:

- reafirmar los derechos humanos fundamentales en el campo sanitario y, en particular, salvaguardar la dignidad y la integridad de las personas y promover el respeto del paciente como persona;

- ofrecer a la consideración de los Estados miembros un conjunto de principios fundamentales referentes a los derechos de los pacientes, que constituya la base sobre la cual se elaboren o revisen políticas en materia de asistencia sanitaria;

- ayudar a los pacientes a obtener los más amplios beneficios en el uso de los servicios del sistema sanitario y a atenuar las consecuencias de eventuales problemas vinculados con ese sistema;

- promover y apoyar relaciones de recíproca utilidad entre pacientes y operadores sanitarios y alentar, en particular, una forma más eficaz de participación del paciente;

- reforzar las oportunidades existentes y ofrecer nuevas oportunidades a fin de que se establezca un diálogo entre las organizaciones de los pacientes, los operadores sanitarios y los administradores de las entidades sanitarias;

- concentrar la atención nacional, regional e internacional sobre las crecientes necesidades por lo que se refiere a los derechos de los pacientes y favorecer una más estrecha colaboración internacional en este campo;

- asegurar que se respeten los principales derechos humanos y que se garantice la humanización de la asistencia a todos los pacientes, incluidos los más débiles, como son los niños, los pacientes psiquiátricos, las personas ancianas o los pacientes gravemente enfermos.

3. *Fundamentos conceptuales*

Al redactar los *Principios de los derechos de los pacientes en Europa*, se han tomado en consideración los siguientes instrumentos intergubernamentales que, en conjunto, constituyen la estructura y el complejo de

conceptos básicos que pueden ser aplicados a los derechos de los pacientes:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
- La Convención Internacional de los Derechos Humanos (1948).
- La Convención Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (1966).
- La Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- La Convención Europea sobre los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (1950).
- El Estatuto Europeo (1961).

Los derechos de los pacientes

1. Los derechos humanos y los valores en la asistencia sanitaria

Los documentos citados en la Introducción deberían ser interpretados como aplicables particularmente a la planificación de la asistencia sanitaria y, por tanto, se debe considerar que los valores humanos expresados en tales documentos se reflejarán en el sistema sanitario. Se debe subrayar también que, ahí donde se impongan limitaciones excepcionales a los derechos de los pacientes, éstas deben establecerse de acuerdo con los derechos humanos y tener un fundamento legal en la jurisprudencia del país. Se debe observar, además, que los derechos indicados a continuación implican una doble responsabilidad tanto de actuar en pro de la salud de los demás como en pro de sus mismos derechos.

1.1. Cada uno tiene el derecho al respeto de sí mismo como persona humana.

1.2. Cada uno tiene el derecho a la autodeterminación.

1.3. Cada uno tiene el derecho a la integridad física y mental y a la protección de su propia persona.

1.4. Cada uno tiene el derecho al respeto de su propia vida privada.

1.5. Cada uno tiene el derecho al respeto de sus propios valores morales y culturales y de sus propias convicciones religiosas o filosóficas.

1.6. Cada uno tiene el derecho a que su propia salud esté garantizada mediante adecuados sistemas de prevención y cuidado y que tenga la oportunidad de gozar de la mejor asistencia sanitaria.

2. Información

2.1. Debe ponerse a disposición de todos los usuarios la información necesaria sobre los sistemas sanitarios y sobre el mejor modo de utilizarlos, de tal manera que todas las personas interesadas puedan beneficiarse de ellos.

2.2. Los pacientes tienen el derecho a ser ampliamente informados sobre su estado de salud y sobre el aspecto médico de su condición, sobre la terapia médica propuesta con la indicación de los riesgos potenciales y de los beneficios de cualquier terapia y sobre las alternativas posibles a la terapia propuesta, indicando también cuáles pueden ser las consecuencias si falla el tratamiento, el diagnóstico, el pronóstico y la evolución del tratamiento.

2.3. Sólo en casos excepcionales pueden no ser informados los pacientes, esto es, cuando se encuentran en un estado tal que se considere que la información sólo podría causar un daño grave y no producir efectos positivos.

2.4. La comunicación al paciente debe hacerse de manera apropiada, de tal forma que éste pueda comprender fácilmente y evitar el uso de una terminología demasiado técnica y poco comprensible. Si el paciente no habla la lengua oficial del país se debe disponer de un intérprete.

2.5. Los pacientes tienen el derecho a no ser puestos al corriente de su condición real si lo solicitan expresamente.

2.6. Los pacientes tienen el derecho a escoger a la persona que deba ser informada en su lugar.

2.7. Los pacientes pueden exigir un segundo parecer médico.

2.8. Al momento de ingresar en una estructura sanitaria, los pacientes tienen el derecho a ser informados de la función profesional del personal sanitario que estará a su cuidado y de cuáles son los deberes y los turnos de aquellos que los asistirán en el curso de la estancia.

2.9. Los pacientes deben poder solicitar y obtener un informe escrito sobre el diagnóstico de su enfermedad, sobre el tratamiento y los cuidados que hay que seguir cuando se les dé de alta en la estructura sanitaria.

3. Consentimiento

3.1. El consentimiento formal del paciente es un requisito indispensable para cualquier intervención médica.

3.2. El paciente tiene el derecho a rechazar o a interrumpir una intervención médica. Las consecuencias del rechazo o de la interrupción se le deben explicar claramente al paciente.

3.3. En el caso en que un paciente se encuentre en la imposibilidad de expresar su propia voluntad y se haga absolutamente urgente una intervención médica, se puede suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea evidente, con base en una declaración precedente, que tal consentimiento habría sido de todos modos denegado en esa situación.

3.4. En el caso en que se requiera el consentimiento de un representante legal y sea absolutamente indispensable intervenir, se puede realizar la operación cuando resulte imposible obtener a tiempo el consentimiento del representante.

3.5. Cuando se requiera el consentimiento de un representante legal, los pacientes (sean menores de edad o adultos) deben, en cualquier caso, ser implicados en las decisiones que se tomen hasta el máximo de su propia capacidad de comprensión.

3.6. En el caso en que un representante legal rechace dar su consentimiento cuando el médico u otro operador sanitario considere que se deba intervenir en interés del paciente, la decisión debe ser diferida al juicio de un tribunal o de otro laudo arbitral.

3.7. En todas las demás situaciones en las que el paciente esté imposibilitado para dar su consentimiento y en el caso en que no haya un representante legal o un representante designado por el paciente con ese fin, hay que procurar que se escoja un sustituto capaz de tomar una decisión, teniendo en consideración cuáles son los verdaderos deseos del paciente o, cuando sea posible, se considera que lo sean.

3.8. Se debe solicitar el consentimiento del paciente por lo que se refiere a la preservación y el uso de su material biológico. Se puede suponer el consentimiento cuando tal material deba ser usado durante el diagnóstico, el tratamiento y el cuidado del paciente.

3.9. El paciente debe dar su consentimiento a su propia participación en un programa de enseñanza clínica.

3.10. El consentimiento informado del paciente es un requisito previo para la participación en un proyecto de investigación científica. Todos los protocolos deben estar sometidos a procedimientos éticos apropiados. No deben participar en un proyecto de investigación aquellos que no puedan expresar su voluntad, a menos que se haya obtenido de su representante legal y que se considere que la investigación se efectúa en interés del paciente.

Como excepción al requisito de que la participación en la investigación se haga en interés del paciente, una persona inhábil puede igualmente entrar en un programa de investigación de observación que no tenga un beneficio directo para su salud, siempre que la persona no ponga objeciones, que el riesgo y/o las consecuencias sean mínimas, que la investigación sea válida y que no se disponga de métodos alternativos u otros sujetos de investigación.

4. Confidencialidad y privacidad

4.1. Toda la información sobre el estado de salud del paciente, la situación médica, el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y toda la demás información de naturaleza personal debe mantenerse en reserva incluso después de su muerte.

4.2. La información reservada puede ser revelada sólo en el caso en que el paciente dé su consentimiento explícito para ello o en caso de que la ley lo prevea expresamente. Se puede suponer el consentimiento cuando la comunicación de cierta información sea necesaria para otros operadores sanitarios que participen en los cuidados de ese paciente.

4.3. Todos los datos de identificación del paciente deben ser protegidos. La protección de los datos debe ser adecuada a la modalidad de preservación. Igualmente debe ser protegido el material biológico del que se puedan deducir datos de identificación.

4.4. Los pacientes tienen derecho a acceder a su historial clínico, a las fichas técnicas y a cualquier otra documentación que concierna a su diagnóstico, el tratamiento y los cuidados, y de recibir una copia de su historial clínico o de parte de éste. El acceso a tales documentos excluye datos que se refieran a terceras partes.

4.5. Los pacientes tienen el derecho a solicitar la corrección, la cancelación, la integración, el esclarecimiento y/o la actualización de datos

personales y médicos que lo conciernan y que puedan resultar inexactos, incompletos, ambiguos o anticuados o que no sean importantes para el diagnóstico, el tratamiento o los cuidados.

4.6. No puede haber intromisión alguna en la vida privada y familiar del paciente, a menos que, y sólo si, además del consentimiento del paciente, no se considere que sea necesaria para efectuar el diagnóstico del paciente y para decidir acerca del tratamiento y de los cuidados que se vayan a dar.

4.7. El operador sanitario puede intervenir sólo si se respeta la privacidad del individuo. Con esto se entiende que una determinada intervención médica puede ser efectuada sólo en presencia de aquellas personas que sean necesarias para la intervención misma, a menos que el paciente no consienta en ello o no exija algo diferente.

4.8. Los pacientes ingresados en estructuras sanitarias tienen el derecho a gozar de ambientes que permitan su privacidad, especialmente cuando reciban cuidados personales por parte de los operadores sanitarios o cuando sean sometidos a análisis y tratamientos.

5. *Cuidados y tratamiento*

5.1. Cada uno tiene el derecho a recibir la asistencia sanitaria que sea adecuada a sus propias necesidades, incluida la asistencia preventiva y las actividades inherentes a la promoción de la salud. Los servicios deben ser siempre utilizables y accesibles para todos de manera justa, sin discriminación y según los recursos financieros, humanos y materiales de que disponga una determinada sociedad.

5.2. Los pacientes tienen el derecho colectivo a disponer de una representación en cada uno de los niveles del sistema sanitario en cuestiones que conciernan a la planificación y la evaluación de los servicios, incluido el tipo, la calidad y el funcionamiento del cuidado prestado.

5.3. Los pacientes pueden exigir que el cuidado prestado sea cualitativamente válido, tanto por lo que se refiere al aspecto tecnológico como para el tipo de relación humana que debe establecerse entre paciente y operador sanitario.

5.4. Los pacientes tienen el derecho a la continuidad de los cuidados, que incluya la cooperación entre todos los operadores sanitarios y/o

estructuras sanitarias que puedan estar interesados en el diagnóstico, en el tratamiento y en los cuidados de su enfermedad.

5.5. En los casos en que los operadores sanitarios deban escoger entre los pacientes potenciales que hay que someter a un tratamiento particular del que esté disponible una erogación limitada, todos los pacientes tienen el derecho a pretender que se siga un procedimiento justo de selección. Ésta debe basarse en criterios médicos y efectuarse al margen de cualquier discriminación.

5.6. Los pacientes tienen el derecho a escoger o cambiar el médico a su cuidado o a cualesquier otro operador y estructura sanitaria, siempre que ello sea compatible con el funcionamiento del sistema sanitario.

5.7. Los pacientes para los que no subsistan motivaciones médicas para continuar la permanencia en una estructura sanitaria, tienen el derecho a una explicación exhaustiva antes de ser trasladados o dados de alta. El traslado a otra estructura puede llevarse a cabo sólo si esta última ha manifestado su consentimiento a aceptar al paciente. Cuando el paciente sea dado de alta y cuando sus condiciones lo requieran, se debe poder disponer de servicios domiciliarios y sociales (comunitarios).

5.8. Los pacientes tienen el derecho a ser tratados con dignidad en lo que se refiere al diagnóstico, el tratamiento y los cuidados, que deben ser administrados en el respeto a su cultura y a sus valores.

5.9. Los pacientes tienen el derecho a la familia, a los parientes y a los amigos durante el período de cuidado y tratamiento y a recibir apoyo moral y asistencia durante todo el tiempo.

5.10. Los pacientes tienen derecho al alivio de sus sufrimientos, en relación con el estado común de los conocimientos.

5.11. Los pacientes tienen el derecho a recibir cuidados terminales humanos y a morir con dignidad.

6. Aplicación

6.1. El ejercicio de los derechos expuestos en este documento implica que se establezcan medios apropiados para el objetivo buscado.

6.2. El goce de estos derechos será asegurado sin discriminación.

6.3. En el ejercicio de estos derechos, los pacientes estarán sometidos sólo a aquellas limitaciones compatibles con los derechos humanos y de acuerdo con procedimientos previstos por la ley.

6.4. Si el paciente no puede valerse de los derechos que se exponen en este documento, tales derechos los debería ejercer su representante legal u otra persona designada por el paciente a tal fin; si no se nombrara un representante legal o un delegado personal, deben tomarse otras medidas para que tales pacientes estén igualmente representados.

6.5. Los pacientes deben tener acceso a la información y consultas que les permitan ejercer los derechos enunciados en este documento. En el caso en que los pacientes se den cuenta de que sus derechos no son respetados, deben poder presentar un recurso. Además de recurrir a la magistratura, deberían existir órganos independientes a otros niveles que faciliten el análisis de las instancias, mediando y juzgando los recursos. Se debería asegurar, además, que se ponga en conocimiento de los pacientes cuáles son los procedimientos para un eventual recurso y que se disponga de un experto para consultar acerca de la acción más adecuada a realizar. Estas instituciones, luego, deberían asegurar que, cuando sea necesario, den asistencia y asesoría legal disponible por cuenta del paciente. Los pacientes pueden exigir que sus recursos sean analizados y tratados de modo exhaustivo, adecuado, eficiente y solícito, y que sean informados igualmente acerca de su resultado.

7. Definiciones

En estos *Principios de los derechos de los pacientes en Europa*, se han utilizado los siguientes términos con el consiguiente significado:

Paciente. Aquel que se sirve de los servicios sanitarios, esté sano o enfermo.

Discriminación. Distinción entre personas que se encuentren en condiciones similares hecha con base en la raza, sexo, religión, fe política, orígenes nacionales o sociales, relaciones con minorías nacionales, o causada por antipatías personales.

Asistencia sanitaria. Servicios médicos, de enfermería o afines, prestados por operadores sanitarios y estructuras sanitarias.

Operadores sanitarios. Médicos, enfermeras, dentistas u otros operadores sanitarios.

Intervención médica. Cualquier examen, tratamiento u otro acto que tenga un propósito de prevención, diagnóstico, terapéutico o de rehabilitación, llevado a cabo por un médico o por cualquier otro operador sanitario.

Estructura sanitaria. Cualquier estructura sanitaria como hospital, clínica o casa de asistencia para personas discapacitadas.

Cuidados terminales. Por este término se entiende tanto la asistencia prestada a un paciente, en aquellos casos en que no sea posible mejorar el pronóstico fatal de su condición con los métodos de tratamiento disponibles, cuanto los cuidados que son prestados en la cercanía de la muerte.³

Referencias bibliográficas

¹ Todos los derechos contenidos en este documento son propiedad de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa. No obstante, el documento puede ser libremente analizado, reproducido o traducido, pero no puede ser ni vendido ni usado con fines comerciales. Las siglas WHO (*World Health Organization*) y la marca están protegidas y no pueden ser usadas en ninguna reproducción o traducción de este documento sin permiso. La Oficina Regional desearía recibir tres copias de cada traducción.

² Traducción española de la italiana realizada por A. Bompiani a partir de una copia fotostática.

³ Notas sobre la Declaración: En la Consulta Europea sobre los Derechos de los Pacientes, reunida en Amsterdam durante los días 28 al 30 de marzo de 1994 bajo los auspicios de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud en Europa (WHO/EURO) y siendo anfitrión el Gobierno de Holanda, participaron 60 delegados procedentes de los Estados miembros. El objeto de la Reunión era de definir los principios y las estrategias para la promoción de los derechos de los pacientes, en el ámbito del proceso de reforma sanitaria en curso en la mayoría de los países. La Consulta representa la fase conclusiva de un largo proceso preparatorio, durante el cual la OMS ha fomentado el movimiento que se estaba constituyendo en favor de los derechos de los pacientes llevando a cabo, entre otras iniciativas, estudios e investigaciones sobre los derechos de los pacientes a través de toda Europa. Tales estudios pusieron de manifiesto un interés común y numerosas orientaciones e iniciativas en los países europeos que testimonian la necesidad de que se dé un ulterior impulso al desarrollo de esta política en la mayor parte de estos países. Los resultados del estudio se publicaron en el libro "Los Derechos de los Pacientes", un texto muy completo que será seguramente significativo y útil para desarrollar lineamientos de conducta para los países en materia de derechos del paciente. La *Declaración sobre la promoción de los derechos de los pacientes en Europa* constituye, así, un plan común europeo de acción y abarca aquellos principios sancionados por la Consulta de Amsterdam. Tal *Declaración* debería ser interpretada como un derecho ulterior, tanto para los ciudadanos como para los pacientes, de mejorar la relación, en el ámbito del sistema sanitario, entre los operadores sanitarios y los responsables del servicio sanitario. Es de desear que los *Principios de los derechos de los pacientes*, establecidos por la Consulta de Amsterdam, constituyan una referencia sólida y un instrumento capaz de mejorar una nueva ideología en el proceso sanitario. Las Actas completas de la Consulta serán objeto de publicación por separado durante el corriente año (Copenhague, abril de 1994).



MAESTRÍA EN BIOÉTICA

El Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac, Campus Poniente, anuncia el inicio de su Maestría en Bioética para el próximo mes de agosto de 1998.

El programa está dirigido a todos los profesionistas relacionados con las Ciencias de la Salud, juristas del área civil y penal, personal administrativo relacionado con seguros de gastos médicos, filósofos, personal de pastoral sanitaria y a todas aquellas personas interesadas en promover los derechos del paciente y con inquietudes sociales en este ámbito.

Tiene como objetivo formar especialistas e investigadores, líderes en su campo, con sólidos conocimientos, habilidades y valores, capaces de tener una injerencia ética y jurídica en el ámbito de las Ciencias de la Salud.

Informes: Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac.
Av. Lomas Anáhuac s/n. Col. Lomas Anáhuac. Huixquilucan, Edo. de México.
Tel: 328-80-74, 627-02-10 ext. 7146 y 7205. Fax: 596-19-38.
email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx

CRITERIOS PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS EN LA REVISTA “MEDICINA Y ETICA”

Los artículos deben escribirse de preferencia en español, de manera clara y concisa. El texto deberá ir mecanografiado a doble espacio, en papel tamaño carta. Se requiere que el artículo no exceda de 30 cuartillas y que se pagine cada una de éstas. Deberán enviarse dos copias de cada artículo.

La primera página debe contener el título del trabajo, el (los) nombre(s) del (de los) autor(es) y de la institución a la cual pertenezca(n). Independientemente de la extensión del artículo deberá anexarse un resumen de no más de 10 líneas.

A lo largo del texto se deberán señalar con número exponencial las referencias bibliográficas y, al final del texto, citarlas en el mismo orden, de la siguiente manera:

- ¹ LUNDE B.T., ABRAHAM, H., *Prevention of psychosis following open heart surgery*; American Journal of Psychiatry, 1968, 124: 1195-1199.

La aceptación de los trabajos está sometida al juicio del *Comité Editorial*. Los que se acepten serán publicados; aquellos que no lo sean, permanecerán en las oficinas de la revista.

Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina. Universidad Anáhuac
Dr. Óscar Martínez, Coordinador Académico
Apartado Postal 10 844
C.P. 11 000, México, D.F.
Email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx**

No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior.



Verano '98

DIPLOMADOS

(20 de julio al 14 de agosto)

1. *Doctrina Social Cristiana*
2. *Teología básica para laicos*
3. *Doctrina Social Cristiana y catequesis*
4. *Promoción humana ¿qué es?, generación de proyectos, formas de financiamiento y aspectos jurídicos*

\$ 1,200.00

SEMINARIOS

1. *Temas actuales de Doctrina Social Cristiana (20 al 31 de julio)*
\$650.00
2. *Neoliberalismo: valoración ética (27 al 31 de julio)**
3. *Doctrina Social Cristiana y espiritualidad laica (3 al 7 de agosto)**
4. *Medio ambiente: entre ecología y ecologismos (10 al 14 de agosto)**

* \$ 350.00

CURSOS BREVES

1. *Sexualidad y madurez humana (20 al 31 de julio)*
2. *El ABC de la prensa escrita (20 al 31 de julio)*
3. *Formas de participación social y política (3 al 14 de agosto)*
4. *Educación en valores (3 al 14 de agosto)*
5. *Educación en derechos humanos (10 al 14 de agosto)*

\$ 350.00

Mayores Informes: Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana, Pedro Luis Ogazón

No. 56, Col. Guadalupe Inn, 01020, México, D.F. Tels. 661-3043, 661-5612; Fax. 661-4286

Correo electrónico: imdosoc@iserve.net.mx/ Página electrónica: <http://www.imdosoc.org.mx>

15% de descuento presentando este anuncio

REVISTA MEDICINA Y ETICA

PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: \$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dls.

Otros países: \$ 85 U.S. dls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: \$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dls.

Otros países: \$ 30 U.S. dls.

Deseo recibir la revista *Medicina y Etica*

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

País: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor, enviar cheque a nombre de:

INVESTIGACIONES Y

ESTUDIOS SUPERIORES S.C.

Número de cheque: _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:

Instituto de Humanismo

en Ciencias de la Salud

Universidad Anáhuac

Lomas Anáhuac s/n

Apartado Postal 10 844

C.P. 11 000, México, D.F.

Email: ojmartin@www.dcc.anahuac.mx