

CENTRO MUNICIPAL DE HIGIENE, EPIDEMIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA. MATANZAS
Revista Médica Electrónica. 2010;32(2)
Problemas bioéticos que se desprenden en la atención a las personas viviendo con
VIH/sida. 2010
Bioethical problems coming out from health care of people living with HIV/AIDS.
2010

AUTORES

Dra. Ida Martínez Bernal (1)
E-mail: uats.mtz@infomed.sld.cu
Lic. Yahcel T. Rimada Álvarez (2)
Lic. Carmen Vera Santos (2)

1)Especialista de I Grado en Higiene y Epidemiología. Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Matanzas.

2)Licenciada en Enfermería. Centro Municipal de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Matanzas.

RESUMEN

El VIH/sida constituye en el momento actual un serio problema a nivel mundial. Es una entidad que conduce inexorablemente a la muerte en un plazo más o menos largo. Y en sentido general, toda nuestra población en edad sexualmente activa es vulnerable a este tipo de afección. Existen una serie de aspectos bioéticos relacionados con la enfermedad a los cuales tiene que enfrentarse nuestra sociedad, entre ellos, la confidencialidad, la distribución de recursos, el uso de sujetos humanos en la experimentación, el desarrollo de medidas sanitarias para las escuelas, el lugar de trabajo, las prisiones, campañas educativas, campañas de detección, consentimiento informado, y la sociedad en general. Entre la misiones que tiene que asumir el Ministerio de Salud Pública en nuestro país se encuentran: desarrollar esfuerzos con voluntad política para incidir positivamente en la lucha contra los estigma asociados a esta enfermedad, incrementar las labores educativas de salud para modificar estilos de vida, concientizar a las personas en cómo prevenir la enfermedad, aumentar la percepción de riesgo y fomentar prácticas sexuales seguras y responsables, desarrollar valores espirituales, culturales, éticos y morales en la educación sexual, y garantizar una atención médica de alta calidad una vez que se diagnostican los pacientes.

DeCS

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA
DISCUSIONES BIOÉTICAS
ATENCIÓN A LA SALUD
DERECHOS HUMANOS
PROMOCIÓN DE LA SALUD
HUMANOS

INTRODUCCIÓN

La ética es aquella rama del conocimiento científico que se interesa por las obligaciones morales, la responsabilidad y la justicia social. (1)
La bioética, en cambio, es una ética particular más abarcadora que la ética médica. Esta nueva disciplina propone abarcar el estudio ético de los problemas relativos a la vida y al ecosistema propio de la época posmoderna: consecuencias de la

revolución tecnológica mal aplicada, el ultra desarrollo, la desigualdad y la globalización. (2)

Se puede afirmar que uno de los problemas más acuciantes de la medicina contemporánea es de índole bioético. La bioética, entendida como el estudio de las implicaciones morales y sociales de las nuevas tecnologías que resultan del avance de las ciencias, propone una metodología de solución racional a los complejos problemas que afrontan los que tienen que tomar decisiones con respecto al cuidado de la salud de las personas y de la comunidad. Aun así, es controvertida, debido a las diferencias de valores y perspectivas. Lo que puede ser éticamente bueno para una persona, puede ser malo para otra. Debido a esto, la sociedad tiende a definir a la ética en términos de comportamiento. (3) La bioética, en este propio estadio epistemológico, tiende a revolucionar la ciencia constituida, unifica el saber tradicional, el proceder tradicional, lo axiológico ético y sus formas de comportamiento, y en esa conjugación se originan el saber bioético [...] (4)

Entre los temas más debatidos en Medicina en el terreno bioético figuran el diagnóstico prenatal y el consejo genético, el aborto, el control de la natalidad, el eugenismo y la esterilización, la fecundación asistida, el trasplante de órganos, la ingeniería genética y terapias genéticas, la eutanasia, la experimentación con seres humanos, las técnicas de reanimación u orden de no resucitación, testamentos de vida, psicocirugía y control de la conducta, terapéuticas farmacológicas y drogas psicoterapéuticas, y en sentido magnificado el SIDA, como gran generador de impactos familiares, sociales y económicos. (3)

Es necesario comprender que, entre los determinantes de la calidad de vida en los pacientes viviendo con VIH/sida, existen factores sociales de importancia. Cabe señalar la cultura, las costumbres y tradiciones, los patrones de conducta social (positivos o negativos), las creencias y prejuicios, y la forma en que la sociedad percibe los valores portadores de confort y bienestar. Estos pueden enriquecer, o por el contrario, reducir el concepto de calidad de vida, y pueden, a su vez, hacerlo diferente de un lugar a otro, y particularmente, la valoración que haga la sociedad de la enfermedad influye positiva o negativamente en la calidad de vida de los PVVIH. (5)

En su aspecto más general, la *calidad de vida* es una categoría social, económica y política, que se sustenta en un determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético, y en un sistema de valores que por consenso acuerda la sociedad. Constituye un concepto dinámico de asociaciones causales diversas y que tiene, por tanto, un carácter multidimensional. De aquí se deduce que la valoración subjetiva que hace el individuo sobre las diferentes esferas de su vida, el bienestar que perciba en estas, y la influencia social sobre su autoestima, define la calidad de vida. (6)

A principios de la década del 70 del siglo XX, surge en Estados Unidos el término bioética. El primero que acuñó esta palabra fue un oncólogo llamado Van Rensselaer Potter, que lo definió como una disciplina que combina el conocimiento biológico con los valores humanos, y crea un diálogo (un puente) entre la ciencia y las humanidades. Plantea, además, la necesidad del compromiso político de los estados nacionales, y de la importancia de comprender que la naturaleza no es algo que se conquiste, sino el lugar donde convivimos. (3)

Durante los años 80, las instituciones académicas, políticas y asistenciales de Estados Unidos acuñaron el término, aunque con algunas reservas. En los medios intelectuales se advertía cierta confusión con su uso, pues se identificaba a la bioética con una fundamentación biológica de la moralidad, contraria a la propuesta

mayoritaria de una ética aplicada a la biomedicina; y por otro lado, la extensión del campo bioético al de la ética médica tradicional suponía distraerse del objetivo social de la medicina y la atención de la salud. (7) En los 90, los países latinoamericanos comenzaron a asimilar la bioética en el marco de una realidad signada por un neoliberalismo rampante que conllevó a una alta inflación (altos precios de los productos de primera necesidad en relación con los ingresos predominantes), a un alto endeudamiento exterior (freno en el desarrollo, pobreza y desempleo), y a la más desigual distribución del ingreso en el mundo. La bioética en este contexto tiene que ser redimensionada, haciéndose énfasis en los conceptos de equidad, participación y sensibilidad. (8) Fueron Beauchamp y Childress quienes, en 1979, ampliaron este enfoque al ámbito de la medicina. De este modo, la formulación de los clásicos principios bioéticos quedó del siguiente modo: (9)

- Beneficencia
- No maleficencia
- Autonomía
- Justicia

DISCUSIÓN

El SIDA es una enfermedad cargada de dilemas éticos, por lo que hay que prestar atención tanto a sus aspectos biológicos como bioéticos. Esta entidad representa el estado clínico final de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual progresivamente destruye el sistema inmune, y el resto de los sistemas del organismo. Muchas personas después de infectada por el VIH presentan un cuadro agudo similar a la mononucleosis infecciosa, que puede durar entre una y dos semanas. Después de este período, pueden permanecer asintomáticos por períodos de meses y hasta años. El cuadro clínico puede ser insidioso, apareciendo síntomas inespecíficos como linfadenopatías generalizada, anorexia, diarrea crónica, pérdida de peso, fiebre y fatiga. A pesar de todos estos síntomas, el diagnóstico final de SIDA debe ser aún confirmado. Con la aparición de las infecciones oportunistas el sistema inmunológico se hace más indefenso y se vuelve más débil. Como hemos visto, la enfermedad posee un amplio espectro clínico, pero también abundan las formas leves o inaparentes, además aparecen los portadores asintomáticos y una constelación de síntomas y signos en personas infectadas con el VIH, el cual se ha denominado Complejo Relacionado con el SIDA (CRS). Las formas "graves o completas" (SIDA) presentan una alta letalidad que alcanza hasta el 80 % a los dos años de realizado el diagnóstico. (10)

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana se transmite fundamentalmente por medio de:

- 1.- Relaciones sexuales (sin protección) en personas infectadas por el virus.
- 2.- Sangre y hemoderivados contaminados por el VIH.
- 3.- Agujas contaminadas por el VIH.
- 4.- Vía materno-fetal. (11)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), por sus connotaciones de enfermedad social y potencialmente mortal, sitúa a las personas que la padecen en situaciones peculiares, que son tributarias, no sólo de un rápido diagnóstico y eficaz tratamiento, sino también de acompañamiento durante todo el proceso que dure la enfermedad. Los profesionales de la salud que traten con este tipo de pacientes, no sólo deben conocer este hecho, sino que deben estar dispuestos a realizar este

recorrido con paciencia, amor y profesionalidad. A los compromisos de encontrar vacunas y tratamientos efectivos se han sumado campañas para proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas infectadas por el VIH y/o afectadas por el SIDA.

Se estima que solamente en el 2005 ocurrieron 83,8 nuevas infecciones por millón de habitantes, lo que representa el mayor incremento en la historia de la epidemia; y más de tres millones de fallecimientos por el VIH. (12) El SIDA, como enfermedad grave y mortal que se propaga con gran rapidez por estar vinculada a las relaciones íntimas entre los seres humanos, ha hecho surgir difíciles y controvertidas interrogantes sobre la función apropiada del estado en materia de salud pública. (10)

A medida que el VIH/sida ha tomado una connotación internacional, los estados y gobiernos han tratado de frenar esta pandemia que azota a la humanidad, pero evidentemente no se ha podido encontrar una completa solución a esta "tercera epidemia" (como la llamara el Dr. Jonathan Mann, otrora jefe del Programa Mundial para el SIDA, de la Organización Mundial de la Salud), ya que intervienen aspectos de tipo económico, social, político y cultural de los pueblos, donde hay que resolver cuestiones de carácter social, humanístico y jurídicos. (13) Es obligación moral del profesional actuante guardar la confidencialidad y discreción en todo lo que se refiera a nuestros pacientes. El Juramento Hipocrático refiere "Lo que en el tratamiento o incluso fuera de él viera u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba trascender, lo callare teniéndolo por secreto". (14) Por su parte, el Colegio Internacional de Ética Médica, de la Asociación Médica Mundial menciona: "Un médico habrá de preservar el secreto absoluto de todo lo que oiga sobre su paciente en virtud de la confianza que se ha depositado en él". (15)

A mediados de 1985, cuando empezaron las pruebas para detección de la enfermedad, las autoridades de salud pública se hicieron eco de la importancia crítica de la confidencialidad. Los centros de control de enfermedades formularon principios y recomendaciones para realizar pruebas voluntarias a gran escala, pero con una dinámica campaña de orientación se adoptó una posición sorprendente en cuanto a la confidencialidad y la necesidad de formular leyes estatales para proteger las fichas de los pacientes con VIH. (16)

A medida que ha pasado el tiempo, la mayoría de los estados, empujados por las autoridades de salud pública, y cabales defensores de los intereses de las personas más expuestas al riesgo del SIDA, han promulgado pautas específicas para proteger la confidencialidad y la vida privada de las personas realmente, o presuntamente, infectadas por el VIH. (17) Han surgido tensiones y conflictos dentro de la amplia alianza médico-política, forjada en los primeros años de la epidemia. Estas tensiones fueron muy obvias en los debates sobre la notificación de los resultados positivos del examen de detección del VIH con el nombre de la persona a los departamentos de salud, y en las controversias sobre la posibilidad de violar la confidencialidad para alertar a las parejas sexuales que no sospechaban nada.

Una encuesta mundial sobre legislación relativa al SIDA (por encargo de la OMS) se comprobó que de 77 naciones estudiadas, 51 habían promulgado leyes para la notificación obligatoria de casos de SIDA. El grupo asesor de Reino Unido adoptó una actitud contraria, y recomendó que el SIDA no se notificara por ley. Autoridades estadounidenses alegaron que sólo la notificación con el nombre del paciente permitiría a las autoridades encargadas de la salud hacerse una idea respecto a la epidemiología de la enfermedad.

Para muchas personas la notificación de casos no entraña una violación importante de confiabilidad, siempre que las fichas de los pacientes no se divulgasen ni fueran objeto de citación en procesos judiciales.

Para quienes temían el efecto de la notificación, constituyó una derrota la recomendación del Informe Final de la Comisión Presidencial sobre la epidemia de VIH, de junio de 1988. (18) Este informe, que con tanta fuerza defendía la importancia de la confidencialidad para la salud pública, sugería, por otra parte, que todos los Estados siguieran el camino que se había tomado en Colorado, donde en septiembre de 1985, se hizo obligatorio notificar los resultados de las pruebas de anticuerpos anti VIH.

Actualmente, parece ser que la inclinación de las naciones es la notificación del nombre de las personas a las autoridades de salud pública, para protegerlos. Lo más importante es la justificación clara y racional del sector de la salud pública para exigir la notificación de los nombres. No es conveniente proponer este curso sencillamente por "tradición" de salud pública; si las personas que están en riesgo de contraer la infección por VIH los lleva a evitar la realización de la prueba por temor a la notificación, entonces sería un grave error avanzar por este camino. La solución de este problema no se encontrará en la implantación de principios abstractos o no muy bien justificados, sino en el proceso de una voluntad política de las naciones, donde se llegue a consolidar una base mutua de confianza entre los gobiernos, para acabar de dar una solución al complejo y dramático problema del VIH/sida. (19)

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

Para la Asociación Médica Americana, el secreto profesional no es un valor absoluto; la responsabilidad del médico se identifica también con la de prevenir la difusión de enfermedades contagiosas y, como obligación ética, reconocer el derecho a la discreción y confidencialidad de las personas con el VIH/sida, por lo que postula, en relación con el tema de la confidencialidad que, inicialmente, el médico debe tratar de persuadir a la persona infectada a dejar de exponer a un tercero en juego, pero si la obra de persuasión no obtiene resultados, las autoridades deben ser informadas, y si la autoridad no toma las medidas correspondientes, el médico deberá informar y aconsejar a esa tercera persona. (19) Esta tesis, que cada vez encuentra más adeptos, se deriva de un principio de justicia, por cuanto lo que se pretende es evitar un daño injusto a terceros inocentes.

Otro de los dilemas bioéticos al cual tiene que enfrentarse la humanidad con relación a esta enfermedad, proviene de la paradoja de que lo que puede ser bueno a escala individual, quizás pueda no serlo tanto a escala colectiva. (20) En efecto, a menos que consigamos que las personas infectadas practiquen siempre sistemáticamente estrictos comportamientos de prevención y no de riesgo, la epidemia seguirá extendiéndose. En otras palabras, al aumentar la calidad de vida de las personas infectadas, gracias al desarrollo de las terapias antirretrovirales, incrementamos el reservorio de virus en la comunidad humana, y así incrementamos la posibilidad de que practiquen comportamientos de riesgo. En la historia de la medicina, no han sido pocos los individuos sanos o enfermos

que han participado en estudios cuyos resultados han sido de primera importancia para el conocimiento y la solución de gran variedad de problemas de salud. La actitud solidaria de participar en actividades, ya sea de prevención, convocadas por las autoridades sanitarias y fuera de ellas, debe ser reconocido por todos los sectores de la sociedad. Por otra parte, los pacientes afectados tienen responsabilidades que cumplir, tal como decía Theodor Adorno, "por más que individuo y sociedad no estén reconciliadas, a la ética le es esencial que entre ellos no se interponga una diferencia absoluta". (21) Desde esa perspectiva, los pacientes con VIH/sida tienen igual responsabilidad que la sociedad y el Estado. Desde el punto de vista ético, hay cuestionamientos de suma importancia: ¿es correcto permitir la negativa de un paciente sospechoso para realizar las pruebas confirmatorias a pesar de las consecuencias que pueda tener para él, sus familiares y la comunidad?, ¿es que el paciente con SIDA no tiene también deberes y responsabilidades con los demás?.

En veintiséis países ya se cuenta con reglamentos que condiciona el secreto profesional, así como la conducta social de estos individuos. Ante la necesidad de enfatizar la responsabilidad moral de estos pacientes en su calidad de sujetos morales se justifica, apelando al bien común, desarrollar en ellos la toma de la conciencia sobre dicha responsabilidad a través del convencimiento y de un programa educativo que les brinde elementos para su propia reflexión. Esta tarea tendrá que enfocarse hacia la formación de un espíritu solidario orientado a colaborar en ensayos y estudios que puedan ser decisivos en la búsqueda del tan esperado tratamiento definitivo, sin pasar por alto la normativa ética establecida para la investigación médica en seres humanos. (20)

La crisis moral de nuestros tiempos tiene en su origen al individualismo extremo. En estas circunstancias, el médico se enfrenta ante la disyuntiva de elegir entre la ética individualista propia de su deontología moral profesional tradicional (ética médica) y una serie de necesidades sociales que reclaman otro tipo de comportamientos morales. (22)

En estos momentos consideramos que el arma más eficaz para luchar contra la extensión de esta pandemia, es el cambio de conductas a partir de la puesta en marcha de estrategias de prevención rigurosamente diseñadas, y continuará siéndolo durante largos años, a no ser que se modifiquen radicalmente las circunstancias presentes, aun con la ayuda de medicamentos poderosos. (23) No todas las personas infectadas por el VIH, o enfermas de SIDA, se contagian por su responsabilidad; pero incluso, si ello fuera así, no existe ninguna justificación legítima para estigmatizarlas ni discriminarlas familiar, social o laboralmente. Los sentimientos de culpabilidad, rabia y ansiedad ante la incertidumbre y la discriminación los acompañan en el diario vivir, por lo que requieren, más que otros, de un particular apoyo.

La estigmatización es un proceso. Las características a las que se fija el estigma (color de la piel, la forma de hablar, las conductas), pueden ser muy arbitrarias. Dentro de una cultura o un ambiente en particular, ciertos atributos son tomados y definidos por otros como deshonorosos o indignos. Por lo tanto, la estigmatización describe un proceso de subvaloración más que un rasgo. (24) Gran parte del estigma relacionado con el VIH/sida se construye sobre concepciones negativas anteriores y las refuerza. A menudo se cree que estas personas merecen su destino porque han hecho algo malo. Con frecuencia estas "malas acciones" se vinculan con relaciones sexuales o con actividades sexuales ilícitas o reprobadas por la sociedad, al igual que el consumo de drogas. Los hombres infectados pueden ser percibidos como homosexuales, bisexuales o clientes de prostitutas. Las mujeres son percibidas como promiscuas o prostitutas. A menudo, la familia y la comunidad perpetúan el estigma y la discriminación, en

parte por miedo, en parte por ignorancia, y en parte porque resulta cómodo culpar a quienes se han visto afectados primero.

En muchos lugares del mundo se han producido numerosos ejemplos de semejantes violaciones. Las personas con el VIH/sida se han visto segregadas en escuelas y hospitales, incluso en condiciones crueles y degradantes (con frecuencia se han denunciado casos de tratos vergonzosos en cárceles, donde los reclusos se ven confinados sin que se satisfagan sus necesidades básicas, incluida la atención médica), se les ha negado el empleo, el derecho a casarse, hasta han sido asesinados a causa de su condición de seropositivos (en diciembre de 1999, una joven voluntaria fue apedreada y golpeada hasta la muerte por sus vecinos, cerca de Durban, Sudáfrica, por haber hablado en público acerca de su infección). (24) La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha confirmado que la discriminación a causa de ser portador del VIH o enfermo SIDA, está prohibida según las normas de derechos humanos existentes. A pesar de que sobre estos asuntos se ha legislado, todavía el bioderecho o biojurisprudencia tiene mucho que hacer en la protección jurídica de estas personas.

Otros problemas bioéticos a los que se tienen que enfrentar los profesionales de la salud en su atención al paciente VIH/sida, son los relativos a la reproducción humana, el aborto y la anticoncepción, y el nacimiento.

En el pasado, el tratamiento de estos pacientes era centrado en su aislamiento y en la implantación de terapias coercitivas. Hoy en día la estrategia de tratamiento está basada en la información y en la apelación a la responsabilidad individual. En 1994 se puso en vigor el Sistema de Atención Ambulatoria (SAA). De este modo, los pacientes después de ser detectados, confirmados, caracterizados integralmente por una comisión (constituida por médicos, psicólogos y trabajadores sociales), y verificado que su convivencia fuera del sanatorio no entrañaba riesgos para su salud ni para las personas que con ellos se relacionan, tenían la posibilidad de acogerse a recibir una atención especializada ambulatoria, que les permitiera una mejor integración a su medio sociofamiliar.

Asimismo, quisiéramos señalar que, a pesar de todas las disposiciones vigentes para proteger a las personas con VIH en Cuba, no por ello se ha estado exento de problemas relacionados con la bioética en la atención a estas personas. Por ejemplo, algunas administraciones, por desconocimiento y/o prejuicios, han intentado separar de sus empleos a trabajadores con VIH a través de las comisiones de peritaje médico, ignorando las decisiones de las autoridades y los procedimientos establecidos por la Resolución 13/97 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

CONCLUSIONES

El SIDA es la etapa final y más grave de la infección, que por lo general se presenta varios años después de la infección por el VIH, y conduce inexorablemente a la muerte en un plazo más o menos largo. Nuestra vulnerabilidad a los agentes infecciosos es inherente al ser humano como especie en la que se incluye al SIDA, enfermedad que afecta por igual a todas las capas sociales, industrializados o no, sin diferencia de edad, sexo, raza y zona geográfica. Cada día se deben continuar los esfuerzos y voluntad política en todas las naciones donde estén involucrados todos los organismos y sectores del estado y gobiernos para frenar la propagación de esta mortal infección que ha cobrado miles de vida. Que el tratamiento llegue a todos los enfermos por igual, que los derechos de las personas vulnerables en el contexto de los problemas éticos, legales y sociales generados por el SIDA sean razonables, además de ser respetadas. Realizar labores intensivas de salud para

modificar estilos de vida más saludables, acciones de salud en cuanto a la "percepción del riesgo", categoría esta muy importante que tiene que ver con la actitud de las personas en cómo asume las normas sociales, autoestima, etc. Es importante dar a conocer el verdadero rostro del SIDA, que la información acerca de esta enfermedad llegue a todos, y lo más importante es concientizar a las personas en cómo prevenir la enfermedad, por lo que una de las principales tareas para disminuir la prevalencia del VIH/sida es la prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barreras A. Construcción de una teoría ética. En: Acosta R. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2002. p. 28-43.
2. González U. Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento. Rev Cubana Sal Públ. 2002;28(3).
3. Álvarez Escobar M. Aspectos bioéticos en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Rev Med Electrón. 2009;31(4).
4. Fung T. La bioética: ¿un nuevo tipo de saber? En: Acosta R. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2002. p. 49.
5. García Capote J. Apuntes sobre la calidad de vida: su carácter socioeconómico y su relación con la salud. Rev Cubana Inves Biomed. 2005;24(1).
6. Quintero Danany G, González Pérez V. La calidad de vida en el ámbito socioeconómico y su relación con la salud en la tercera edad. La Habana: CITED; 1995.
7. Acosta R. La bioética de Potter a Potter. En: Acosta R. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Centro Félix Varela; 2002. p. 14-23.
8. Cortina Orts A. Ética mínima: introducción a la filosofía práctica. 10ma ed. Madrid: Editorial Tecno; 2005.
9. Blanco L. Notas acerca de los procedimientos de toma de decisiones éticas en la clínica médica. Cuadernos Bioética. 1999;10(37):25-9.
10. Fauci AS, Lane HC. Human Immunodeficiency Virus Disease: AIDS and Related Disorders. In: Kasper DI. Principles of Internal Medicine. 16ta ed. New York: McGraw-Hill; 2006. p. 1076–1139.
11. Bogart LM, Thornburg S. Are HIV/AIDS conspiracy belief a barrier to HIV prevention among African-American? J Acquired Immune Deficiency Syndrome. 2005;38(2):213-8.
12. Colectivo de autores. Investigaciones sobre VIH en el contexto de la salud pública cubana. En: Dirección Nacional de Epidemiología. Situación epidemiológica de las ITS y VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2005.
13. OMS. Declaración del Dr. Jonathan Mann Jefe del Programa Global de la OMS sobre el SIDA en la 42 Asamblea General de las Naciones Unidas. Ginebra: OMS; 1987.
14. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 4a ed. New York: Oxford University Press; 1994.
15. Centro para el Control de Enfermedades. Pautas recomendadas en la detección del VIH y conserjería en la prevención del VIH/SIDA. Atlanta: Centro para el Control de Enfermedades; 1987.
16. Gostin L. Estrategias en la Salud Pública para enfrentar el SIDA. JAMA. 1989;261:1621-30.
17. Lugones M. Estrictamente confidential. Rev Cubana Med Gen Integr. 2003;19(2).
18. Curran WJ, Gostin L. International survey of Legislation relating to the AIDS. Epidemics Genova: World Health Organization; 1988.

19. Ocampo Martínez J. Bioética y VIH/SIDA: Responsabilidad del paciente, la sociedad y el estado; Historia y filosofía de la medicina: An Méd. 2005;50(3):136-40.
20. De la Válgoma M, Marina JA. La lucha por la dignidad. Barcelona: Anagrama; 2000.
21. Bayés R. Sida y psicología. Madrid: Editorial Libros Universitarios y Profesionales; 1995.
22. Aggleton P, Parker R. Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación con el VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2002.
23. Naciones Unidas. El VIH y los derechos humanos. Directrices internacionales. Nueva York: Naciones Unidas; 1998.
24. Collins CA. New era for HIV prevention? Report the forum for collaborative HIV Research. Biomedical interventions of HIV prevention "Working group sept 2006 meeting Forum for Collaborative HIV". Washington DC: Research Universidad George Washington / Fundacion Bill y Melinda; 2007.

SUMMARY

HIV/AIDS is currently a serious problem around the world. It is an entity inexorably leading to death in a more or less long term. In a general sense, all the sexual active population is vulnerable to this kind of disease. There are some bioethical aspects related with this disease that our society has to affront like confidentiality, resources distribution, the usage of human beings in experiments, the development of sanitary measures for schools, work settings, prisons, educative programs, detection programs, the informed consent, and society in general. Among the missions our Ministry of Public Health has to assume are: developing political willingly efforts to positive impacting on the stigmas associated to this disease, increasing health educative work to modify life styles, to develop conscience in people on how to avoid the disease, increasing the risk perception and promoting safe and responsible sexual practices, developing spiritual, cultural, ethical and moral values in the sexual education, and assuring high qualitative medical health care for diagnosed patients.

MeSH

ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME
BIOETHICAL ISSUES
HEALTH CARE (PUBLIC HEALTH)
HUMAN RIGHTS
HEALTH PROMOTION
HUMANS

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Martínez Bernal I, Rimada Álvarez YT, Vera Santos C, Sánchez Y. Problemas bioéticos que se desprenden en la atención a las personas viviendo con VIH/sida. 2010. Rev Méd Electrón[Seriada en línea] 2010;32(2). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol2%202010/tema13.htm>. [consulta: fecha de acceso]