

BIOÉTICA Y SIDA, EL SER HUMANO Y SU DIGNIDAD

BIOETHICS AND AIDS, HUMAN BEING AND HIS DIGNITY

Félix Jesús Amador Romero¹
Jorge Heliodoro Mayor Ríos²
Zulayka Tosar Alonso³

RESUMEN

El presente trabajo tiene el propósito de actualizar los conocimientos de la bioética a partir de su diferenciación con los de la ética y la ética médica, identificando desde esta perspectiva los problemas asociados con la infección por el VIH/SIDA. Se analiza cómo el conocimiento de esta disciplina representa una solución más racional y humanista a los complejos problemas que afronta la sociedad contemporánea, entre ellos los numerosos retos presentes y futuros que, en el terreno bioético, la epidemia de SIDA le está imponiendo a la humanidad asociados a realidades como el estigma y la discriminación, la confidencialidad y la privacidad, el secreto profesional, el encarnizamiento terapéutico, los problemas relativos a la muerte, etc. Por último, se examina cómo a pesar de todas las disposiciones vigentes por el estado cubano para proteger a las personas infectadas por el VIH, aún subsisten violaciones, sobre todo en el ámbito laboral, relacionados con la bioética, que denotan ignorancia, miedos y prejuicios.

Palabras clave: Bioética, ética, VIH-SIDA

ABSTRACT

This paper has the purpose to update the knowledge about bioethics, starting with the differentiation between the knowledge of ethics and medical ethics, identifying from this point of views problems associated with HIV infection. It is analyzed how the knowledge of this discipline represents a more rational and humanist solution to the complex problems that the contemporary society has to face, among them, the numerous present and future challenges that in the bioethics field AIDS epidemic is imposing to humanity, associated to realities like stigma and discrimination, confidentiality and privacy, the professional secret, the therapeutic fierceness, the problems related to death, etc. Finally, it is examined how in spite of all the arrangements in Cuba to protect people infected by HIV, violations related with bioethics, that denotes ignorance, fears and prejudices, still subsist, specially in the working place.

Key words: Bioethics, ethics, HIV-AIDS

INTRODUCCIÓN

El desarrollo científico de la última mitad del siglo XX y principios del siglo XXI, no da tregua para una reflexión ética serena; se puede afirmar que uno de los problemas más acuciantes de la medicina contemporánea es de índole bioética.

Han pasado 50 años desde que se realizaran con

éxito los primeros trasplantes renales en el Brigham Hospital de Boston; por esa época también se realizó el primer trasplante de pulmón. En la década del 60 se realizaron los primeros trasplantes hepáticos, aunque con una baja supervivencia, y específicamente en el año 1967 Christiaan Neethling Barnard en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, realizó con éxito su primer trasplante del corazón en un ser humano afectado por una cardiopatía mortal. Más recientemente, en 1990, comenzó el proyecto del genoma humano, un esfuerzo internacional por mapear completamente los genes del hombre, que culminó en 2001 con su publicación por las revistas Science y Nature. En 1997 se anunció el nacimiento de la oveja Dolly, el primer ser vivo clonado a partir de células no sexuales de un mamífero adulto por el equipo del genetista escocés Ian Wilmut.

Hoy muchas de estas técnicas se encuentran bastantes perfeccionadas y se realizan con suficiente éxito; sin embargo, cada día se discute en el ámbito de los profesionales de la salud con mayor fuerza, conceptos tan controvertidos como *calidad de vida*, *muerte digna* y *dignidad de la persona humana*, entre otros, los cuales se interpretan de forma disímil sin que se llegue a un consenso en su definición y aplicación. El desarrollo científico en las llamadas ciencias de la salud resulta indiscutible, aunque no siempre la aplicación práctica de todo este progreso científico es ciertamente indiscutible.

La medicina actual continúa insistiendo en un modelo biomédico en el que la salud es ausencia de enfermedad y ésta, a su vez, tiene un origen monocausal, considerándosele como un inadecuado funcionamiento de los mecanismos biológicos, excluyendo otros aspectos como los psicológicos y los sociales. El ser humano sigue sin ser visto como un todo en sí mismo, y no se aprecia la relación mente-cuerpo como una fuerza curativa intrínseca en conexión con el entorno.

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

¹ Licenciado en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Master en Salud de los Trabajadores. Aspirante a Investigador. Departamento de Fisiología. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana, Cuba

² Licenciado en Psicología. Doctor en Ciencias Psicológicas. Master en Salud de los Trabajadores. Departamento de Fisiología. Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores. La Habana, Cuba

³ Médico especialista de I grado en Neonatología. Servicio de Neonatología. Hospital Gineco Obstétrico 'Ramón González Coro'. La Habana, Cuba

Correspondencia:

Lic. Félix Jesús Amador Romero
Instituto Nacional de Salud de los Trabajadores
Calzada de Bejucal km 7½, Apartado 9064, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana 10900, Cuba
E-mail: felixz@infomed.sld.cu

problemas que afrontan los que tienen que tomar decisiones con respecto al cuidado de la salud de las personas y de la comunidad. Surgida como una necesidad de la época posmoderna, esta nueva disciplina supone asumir una actitud reflexiva ante los aspectos éticos que, de alguna manera, están implícitos o explícitos en las ciencias de la salud. Se caracteriza por un acercamiento racional y humanista a los graves problemas existenciales que confronta la humanidad en estos momentos.

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.

El SIDA está presente en la sociedad porque existe un virus que causa esta enfermedad (VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana), pero no es menos cierto que esto ocurre cuando alguien, voluntaria o involuntariamente, mediante el comportamiento facilita su contagio y transmisión. En ese momento será necesario el consejo oportuno y prudente para lograr un acercamiento a la *persona* y no sólo al *paciente*.

Cuando esta confianza se abre paso, el profesional se ve frecuentemente invitado a escuchar confidencias sobre problemas no totalmente resueltos con anterioridad; es entonces cuando la comprensión y el respeto ofrecen la mejor alternativa humana y terapéutica.

Otros problemas íntimamente asociados al SIDA son el estigma y la discriminación que sufren las personas infectadas, los cuales se ha constatado que son universales, puesto que ocurren en todos los países y regiones del mundo. Estos son provocados por múltiples factores, entre ellos, la falta de conocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre el modo de transmisión, los prejuicios, las informaciones irresponsables de los medios de comunicación sobre la epidemia, el hecho de que el SIDA hasta este momento sea incurable, los miedos sociales en torno a la sexualidad, etc.

En muchas partes del mundo la vergüenza asociada a esta epidemia ha silenciado el debate abierto sobre sus causas y las respuestas adecuadas. Las consecuencias han sido que los afectados se sientan culpables y avergonzados, no puedan expresar sus opiniones y teman no ser tomados en serio.

El estigma y la discriminación asociados al SIDA tienen muchos otros efectos. En particular, tienen grandes consecuencias psicológicas sobre el modo en que las personas infectadas se perciben a sí mismas, lo cual conduce en muchos casos a la depresión, el estrés, la falta de autoestima y la desesperación. También socavan la prevención, pues hacen que las personas teman averiguar si están o no infectadas por miedo

a las consecuencias sociales que esto les pueda acarrear

Los enfermos terminales, muy jóvenes muchos de ellos, son abatidos por diversas dudas existenciales; con frecuencia no comprenden bien las razones de su sufrimiento, les preocupa y le temen al dolor, a la soledad en un trance de esta naturaleza y al miedo a que su vida carezca de sentido. Es en estos momentos cuando una comunicación adecuada y una compañía calificada juegan su mayor papel.

Recordemos que la angustia existencial que al hombre tanto sano como enfermo le provoca el no saber a qué atenerse, es fuente de una mayor angustia y preocupación; sólo la angustia vencida, la duda resuelta y el dolor físico y moral asumidos logran la paz.

Aquellos pacientes que 'mejor mueren', son los que tienen a un médico en quien confiar, un familiar con quien puedan compartir sus dudas aun cuando éstas no sean totalmente resueltas, y un amigo en quien depositar la pesada carga de sus tristezas.

El problema radica en que muchos facultativos no han comprendido que tanta importancia tiene el arte de *curar* como el de *cuidar* al paciente. Esta obligación no se circunscribe solamente al familiar más cercano o al amigo oportuno, tampoco lo es totalmente del psicólogo que trabaja con pacientes críticos. Es un acto esencialmente de todos los profesionales de la salud y, concientemente humano.

En consecuencia, con este trabajo nos proponemos desarrollar los siguientes objetivos: actualizar los conocimientos de la bioética a partir de su diferenciación con los de la ética y la ética médica, e identificar desde la perspectiva de la bioética los problemas asociados con la infección por el VIH/SIDA.

DESARROLLO

I. Aspectos generales de la Bioética

• Ética, ética médica y bioética

La ética es aquella rama del conocimiento científico que se interesa por las obligaciones morales, la responsabilidad y la justicia social. La palabra deriva de los términos griegos "ethikos" y "ethos", que significan uso o costumbre. Según Aristóteles, el término incluye la idea de carácter y disposición. Así, la ética refleja el carácter del individuo y, desde un punto de vista más actual quizás, el carácter de un grupo de individuos. Hay muchas formas de definir la ética. Lo último que se ha dicho es que a través del estudio de la ética la persona entiende y se guía según lo que está bien o mal moralmente¹. Aun así, la controversia todavía persiste, 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. Por ejemplo, una persona es

considerada ética cuando procede de acuerdo con renombrados principios morales basados en ideales tales como rectitud, justicia y verdad. Estos principios gobiernan la conducta en los niveles individuales y pueden estar basados en valores, cultura, religión e incluso legislación. Los patrones éticos, en consecuencia, pueden cambiar, o al menos ser influidos por los cambios legislativos o los valores sociales. A partir del momento en que es posible que los modelos éticos cambien, alguien podría preguntarse por qué la sociedad opera con ética. La respuesta no es tan simple. La ética es un elemento esencial de éxito a nivel individual y social. En la sociedad valoramos la libertad personal. Sin embargo, si, en ejercicio de nuestra libertad, comprometemos nuestra ética, dañamos a esa sociedad. Esto es, terminamos deteriorando nuestra libertad individual y el goce de la de otros, así como nuestra base ética. De modo que la ética constituye el basamento de la clase de persona que somos y de la clase de sociedad que representamos.

En el caso del ejercicio de la medicina, la ética médica tradicional desde los tiempos de Hipócrates se ha basado en dos principios fundamentales: *no dañar y hacer el bien*. Estos dos principios han sido exigidos a lo largo de los años a los médicos en ejercicio, y a partir de finales del siglo XIX, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas. Posteriormente, se le añadieron dos principios más: la *fidelidad* (al paciente), que obliga a cumplir con los compromisos contraídos, y la *veracidad*, aun cuando su puesta en práctica pueda significar dificultades para quien la ejerce².

La ética médica, dicho de otro modo, no es otra cosa que preguntarse frente a un enfermo: "¿estoy haciendo con él lo que me gustaría que hicieran conmigo de ser yo el paciente?"; la respuesta a esa interrogante distingue un comportamiento ético de uno no ético, a veces inmoral.

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 globalización³.

La relación de la bioética con la ética médica tradicional debe ser concebida en términos de continuidad y ruptura; de este modo, la bioética no es más que ética médica, pero revolucionada, no tradicional. Este nuevo paradigma constituye un estadio cualitativamente superior en el pensamiento ético médico, lo que no quiere decir que descalifique a este último; simplemente lo que restringe es su campo de acción. Por tanto, el surgimiento de la bioética debe ser comprendido como un proceso de diferenciación del pensamiento y el quehacer ético en medicina; con su

aparición se delimitan de manera precisa en la ética médica la deontología médica y la bioética propiamente dicha. A cada una de ellas corresponden funciones y formas organizativas específicas que se complementan mutuamente. Ambas resultan imprescindibles para poder abarcar los múltiples y complejos problemas de orden ético que se plantean hoy a la humanidad en la salud humana⁴.

Por otro lado, mientras que la ética en su empeño de esclarecer el sentido de la vida es una disciplina estrictamente filosófica y, por lo tanto, le es suficiente para intentar la búsqueda de respuestas a las preguntas que se hace, valerse del método de la corriente pensamiento sobre la cuál sustente esta reflexión; la bioética es una disciplina que se ocupa de complejos problemas concretos, aunque éstos sean de carácter global y requieran por tanto del concurso de los métodos de las ciencias particulares, de las llamadas "ciencias duras o exactas", lo que implica un enfoque necesariamente multidisciplinario⁵.

Básicamente, la bioética nace porque la destrucción planetaria necesita de un marco ético para su discusión. Entre los temas más controvertidos que se debaten en el terreno bioético figuran el diagnóstico prenatal y el consejo genético, aborto, control de la natalidad, eugenismo y esterilización, fecundación asistida, transplante de órganos, ingeniería genética y terapias genéticas, eutanasia, experimentación con seres humanos, técnicas de reanimación u orden de no resucitación, testamentos de vida, psicocirugía y control de la conducta, terapéuticas farmacológicas y drogas psicoterapéuticas, SIDA. Su simple enunciación permite indicar el papel que le cabe al Estado en el control de determinadas políticas, autorización o negativa a realizar ciertas prácticas, influencia de permisos o prohibiciones en políticas de natalidad, tasas de morbimortalidad y planes de desarrollo. La bioética, como se puede ver, ha desbordado a la ética hipocrática para situarse en el ámbito de las leyes, la política, la academia, la economía y los medios de comunicación social. Ya no se habla sólo de bioética, sino también de bioderecho, biojurisprudencia y biopolítica.

Según Thalía Fung, "...la bioética es un nuevo saber, al cual habrá que ponerle varios calificativos y que requerirá de métodos cada vez más complejos para la revelación de sus micro y macro complejidades. 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..."⁶.

Otros estudiosos del tema la conceptualizan como: "...la disciplina que se ocupa del estudio y la reflexión en torno a la dimensión e implica-

ciones humanísticas y éticas de los avances en las ciencias, las profesiones de la salud y de las políticas relativas a la atención de la salud y la ecología. Es, además, una metodología de solución racional de los problemas que surgen de acciones y toma de decisiones que comportan problemas y dilemas éticos en los escenarios científicos y clínicos, tanto al nivel personal como colectivo”⁷.

• Evolución histórica del término bioética

Es a principios de la década del 70 del siglo XX cuando aparece en los EEUU el término de bioética. El primero que acuñó esta palabra fue un oncólogo llamado Van Rensselaer Potter. Según él, se estaba produciendo una separación cada vez más peligrosa entre el avance de la ciencia (especialmente en la biomedicina y la tecnología) y la reflexión propiamente humanista. En 1971 escribió un libro llamado "Bioética, un puente hacia el futuro". Allí definió a la bioética como una disciplina que combina el conocimiento biológico con los valores humanos y crea un diálogo (un puente) entre la ciencia y las humanidades. Para Potter, el respeto por la naturaleza es esencial para la supervivencia de la especie humana, la cual debe ser responsable ante los resultados de su obra, de sí misma y de su entorno existencial presente y futuro. Posteriormente, su pensamiento se fue radicalizando al percatarse que los *puentes* entre los conocimientos de las ciencias naturales y sociales no son suficientes para alcanzar su ideal bioético de supervivencia, y comienza a hablar de una bioética profunda, que permita una reflexión más penetrante sobre el bien y el mal, que trascienda la inmediatez de los datos concretos y cuantificables y se proyecte al futuro, evitándose de este modo, cometer el error de priorizar los beneficios a corto plazo, en relación con una prudencia a más largo plazo que permita evitar la extinción. Plantea 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 convivimos⁸.

El segundo empleo del vocablo pertenece a una institución, "The Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics for the Study of Human Reproduction and Bioethics", fundado por André Hellegers con el respaldo de la familia Kennedy en 1972 y que, a la muerte de aquél, se transformó en el Kennedy Institute of Ethics (1979). Si la propuesta de Potter era holística, la de Hellegers era más restringida, más relacionada con la biología reproductiva aplicada a la mejora de la sociedad humana; él definió a la bioética como una ética biomédica. Se plantea que a partir de aquí es que comienza el proceso de medicalización de esta disciplina, que si bien fue una op-

ción ante la crisis metodológica por la que estaba atravesando la ética médica tradicional, significó un reduccionismo del ideal potteriano⁸.

Durante los años 80, las instituciones académicas, políticas y asistenciales de EEUU acuñaron el término, aunque con algunas reservas. En los medios intelectuales se advertía cierta confusión con su uso, 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. En cualquier caso, el solapado debate por la comprensión y la extensión del concepto bioético culminó con la aceptación del término. No sin reticencias este vocablo, también en la década del 80, se introdujo en Europa. En Francia, por ejemplo, se denunciaron los serios equívocos a que conducía la palabra y su polisemia; no obstante, a pesar de la censura, se le aceptó. En los años 90, los países latinoamericanos comienzan 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), alto endeudamiento exterior (freno en el desarrollo, pobreza y desempleo) y a la más desigual distribución del ingreso en el mundo. Precisamente debido a la hegemonía de estas políticas mercantilistas y tecnocráticas, se tolera la ausencia de una ética que garantice la vida saludable de sus ciudadanos. La bioética en este contexto tiene que ser redimensionada haciéndose énfasis en los conceptos de equidad, participación y sensibilidad.

• ¿Cuáles son los principios que rigen la bioética?

En 1978, a partir del informe Belmont, elaborado por la *National Commission for the Protection of Human Subjects Involved in Medical and Behavioral Research* (EEUU), organismo cuya creación respondió al debate suscitado por la experimentación biomédica en seres humanos, tema por el cual se atendió a su nombramiento, se establecieron los principios de "*respeto por las personas*", de "*beneficencia*" y de "*justicia*", derivándose de cada uno de ellos un procedimiento práctico: el consentimiento informado, la evaluación de riesgos y beneficios y la selección equitativa de los sujetos de experimentación, respectivamente. Con ello, quedaba fuera del marco de este informe el vasto campo de la práctica clínica y asistencial.

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:

1. **Beneficencia:** Este principio o concepto, evidentemente, se refiere a la búsqueda del bien o beneficio del paciente, a la protección de sus derechos, a la obligación de socorro y a las decisiones que requieren a veces un análisis de coste-beneficio en la toma de decisiones terapéuticas, evitando tratamientos y medidas ineficaces o fútiles. Todo ello se deriva de que cada paciente es un fin último en sí mismo, y nuestra actividad diagnóstico-terapéutica es un instrumento a su servicio. Este principio va más allá de la clínica médica y se extrapola a toda la sociedad (por ejemplo, el beneficio que un avance médico específico le puede reportar a las nuevas generaciones). Según el informe Belmont, este principio comprende el que sigue.
2. **No maleficencia:** Este principio, que ya era conocido y formulado desde la época hipocrática, se refiere a la obligación de no hacer daño a los pacientes, con la conocida frase de "primum non nocere". Pero en nuestros días y con los medios terapéuticos actuales, el respeto no sólo y absoluto a la vida en abstracto, sino también a la calidad de vida y la voluntad expresada por los pacientes con derecho a su autonomía en las decisiones, plantea nuevas formulaciones, generando el respeto a la voluntad expresada en los llamados testamentos vitales, la diferencia entre dejar morir y matar, la aplicación de terapias ordinarias o extraordinarias, dejar morir dignamente, etc. Beauchamp y Childress lo distinguieron del anterior principio, señalando que todos nos consideramos más obligados a no hacer el mal a otros que a hacerles el bien, existiendo muchas ocasiones, sobre todo en medicina, en que se puede estar obligado a no hacer mal a los demás, aunque no a hacerles bien.
3. **Autonomía:** Prescribe que todo ser humano debe ser considerado y respetado como un agente moral autónomo, ordenando el respeto a la dignidad y a la autodeterminación de las personas, debiendo acatarse la decisión del paciente competente adecuadamente informado, cuya libertad no puede ser coartada; también regula la protección de todas aquellas personas cuya capacidad de autodeterminación no es completa o se encuentra restringida (pacientes incompetentes). El concepto del *consentimiento informado* ha aparecido como instrumento para exponer la información al paciente y así, con más comprensión de los hechos, obtener su consentimiento ya instruido y más consciente. Todo ello supone una garantía para los pacientes y también para los profesionales de la salud que lo practiquen en situaciones de conflicto, siendo importante para eliminar y evitar prácticas de "cobayismo" en los proyectos de investigación, evitando que no se repitan los abusos espeluznantes vividos en los campos de concentración nazis y algunas prácticas con presos, etc. En lo que a la expe-

riencia clínica se refiere, se recomienda la confección de modelos de fácil comprensión en su redacción, huyendo de tecnicismos crípticos que bajo científicismos no expliquen lisa y llanamente al paciente el procedimiento que se le va a aplicar, con sus ventajas e inconvenientes, complicaciones y riesgos. En este procedimiento hay que distinguir dos aspectos, el de la información que lleve a la comprensión y, posteriormente, el de la decisión tomada libre y voluntariamente. Asimismo, no olvidemos que también existen pacientes que por diversos motivos (miedos en muchas ocasiones) renuncian a ser informados, decisión esta, que también hay que saber respetar.

4. **Justicia:** Se refiere básicamente a lo que los filósofos denominan *justicia distributiva*, es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad, y a la competencia entre los distintos reclamos que es preciso atender, evitándose todo proceder discriminatorio. En la relación médico-paciente prima la *justicia conmutativa* de naturaleza contractual, (ejemplo, prestar al paciente el tratamiento convenido, en las condiciones acordadas y no otro, en otras distintas, salvo razones médicas justificadas que aconsejen variar el plan terapéutico establecido ante la aparición de una alteración inesperada)⁹.

• **Papel de la bioética en la formación del profesional contemporáneo**

Desde nuestro punto de vista, el debate bioético contemporáneo puede plantear cuestiones relevantes en la formación de los científicos y técnicos; es en este contexto en el que se puede superar el reduccionismo profesional, superar la insensibilidad de cariz tecnocrático, contribuir a la realización de verdaderos valores ciudadanos y expandir socialmente los valores fundamentales que existen en el núcleo de la actividad científico-técnica. La formación de los científicos y técnicos para asumir su responsabilidad social no puede ser de ningún modo un asunto exclusivamente curricular, sino que debe activarse en el seno de las organizaciones e instituciones profesionales, donde se debatan profundamente problemáticas como el respeto a la dignidad personal y el de la reverencia hacia la vida en todas sus formas.

• **Algunas interrogantes actuales a las que se tiene que enfrentar la bioética a partir del desarrollo científico técnico**

Según el Dr. Juan Antonio Blanco, la revolución tecnológica que hoy vivimos ha aprisionado a la humanidad en una arquitectura institucional local y mundial, que la torna obsoleta e incapaz para responder con eficacia a los retos de la rea-

lidad cambiante; la complejidad del actual orden mundial lo hace ingobernable a partir de la institucionalidad que emergió al finalizar la II Guerra Mundial. Lo racional deviene en irracional; el mundo contemporáneo es testigo de la aplicación bárbara, tanto en lo social como en lo ecológico, del progreso tecnológico¹⁰. Estos acontecimientos nos han despojado de la agradable visión de que todo tránsito hacia el futuro será siempre para bien. Es en este contexto que señalaremos algunos de los complejos dilemas bioéticos que debe enfrentar la humanidad en el presente siglo:

1. ¿El material genético humano debe ser transformado todo lo que sea posible por la biotecnología?
2. ¿Deben decidir sólo los científicos y los tecnólogos sobre el desarrollo de la ciencia y la tecnología?
3. ¿Cómo afectan las nuevas tecnologías de la informática y la comunicación la educación de los ciudadanos?
4. ¿Deben decidir sobre el futuro del planeta quienes disponen de la tecnología?
5. ¿Son los seres humanos más felices cuando viven en entornos más tecnificados?
6. ¿Mejoran realmente la ciencia y la tecnología la calidad de vida de las personas?

II. Aspectos particulares de la bioética en la infección por el VIH/SIDA

• Actualidad de la epidemia en el mundo

Cumplidos veintidós años del descubrimiento del VIH como agente causal del SIDA, y a pesar del rápido proceso de descripción de los primeros casos, aislamiento del agente causal (como nunca antes en la historia de la medicina) e innegables progresos en el ámbito terapéutico, el impacto de epidemia continúa siendo devastador en todo el mundo. Las poblaciones de todas las regiones del planeta, clases sociales, credos políticos y religiosos, géneros, razas y culturas, han sufrido las graves consecuencias de la expansión incontenible del VIH. Esta pandemia ha provocado en las dos últimas décadas un aumento jamás visto de la morbimortalidad mundial; 20 millones de personas ya han muerto, existen 40 millones de seropositivos y cada año se registra un promedio de cinco millones de nuevas infecciones, lo que representa entre 14 000 y 15 000 personas al día. Las regiones más afectadas son, en primer lugar, el sur de África, con casi 30 millones de infectados (el 20% son adultos); en segundo lugar, el sur y el sureste de Asia, con entre 6 y 7,2 millones de personas afectadas; en tercer lugar se encuentran América Latina y el Caribe, con 1,5 millones y 500 mil, respectivamente; en cuarto lugar, los países de Europa Oriental y del

Asia Central (Rusia, Kazajstán, Turkmenistán, Kirguizistán), con 1,2 millones de infectados. América del Norte (EE.UU. y Canadá) se encuentran en quinto lugar, con 1 millón, y los pueblos de África del Norte y del Medio Oriente, así como los de Europa Occidental ocupan el sexto lugar con la misma tasa de prevalencia, medio millón de personas.

Se estima que en el pico de la epidemia una persona con SIDA contagia a otras cinco, pero en un período de "estabilización", como ocurre en algunos países, cada enfermo transmite el virus a un promedio de 1,5 personas. El SIDA se ha convertido en la primera causa de muerte de los hombres comprendidos entre los 15 y los 59 años de edad.

• Conflictos bioéticos relacionados con el VIH/SIDA

El SIDA es una enfermedad cargada de dilemas éticos, por lo que hay que prestar atención tanto a sus aspectos biológicos como bioéticos. 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.

Al igual que, pongamos por caso, el proyecto del genoma humano, el SIDA muestra también la inevitabilidad de la bioética por la complejidad de los temas que involucra.

A nivel práctico, se plantean problemas en diversas áreas: confidencialidad, distribución de recursos, uso de sujetos humanos en la experimentación, desarrollo de medidas sanitarias para las escuelas, el lugar de trabajo, las prisiones y la sociedad en general, campañas educativas, campañas de detección, consentimiento informado y un largo etcétera. Ningún aspecto de esta epidemia está desprovisto de una dimensión bioética.

• El debido respeto a los enfermos

Considerando que los problemas bioéticos que se presentan en el caso de los enfermos de VIH/SIDA se deben analizar a la luz del bien de la persona que se pone como centro y fin de la medicina, y del actuar del profesional de la salud. Es fundamental insistir en la obligatoriedad por parte del personal de salud de atender y apoyar a las personas infectadas. La razón última de esta obligación se halla en que el enfermo se encuentra en una situación de fragilidad y sufrimiento tal que le corresponde, en primer lugar, que se le ayude a cuidar su salud y vida. Es en este contexto en el que se revela el significado mismo de la profesión médica, que más que un mero oficio que presta servicios a un "cliente", es un mandato moral del

que la sociedad reviste a alguno de sus miembros formándolos con competencia y habilidades propias, para que, en virtud de la función eminentemente social que ejercen, ayuden a todos aquellos que recaben de sus servicios. Es ilustrativo al respecto el hecho de que el primer código de la Asociación Médica Americana del año 1847 (que hace suyo el Comité de Asuntos Éticos y Jurídicos de la misma Asociación en el año 1987), sostenía que, "cuando se encuentre frente a una epidemia, el médico debe continuar con su trabajo sin preocuparse del riesgo para su propia salud", y que, "en caso de pestilencia, es deber del médico afrontar el peligro y continuar su propio trabajo para aliviar los sufrimientos de los pacientes, aunque ponga en riesgo su vida"¹¹.

De igual modo, el paciente que sabe que está infectado, está igualmente obligado a revelar su situación al personal de salud que lo atiende.

La asistencia médica debe realizarse aun en el caso de que la muerte del enfermo sea ya inminente. En el enfoque paliativo, el objetivo fundamental de la terapéutica es conseguir el máximo bienestar posible para los enfermos y sus allegados, controlando los síntomas y proporcionando la asistencia humana y espiritual que una situación de esta índole merece. En todo momento se debe evitar el denominado encarnizamiento terapéutico, consistente en tratar de alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo sin esperanzas de recuperación, utilizando para ello no sólo medios proporcionados, sino también desproporcionados^{11, 12}.

Las unidades de cuidados paliativos no son un lujo, sino la respuesta humana que las sociedades avanzadas han dado al problema de la muerte bajo el influjo de la bioética. Su objetivo es ayudar a vivir hasta que llegue la muerte. Es bueno aclarar que morir con dignidad no significa morir sin dolor, pero inconscientemente debido a los sedantes suministrados, sino con el menor dolor posible y con el máximo de control permisible sobre la situación¹¹.

Todo enfermo en situación terminal tiene derechos que deben ser respetados, a saber: ser tratado como un ser humano hasta el fin de sus días, recibir una atención personalizada, participar en las decisiones que afecten los cuidados que ha de recibir, que se le apliquen los medios necesarios para combatir el dolor, recibir respuesta adecuada y honesta a sus preguntas, brindándosele toda la información que pueda asumir e integrar, mantener su jerarquía de valores y no ser discriminado por el hecho de que sus decisiones puedan ser distintas a las de quienes les atienden, mantener y expresar, en caso de tenerla, su fe religiosa, ser tratados por profesionales competentes que estén capacita-

dos para la comunicación y que puedan ayudarle a enfrentar la muerte, recibir el consuelo de la familia y amigos que deseen acompañarle y morir en paz y, como ya referimos, con dignidad.

En muchos casos, el paciente enfermo de SIDA en estadio terminal es una persona muy joven; es necesario entonces, para disminuirle la angustia existencial que su situación le provoca, hacerle ver que su vida, aun siendo de corta duración, tiene sentido y es importante, que entienda que el tiempo que le queda es tiempo de vida y no una espera angustiosa de la muerte. Los especialistas que atienden este tipo de problemas requieren de un compromiso y una sensibilidad especial que los capacite para entender y proporcionar respuestas adecuadas a dichas demandas.

• *Estigma y discriminación*

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. A los infectados por el VIH y a los pacientes de SIDA se les debe tanto respeto y asistencia como a cualquier otro enfermo, e incluso más, pues los enfermos con infección por VIH muchas veces viven solos su dolencia y caen rápidamente en la depresión. 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.

Hoy se reconoce que existen tres fases en la epidemia del SIDA en cualquier sociedad. La primera es la epidemia de la infección por el VIH, la cual penetra en una comunidad de manera silenciosa y sin que nadie se de cuenta. A continuación le sigue la epidemia del SIDA, que aparece cuando el VIH provoca infecciones que amenazan las vidas. Por último está la tercera epidemia, la del estigma, la discriminación, la culpa y el rechazo colectivo. La estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH/SIDA dificultan la prevención al hacer invisible y ocultar la epidemia.

El estigma tiene raíces muy antiguas; se ha descrito como una característica que desprestigia considerablemente a un individuo ante los ojos de los otros. También tiene importantes consecuencias sobre el modo en que los individuos se perciben a sí mismos. 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 defi-

nidos por otros como deshonorosos o indignos. Por lo tanto, la estigmatización describe un proceso de subvaloración más que un rasgo¹³.

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.

Las imágenes que acerca de esta epidemia aparecen en la televisión y medios de comunicación de muchas partes del mundo, insinuando que se trata de una enfermedad de drogadictos, homosexuales, negros, etc., también contribuyen a la estigmatización y la discriminación al reforzar esos estereotipos y creencias, contribuyendo, de esta manera, a sostener la indiferencia de muchas personas hacia la suerte de las comunidades más profundamente afectadas; esto es un problema bioético que las autoridades sanitarias no pueden dejar pasar por alto.

También resultan evidentes la autoestigmatización o la vergüenza sentidas por estas personas cuando internalizan las respuestas y reacciones negativas de los demás; esto puede conducir a la depresión, el retraimiento y los sentimientos de autodesprecio.

En última instancia, el estigma crea desigualdad social, hace que algunos grupos se sientan subvalorados y avergonzados y que otros se sientan superiores.

El estigma también es perjudicial porque conduce a los individuos a hacer cosas o dejar de hacer cosas que perjudican a otros, o a provocar que les nieguen servicios y derechos. Por ejemplo, un trabajador puede ser despedido por un empresario por su condición de seropositivo real o supuesto. Las familias y las comunidades pueden rechazar y condenar al ostracismo a quienes tienen o consideran que tienen el VIH. Tales actos constituyen una discriminación y violan los derechos humanos de estas personas.

Pudiéramos decir entonces que la discriminación se produce cuando se realiza contra una persona una distinción que da lugar a que sea tratada parcial e injustamente por pertenecer o porque se perciba que pertenece a un grupo particular.

El estigma asociado al VIH/SIDA y la discriminación que se puede derivar de él, hace que con frecuencia se vean violados los derechos de las personas afectadas. Esta violación de los derechos incrementa el impacto negativo de la epidemia. En el plano individual, por ejemplo, provoca depresión, angustia y desesperación excesiva, factores que contribuyen a potenciar el avance de la enfermedad. En el plano de la familia y la comunidad, provoca que las personas se sientan avergonzadas y oculten sus vínculos con la epidemia. Y en el plano de la sociedad, la discriminación contra estas personas refuerza la creencia errónea de que semejante proceder es aceptable y que los infectados deben ser apartados y culpados.

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 (a menudo 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, 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).

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 existentes¹⁴.

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.

• *Secreto profesional y confidencialidad*

Otro de los problemas bioéticos que se han planteado en relación con la epidemia del SIDA, es el del secreto profesional, pilar fundamental de la relación del médico con el paciente.

Dado que quienes son portadores del VIH pueden infectar a terceros, muchos médicos se preguntan hasta qué punto están obligados a guardar el secreto profesional si 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 resolver este conflicto, hay que empezar reconociendo que la salud no es sólo un bien personal, sino también un bien social. Es por ello que existe ahora cierto consenso en el sentido de que el interés social de la salud exigiría la revelación del secreto profesional cuando el silencio riguroso que en otras circunstancias se exige pudiera hacer peligrar la vida de terceros. Así, una primera conclusión importante es que, a la luz del valor de la vida humana, el secreto profesional no es un valor absoluto, y que bajo ciertas condiciones puede ser revelado.

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 en riesgo ¹⁵.

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.

Concretando, las condiciones para realizar la revelación del secreto profesional son:

1. Que la necesidad de revelar nazca de la exigencia de proteger un bien y(o) un derecho igual o superior a aquel que se quiere resguardar. En este caso sería la vida.
2. Que el médico haya hecho toda tentativa para convencer al paciente de la necesidad de revelar el secreto.
3. Que se adopten todas las cautelas y que se le ofrezca asistencia psicológica al informado.
4. Que no se revele más de lo que el fin de tal revelación exige.
5. Que el destinatario de la revelación sea la persona que está en peligro de contagio.

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

• *La encrucijada de los avances terapéuticos*

Otro dilema bioético al cual tiene que enfrentarse la humanidad con relación a esta en-

fermedad, proviene de la paradoja de que lo que puede ser bueno a escala individual, quizás pueda no serlo tanto a escala colectiva. 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. Es decir, cuanto mayor sea la longitud de vida de estas personas y mejor sea su calidad de vida, más tiempo y en más ocasiones habrán de mantener sin resquicios sus comportamientos de riesgo; es por ello que mas profundo deberán ser nuestros conocimientos de los procesos psicológicos de cambio de conducta, así como de aquellos factores que facilitan o dificultan dicho cambio y que ayudan a mantenerlo vigente a través de periodos de tiempo prolongados.

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 ¹¹.

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.

• **Programa cubano de control del VIH/SIDA**

El programa cubano de prevención y control del VIH/SIDA como tal, surgió en el año 1986. La estrategia cubana de lucha contra el SIDA se basa en cuatro aspectos básicos:

1. Estudio serológico de grandes grupos de poblaciones.
2. Estudio epidemiológico de los seropositivos para la detección rápida de otros infectados.
3. Ingreso al sistema sanatorial de un por ciento elevado de los casos detectados para su educación, garantizándole las mejores condiciones de tratamiento y así disminuir en lo más posible la circulación del virus entre la población.
4. Reincorporación al medio social, laboral y familiar de los seropositivos responsables con su salud y con la de los demás.
5. Desarrollo de una estrategia preventiva en

educación para la salud.

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 a una atención especializada ambulatoria, que les permitiera una mejor integración a su medio sociofamiliar. Posteriormente, en enero del año 1998 se inició el ensayo de otra modalidad de atención sanatorial a los seropositivos, denominada Hospital de Día. Esta modalidad tiene la peculiaridad de que las personas acuden al sanatorio por la mañana y se van a sus hogares por la tarde durante 8 semanas, recibiendo la misma atención, aunque mas intensamente.

En el año 2000 se inició en Cuba la producción de los primeros medicamentos antirretrovirales, los cuales se administran a todos los pacientes que los necesiten sin costo alguno.

Estos son algunos de los elementos esenciales que conforman la estrategia cubana de lucha contra el SIDA que ha venido realizando nuestro país, y que ha permitido disminuir el ritmo de propagación de la infección, impidiendo que se convierta en un importante problema de salud para nuestra población.

Aun cuando son indiscutibles los logros de esta política, a Cuba, en el plano internacional, se le ha objetado sobre todo el control coercitivo que ha puesto en práctica con el aislamiento sanatorial, reprochándosele cierto paternalismo despótico.

En realidad, el control de la epidemia alcanzado por Cuba, las condiciones de vida y atención que gratuitamente reciben los pacientes y la prolongación de su promedio de vida después de diagnosticados, han hecho que paulatinamente estos criterios se hayan ido modificando, al compararse nuestros resultados con el crecimiento geométrico de la infección en otras partes del mundo y el pronóstico sombrío que le espera a poblaciones enteras en los próximos años, donde se presagia una despoblación total.

Por último, 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. Estos intentos han sido poco frecuentes en los casos de trabajadores con contratos permanentes, pero no así con los trabajadores con contratos temporales; ya estos contratos pueden romperse a solicitud de las partes sin derecho a reclamación, según la legislación laboral vigente.

En una muestra de 80 trabajadores con VIH acogidos al SAA, egresados del Sanatorio de Santiago de las Vegas, 16 fueron objeto de intentos de exclusión. De los doce que tenían contratos permanentes, ninguno pudo ser separado, aunque uno, desalentado por los problemas que esto le estaba acarreado, abandonó el litigio. Los 4 con contratos temporales no pudieron continuar laborando, pese a que antes de conocerse el diagnóstico eran considerados buenos trabajadores. Las administraciones, en estos casos, se escudaron en falsos conceptos de idoneidad, detrás de los cuales se escondían el prejuicio y el miedo. En algunas ocasiones se ha argumentado hasta posibles daños a terceras personas por la presencia de una persona con VIH, evidenciándose con este tipo de argumento una colosal ignorancia, pues la situación más bien es al revés; son las personas inmunodeprimidas las que se exponen al riesgo de contraer alguna infección oportunista debido a la labor que realizan o al ambiente laboral que frecuentan.

En algunos casos las manifestaciones de rechazo son más sutiles. Se han ofrecido a los trabajadores con VIH opciones tentadoras como pagarles el salario sin trabajar, bajo el pretexto de cuidarlos y, en realidad, lo que se intenta es alejarlos del entorno laboral.

Las personas que se encuentran con mayor desventaja son los jóvenes seropositivos que no tienen vínculo laboral y deciden buscar empleo. Pese a que está establecido por las Direcciones Municipales de Trabajo que hay que gestionarle el empleo a estas personas (dentro de las posibilidades de cada territorio), si ellos declaran su condición de seropositivos, salvo excepciones, no consiguen empleo, aunque tengan la calificación requerida.

Algunos empleadores, en una flagrante violación, incluso de dictámenes internacionales, han establecido irracionalmente como requisito pre-emprego el test del VIH. De ser éste positivo, no hay contrato posible; situaciones de este tipo se han dado en la empresa empleadora de marinos mercantes y en la fundación "Hermanos Ruiz Aboy".

En el caso de los estudiantes, no han existido dificultades con los centros de enseñanza de los Ministerios de Educación, Educación Superior y Cultura, pero sí serias dificultades con algunos alumnos de las escuelas de Enfermería pertenecientes al Ministerio de Salud Pública, donde, al conocerse el diagnóstico, se les han hecho pre-

siones de todo tipo para que abandonen los estudios, sin que se den razones científicamente argumentadas.

CONSIDERACIONES FINALES

- Mientras que la ética es una ciencia filosófica y, por lo tanto, suficiente por sí misma para intentar la búsqueda de respuestas a las preguntas que se hace, la bioética es una disciplina que se ocupa de complejos problemas concretos, aunque éstos sean de carácter global y requieran, por consiguiente, del concurso de los métodos de otras ciencias particulares, lo que implica un enfoque necesariamente multidisciplinario en su modo de hacer.
- La relación de la bioética con la ética médica tradicional debe ser concebida en términos de continuidad y ruptura. La bioética es un enfoque cualitativamente superior, renovado, de la ética médica tradicional, que trasciende el estrecho marco de la medicina para plantearse el estudio de las implicaciones morales y sociales derivadas de la implementación de las nuevas tecnologías resultantes del avance de las ciencias. Su enfoque es holístico, en tanto los problemas de la salud y la vida son analizados en el contexto de la compleja trama de las relaciones naturales y sociales, individuales y colectivas.
- La importancia del conocimiento de la bioética radica en que ella propone una metodología de solución racional y humanista a los complejos problemas que afrontan los que tienen que tomar decisiones con respecto al cuidado de la salud de las personas, de la comunidad y de la sociedad, en un mundo cada vez más inconsciente e irracional.
- Numerosos son los retos presentes y futuros que, en el terreno bioético, la epidemia de SIDA le está imponiendo a la humanidad. Asociado al VIH/SIDA aparecen realidades como el estigma y la discriminación, los problemas relacionados con la confidencialidad y la privacidad, el secreto profesional, el encamizamiento terapéutico y los problemas relativos a la muerte, el desarrollo de nuevos medicamentos, etc. La indefensión y vulnerabilidad a que se ven sometidas muchas de estas personas en todos los ordenes, ha puesto sobre el tapete la incapacidad de la sociedad contemporánea para lidiar con lo incontrolable y lo desconocido. La bioética puede ser “el hilo de Ariadna” que nos permita probar que aún somos una especie consciente en su acepción más amplia.
- La estrategia cubana de lucha contra el SIDA ha mostrada ser eficaz, en tanto se ha logrado disminuir el ritmo de propagación de la epidemia. El control de la epidemia alcanzado por nuestro país, las condiciones de vida y atención que gratuitamente reciben los pacientes y la prolongación de su promedio de vida después de diagnosticados, son reconocidos en cualquier parte del mundo. No obstante, a pesar de todas las disposiciones vigentes por el Estado cubano para proteger a estas personas, aún subsisten violaciones relacionados con la bioética que denotan ignorancia, miedos y prejuicios.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Barreras A. Construcción de una teoría ética. En: Acosta R. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela; 2002. p 28-43.
2. Amaro M, Marrero A., Valencia M, Blanca S, Moynelo H. Principios básicos de la bioética. Revista Cubana de Enfermería 1996;12(1).
3. González U. Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento. Revista Cubana Salud Pública 2002;28(3).
4. Pérez M, Pérez A. Fundamentar la bioética desde una perspectiva nuestra en: Acosta R. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997. p 32-6.
5. Acosta R. Bioética. Una vez más. II Jornada Científica Estudiantil Virtual. Facultad de Ciencias Médicas: “Comandante Manuel Fajardo”. La Habana. 2001. Disponible en: http://fcmfajardo.sld.cu/jornada/conferencias_profesores.htm.
6. Fung T. La bioética: ¿un nuevo tipo de saber? En: Acosta R. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela; 2002. p 49.
7. Santos L. La bioética como una disciplina crítica. En: Acosta R. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela; 2002. p 56.
8. Acosta R. La bioética de Potter a Potter. En: Acosta R. Bioética para la sustentabilidad. La Habana: Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela; 2002. p 14-23.
9. Blanco L. Notas acerca de los procedimientos de toma de decisiones éticas en la clínica médica. Cuadernos de Bioética. Disponible en: URL: <http://www.bioetica.org>.
10. Blanco J. Ética y civilización: Apuntes para el tercer milenio. En: Acosta R. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana: Centro Félix Varela; 1997. p 321.
11. Bayés R. Sida y psicología. Editorial Libros Universitarios y profesionales; 1995.
12. Morales F. Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1999.
13. Aggleton P, Parker R. Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación con el VIH/SIDA. ONUSIDA; 2002.
14. Naciones Unidas. El VIH y los derechos humanos. Directrices internacionales. Nueva York: Naciones Unidas; 1998.
15. Lugones M. Estrictamente confidencial. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(2).

Recibido: 6 de diciembre de 2005 **Aprobado:** 28 de febrero de 2006