

# Implicaciones legales del diagnóstico serológico del VIH y la comunicación de resultados

GEMMA JIMÉNEZ GUERRA



Col·legi Oficial de Metges  
Illes Balears

Fundació  
Patronat Científic



Col·legi de Metges  
Illes Balears

Accésit Premio Camilo José Cela de Humanidades  
del Patronat Científic del Comib 2022



Gemma Jiménez Guerra (Almería, 1989) es doctora en Medicina por la Universidad de Granada. Especialista en Microbiología y Parasitología, en la actualidad ejerce en el Hospital Can Misses de Eivissa.

## **Implicaciones legales del diagnóstico serológico del VIH y la comunicación de resultados**

LEGAL IMPLICATIONS OF HIV SEROLOGICAL DIAGNOSIS AND COMMUNICATION OF RESULTS

FINALIZACIÓN DEL TRABAJO: 27 DE JUNIO DE 2022

## ÍNDICE

Resumen / <i>Abstract</i> .....	7
Palabras clave / <i>Keywords</i> .....	7
Introducción.....	9
El VIH y el derecho a la intimidad.....	11
La petición de pruebas VIH.....	11
Declaración del estado inmunológico y su relación .....	13
con las medidas universales de prevención de la transmisión	
La profilaxis postexposición en el ámbito sanitario.....	15
Declaración del estado serológico al personal sanitario .....	16
Declaración del estado serológico a la pareja .....	17
Declaración del estado serológico a seguros privados .....	20
Declaración del estado serológico en revisiones .....	22
médicas del trabajo	
Declaración del estado serológico en la adopción .....	24
Declaración del estado serológico en los fallecimientos .....	24
Declaración del estado serológico en la donación.....	25
de órganos y tejidos	
El tratamiento como la principal medida de prevención.....	25
Penalización de la transmisión del VIH .....	27
La estigmatización en el VIH.....	31
La estigmatización en la sociedad .....	34
La estigmatización en el ámbito sanitario.....	36
Conclusiones .....	39
Bibliografía .....	43

## **Resumen / *Abstract***

Los pacientes diagnosticados de VIH en España siguen estando estigmatizados y siguen soportando por ello frecuentes intromisiones en su derecho a la intimidad, es por ello que es necesario tener en cuenta una serie de medidas legales en relación a los Derechos Humanos y especialmente al derecho a la intimidad cuando se diagnostica un nuevo caso de VIH o cuando en ciertos actos sanitarios puede llegar a ser necesario comunicar la seropositividad a VIH de un paciente.

La aplicación de legislación penal en la transmisión del VIH no resulta en una disminución de su transmisión y es por ello que esta sólo debe aplicarse en aquellas ocasiones que queda demostrado que la transmisión fue intencional.

Es necesario una estructura ética generalizada de la sanidad para el trato más adecuado justo y cohesionado de los pacientes VIH, no puede sustentarse en la ética propia de cada uno de los profesionales sanitarios de forma individual.

## **Palabras clave / *Keywords***

Seropositividad; VIH; intimidad; estigmatización; criminalización. Seropositivity; HIV; privacy; stigmatization; criminalization.

## Introducción

Ya hace más de 40 años del primer caso de SIDA diagnosticado en España y aún sigue siendo importante la estigmatización de los pacientes diagnosticados de VIH, a pesar de los importantes avances en la terapia antirretroviral, la detección precoz y tratamiento de infecciones oportunistas y cánceres asociados, que han logrado que la calidad y la esperanza de vida sea similar a la de los individuos seronegativos.

Debido a la posible carga de estigmatización que lleva el diagnóstico del VIH es necesario tener en cuenta una serie de medidas y cuestiones legales que han ido surgiendo a lo largo de estas 4 décadas para paliar estas situaciones discriminatorias.

En primer lugar, y antes que cualquier otra cosa, un individuo diagnosticado de VIH es una persona, que meramente por ser persona, tiene dignidad y ha de ser tratada como tal, además de en base a los Derechos Humanos. Una de las prioridades para la acción eficaz sobre el VIH es la promoción de los Derechos Humanos como medio de acción, pues los individuos son más vulnerables a la infección cuando sus derechos civiles, económicos, sociales, políticos o culturales no están siendo respetados, lo que consecuentemente los hace víctimas de exclusión. La epidemia de VIH actualmente se relaciona más con el desconocimiento de los Derechos Humanos que a limitaciones de carácter médico, donde como ya hemos dicho, se han logrado grandes avances.

La lucha contra la epidemia de VIH debe hacerse a través de

la Ciencia y la Medicina para su prevención y tratamiento, y a través de la ética y el Derecho para evitar la injusticia social (1). Las personas con VIH aún perciben que no disfrutan de los derechos en igualdad de condiciones, produciéndose discriminación en el contexto familiar o comunitario y en las instituciones mediante la falta de políticas antidiscriminatorias o de procedimientos de reparación. La protección de los derechos es imprescindible para la garantía de la dignidad, la libertad y la igualdad en las personas con VIH.

## **El VIH y el derecho a la intimidad**

El derecho a la intimidad es el derecho que protege los datos relativos al estado de salud de las personas con VIH frente a intromisiones ilegítimas como las que se producen cuando se les somete a un prueba de detección del virus sin consentimiento, se les somete a reconocimientos médicos obligatorios o se les pregunta de forma directa en cuestionarios de salud. Sólo en algunos casos concretos y excepcionales, con la debida autorización legal y mediante pruebas pertinentes las personas diagnosticadas de VIH deberán declarar sobre su estado de salud o someterse a pruebas obligatorias.

### **La petición de pruebas VIH**

Las enfermedades epidémicas pueden tener un gran impacto en los derechos fundamentales por diversas razones. Las autoridades pueden aplicar medidas que restringen la libertad, la autonomía y la privacidad a través de aislamientos y cuarentenas, obligatoriedad de pruebas diagnósticas y mapeo de contactos. Además, las epidemias alimentan la estigmatización, especialmente si se relacionan con los comportamientos humanos íntimos como la sexualidad, en lo que la enfermedad deje de verse como un proceso biológico, y se señala la culpabilidad de los enfermos por estarlo y ser vectores de la enfermedad, con la consecuente exigencia de saber cómo se han contagiado estas personas y de si suponen un riesgo para terceros, enarbolando el supuesto “derecho a saber” en estos casos. Es por eso por lo que las personas con VIH son espe-

cialmente vulnerables en cuanto a los derechos de privacidad y no discriminación (1).

El derecho a la intimidad personal en relación con los datos de salud se trata de un derecho polémico en cuanto a fundamentación y conceptualización, con disputas doctrinales. Si los datos de salud no están bien protegidos, ya sea una persona con VIH como cualquier otra persona, esta puede no volcar su confianza en el ámbito sanitario y no buscar consejo en este. Es más, aquellas personas que necesitasen asistencia médica podrían verse disuadidas de buscar ayuda sanitaria tras la no confidencialidad poniendo en riesgo su propia salud, y en caso de enfermedades transmisibles, la salud de terceras personas o incluso la comunidad.

En la sociedad actual es insuficiente concebir la intimidad como un derecho garantista, como una forma de defensa frente a cualquier tipo de invasión de la esfera privada, si no que se debe contemplar a su vez como un derecho activo de control sobre el flujo de información que pudiera afectara a cada sujeto (2), pues la privacidad no es sólo la ausencia de información sobre un individuo, sino más bien el control de un individuo sobre la información que existe sobre él (3). El titular de la información asistencial es el paciente, que puede oponerse a que se informe acerca de ella a terceras personas, cualesquiera sean.

La información asistencial es todo dato, sea cual sea su forma, clase o tipo que permite la adquisición o ampliación de conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, mejorarla o recuperarla. El artículo 7 de la Ley 41/2002 reconoce de forma expresa el derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos de salud y a que nadie pueda acceder a ellos si previa autorización amparada por la Ley. Así, esta ley 41/2002 garantiza que el acceso a la información asistencial que se incluya en la

historia clínica sólo pueda realizarse por las personas con un interés legítimo asistencial, epidemiológico, de investigación, judicial o administrativo, y que estas personas con acceso han de guardar siempre el deber de secreto (artículo 16).

## **Declaración del estado inmunológico y su relación con las medidas universales de prevención de la transmisión**

Existen en la sociedad dudas acerca de la obligación o no de la declaración del estado serológico de las personas con VIH a terceras personas, ya se trate de personas físicas o personas jurídicas (compañías de seguros u organismos de la administración pública). La importancia de la declaración del estado serológico no sólo pone en juego su derecho a la intimidad, si no que puede afectar a otros derechos como el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión, a la educación, al acceso a prestaciones o a la creación de una familia.

Las vías de transmisión del VIH ya han sido bien identificadas, y es de acuerdo general que el cumplimiento de las medidas universales de prevención de la transmisión (MUPT) y los avances científicos en el tratamiento de la infección han generado una buena base de evidencia científica sobre las diferentes circunstancias de riesgo de exposición al virus. Teniendo en cuenta esto anterior, la transmisión nunca se produce con una carga viral indetectable, pues en las enfermedades infecciosas el tamaño del inóculo generalmente es determinante.

Ya que es imposible identificara todas las personas infectadas por el VIH, pues como mínimo requeriría el cumplimiento periódico de realizar pruebas de cribado de VIH a toda la población, ya desde 1987, muy al inicio de la epidemia de VIH, los CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*;

Centros para el Control y Prevención de Enfermedades) consideraron conveniente adoptar una serie de medidas generales de precaución al manejar sangre y otros fluidos biológicos (líquido cefalorraquídeo, líquido peritoneal líquido pleural, secreciones genitales, leche materna, etcétera...) que pudieran contener agentes infecto contagiosos. Estas medidas son las MUPT, y así la sangre y todos los fluidos orgánicos de todas y cada una de las personas que consideran potencialmente infecciosos y por tanto han de usarse las medidas de forma rutinaria procedan del individuo que procedan.

La implantación de las MUPT ha sido muy importante desde el punto de vista de los Derechos Humanos, pues evitan que se tomen medidas especiales con determinadas personas que pueden llevar a la estigmatización y discriminación. Con ello se han desterrado ciertas prácticas deleznable como la marcación de tubos de suero y muestras de personas con VIH u otras infecciones transmitibles por sangre como la hepatitis B o la hepatitis C. Además, evitan que este tipo de enfermedades se asocien irremediamente a ciertos grupos de riesgo o etnias, que pueden llevar un mensaje equivocado a la sociedad. Además, con las MUPT se permite desarrollar el principio de igualdad, pues todas las personas son iguales en cuanto a la percepción del riesgo y así son tratadas de forma similar, pues derechos y cargas se distribuyen de forma equitativa.

Las MUPT son realmente un conjunto de normas que abarcan un amplio abanico de actuaciones, que van desde la higiene hasta los elementos de protección de barrera, son por ejemplo: el uso de apósitos impermeables, el uso de guantes, higiene adecuada de manos, mascarilla, gafas protectoras, batas impermeables... El cuanto al VIH y las protecciones de barrera, al uso de guantes tiene una gran relevancia, ya que a pesar de no evitar los pinchazos, reduce el volumen de sangre que se puede transferir en ellos. El uso de guates no

será necesario en caso de contacto con piel intacta. El uso de mascarilla, bata impermeable y gafas o pantalla protectora sólo se hará cuando se prevea la salpicadura con sangre o líquidos orgánicos. En España, los documentos *NTP 700: Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios*, editados por el *Instituto nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo* contienen la descripción y el procedimiento de todas estas MUPT.

También puede llegara suponer una limitación al derecho a la intimidad de las personas con VIH cuando se produce un riesgo de transmisión por exposición accidental en el trabajo en el ámbito sanitario, cando el profesional es seropositivo. En este caso, en función del riesgo, a pesar del uso adecuado de las MUPT se ha discutido la obligatoriedad de declarar su estado serológico por parte del sanitario que realice procedimientos invasivos con riesgo de exposición accidental. De todos modos, hay virus de transmisión sanguínea que superan la tasa de transmisibilidad del VIH, como puede ser el virus de la Hepatitis B.

### **La profilaxis postexposición en el ámbito sanitario**

Cuando se produce una situación de exposición de riesgo entre dos individuos serodiscordantes, sea seropositivo el sanitario o el paciente, (aunque también en el ámbito comunitario) la actuación más adecuada se guía por el *Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC* (DCCP). Este documento proporciona unas recomendaciones en la valoración del riesgo de transmisión en las diferentes situaciones de exposición, y el cuales de ellas es necesaria la administración de profilaxis medicamentosa, así como tiene en cuenta las circunstancias especiales que haya que considerar y el seguimiento posterior. Si esta prevención primaria falla, habrá que tomar medidas de prevención secundaria.

## **Declaración del estado serológico al personal sanitario**

La comunicación entre el personal sanitario de la seropositividad a VIH de un paciente está supeditada a que dicha información sea conveniente para el cuidado o tratamiento de este. Esta norma afecta a médicos, enfermeros y todos los miembros de los equipos sanitarios que participan necesariamente en el cuidado y seguimiento de la infección y sus complicaciones, o de cualquier otra dolencia concomitante, pero siempre que la información sea necesario para un cuidado integral de la salud. La necesidad debe interpretarse en términos del mejor interés y beneficio posible de la persona con VIH.

Las MUPT y las medidas de bioseguridad son de uso obligatorio y universal, todo el personal de salud debe implementarlas en todos los casos, independientemente del estado serológico del paciente. Es por ello que no existe fundamento jurídico ni sanitario que avale la realización de serologías previas como condición necesaria para la realización de prácticas médicas, odontológicas o quirúrgicas bajo el amparo de supuestas medidas de bioseguridad.

La realización de pruebas diagnósticas en embarazadas o que tienen intención reproductiva se justifica en cuanto a la posibilidad de emplear tratamientos y acciones profilácticas que permitan reducir la transmisión vertical del VIH, debiendo hacerse uso en todos los casos del consentimiento informado, tanto para la realización de las pruebas como las posibles acciones llevadas a cabo. Si la mujer embarazada las rechaza, se trata de su pleno derecho y su negativa ha de quedar claramente reflejada en la historia clínica. La obligación sólo implica al ofrecimiento de la realización de las pruebas diagnósticas, pero no en la detección compulsiva de los casos de VIH.

## **Declaración del estado serológico a la pareja**

En el DCCP se cita que en las relaciones sexuales se producen micro y macroabrasiones de la mucosa genital, y que la mucosa del recto, que es más delgada que la vaginal y oral, es por ello especialmente susceptible a la lesión mecánica durante las relaciones sexuales, de forma que las relaciones sexuales anales receptivas no protegidas son la forma más efectiva de transmisión del VIH.

En el ámbito no ocupacional, sólo es recomendada la profilaxis postexposición con un riesgo de transmisión apreciable, valorando los casos de forma individualizada según el tipo de exposición, fuente y viremia.

En cuanto si es necesario comunicar a la pareja sexual el estado serológico, ya sea estable o no, se ha creado una fuerte polémica a lo largo del tiempo, pues en este contexto puede haber un pensamiento que conduzca a la criminalización de determinadas conductas de la parte más íntima del comportamiento humano.

En España, la regla general la marca la Ley 41/2002 en cuanto a la confidencialidad de la información clínica, que sólo se puede comunicar al titular de esta, excepto si este da consentimiento expreso o tácito de comunicarlo a terceras personas. De esta forma se configura tanto el derecho del paciente al secreto médico (artículo 10 de la Ley 14/1986) como la obligación de guardar el secreto profesional, que es la obligación de los profesionales de la salud de no divulgar ni revelar la información de la que tienen conocimiento sobre el estado de salud de una persona que se la ha revelado para poder obtener los servicios que ellos ofrecen (6).

Existen ciertos supuestos y circunstancias que justifican que se ceda a la obligación al secreto profesional, es más, que pueden obligar al médico a declarar una cierta enfermedad

o dar cuenta ante los tribunales acerca de los datos clínicos de sus pacientes. La Ley 41/2002, en el artículo 16.3, señala que la obligación de disociar datos clínicos y personales en la historia clínica se exceptúa cuando se trata de un proceso de investigación de la autoridad judicial. La Ley 33/2011, se refiere a las Administraciones sanitarias (Salud Pública) pueden acceder a los datos de identificativos de los pacientes por razones epidemiológicas o de protección de salud pública cuando sea necesario para la prevención de un riesgo grave para la salud de la población, y dicho acceso ha de realizarlo en todo caso un profesional sanitario sujeto al secreto profesional, previa motivación por parte de la Administración que solicita dicho acceso. En cualquier otro supuesto que no suponga un riesgo de salud pública, no existe excepción jurídica alguna a guardar el secreto profesional.

En el artículo 30 del Código de Deontología Médica del año 2011 se enumeran ciertos supuestos en los que el médico podría excepcional el secreto profesional en sus justos límites, que sería cuando con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, especialmente si se trata de un hecho punible.

En España está penalizado que una persona con VIH cause una lesión a otra mediante la transmisión de la enfermedad si esta se produce de forma dolosa o imprudente, siendo entonces un delito de resultado del que sólo se puede interponer denuncia si existe una demostración de que se ha producido la seroconversión. Sin embargo, en otros muchos países existe una persecución penal de las personas con VIH no sólo si ha habido una seroconversión, sino también si ha habido solamente una situación de riesgo de transmisión, y en este caso es posible denunciar la pareja, sea estable o no, si no ha declarado su estado serológico. Esta criminalización se produce en ausencia de consenso con los expertos de salud pública, y mucho menos con la consulta de los propios afectados de

VIH, y se realiza pues algunos gobiernos piensan que se trata de una buena estrategia para mejorar la prevención mediante el castigo de la transmisión. Parece, sin embargo, que con este tipo de medidas los resultados son en efecto lo contrario a lo pensado, pues la criminalización de la transmisión del VIH hace perder el incentivo de las personas a realizarse pruebas de cribado y detección, pues al desconocer el estado real con respecto al VIH puede que no se cumplan los elementos definitorios del tipo penal o la condena sea menor.

En España, mantener relaciones sexuales sin informar con respecto a la seropositividad del VIH, siempre que se pongan medios para impedir la transmisión, no es delito, pues nadie tiene la obligación, por el derecho a la intimidad, de decir a un tercero si está infectado de VIH, aunque este sea su pareja. Si a pesar de poner los medios para impedir la transmisión, estos falla, sí que se debe declarar acerca del estado serológico con el fin de adoptar las adecuadas medidas preventivas para evitar la transmisión, y si esto no, ocurre, lo que priva a la pareja sexual del consentimiento, entonces sí se estará cometiendo el tipo penal, ya sea mediante dolo eventual (artículo 147 del Código Penal) o mediante la existencia de imprudencia grave (artículo 152 del Código Penal).

En estos artículos se recoge lo referido en cuanto a enfermedad grave somática o física, y el VIH encajaría dentro de estos tipos penales al cumplir con los requisitos exigidos de enfermedad grave. El VIH cumple con los requisitos de enfermedad grave, ya que una vez contraído se desarrolla y aparecerá el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que se caracteriza por la presencia de gran variedad de enfermedades asociadas de tipo infeccioso oportunista y tumorales, que en un futuro pueden conducir a la muerte del individuo, y en cuyo caso, la supervivencia estaría condicionada al uso de fármacos especiales, no siempre bien tolerados y con multitud de efectos adversos, algunos de ellos graves. Además, tras

la adquisición del VIH, podría afectarse la calidad de vida de forma negativa, ya que podría llegar a haber un rechazo social, se deberían de tomar precauciones excepcionales en las relaciones sexuales y sería necesaria la toma de medidas adicionales en los procesos de fertilidad si se quiere formar una familia, más la ansiedad y temor continuo que puede llevar acompañado el ser portador del virus.

### **Declaración del estado serológico a seguros privados**

En el pasado, cuando una persona con VIH tenía que contratar un seguro de vida o salud se producía una situación de vulnerabilidad de la intimidad con los cuestionarios iniciales de valoración que debían completar y que generalmente llevaban al rechazo de parte de la aseguradora, y aún día de hoy en ocasiones esto sigue ocurriendo. Esta situación las conduce a la exclusión económica, pues puede llegar a limitarles el acceso a préstamos y otras alternativas de financiación con respecto al resto de la población.

Esos cuestionarios iniciales se basan en preguntas acerca del estado de salud presente y pasado, y son tomados en cuenta para valorar el riesgo de contratar un seguro con la persona. El artículo 10 de la Ley 50/1980 de Contrato de Seguro (LCS) establece que el posible asegurado debe declarar previo al contrato de la póliza y según el cuestionario de la entidad aseguradora, todas las circunstancias que pudieran influir en la valoración de riesgo. Si dicha aseguradora no solicita la cumplimentación del cuestionario o las circunstancias que puedan influir en la valoración no son incluidas en este, el contratante no tendrá por qué declararlas. De modo que también ante una respuesta inexacta o la reserva deliberada de las declaraciones del contratante liberan del pago de la prestación de siniestro a la compañía aseguradora.

Es por estas circunstancias que se establece un deber de con-

testar el formulario, más que de declarar espontáneamente el estado serológico con respecto al VIH del paciente y otras circunstancias que puedan influir en a valoración inicial. Es decir, los cuestionarios deben tener preguntas específicas acerca del VIH y el sida para poder ser contestadas.

Aun así, en 2018 se modificó esta LCS para suprimir la discriminación por razón de VIH o sida, en la que la disposición final primera se dice explícitamente “No se podrá discriminar a las personas que tengan VIH/SIDA u otras condiciones de salud.

En particular, se prohíbe la denegación de acceso a la contratación, el establecimiento de procedimientos de contratación diferentes de los habitualmente utilizados por el asegurador o la imposición de condiciones más onerosas, por razón de tener VIH/SIDA u otras condiciones de salud, salvo que se encuentren fundadas en causas justificadas, proporcionadas y razonables, que se hallen documentadas previa y objetivamente.” Y es por ello por lo que muchas compañías han dejado de incluir en los cuestionarios preguntas relacionadas con el VIH, cambiándola por la inclusión de cláusulas generales acerca del VIH y enfermedades semejantes.

La experiencia científica y médica ya ha demostrado que, con los tratamientos antirretrovirales actuales y otros avances de la medicina, la calidad y la esperanza de vida de las personas con VIH no tiene por qué verse realmente reducida, siendo ya una idea preconcebida errónea que una vez más conduce al rechazo. No sólo eso, si no que los individuos con VIH por lo general conservan un estado de salud suficiente para enfrentarse a cualquiera de las responsabilidades de la vida diaria que quieran asumir, sean sociales, profesionales o económicos. Así que las cláusulas usadas por las aseguradoras para restringir el acceso de las personas VIH a la contratación de un seguro de salud estarían desfasados y no sería justificable ese trato diferenciado.

Aquellas personas con VIH que tienen reconocido un grado de discapacidad superior al 33% cuentan con mejores mecanismos de protección, pues las aseguradoras no pueden excluir a estas personas de sus pólizas y deberán respetar el principio de suficiencia de la prima. Así, si a una persona con el 33% de discapacidad o un porcentaje superior le deniegan la contratación, o se falta al principio de suficiencia de la prima, puede reclamar ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

### **Declaración del estado serológico en revisiones médicas del trabajo**

Toda persona tiene derecho al trabajo, y a condiciones equitativas y satisfactorias en él. El derecho al trabajo entraña el derecho a toda persona a obtener un empleo digno sin otros requisitos que no sean la competencia profesional que para ello se requiere.

Cuando una persona con VIH opta a un puesto de trabajo en el ámbito sanitario, no tiene por obligación declarar su estado serológico si entre sus actividades no se incluyen procedimientos invasivos que puedan suponer un riesgo de exposición accidental a virus de transmisión sanguínea que puedan afectar a terceras personas.

Tanto un análisis de sangre como un análisis de orina no son considerados como vulneraciones del ámbito de la intimidad corporal previo o durante a contratación. Se vulnera el derecho a la intimidad mediante la obtención de información del estado de salud del trabajador a partir de estos que puede ser completamente irrelevante para el desempeño de las funciones establecidas en su trabajo.

Los exámenes médicos en el trabajo son voluntarios, y las pruebas que en ellos se incluyan han de ser indispensables y pertinentes, los datos sanitarios han de ser confidenciales

para proteger la intimidad y no tiene que haber discriminación por el estado de salud del paciente. La Ley 41/2002 supone que la obtención de un verdadero consentimiento libre y voluntario se acompaña de un proceso de información que explique los diferentes detalles del reconocimiento médico y que, por las características singulares del VIH, se informe de la inclusión específica de pruebas para la detección de esta infección. Es por ello, que no puede realizarse ninguna petición a laboratorio, por fundada que sea la sospecha, de diagnóstico de VIH sin contar con el consentimiento oral del individuo, que además debe quedar reflejado por escrito.

En el ámbito laboral, las pruebas de detección del VIH sólo se podrán incluir si es indispensable conocer el estado serológico del trabajador porque dentro de sus tareas exista cierto riesgo de transmisión, que resumidamente son en aquellas personas que presten servicios de salud en los que realizan procedimientos invasivos sobre terceras personas con riesgo de exposición accidental, y que, además, el uso adecuado de las MUPT no sea suficiente para evitar ese riesgo.

En el caso de que a pesar de que no se de esta situación concreta, el empleador trate de obligar al trabajador a realizarse un reconocimiento médico que incluye el diagnóstico serológico de VIH, se puede denunciar tal episodio ante la Inspección de Trabajo y la Seguridad Social, y dependiendo de cada caso podrán valorarse otras acciones legales administrativas y judiciales.

Además, en el caso de que se comunique el estado de seropositividad de VIH a la empresa contratante ya sea a través de mutuas patronales o cualquier otro tipo de institución o medio se estaría incurriendo en un delito de revelación de secretos.

### **Declaración del estado serológico en la adopción**

Se trataría de una excepción a la no declaración de forma general en cuanto a comunicar el resultado positivo para VIH en un niño que está en proceso de adopción. Se fundamenta en la tutela del mejor interés del menor, ya que la revelación permite a los posibles futuros padres tomar las decisiones más adecuadas para el cuidado, control y asistencia del niño.

Sin embargo, el propósito benefactor puede verse viciado en la práctica real si al conocer el estado de seropositividad del niño acaba convirtiéndose en una menor posibilidad a ser adoptado, debido a los prejuicios que conlleva.

### **Declaración del estado serológico en los fallecimientos**

La Ley establece la obligación de certificar la muerte y sus causas cuando esta ocurra como consecuencia de alguna enfermedad relacionada con el sida. Pues la obligación de certificar las causas de muerte viene impuesta al médico como deber frente a la sociedad, su interés se vincula a principios elementales de la Salud Pública. Es necesario para el Estado conocer con la máxima exactitud posible la evolución de una epidemia para ofrecer adecuados programas de control y prevención, y para tener actualizado el registro de morbi- mortalidad. Es imprescindible que los médicos cumplan con este imperativo jurídico y moral.

La obligación de certificar que las causas de muerte asociadas a VIH o sida no vulnera la protección de la intimidad, pues la certificación se realiza de forma codificada y con fines estadísticos a las autoridades sanitarias y se fundan en imperativos de justicia y salud colectiva.

### **Declaración del estado serológico en la donación de órganos y tejidos**

El interés de la Salud Pública no justifica la realización de pruebas diagnósticas del VIH de forma obligatoria, con la excepción de la donación de sangre y hemoderivados, órganos y tejidos. Aun así, en estos casos lo que se analiza es el producto humano antes de que el receptor los reciba, no se analiza al individuo donante. Toda información sobre pruebas de diagnóstico de VIH sobre sangre u órganos donados debe mantener condiciones estrictas de confidencialidad.

Si en una de esas pruebas realizadas sobre los productos se obtiene positividad al VIH, además de descartar el material, debe comunicarse al donante, y para ello es recomendable que la notificación la realice el profesional debidamente entrenado en estrategias de comunicación.

## **El tratamiento como la principal medida de prevención**

En tratamiento antirretroviral en el VIH reduce, siempre que haya un buen cumplimiento, la carga viral, la inmensa mayoría de las veces a niveles indetectables, con lo que las personas con VIH entonces pasan a ser transmisores ineficientes, es por eso por lo que el tratamiento mejora la prevención y ralentiza la difusión de la infección (4, 5).

## **Penalización de la transmisión del VIH**

Aún hoy, en algunos países se aplica el derecho penal a las personas que transmiten o exponen a otras a la infección por VIH. Sin embargo, no existen datos que indiquen que a través de la aplicación general de la legislación penal en la transmisión de este virus se consiga prevenir ésta. Sí que parece que con ello se corre el riesgo de socavar la salud pública y los Derechos Humanos. ONUSIDA insta a limitar a nivel gubernamental la penalización de los casos en los que conste fehacientemente una transmisión intencionada, que es cuando una persona conocedora de un estado serológico positivo actúa con intención de transmitirlo. Dicho de otro modo, no se debería aplicar a aquellos casos en los que no exista un riesgo significativo de transmisión o en los que la persona seropositiva:

- No sepa que era VIH positiva.
- No comprendía los mecanismos de transmisión del VIH.
- Reveló a la persona en riesgo su estado serológico o creía que estaba enterada por algún otro medio.
- No reveló que era VIH positiva por miedo a represalias.
- Tomó medidas razonables de protección, como el uso de preservativo, aunque estas pudiesen fallar.
- Acordó previamente con la otra persona un nivel de riesgo mutuamente aceptable.

Si se cometiese un delito violento de carácter sexual (violación o abuso sexual) con un resultado de transmisión de la infección por VIH, la sentencia puede tener en cuenta el estado serológico del agresor como agravante sólo en el caso de que este supiese que era VIH positiva en el momento de cometer dicho delito. En España el fenómeno se refleja como un incremento del número de demandas y por tanto de sentencias que juzgan la posible transmisión dolosa del VIH.

Por su parte, los Estados deben:

- Evitar la legislación específica sobre el VIH, y aplicar, sin embargo, el derecho penal general a los casos de transmisión intencionada. El sistema legal español no contiene legislación específica para el VIH, de modo que se juzgarían a través del delito de lesiones (Artículo 147 del Código Penal) o más frecuentemente, a través del delito de lesiones agravado (Artículo 149 del Código Penal).

- Elaborar directrices para limitar la discrecionalidad de la policía y fiscalía en la aplicación de la legislación penal.

- Asegurar que la aplicación de la legislación penal general a la transmisión del VIH sea coherente con sus obligaciones en cuanto a los Derechos Humanos.

Las dos principales razones que se suelen tomar para penalizar la transmisión del VIH son:

- El castigo de la conducta lesiva imponiendo sanciones penales.

- La prevención de la transmisión de VIH a través de la disuasión o la modificación de los comportamientos de riesgo.

Pero con la única excepción de la transmisión intencionada, la aplicación de la legislación penal no sirve para ninguno de estos objetivos. Si una persona es conocedora de que es VIH positiva y actúa con la intención de transmitir, y lo logra, su estado mental, su comportamiento el daño causado justifican el

castigo. Este tipo de actos son excepcionales en el contexto del VIH, los datos disponibles demuestran que la mayor parte de los individuos conocedores de su estado serológico toman medidas necesarias para prevenir la transmisión del virus a otros.

Si se aplicase de forma generalizada el derecho penal ante dichos objetivos, sería muy probable que los procesamientos y condena recayesen desproporcionadamente sobre los miembros de grupos de mayor riesgo de exclusión, como trabajadores del sexo, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombre y los usuarios de drogas por vía parenteral. La aplicación inadecuada o exageradamente amplia del derecho penal a la transmisión del VIH crea un riesgo real de aumentar el estigma y la discriminación de los afectados, y, además, de alejarlos de los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo (7). Las formas en las que esta aplicación discriminada socavan los esfuerzos eficaces en materia de prevención son las siguientes:

- Puede disuadir de la realización de las pruebas diagnósticas de VIH, pues ser desconocedor de estado serológico se percibiría como la mejor defensa en un proceso penal. Esto obstaculiza los esfuerzos para incrementar el número de personas que acceden a la prueba y que posteriormente se derivan para tratamiento, atención y apoyo a diferentes servicios. El diagnóstico y tratamiento del VIH son vitales para la prevención, pues las personas que reciben un diagnóstico de seropositividad pueden y suele adquirir comportamientos que evitan la transmisión y también, porque la terapia antirretroviral reduce la infectividad y las posibilidades de la retransmisión del VIH.

- Pondría la responsabilidad jurídica de la prevención del VIH exclusivamente en aquellas personas que ya viven con el VIH y diluiría el mensaje de salud pública de que las parejas sexuales tienen responsabilidades compartidas en cuanto a la salud sexual. Así en el conviviente se puede crear una falsa

percepción de seguridad que lo lleve a olvidar que la salud sexual es una responsabilidad compartida en la pareja.

- Podría crear relaciones de desconfianza con los profesionales de los servicios de salud y dificultar la atención de calidad, ya que habría cierto temor a que la información sobre el estado serológico pudiese usarse en su contra en un caso penal.

- Fortalece el estereotipo de que las personas VIH positivas son peligrosas.

Los gobiernos deben reforzar los programas de eficacia probada en la reducción de transmisión del virus frente a la aplicación del derecho penal, protegiendo así los Derechos Humanos, tanto en personas VIH positivas como negativas.

## La estigmatización en el VIH

El abordaje del VIH ha sido un éxito en lo científico y un fracaso en lo social. Siguen ocurriendo situaciones discriminatorias en España, a menudo entrelazadas con otras formas de discriminación basadas en el género, la orientación sexual, la raza, el consumo de sustancias psicotrópicas o la inmigración.

Actualmente existe un estancamiento en la tasa de nuevos diagnósticos, lo que demuestra que los esfuerzos realizados hasta la fecha no son suficientes para frenar el avance de la epidemia, con unas cifras alrededor de 10 casos por 100.000 habitantes. En España, la prevención del VIH se aborda de forma casi exclusivamente biomédica, lo que supone que la mayoría de los recursos se usen en la prevención secundaria y terciaria. Hay un agotamiento de las campañas de prevención y un aumento de las prácticas de riesgo en los hombres que tienen sexo con hombres. De forma conjunta a esto, la introducción de tratamientos muy efectivos ha provocado que los hombres que tienen sexo con hombres hayan perdido la sensación de urgencia y amenaza que rodeaba la infección por VIH, y hayan disminuido las prácticas de sexo seguro. Ahora el VIH se vive como una enfermedad crónica.

La relación entre esta visión de cronicidad y las prácticas de riesgo no es tan evidente en los estudios realizados. Se cuestiona esta relación directa entre estas dos variables, pero otros además sugieren que esta hipótesis no puede servir como explicación única y definitiva de las conductas sexuales de riesgo, ha de ser tomada como un elemento más de todo un

conjunto de significados, discursos y motivaciones (8,9,10).

Esta situación ha provocado un aumento constante de la prevalencia de la infección VIH en España, con unas 160.000 personas viviendo actualmente con VIH en nuestro país. En relación con la distribución geográfica de la infección por VIH, la epidemiología es principalmente urbana, concentrándose en Madrid y Barcelona.

Existen grupos poblacionales con un mayor riesgo de infectarse, como los adictos a drogas por vía parenteral, los hombres que tienen sexo con hombres o las trabajadoras sexuales, cuyo peso en los nuevos diagnósticos difieren significativamente, y que han de ser tomados en cuenta para poder definir acciones de prevención y diagnóstico precoz más específicas y eficaces. Los hombres representan la mayor parte de los nuevos diagnósticos, más del 85%, y la tendencia es claramente descendente en mujeres (11). También es necesario diferenciar las edades en las que se diagnostica el VIH en cada uno de los grupos poblacionales, pues la dinámica puede ser muy diferente.

Los individuos más jóvenes en infectarse son los hombres que tienen sexo con hombres. Los heterosexuales y los usuarios de drogas por vía parenteral lo hacen a edades más avanzadas y el diagnóstico tiende a ser tardío (12). Un tercio de los nuevos diagnósticos se realiza en personas originarias de otros países, especialmente Latinoamérica y el África Subsahariana.

El único grupo poblacional en que no se ha reducido la incidencia de VIH es el de los hombres que tienen sexo con hombres, aumentando los casos, sin embargo. Este es el grupo mayoritario, pero también es el más concienciado con el riesgo como demuestran los datos sobre los diagnósticos tardíos ya que se realizan la prueba de VIH con mayor frecuencia tal y como recomiendan la mayoría de las guías.

Esta aparente contradicción entre una mayor concienciación y un aumento del número de casos tiene varias explicaciones. Por un lado, a nivel biológico, las relaciones anales tienen más riesgo que las vaginales y por otro, la prevalencia de la infección en hombres que tienen sexo con hombres es ya muy alta lo que incrementa el riesgo de transmisión. Además, dentro de este grupo, los hombres de color parecen tener mayores tasas de infecciones de transmisión sexual no tratadas, son menos conscientes de su estado serológico y es menos probable que se traten adecuadamente (13).

En relación con las personas transgénero, cada vez es mayor la evidencia científica que muestra que el VIH afecta desproporcionadamente a este grupo poblacional, con una prevalencia superior al 20%. Se trata de una población que a menudo se encuentra fuera de políticas de prevención del VIH, debido a la falta de datos sobre la población transgénero. Además, si bien las estimaciones de la prevalencia de la infección por VIH son limitadas en mujeres transgénero, hay aún menos información sobre la prevalencia del VIH entre hombres (14).

Casi el 15% de los nuevos diagnósticos en España se producen en personas mayores de 50 años, y se trata del único grupo etario con predominio de la transmisión heterosexual. En este grupo también es común el diagnóstico tardío, ya que este aumenta con la edad, y esto es debido a que, a pesar de tener los mismos factores de riesgo de infección que los más jóvenes, son menos conscientes de su riesgo y además existe una falta de concienciación de los profesionales sanitarios pues no los consideran personas con conductas de riesgo.

Biológicamente, las mujeres heterosexuales tienen al menos dos veces más probabilidades que los hombres heterosexuales de contraer el VIH a través de un coito no protegido, ya que la mucosa vaginal presenta mayor fragilidad y el semen tiene mayor capacidad infectiva que los fluidos vaginales.

Esta vulnerabilidad es mayor entre las mujeres muy jóvenes o entre las ya menopáusicas por los factores estrogénicos. Otro factor a tener en cuenta es la socialización en este grupo del “amor romántico” que da mucha importancia a la confianza absoluta en la pareja lo que puede tener como consecuencia la no utilización del preservativo como demostración de lealtad.

### **La estigmatización en la sociedad**

El temor a la enfermedad y la muerte, la baja percepción del riesgo hacia el VIH, el desconocimiento de los beneficios del diagnóstico precoz, la falta de conocimiento sobre dónde hacerse la prueba o más raramente, la falta de disponibilidad de la prueba del VIH son algunas de las barreras percibidas por los pacientes en cuanto al diagnóstico. Pero para la OMS el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH suponen la principal barrera que limita el acceso a los servicios de salud y apoyo social a estas personas, de tal modo que las considera uno de sus objetivos prioritarios. Enfrentarse al posible rechazo de personas cercanas y el entorno social provoca pensamientos negativos que perjudican los vínculos sociales, y generan sentimientos de desesperanza, aislamiento, baja autoestima, crisis de identidad y falta de interés hacia la prevención.

Varios estudios concluyen que la baja percepción del riesgo es también una razón muy importante para no realizar el diagnóstico del VIH, especialmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres. La percepción del riesgo, la proximidad con personas que se habían hecho la prueba, conocer los beneficios del diagnóstico precoz y una actitud emocional positiva se asociaba positivamente con la decisión de hacerse la prueba.

Es una barrera de especial peso la presencia en el individuo de miedo e incertidumbre sobre la percepción de su capa-

cidad a hacer frente a un resultado positivo, a lo que se le suman el temor a la estigmatización, la discriminación o la preocupación a que no se respete la confidencialidad. En las mujeres trabajadoras del sexo, las pérdidas en el seguimiento son frecuentes debido a su mayor movilidad geográfica, lo que conlleva la interrupción del tratamiento adecuado (15).

El estigma se define como el “atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, que queda sometido a reacciones adversas, de hostilidad y de rechazo, que favorecen la soledad y el aislamiento social”. La auto-estigmatización es posible cuando ocurre que en las personas que viven con VIH interiorizan las actitudes sociales que se experimentan en la sociedad, produciendo vergüenza o desprecio a uno mismo, o provocando sentimientos de culpabilidad y de inferioridad, lo que favorece la autoexclusión en múltiples ámbitos de la vida. El estigma también puede ser sufrido por personas cercanas a los pacientes VIH, como familiares o cuidadores, es el estigma secundario.

Mediante la ocultación activa del estado serológico, las personas con VIH tratan de protegerse a sí mismas y también a sus seres cercanos, especialmente cuando se trata de padres o hijos.

Las manifestaciones del estigma ocurren a diferentes niveles:

- El estigma público hace referencia a las reacciones psicológicas y sociales de la gente hacia alguien que se percibe como estigmatizado.
- El auto-estigma es el impacto social y psicológico del estigma público en las personas que viven con VIH.
- El estigma por asociación se refiere a las reacciones sociales y psicológicas hacia la gente asociada con una persona estigmatizada.

- El estigma estructural hace referencia a la manera en que las instituciones e ideologías dominantes de una sociedad legitiman, perpetúan y exacerban ese estatus.

Hoy día, una cantidad considerable de personas, cerca del 50%, aun afirma que se sentiría incómoda ante el contacto con una persona que vive con VIH, especialmente con compañeros de colegio de sus hijos o bien compañeros de trabajo. Cerca del 30% de la población afirma que intentaría evitar el contacto con personas seropositivas en ciertas situaciones de la vida.

El prejuicio hacia los individuos VIH positivos surge a través de la percepción de amenaza, pues la consideran una infección grave, fácilmente adquirible en el contacto casual y social. Casi el 14% de la población española cree que puede infectarse por VIH compartiendo baños públicos o enseres, así como a través de la tos o estornudos.

Y, sin embargo, el rechazo resulta ser aún mayor cuando la estigmatización viene de considerar que la infección viene derivada del comportamiento controlable del afectado, considerando a las personas que padecen VIH como responsables de su condición. Casi el 20% de la población considera que las personas con VIH son culpables de padecer su enfermedad o que los que lo han contraído a través de las relaciones sexuales o mediante el consumo de drogas tienen lo que se merecen. Otros aspectos como la pobreza y ciertas religiones o culturas machistas incrementan, sin que a lo largo de los años se encuentre una mejoría en cuanto a estas variables asociadas a la estigmatización (16,17).

## **La estigmatización en el ámbito sanitario**

Se considera a las personas con VIH como un grupo social vulnerable debido tanto a las consecuencias de la enfermedad como por el abandono que subyace al diag-

nóstico. El abordaje del VIH como una patología crónica requiere un sistema sanitario que permita el acceso al tratamiento y disponga de atención profesional integral que intervenga durante un periodo prolongado, entre otros elementos (18).

Cuando se reconoce la existencia de prejuicios y discriminación en el ámbito sanitario con respecto a las personas VIH, es posible asumir la complejidad de todo el conjunto de elementos, siendo necesario conocer cómo se produce, los efectos que produce y establecer las estrategias necesarias en cuanto a la intervención.

Para la OMS, la Convención de los Derechos Humanos es una estrategia esencial para lograr la salud de los pueblos, y toda transgresión a estos priva de la salud en sus distintas formas a las personas que lo sufran.

La sanidad pública ha de asumir la responsabilidad social de sus actos complementando la ética de la organización con la ética profesional, pues no es posible dejar la ética de la atención sólo a criterio personal de los profesionales de la salud. Los valores institucionales deben buscar las mejores prácticas éticas, en las que todos los miembros de la organización consideren los valores y principios institucionales al tomar las decisiones que involucran a los pacientes. Así es posible tener un grado de certeza de que las decisiones sanitarias son más justas y adecuadas, con una mayor cohesión dentro de la organización.

Los profesionales sanitarios pueden mejorar sus actitudes éticas a través de la capacitación e instalación de prácticas no discriminatorias. Releva aspectos valóricos como características fundamentales del rol social de las profesiones sanitarias: altruismo, respeto, solidaridad, compasión o justicia, que favorecen las consecuencias positivas para los pacientes. Frecuentemente el mayor interés por

los aspectos científicos y tecnológicos, y la falta de conciencia de los aspectos éticos del personal sanitario no permite percibir de forma clara el trato inadecuado que se puede generar con respecto a los paciente (19,20).

## Conclusiones

Toda persona, sólo por ser persona, es digna y ha de ser tratada como tal. La acción eficaz sobre el VIH también está basada en la vehiculización de los Derechos Humanos como medio de acción, las personas son más vulnerables a padecer VIH cuando todos sus derechos, ya sean civiles, económicos o socio-culturales están siendo violentados, y por tanto están siendo víctimas de la exclusión.

Las enfermedades epidémicas frecuentemente tienen un enorme impacto sobre el cumplimiento de los derechos fundamentales, especialmente aquellas que son adquiridas a través de un ámbito tan íntimo como las relaciones sexuales, pues alimentan la estigmatización de aquellos que las adquieren, pues sobre ellos suele aparecer una carga de culpabilidad y de señalamiento debido a ser vistos como individuos vectores, con lo que la sociedad, de forma incorrecta, pretende exigir conocer cómo han llegado a contagiarse. Esto es de especial importancia en las personas con VIH, sufriendo gran grado de intromisión ilegítima en su privacidad y siendo además discriminados.

La intimidad es un derecho garantista, pero esto resulta insuficiente hoy en día, debiendo considerarse como un derecho activo que ha de ser defendido a través del control del flujo de información que se tiene de cada sujeto, pues la privacidad no es la ausencia de información acerca de un individuo, sino el control que este tiene sobre la información que existe sobre él.

Afortunadamente las diferentes vías de transmisión del VIH

ya están bien identificadas, y esta, la transmisión, es prácticamente evitable a través del cumplimiento generalizado de las medidas universales de prevención de la transmisión (MUPT). Además, el tratamiento adecuado y temprano resulta la principal vía para evitar la transmisión, ya que hace la carga viral indetectable.

Estas MUPT fueron promocionadas y promovidas por los CDC, y se trata de un conjunto de medidas generales de precaución al manejar sangre y otros fluidos biológicos que pudieran contener agentes infecto contagiosos, sean del tipo que sean, y provengan del individuo que provengan. De este modo se considera a todas las personas y a sus fluidos como potencialmente infecciosos, y las MUPT han de ser usadas siempre de forma rutinaria. La implantación de las MUPT ha sido muy importante desde el punto de vista de los Derechos Humanos, ya que con ellas se evita la estigmatización y discriminación en determinados grupos de pacientes.

La declaración del estado serológico a la pareja es un tema que ha suscitado polémica durante mucho tiempo. Esta polémica, y la posible criminalización de ciertas conductas sexuales y sociales queda zanjada a través de la Ley 41/2002, que trata de la confidencialidad de la información clínica, pues esta sólo se puede comunicar a su titular, o a través del consentimiento expreso, si lo desea, a terceras personas. En España, mantener relaciones sexuales sin informar con respecto a la seropositividad del VIH, no es delito si se hace uso de medios que impidan su transmisión.

Desde el año 2018, no es posible, por Ley, denegar el acceso a seguros de salud a personas seropositivas para el VIH, y es por lo que muchas compañías han dejado de incluir en los cuestionarios preguntas relacionadas con el VIH, cambiándola por la inclusión de cláusulas generales acerca del VIH y enfermedades semejantes, con lo que se subsana, al menos en

parte la posible discriminación.

En cuanto a la obtención de un puesto de trabajo, aunque este puesto sea en el ámbito sanitario, no existe obligación ninguna de declarar el estado serológico con respecto al VIH, con la única excepción de que esto pueda suponer un riesgo de exposición accidental a virus de transmisión sanguínea que puedan afectar a terceras personas. El derecho al trabajo entraña el derecho de toda persona a obtener un empleo digno sin otros requisitos que no sean la competencia profesional que se requiera para desempeñarlo. Los análisis de sangre o de orina no son una vulneración a la intimidad durante un proceso de contratación o desempeño de un puesto de trabajo. Esta intimidad se ve vulnerada cuando se obtiene información del estado de salud de un trabajador a partir de estos análisis que resulta irrelevante para el desempeño del trabajo o se usan para tomar decisiones acerca de su continuidad en él.

En los procesos de adopción la situación de la declaración de la seropositividad del niño cambia, pues se considera que el conocimiento de esta por los posibles futuros adoptantes les servirá para tomar las decisiones más adecuadas para el cuidado del niño, fundamentándose en la tutela del mejor interés para el menor.

En la certificación de un fallecimiento en el que la causa de la muerte está relacionada con el VIH, la declaración tampoco resulta en una vulneración del derecho a la intimidad, pues se realiza mediante una codificación y con fines imperativos de justicia y salud colectiva.

La aplicación de legislación penal en la transmisión del VIH no resulta en una disminución de su transmisión, y si en estigmatización y clandestinidad de la infección, con el miedo a acudir al médico para recibir el adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento que ello conlleva. ONUSIDA insta a limitar la penalización de los casos en los que haya certera

constancia de intencionalidad en la transmisión, en tal caso aplicando el delito de lesiones para su legislación.

El abordaje del VIH ha resultado ser científicamente exitoso y socialmente, un fracaso. La discriminación por seropositividad a VIH sigue estando presente en España, y a menudo se acompaña de otras formas de discriminación en cuanto a orientación sexual, raza o inmigración. Se ha estancado el número de nuevos diagnósticos que se realizan de VIH al año, en unos 10 casos por 100.000 habitantes, lo que pone de manifiesto que los esfuerzos puestos en medidas de prevención de la transmisión no son suficientes. Al abordar el VIH de forma primordialmente biomédica, los recursos se agotan cuando la enfermedad ya está presente.

Es por todo lo anterior, que la sanidad pública ha de asumir su parte de responsabilidad social en cuanto al establecimiento de una ética social y organizativa, no sustentándose en la ética individual de cada profesional sanitario. La institución per se debe buscar las mejores prácticas éticas a través de una organización con estructura ética por sí misma, de modo que todos los individuos implicados se basen en valores y principios institucionales al tomar decisiones que involucran al paciente. Con ellos, las acciones sanitarias son más justas, adecuadas, y por supuesto, cohesionadas.

## Bibliografía

1. Gostin LO. The AIDS pandemic: Complacency, injustice, and unfulfilled expectations. Univ of North Carolina Press; 2005 Nov 16.
2. Pérez Luño AE. Derechos humanos, estado de derecho y constitución.
3. Friedt C. Privacy. The Yale Law Journal. 1968 Jan;77(3):475-93.
4. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. N Engl J Med. 2011 Aug;365(6):493-505.
5. Del Romero J, Castilla J, Hernando V, Rodríguez C, García S. Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1: cross sectional and prospective cohort study. BMJ. 2010 May;340:c2205.
6. Ortega Lorente, JM, “El secreto profesional médico”, *Jueces para la Democracia*; 1999
7. Lazzarini Z, Bray S, Burris S. Evaluating the impact of criminal laws on HIV risk behavior. J law, Med ethics a J Am Soc Law, Med Ethics. 2002;30(2):239-53.

8. Adam, B.D., Husbands, W., Murray, J., Maxwell, J. (2005). AIDS optimism, condom fatigue or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men. *Journal of Sex Research*, 42 (3), 238-48.
9. Conde, F., Santoro, P. y Grupo de Asesores en Adherencia al Tratamiento Antirretrovírico de Seisida, (2012). Tipología, valores y preferencias de las personas con VIH e imaginarios de la infección: resultados de un estudio cualitativo. *Rev. Esp. Salud Publica*, 86(2), 139-52.
10. Santoro, P., Conde, F., Morán-Arribas, M., Diezma, J.C., Ramasco-Gutiérrez, et al. (2017). Los espacios de sociabilidad sexual de los jóvenes varones madrileños y la transformación en las representaciones sociales del VIH y otras ITS. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 5 (10), 6-31.
11. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - S.G. de Promoción de la Salud y Epidemiología / Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; Nov 2016.
12. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Diagnóstico tardío de la infección por VIH: Situación en España. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Madrid; 2011.
13. Oster, A.M., Wiegand, R.E, Sionean, C., Miles, I.J., Thomas, P.E., et al. (2011). Understanding disparities in HIV infection between black and white MSM in the United States. *AIDS*. 25(8), 1103-12.
14. Wansom, T., Guadamuz, T.T., y Vasan, S., (2016). Transgender populations and HIV: unique risks, challenges and opportunities. *J Virus Erad.* 2(2), 87-93.
15. Folch, C., Casabona, J., Sanclemente, C., Esteve, A., González, V., y Grupo HIVITS- TS. (2014). Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 28(3), 196-02
16. Fuster Ruiz De Apodaca, MJ. La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos y formas de afrontamiento. Tesis Doctoral. UNED. Madrid 2011.
17. Boss, A. E. R., Pryor, J. B., Reeder, G. D. y Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 1-9.
18. García, A. "De enfermedades y gentes". *Revista de Bioética y Derecho* 2013, 29, p. 3- 10.
19. Kottow, M. "Bioética en salud pública: protección y confianza en VIH/SIDA". *Rev Chil Salud Pública* 2007, 11 (2): p. 83-88.
20. Altisent, R. "Ética, bioética y deontología". *Revista Bioética* 2009, 17(3): p.363-375.



