

EL SIDA ¿CASTIGO DE DIOS?

Javier Gafo*

En este número en el que presentamos unos estudios sobre el Sistema Nacional de Salud, hemos querido incluir un escrito serio y documentado sobre esa terrible enfermedad que se conoce como SIDA. Aunque cada vez son más las noticias que sobre ella se publican en los periódicos y hasta se han comenzado en Venezuela campañas para prevenirla, la mayoría de las personas carecemos de una información suficiente sobre lo que es esta enfermedad, su modo de propagación, su incidencia real en el mundo... Aunque nos hubiera gustado poder dar algunos datos más precisos sobre su incidencia en nuestro país, pensamos prestar un servicio importante a nuestros lectores. Porque el SIDA es hoy una real amenaza a la humanidad y porque el temor exagerado a esta enfermedad ha llevado a algunos a posturas muy poco humanas y cristianas sea frente a los enfermos sea frente a los grupos más amenazados. (N. de la R.)

Los que tenemos por costumbre —¿buena o mala?— coleccionar recortes de prensa o de revistas sobre temas de nuestra especialidad, llevamos dos años en que el tema "estrella", sobre el que nuestros ficheros se van abultando especialmente, es el del SIDA. Es una enfermedad nueva —su historia no llega aún a los 10 años—, pero que sigue siendo de desenlace fatal y ante la que la omnipotente medicina tiene que reconocer su impotencia y que incluso pueden pasar años antes de que pueda disponer de un tratamiento eficaz y una vacuna que la pueda prevenir.

El tema del SIDA está encontrando una extraordinaria resonancia. En primer lugar, porque constituye lo que se ha llamado "peste del siglo XX". Se ha afirmado que raramente una única enfermedad ha expuesto a tantas personas en todo el mundo ante un riesgo tan alto, cualquiera que sea su sexo, edad, raza o nivel de vida. Hay autores que creen que si no hay cambios, podemos estar viviendo el comienzo de una epidemia que tendrá repercusiones a gran escala y que la humanidad tendrá que convivir con el SIDA en las dos próximas generaciones. Estamos ante un grave problema sanitario que nadie se hubiera imaginado hace poco. Es indiscutible que las cifras que está alcanzando el SIDA —y a las que luego aludiremos— dan serios motivos de preocupación.

El SIDA constituye además un serio enigma médico, al ser ocasionado por un tipo de virus poco conocido. Pero además en esta enfermedad inciden una serie de repercusiones éticas y sociales muy importantes. Si el SIDA fuese un problema africano, ciertamente se hubiera escrito e investigado mucho menos sobre él. Hubiera sido una enfermedad exótica, como tantas otras enfermedades tropicales, que se cobran millares de víctimas anualmente en países de muy elevada mortalidad general. Muchas personas creen que el SIDA es una enfermedad especialmente difundida en los países occidentales, cuando realmente el mayor número de víctimas se encuentra en el continente africano.

El hecho de que el SIDA afecte mayoritariamente a dos grupos sociales marginados —el de los homosexuales y el de los drogadictos— está contribuyendo a dar un carácter especialmente polémico a esta nueva enfermedad. El que la transmisión del SIDA esté asociada con cierta frecuencia a determinadas prácticas sexuales, le está confiriendo también un especial "morbo" y sensacionalismo. Este hecho se inscribe además en una época en la que se afirma el fin de la revolución sexual —"The Sexual Revolution is Over", así rezaba una reciente portada del *Time*— y que se ha ido demasado lejos en esa revolución de los años 60 y 70.

El tema tiene además implicaciones económicas muy impor-

tantes: dado el impacto cuantitativo de la enfermedad, saltan a la vista los grandes beneficios económicos que obtendrá la primera multinacional farmacéutica que consiga una vacuna o un tratamiento anti-SIDA. Además se está dando una dura polémica científica entre los dos equipos médicos, cuyos logros están siendo más relevantes en la batalla contra la enfermedad: el del doctor Robert Gallo, del National Cancer Institute de Bethesda (Estados Unidos), y el de los doctores Luc Montagnier y Jean Claude de Chermann, del Instituto Pasteur de París, una polémica en la que hay muchos intereses económicos de por medio.

Todos estos ingredientes están dando un gran relieve a esa desconcertante enfermedad, en la que resurge el viejo fantasma de la muerte, que el desarrollo de la medicina parecía haber alejado en su carácter de amenaza irremisible. En el tema del SIDA, los hombres de ciencia tienen que confesar su impotencia y que no poseen ni siquiera algo equiparable a sus armas de lucha para combatir las otras dos grandes pestes del mundo actual: los accidentes cardiovasculares y el cáncer.

DIMENSIONES NUMERICAS DEL SIDA

En 1979 fue tratado por vez primera un enfermo del SIDA en el hospital St. Luke de New York. Siete años más tarde, ese mismo hospital tiene un promedio diario de 50 nuevas admisiones de enfermos del SIDA. Se suele afirmar que el número de casos de SIDA se duplica cada año. Datos de fines de diciembre de 1986, sitúan el número de enfermos de SIDA en USA al nivel de los 28.098 casos, de los que 15.757 ya han fallecido.

En Europa Occidental las cifras no son tan elevadas, pero ya comienzan a ser preocupantes. En Francia se han contabilizado ya 997 enfermos, seguida de Alemania con 771 y Gran Bretaña con 610. En otros países americanos, Canadá cuenta con 786, Brasil con 754, Haití tiene 501, México 161, Trinidad-Tobago 108... España queda situada en esta clasificación en el puesto decimotercero. Las tasas más elevadas se dan en Suiza con 21,2 casos por millón de habitantes, seguida por Dinamarca con 18,2 y Francia con 15,6. Los datos españoles indican que hasta junio de 1986 se habían detectado 177 casos, lo que supone una tasa de 4,6 casos por millón, y nos sitúa en una posición media dentro de los países afectados. La situación mundial es de 31.646 casos notificados hasta septiembre de 1986, donde se incluyen 1.008 enfermos de SIDA en Africa, 52 en Asia y 293 en Oceanía. Pero hay autores que insisten en que estas cifras no reflejan la verdadera realidad.

Esto es verdad especialmente en Africa, continente que se ha citado menos en torno al SIDA, pero en donde puede hablarse de una verdadera plaga. Según cifras conservadoras de la OMS, en once

(*)Biólogo y doctor en teología. Profesor de Bioética en la Universidad de Comillas (Madrid).

países de África Central desde Congo-Brazza hasta Tanzania, han podido fallecer a partir de los últimos años de la década de los 70 hasta nuestros días un número próximo a 50.000 personas. Se ha llegado a afirmar que, en la próxima década, el número de muertes ocasionadas por el SIDA podrá ascender al millón y medio en el continente africano.

Todas estas cifras son preocupantes en sí mismas, pero lo son aún más si se tiene en cuenta el número de personas que llevan dentro de sí el virus del SIDA, aunque éste aún no haya "dado la cara". Se trata de individuos que están inficionados por el virus, que se encuentra en forma latente y cuyos análisis de sangre muestra que poseen anticuerpos. Se les califica como "seropositivos". Esto demuestra que han estado expuestos al SIDA, aunque quizá nunca desarrollen la enfermedad, pudiendo sin embargo contagiar a los demás.

Las cifras de los "seropositivos" son mucho más altas y se considera que el porcentaje de este grupo que desarrollará la enfermedad puede ser muy relevante. Inicialmente se dio la cifra del 10-20% de los seropositivos como destinados a padecer finalmente la enfermedad. Pero hoy se piensa que pueden padecerla el 30-40% e incluso más. Hasta se ha llegado a citar la cifra del 75%.

En este punto, la situación africana es dramática: se da la cifra de 5 millones de seropositivos en ese continente. En Kinshasa, la séptima parte de los niños de los grandes hospitales está infectada por el virus del SIDA. En Bujumbura, capital de Burundi, el 10% de los adultos es portador del SIDA. En el área africana, más afectada por el SIDA -Zambia, Zaire, Burundi, Ruanda, Uganda y Tanzania-, el 5% de la población es seropositiva. En África, a diferencia de Europa y USA, el SIDA afecta por igual a varones y mujeres. Un problema adicional es el de la contaminación de los recién-nacidos durante el embarazo: un reciente estudio realizado en una clínica de Kinshasa llega a la conclusión de que, al menos, el 8% de las mujeres embarazadas eran seropositivas.

El número de seropositivos en Europa Occidental es menos alto, pero ya es seriamente preocupante: 20.000 en Gran Bretaña, 50.000 en Francia, país en que el 25% de los enfermos de SIDA no son ni homosexuales ni drogadictos. Se considera que la situación de Europa camina con dos a tres años de retraso respecto de USA, donde el número de seropositivos puede estar ya en torno al millón. Pero se ha afirmado, por ejemplo, que en una ciudad como Edimburgo, con un importante número de drogadictos, en un futuro próximo el 50% de aquéllos podrá ser portador de la enfermedad. El doctor Fereres citaba hace poco unas cifras de Montagnier, que elevaba el número de enfermos y portadores a 100.000 en España y a 200.000 en Francia.

La situación es dramática en los niños: El 50% mueren antes de los 6 meses después de manifestar los síntomas de la enfermedad y en los dos primeros años más del 75%. Gracias a Dios el porcentaje de niños afectados por el SIDA se mantiene bajo, en torno al 1% en USA, pero la difusión del SIDA puede tener aquí consecuencias dramáticas, ya que el virus puede transmitirse por vía placentaria, durante el parto o a través de la leche materna.

El tema es indiscutiblemente muy serio. K.D. Spranger, secretario de Estado del Ministerio del Interior de Alemania Federal, ha llegado a proponer el control obligatorio de todos los ciudadanos de 15 a 60 años y la reclusión forzosa de los enfermos en instituciones cerradas. Recientemente el doctor Santiago Grisolia, discípulo de Severo Ochoa, comparó el peligro del SIDA con el de una guerra nuclear, llegando a afirmar que el aumento progresivo de víctimas podría ocasionar 100 millones de víctimas en el siglo XXI.

¿A QUIEN AFECTA EL SIDA?

El SIDA fue observado inicialmente en varones homosexuales, especialmente en los más promiscuos. Más tarde, al irse expandiendo la enfermedad, se vio que el SIDA afectaba preferentemente a otros dos colectivos: el de los drogadictos, que se inyectaban droga por vía

endovenosa, y el de individuos que habían recibido transfusiones sanguíneas, especialmente los hemofílicos. De ahí las famosas tres "H" referentes al SIDA: homosexuales - heroínómanos - hemofílicos (además de los haitianos, grupo en que la enfermedad se ha dado también con especial frecuencia). Pero además hay que citar porcentajes menores de heterosexuales en contacto con personas con el virus del SIDA, además de niños que han sido contagiados por sus madres. Como indicamos antes, en África el SIDA afecta por igual a varones y mujeres y se relaciona con la promiscuidad heterosexual en niveles de prostitución.

En esta distribución de los grupos de riesgos son notables las diferencias entre USA, por una parte, y Europa Occidental y España por otra. En USA el 61% de los enfermos de SIDA son homo o bisexuales, porcentaje que en Europa se sitúa en el 68,6%, mientras que en España desciende hasta el 26,5%. El segundo grupo de riesgo, el de los drogadictos, representa en USA el 17%, en Europa el 3,9% y en España la cifra se dispara hasta el 43%. Un porcentaje importante de casos lo constituyen aquellos individuos que son, al mismo tiempo, homosexuales y drogadictos: 17% en USA, 3,9% en Europa y 3,6% en España. El contagio a través de transfusiones de sangre representa el 2,5% de los casos de USA, el 5,2% en Europa Occidental y el 20,5% en España. En USA el número de niños afectados asciende al 0,9%, mientras que en España es del 3,6%.

Salta a la vista la desigualdad entre los porcentajes españoles y los de USA y Europa, que reflejan un número mucho mayor de drogadictos afectados y una muy notable disminución del porcentaje de homosexuales. Se trata de datos referidos aún a un número reducido de casos, por lo que las conclusiones deben ser provisionales. Se ha afirmado también que, al iniciarse el proceso de difusión del SIDA más tardíamente en España, cuando se conocía el riesgo de difusión entre los homosexuales, este colectivo estaba ya sensibilizado en nuestro país. Esto pudo originar un descenso en la interacción homosexual de mayor riesgo o la asunción de un mayor número de medidas preventivas contra el SIDA.

Recientemente se han dado algunas cifras dramáticas respecto del SIDA en España: se ha afirmado que el 70% de los heroínómanos de Madrid son portadores del virus. La situación puede ser especialmente grave en las cárceles, donde algún estudio ha probado que el 50% de los reclusos está afectado por el virus, llegándose a afirmar que "en cuatro años, las cárceles se convertirán en hospitales a causa del SIDA".

¿QUE ES EL SIDA?

Las personas que padecen el SIDA manifiestan enfermedades en general poco frecuentes. Sin pretender ser exhaustivos, nos limitaremos a citar las más frecuentes. En primer lugar, hay que mencionar el sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel poco frecuente y que se limitaba a personas ancianas en Europa y USA. A mediados de los años 70, el crecimiento del sarcoma de Kaposi es espectacular en Uganda y Zaire, en donde causa el 10% de los tumores en dicha área. A partir de 1980, el sarcoma de Kaposi comienza a aparecer entre los homosexuales en USA, en los que la enfermedad tiene una gran virulencia, en contraste con su lentitud de actuación en personas ancianas. El sarcoma de Kaposi comienza a manifestarse en forma de manchas de color rojo-marrón o azul en la piel, que se va generalizando, para afectar después a los ganglios linfáticos y ocasionar metástasis viscerales. Los pacientes fallecen de la misma enfermedad, de neoplasias asociadas o de las llamadas "infecciones oportunistas", de las que en seguida hablaremos. Por razones no conocidas, el sarcoma de Kaposi afecta especialmente a los homosexuales, mucho más que a los drogadictos.

La manifestación clínica más frecuente en los enfermos de SIDA se resume en las llamadas infecciones oportunistas, un nombre que alude a que se trata de infecciones no especialmente graves, pero

que aprovechan la "oportunidad" de atacar a un enfermo carente de defensas. La más frecuente de todas ellas es la neumonía causada por un protozoo, el *Pneumocystis Carinii*, que es la forma inicial de presentación de la enfermedad en el 56% de los casos. Hay además otros agentes oportunistas, tales como infecciones por hongos (*Candida albicans*, *Cryptococcus neoformans*...), otros protozoos, bacterias, virus...

A finales de 1985 se publican los primeros casos de alteraciones neurológicas en enfermos con el SIDA. Tanto adultos como niños afectados por la enfermedad presentaban demencia o encefalopatía patológica, que sugieren un efecto directo del virus sobre el tejido cerebral. Alrededor del 10-20% de los enfermos del SIDA padecen alteraciones en su sistema nervioso central. Se da un cuadro encefalopático difuso que evoluciona hacia un tipo de demencia progresiva crónica caracterizada por atrofia cerebral.

En general, la muerte de los enfermos del SIDA sobreviene como consecuencia de una infección. En el transcurso de la enfermedad, la mayoría de los enfermos de SIDA sufren múltiples procesos infecciosos, sucumbiendo finalmente porque no hay tratamiento adecuado o por dejar de responder a los tratamientos convencionales.

Y aquí entramos en el nombre del SIDA, Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida. Lo que llamó la atención desde el principio respecto a esta nueva enfermedad fue su alto grado de mortalidad y el hecho de que el fallecimiento se produjese por causas poco frecuentes. Se percibió que eran pacientes que estaban en una situación similar a aquellos cuyo sistema inmunológico estaba suprimido o debilitado. Es la situación que se da en la aplicación de quimioterapia a cancerosos o cuando se han administrado fármacos para evitar el rechazo de un órgano trasplantado y, de una forma aún más dramática, en los llamados "niños-burbuja".

El ser vivo tiene un sistema de defensa contra la agresión de cualquier agente externo—desde virus o bacterias hasta un órgano trasplantado. Este sistema de defensa o inmunológico está suprimido en los enfermos del SIDA y ello se ha "adquirido" como consecuencia de la enfermedad (y que se da, de forma congénita, en los "niños-burbuja").

Más en concreto, el virus causante del SIDA destruye los linfocitos T, además de ocasionar otras alteraciones en el sistema inmunológico, por lo que estos enfermos se encuentran indefensos ante infecciones que, en otras circunstancias, no plantearían especiales problemas.

De esta forma llegamos al agente causante de la enfermedad: se trata de un virus, perteneciente a una familia de virus poco conocida, los retrovirus. Estos retrovirus causan enfermedades en bastantes especies animales, pero sólo en los últimos años se han descubierto tres retrovirus causantes de enfermedades humanas. A los dos primeros, causantes de dos tipos raros de leucemia, se les calificó como HTLV-I y II (virus linfotrópicos de las células T humanas). El tercer tipo, el HTLV-III es el responsable del SIDA. Aquí hay además un tema polémico, ya que los investigadores estadounidenses y los franceses discuten quién ha sido el descubridor de dicho virus, al que los franceses califican de LAV (virus asociado a linfadenopatía). Es un tema con repercusiones políticas—el Gobierno francés ha demandado al norteamericano—y económicas (los miles de millones de dólares por la comercialización del test para detectar el virus del SIDA en la sangre). Recientemente, la OMS ha propuesto el nuevo nombre de VIH—virus de inmunodeficiencia humana—para unificar la terminología francesa y estadounidense.

En el momento presente no existe ningún tratamiento específico contra el SIDA, sin embargo existe cierto optimismo al creer que puede no ser lejano el día en que se pueda manipular el curso clínico de la enfermedad. Se han realizado diversos intentos de tratamiento sin éxito, incluso llegándose al trasplante de médula ósea, cuyos resultados fueron catastróficos. Se están citando varios fármacos de acción antivírica. El que suscita mayores esperanzas en el

AZT (3'-azido-3' deoxitimidina), que es un extracto del esperma del arenque y que parece impedir la replicación del virus. Ultimamente el equipo de Montagnier y Chermann ha propuesto el cloruro de benzalconio, un producto que se estaba utilizando como espermicida anticonceptivo.

Lo anterior se refiere al tratamiento de los enfermos del SIDA. La gran solución médica estaría en la fabricación de una vacuna que pudiese prevenir el contagio de la enfermedad. Se han probado diversas opciones: con virus debilitados, atenuados, muertos... pero sin éxito. Se teme además no poder lograr una vacuna, cuya validez sea universal, dada la gran variabilidad del virus (algo similar a lo que acontece con las vacunas contra la gripe, donde continuamente hay que crear nuevas vacunas en relación con las mutaciones del virus responsable de esta enfermedad... aunque lógicamente no es lo mismo una simple gripe que el SIDA). Algunos han hablado de cinco versiones, como mínimo, del virus del SIDA. El que el virus se presente en una importante variedad de formas y posea la capacidad de mutar rápidamente hace muy problemático el desarrollo de vacunas potenciales. Se ha dicho que hasta dentro de cinco años, no se podrá comenzar a probar una vacuna; otros sin embargo creen que será posible en pocos meses. El doctor Gallo ha afirmado: "no estoy de acuerdo con los 10 a 20 años e incluso con los 5 a 10 años". El responsable del tema del SIDA en la OMS, doctor Jonathan Mann, cree que "difícilmente podemos hablar de la inminencia de la vacuna". Otro gran obstáculo hacia la obtención de la vacuna está en el hecho de que la enfermedad tiene como primer objetivo precisamente el sistema de defensa inmunológica humana. Por eso el SIDA es básicamente distinto a otras enfermedades que son prevenidas mediante vacunas, ya que ataca al mismo sistema de defensa que se supone estimulado a través de las vacunas.

ORIGEN Y TRANSMISION DEL SIDA

Se han aventurado diversas hipótesis sobre el origen del SIDA, una enfermedad desconocida y que comienza a afectar a la especie humana en los años 70. Para el doctor Gallo, la "pista africana" puede ser la más probable. Esta hipótesis se basaría en la gran difusión de la enfermedad en Africa Central y en la relación del VIH con un virus presente en los monos, especialmente el de los monos verdes africanos. A la difusión de la enfermedad en Africa han podido contribuir las grandes corrientes migratorias hacia las grandes ciudades, que han tenido lugar en estos años, así como una posible mutación del virus.

Para el mismo doctor Gallo, la difusión de la enfermedad se realiza a través del semen o la sangre. Respecto de la transmisión por la saliva, admite la posibilidad, "pero únicamente con un gran intercambio salivar. Estoy convencido de que la capacidad infectante está más en función de la dosis inoculada". Otros autores han afirmado que el VIH se puede transmitir a través de la sangre, heces y, en general, a través de secreciones humanas (semen, saliva, lágrimas, secreciones vaginales). También puede transmitirse por jeringuillas o material quirúrgico contaminado, instrumental de los dentistas, agujas de acupuntura. En todo caso, no se ha probado que se transmita a través de contactos casuales. No se ha descrito ningún caso de contagio a través de picaduras de insectos, alimentos contaminados, bebidas o diseminación ambiental. Sin embargo se ha creado una psicosis de miedo al SIDA que ha llevado a no pocos profesionales médicos a negarse a recoger muestras clínicas o residuos de enfermos, a exigir trajes especiales para atenderlos, a negativas a realizar autopsias... El doctor Fereres cree que estas actitudes están totalmente injustificadas dada la vulnerabilidad del virus del SIDA al calor, desinfectantes y su escasa contagiosidad "profesional"...

Recientemente se ha discutido la transmisión del virus a través de insectos, de forma parecida a como acontece con otras enfermedades tropicales. Para Gallo, "esta hipótesis carece de lógica, ya que el mosquito no tiene gran volumen y para transmitir el virus del SIDA y causar la enfermedad es necesaria una gran dosis de inoculación,

cosa que considero inviable en el mosquito". En este punto existe otra vez un enfrentamiento con los investigadores franceses, ya que Chermann no descarta esta posibilidad.

Se ha afirmado, finalmente, que el virus ha podido venir del espacio. Hace pocas semanas se formuló la hipótesis de que el virus ha podido ser creado artificialmente en el laboratorio como consecuencia de las manipulaciones de la ingeniería genética. La comunidad científica ha rechazado este origen que había sido presentado por el doctor John Scale.

LA TRAGICA SITUACION DE LOS ENFERMOS DEL SIDA

Ya indicábamos antes que el SIDA está siendo mucho más que un problema biomédico grave, ya que inciden en esta enfermedad graves problemas sociales y éticos.

Sobre todo en USA, los enfermos del SIDA, además de padecer una enfermedad incurable, están siendo estigmatizados socialmente. Este estigma está siendo dirigido especialmente contra los homosexuales y, en grado menor, hacia los drogadictos. Se ha hablado de la existencia en aquel país de una auténtica paranoia social. Se citan casos de enfermos que han perdido su empleo o su piso; se ha boicoteado a las escuelas donde había algún niño con la enfermedad (situación que se ha dado recientemente en un colegio religioso de Bilbao). Se han dado casos de abandono de los enfermos por parte de sus familiares (que han descubierto así algunas veces la homosexualidad de un hijo).

El problema es especialmente dramático entre los drogadictos, ya que el colectivo homosexual, que estaba ya previamente bien organizado, ha creado sus propios cauces de ayuda a los enfermos. Los problemas psicológicos de los enfermos del SIDA son frecuentemente graves, habiéndose llegado al suicidio en más de un caso.

También están siendo importantes los problemas hospitalarios: desde negativas a admitir a los enfermos por miedo a contraer el SIDA, hasta el temor de algunos hospitales a convertirse en centros estigmatizados por tener un gran número de camas ocupadas por estos pacientes. También es relevante el problema de los costes económicos de atención a estos enfermos, que ocupan por término medio una cama durante 50 días, cuyo precio es de aproximadamente 850 \$ diarios.

El tema del SIDA está suscitando importantes problemas ético-jurídicos. ¿Hasta qué punto son confidenciales los análisis de sangre, que arrojan el resultado de que el interesado es un seropositivo? En principio, debe afirmarse que tales resultados son confidenciales y están sometidos a un estricto secreto médico, pero puede haber situaciones en que la no-comunicación, por tratarse de una enfermedad infecciosa, puede afectar a terceras personas. Se ha dado, por ejemplo, el caso de un aspirante al ejercicio de la Odontología y que estaba afectado por la presencia del virus. De hecho, las Compañías de Seguros se oponen a esta confidencialidad y están buscando cauces legales para exigir el análisis de sangre respecto al SIDA para sus futuros clientes de pólizas de seguros de vida.

Otro problema se refiere a la experimentación de nuevos fármacos para combatir el SIDA. Es indiscutible que el carácter mortal de la enfermedad permite la asunción de mayores riesgos en la experimentación de nuevas terapias. En todo caso, deberán seguirse siempre las directrices de las Declaraciones de Núrnberg-Helsinki-Tokyo sobre el tema de la experimentación humana, haciendo una especial referencia a la existencia de un "consentimiento informado" por parte del enfermo.

Sin embargo, para que los resultados de la experimentación posean validez científica, es necesario dividir los enfermos en dos grupos: al primero de ellos se le administraría, por ejemplo el AZT, mientras que al segundo se le administraría una medicina inerte, un placebo. ¿Puede éticamente procederse de esta forma, privando -y engañando- al segundo grupo de un tratamiento, que podría ser beneficioso en la situación desesperada inherente al SIDA?

EL CRISTIANO ANTE EL SIDA

Ante el hecho del SIDA, que había venido precedido de una gran difusión de las enfermedades de transmisión sexual (las antiguas venéreas) y de los grandes temores suscitados por el herpes genital, se han escuchado no pocas voces que hablan de un "azote divino" como respuesta a los desmanes sexuales del mundo actual. Así lo ha hecho, por ejemplo, el Rev. Falwell, uno de los más conocidos fundamentalistas estadounidenses.

El colectivo gay rechaza la asociación SIDA-homosexualidad. Sin embargo es indiscutible que las cifras muestran una importante correlación entre ambos, más en concreto, la correlación entre el SIDA y el coito anal (que puede también darse en la relación heterosexual). En efecto, la capacidad de absorción de la mucosa rectal y las pequeñas lesiones que puede ocasionar el coito anal favorecen la infección por el virus.

Los otros dos grupos de riesgo quedarían muy aminorados con medidas preventivas. De hecho, el riesgo del grupo hemofílico ha quedado atenuado mediante análisis del plasma sanguíneo previo a la transfusión. En algunos países se ha propuesto la facilitación de jeringuillas para evitar así el peligro de la transmisión del SIDA por la costumbre de los heroínómanos de utilizar la misma jeringuilla. Pero también es verdad que un efecto similar podría conseguirse mediante la utilización de profilácticos -cuya distribución está siendo potenciada en varios países. Sin embargo, una encuesta mostraba que un 50% de los seropositivos homosexuales no pensaban usar preservativos. En todo caso su uso parece ser creciente, como lo indica el descenso de enfermedades de transmisión sexual entre los colectivos homosexuales.

Indiscutiblemente el SIDA tiene que ser incluido dentro de las enfermedades de transmisión sexual, con una especial correlación con el llamado "high risk sex", prácticas sexuales de alto riesgo: es decir sexualidad oral, anal o en promiscuidad.

Toda la polémica en torno al SIDA se inscribe en torno a la llamada "contrarrevolución sexual", de la que tanto se está escribiendo en USA. Son muchas las voces que insisten en ese país, en que se está operando una vuelta a comportamientos más conservadores en el terreno sexual, algo que viene reflejado por bastantes encuestas. En este contexto se sitúan dos hechos políticos especialmente polémicos: En primer lugar, la decisión del Tribunal Supremo USA por la que los Estados de la Unión pueden declarar ilegal la sodomía homosexual. Y, en segundo lugar, las conclusiones del Informe Meese sobre la pornografía, en la que se afirma que existe una vinculación causal entre "pornografía violenta" y comportamiento agresivo hacia la mujer, añadiendo que la exposición a material explícitamente sexual tiene cierta relación causal con la violencia sexual". Estos dos hechos han venido acompañados en USA por una serie de medidas contra la pornografía y comportamientos sexuales promiscuos.

La difusión del SIDA acontece en unas sociedades donde se ha operado un espectacular incremento de las enfermedades de transmisión sexual. De ahí, que bastantes voces estén afirmando que la revolución sexual ha ido demasiado lejos y que se han derribado barreras en el comportamiento sexual, que deberían ser mantenidas. Desde actitudes de desconcierto y rechazo ante la difusión de nuevas formas de comportamiento sexual humano, se está en el plano inclinado de utilizar el arma del SIDA como castigo del cielo -o como "castigo ético"- en contra de los abusos en el campo sexual. Ante las reivindicaciones del colectivo homosexual y ante el orgullo gay es fácil caer en la tentación de contra argumentar, desde la elevada difusión del SIDA en ambientes homótipos, arguyendo que es la actualización del diluvio de lava y fuego que cayeron sobre las ciudades pecadoras de Sodoma y Gomorra.

Entre las medidas sanitarias, recomendadas para evitar la transmisión del SIDA ciertamente se ha citado el uso de profilácticos

(por ejemplo, el Gobierno de Mrs. Thatcher ha montado una campaña de 30 millones de dólares, subrayando los peligros del coito no protegido y en promiscuidad). Pero también se está insistiendo en la necesidad de evitar el sexo anónimo y despersonalizado, que constituye un cauce muy importante en la transmisión de la enfermedad. Algún autor ha afirmado que en los últimos quince años ha habido una "explosión de la copulación", lo que necesitamos ahora es una epidemia masiva de lealtad entre las parejas. En USA se ha llegado a cerrar algunos establecimientos en que se desarrollaba una sexualidad promiscua. Todas estas recomendaciones y medidas hubieran sido impensables hace poco y hubieran sido consideradas como una inaceptable intromisión en la vida privada de los ciudadanos.

Creo que sería inoportuna y errónea una campaña de moralidad de las iglesias basada en el hecho del SIDA. Los avances de la medicina respecto del SIDA han sido espectaculares, aunque aún sean insuficientes: en poco tiempo se ha identificado el virus, se ha desarrollado el test para identificar los anticuerpos y se están encontrando algunos fármacos que parecen controlar algunos de los síntomas del SIDA... Este avance puede tirar pronto por la borda esa campaña y demostrar que era meramente oportunista.

Si hay que hacer una campaña de moralidad, habría que situarla en su verdadero terreno. ¿Hasta qué punto es humanizadora una visión trivializada de la sexualidad, en la que ésta queda reducida meramente a sus aspectos placenteros y biológicos, marginando su significación más profunda y básica? ¿Es la sexualidad un mero juego, en que se dejan de lado sus profundos contenidos afectivos y psicológicos? El reducir la sexualidad a su aspecto lúdico, ¿está ayudando a madurar a las personas o las está incapacitando para percibir sus resonancias más válidas y auténticas? Mientras que en toda cultura —así lo afirma Schelsky— ha existido una regulación social del comportamiento sexual, ¿está acertada nuestra civilización en su permisividad sexual, que está siendo aprovechada por indiscutibles intereses económicos?

A la hora de corregir los innegables abusos de la revolución sexual, más importancia que el hecho de la difusión del SIDA, tiene la tendencia que ya se viene observando marcadamente de vincular progresivamente sexualidad y afectividad, a valorar crecientemente los aspectos psicológicos de la sexualidad sobre los placenteros o biológicos, la sensación de saturación respecto de formas promiscuas de vivenciar la sexualidad... Este es el terreno para debatir los contenidos de la moral sexual y no el de las consecuencias médicas del SIDA.

Los cristianos no podemos hablar del "azote divino" del SIDA. El Dios en quien creemos los cristianos no es un Dios que responde con azotes divinos a los comportamientos humanos, unos castigos que caen indiscriminadamente sobre homosexuales, drogadictos, recién-nacidos y hemofílicos. El diálogo de Jesús con sus discípulos sobre el ciego de nacimiento —"¿quién pecó éste o sus padres?"— nos debe retraer de esa tendencia de penalizar los comportamientos humanos con castigos apocalípticos. Castigos que, por otra parte, somos especialmente propensos a situarlos en el campo sexual, no en el de la justicia, para el que no parece que hagan falta azotes divinos.

Las escenas evangélicas de Jesús ante la mujer pecadora pública o la sorprendida en adulterio deben ser un punto de referencia para los que podemos tener el peligro de tirar las piedras del SIDA contra los homosexuales o los drogadictos. También los enfermos del SIDA —como las prostitutas— pueden preceder en el Reino de los cielos a no pocos cristianos de vida "íntegra", pero carentes de amor y de generosidad. Si se ha podido calificar a los enfermos del SIDA como los "leprosos del siglo XX", la actitud de Jesús hacia los leprosos de su tiempo, con lo que implicaba de rechazo hacia la normativa social de sus contemporáneos, es otro punto de mira para la actitud cristiana ante estos enfermos. En la historia de la Iglesia ha habido grandes hombres —desde S. Luis Gonzaga hasta el padre Damián de Veuster— que expusieron su vida para atender a los apesados. Es otro ejemplo a imitar hoy.

En el tema del SIDA, la opinión científica es que se trata de

una enfermedad, cuyo contagio no se realiza por un contacto casual y ocasional. Desde este planteamiento parece inaceptable que un cristiano, con las lógicas medidas de precaución, se niegue a prestar asistencia médica, humana o espiritual a uno de estos enfermos. En este contexto resulta triste el episodio del colegio religioso de Bilbao, cerrando sus puertas a un niño "seropositivo". El asunto es indiscutiblemente vidrioso, porque además de la congregación religiosa implicada, estaban presentes las presiones de los padres de otros alumnos. Pero es tremendamente deprimente que se excluya de un colegio, como si fuera un leproso, a un niño que no tiene ninguna culpa de su enfermedad y que tiene pocas probabilidades de transmitirla. Sin embargo hay que reconocer que es un tema insuficientemente aclarado. Algún autor ha escrito: "en el momento presente no hay suficientes datos para negar completamente la posibilidad de transmisión del virus en el hogar o en la escuela"; otro reconoce que "existe todavía muy poca información sobre la posibilidad de que niños afectados por el virus puedan transmitirlo a otros niños bien en la guardería o bien en la escuela", subrayando el especial riesgo cuando se trata de niños que no controlan sus esfínteres o tienen un comportamiento violento, arañando o mordiendo a sus compañeros.

¿AZOTE DE LA NATURALEZA?

Pocas generaciones han tenido una conciencia tan intensa, como la actual, sobre los riesgos que comporta la manipulación de la naturaleza, que está en el fondo del progreso humano, pero que también puede volverse contra el hombre y contra la civilización. Los movimientos ecologistas, con su creciente fuerza de atracción sobre todo en el mundo de los jóvenes, tienen ese denominador común: el progreso técnico puede ser deshumanizador, porque está poniendo en serio peligro el hábitat del hombre sobre nuestro planeta. Esta misma actitud se está desarrollando en el campo de la manipulación del mismo organismo humano: cada vez se critica más la tendencia a la hipermedicalización existente en el hombre occidental, algo que ha tenido su impacto en el descenso en el consumo de anticonceptivos orales.

Probablemente esta reflexión puede aplicarse también al tema del SIDA. También los mecanismos fisiológicos naturales tienen su razón de ser y han sido seleccionados evolutivamente durante muchos millones de años. Expresado con toda concreción, la mucosa rectal no es el lugar previsto naturalmente anatómica y fisiológicamente para el coito. Su gran capacidad de absorción —que no posee la vagina— es un cauce de penetración de infecciones. La correlación existente entre promiscuidad/enfermedades de transmisión sexual, ¿no podría también entenderse como mecanismos apoyados por la naturaleza para apoyar una visión más integradora y densa de la sexualidad humana? Este planteamiento que puede ser peligroso —una especie de intento de aplicar el tema del "azote divino" a una sociedad secularizada— debe por lo menos ser tenido en cuenta como una hipótesis de valoración del hecho dramático del SIDA.

Recientemente un grupo de quince confesiones religiosas de USA, incluida la Iglesia católica, han formado un consejo encargado de prestar ayuda a los enfermos de SIDA y a sus familias. En este contexto, el arzobispo de Los Angeles, R. Mahony, ha afirmado: "más contagioso que el propio SIDA es el fanatismo y la falta de información que lo rodea" y en unas recientes declaraciones en Radio Vaticano, monseñor John May, presidente de la Conferencia Episcopal de USA, mostraba su preocupación porque el miedo al contagio está produciendo en USA una marginación terrible de los enfermos: "Con ellos la Iglesia debe comportarse como hacía Jesús con los leprosos, que eran los más marginados de la sociedad de su tiempo". Son dos actitudes eclesiales que deben significar un estímulo y un camino para los cristianos.

(Tomado de VIDA NUEVA)