

DEONTOLOGÍA MÉDICA

CONSIDERACIONES MÉDICO-LEGALES DEL SIDA EN COSTA RICA

LICDA. IVONNE CALVO GONZÁLEZ*

REFERENCE: CALVO GONZÁLEZ, I.: *Medico-legal considerations on AIDS in Costa Rica*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1991, vol. 8, Nº 1, pp. 49-52.

ABSTRACT: Medical and legal aspects of AIDS (the acquired immunodeficiency syndrome) are analyzed.

In order to cause infection, the virus should penetrate into the blood stream in sufficient concentration. The clinical evidence could appear after a period of two to fourteen or more years.

The virus appears to be transmitted through one or more of four routes: sexual contact, intravenous drug administration with contaminated needles, administration of blood and blood products, and passage of the virus from infected mothers to their newborns. The diagnosis is made by the ELISA test and confirmed by Western Blot test.

Legal aspects of AIDS are consequent of traditional conflict between public interest and individual rights.

A rule to define the disease, high risk individuals, competence of Health Ministry for control, preventional and epidemiological vigilance, and a national commission of AIDS control, are proposed.

KEYWORDS: Acquired immunodeficiency syndrome, medical aspects, Medical Law, Public Health.

REFERENCIA: CALVO GONZÁLEZ, I.: *Consideraciones médico-legales del SIDA en Costa Rica*, *Medicina Legal de Costa Rica*, 1991, vol. 8, Nº 1, pp. 49-52.

RESUMEN: Se analizan aspectos médicos y jurídicos del SIDA.

Para que exista la infección, el virus debe penetrar al torrente sanguíneo en concentración suficiente. Las manifestaciones pueden aparecer después de un período que se calcula entre dos y catorce o más años. La transmisión puede llevarse a cabo por contacto sexual (vaginal, anal o bucal), por contacto parenteral (inoculación), transfusiones de sangre o sus derivados, transplantes de tejidos humanos o equipo contaminado, y por contacto perinatal de madre infectada a hijo. Las pruebas de diagnóstico común son el ELISA (ensayo inmunoabsorbente enzima conjugada) que cuando resulta positiva debe repetirse una o dos veces. El WESTERN BLOT es la prueba frecuentemente empleada como confirmatoria.

Los aspectos legales del SIDA son consecuencia del conflicto tradicional entre el interés público y los derechos individuales. Se propone una normativa que defina la enfermedad, las personas con factores de alto riesgo, la competencia del Ministerio de Salud en el control, prevención y vigilancia epidemiológica, la creación de la Comisión Nacional del SIDA y del Departamento de Control del SIDA adscritos al Ministerio de Salud, y que la legislación proteja tanto la salud pública como los derechos individuales y las garantías sociales.

PALABRAS CLAVES: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), aspectos médicos, legislación.

El SIDA es una epidemia mundial que plantea graves controversias. Afecta a todos los países (industrializados y en vías de desarrollo) y sus repercusiones alcanzan todos los órdenes de la sociedad: científico, económico, social, político, ético y jurídico.

El presente trabajo expone los principales aspectos médico-legales del SIDA en Costa Rica. La primera parte se ocupa de una breve explicación de las principales características del síndrome, y de una reseña de la casuística epidemiológica costarricense. La segunda parte analiza algunos parámetros jurídicos y la normativa (general y específica) que se puede aplicar al entorno relacionado con el SIDA en Costa Rica. Al final, se esboza la propuesta de "Ley Ferren-

da" que estimamos conveniente para evitar y solucionar ciertos conflictos y para llenar algunos vacíos de orden legal.

ASPECTOS MÉDICO-CIENTÍFICOS.

El SIDA es un fenómeno complejo y del cual se ha difundido información no conveniente. Por ello, es importante que sobre el mismo, se aclaren ciertas nociones que permiten tener una visión general de sus características principales.

A. DEFINICIÓN Y TERMINOLOGÍA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una condición clínica, grave, contagiosa y mortal. Se trata de un conjunto de signos y síntomas causados (directamente) por el HIV (virus de inmunodeficiencia humana) o (indirectamente)

por una o más de las condiciones asociadas al síndrome (infecciones clásicas, infecciones oportunistas, cánceres o tumores). Estas últimas son resultado de la progresiva deficiencia inmunológica que el HIV ocasiona en su víctima.

La comunidad científica ha distinguido ciertos términos médicos: infección por HIV (fase inicial asintomática), complejo relacionado con el SIDA (ARC), SIDA (fase final) y Síndrome Neuropsicopatológico por HIV (complejo de padecimientos neuropsicopatológicos asociados al síndrome).

B. ETIOLOGÍA.

El HIV es un lentivirus (por su largo período de incubación: de 2 a 14 ó más años). Perteneciente a la familia de los Re-

* Abogada. Dirección: del Costa Rica Tennis Club, 250 metros al sur y 15 metros al oeste, San José, Costa Rica.

troviridae, (llamados retrovirus), compuestos de ARN (Ácido Ribonucleico) y poseedores de la enzima "transcriptasa inversa" en su núcleo o core.

Se han descubierto dos tipos: HIV-1 (inicialmente denominado HTLV-III/LAV) y HIV-2. Tienen estructura y morfología parecidas, pero se diferencian en sus antígenos. Ambos pueden causar infección y SIDA, incluso simultáneamente en la misma persona. El HIV-1 es responsable de la pandemia en África, América y Europa. El HIV-2 inicialmente se localizó en África occidental; sin embargo, se está reconociendo en otras regiones de Europa (Inglaterra), América (Estados Unidos, Brasil, Argentina) y otros países.

El HIV es el virus humano más complejo y que muta a una mayor velocidad. Su envoltura cambia fácilmente y por ello se pueden aislar diferentes cepas de una misma persona (infectada) en un período de pocas semanas. Además, tiene mecanismos apropiados para evadir la respuesta inmunológica, lo cual imposibilita la capacidad neutralizante de la célula hospedera.

C. ORIGEN.

Científicamente, hay evidencia de que el HIV es un retrovirus muy antiguo y de origen geográfico desconocido. Las cepas actuales fueron generadas por una mutación ocurrida de 25 a 150 años atrás. Se presume que durante miles de años el HIV había permanecido poco visible. Supuestamente la cepa original tenía baja virulencia capaz de originar casos esporádicos de SIDA (ligados al sexo).

La epidemia pudo iniciarse en África central durante la década de los sesenta. Esto se demuestra por la existencia de personas seropositivas y por estudios retrospectivos de casos compatibles con la actual clasificación de SIDA de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) en personas africanas o que habían permanecido en esa región.

En 1981 es cuando el HIV se reconoce científicamente y, por primera vez, se establece su identificación oficial.

D. SENSIBILIDAD.

Al igual que muchos otros virus, el HIV posee una envoltura de glucoproteínas y lípidos específicos, que lo hacen ser lábil al calor. El retrovirus se inactiva por exposición al calor de 56 °C durante 30 minutos. También se inactiva con: autoclave, éter, acetona etanol (a concen-

traciones mayores de 20%), hipoclorito de sodio (0,1 a 0,2%), beta-propiolactona, hidróxido de sodio (40 mm, una dilución de 1:400), y glutaraldehído (2%). No se recomienda radiación ionizante ni luz ultravioleta.

E. EFECTO PATOLÓGICO.

Para que exista infección, el HIV debe penetrar el torrente sanguíneo en una cantidad y concentración suficientes. Sólo puede multiplicarse en células cuya membrana citoplasmática posea receptores virales hospederos tipo CD₄ (T₄). Por ejemplo: macrófagos (millones de leucocitos que viajan por todo el organismo), linfocitos cooperadores (células importantes del sistema inmunológico) y dendrocitos (células de Langerhans presentes en la dermis y membranas mucosas de la boca, vagina y ano-recto-).

En los macrófagos, el HIV puede permanecer latente por largos períodos o puede multiplicarse en su interior. Las copias (viriones) pasan a otros macrófagos a través de la membrana citoplasmática. Por ello, en una persona hasta un 70% de sus macrófagos pueden portar el virus sin haber destrucción celular. Por otra parte, el HIV cruza la barrera hemato-encefálica y es transportado al cerebro por los macrófagos.

El desarrollo del SIDA es provocado por los linfocitos cooperadores (CD₄) infectados por el HIV. La multiplicación viral genera un largo proceso silencioso de una progresiva linfopenia con posible inversión del cociente de la relación CD₄/CD₈. Cuando el número de linfocitos CD₄ disminuye considerablemente, los signos y síntomas de SIDA comienzan a desarrollarse. De esta forma, durante años y sin que lo conozca, una persona puede ser portadora del HIV aunque por meses o años no presente anticuerpos específicos al virus. Sin que exista seropositividad, el HIV puede estar presente desde dos días después del contagio (sexual) hasta 4 años después.

Los dendrocitos de Langerhans poseen gran capacidad de alojar y multiplicar el HIV. Pueden ser cruciales en la infección primaria si, por ejemplo, hay trauma o fisuras de la mucosa oral, vaginal o rectal.

F. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Durante las primeras semanas posteriores a la infección, generalmente las personas no demuestran síntomas ni signos. Pero alguna puede padecer fie-

bre, fatiga, linfadenopatía, manifestaciones neuropsicopatológicas. Estos padecimientos desaparecen luego de unas semanas y el individuo permanece asintomático por años.

Al año de la infección puede aparecer linfadenopatía crónica. A los tres años, la progresiva declinación de linfocitos CD₄ marca el inicio de la inmunodeficiencia que puede durar mucho tiempo. A los 5 ó 7 años pueden aparecer graves alteraciones de órganos y sistemas, de la piel y mucosas, y del sistema nervioso central. En este lapso, se manifiestan los padecimientos causados por infecciones (clásicas y oportunistas), cánceres y tumores asociados al SIDA.

En cada persona, el período de incubación (desde la infección hasta la manifestación de síntomas y signos) puede extenderse de 2 hasta 14 ó más años. La variación está en función directa del recuento de linfocitos CD₄. Si hay una acelerada depauperación de los mismos, el SIDA se desarrolla pronto. Sin embargo, esto no predice el curso clínico ni el pronóstico de la evolución del síndrome.

La multiplicación del HIV en el sistema nervioso central causa una serie de desórdenes neuropsicopatológicos que pueden progresar hasta demencia.

G. TRANSMISIÓN.

Los mecanismos de transmisión del HIV son muy limitados: a) Contacto sexual íntimo (oral, anal o vaginal) con un individuo infectado. b) Contacto parenteral (inoculación o trasplante de sangre, hemoderivados, tejidos, líquidos y otros materiales humanos contaminados; y utilización de equipo punzocortante contaminado). c) Contacto perinatal (de madre infectada a su hijo, antes, durante o poco después del nacimiento).

Este modelo de contagio se compara al del virus de hepatitis B (VHB). Sin embargo, éste es más transmisible y con mayor grado de potencialidad infecciosa que el HIV. La prevalencia del VHB en la población es superior a la del HIV. Por esto, las medidas para prevenir la infección por hepatitis B son suficientes para evitar la transmisión del HIV.

No hay evidencia científica de contagio del HIV a través de contacto casual, social o accidental (abrazos, por utensilios personales o de cocina, en servicios sanitarios, piscinas, etc.). Tampoco se transmite a través de los artrópodos como los mosquitos. Además, hay un riesgo casi inexistente en la relación tra-

bajador de salud y paciente infectado. Las pocas infecciones ocupacionales (aproximadamente 20) son por accidente o por incumplimiento de las normas y procedimientos de precaución.

H. FACTORES DE ALTO RIESGO.

El principal factor de alto riesgo es el coito anal sin protección (preservativo), sea homosexual o heterosexual. Además, un solo contacto heterosexual vaginal desprotegido, tiene riesgo de infección (8%). En ambos tipos de relación, el sujeto pasivo (receptivo) está más expuesto al contagio.

Los factores que favorecen la infección son: contacto sexual desprotegido; la no circuncisión; presencia de úlceras, traumas, o enfermedades genitales (chancro blando, sífilis, herpes genital, gonorrea y chlamidia); la promiscuidad y la prostitución.

Las conductas riesgosas son: coito desprotegido, intercambio continuo de equipo punzocortante y coito anal receptivo. Esta última práctica es peligrosa tanto para el hombre como para la mujer, independientemente de la promiscuidad, prostitución u homosexualidad de los individuos.

I. TRATAMIENTO Y VACUNA.

Para eliminar o contrarrestar la infección por HIV se necesitaría el desarrollo de una vacuna antiviral preventiva, la administración de una droga que controle la transmisión o el implemento de una terapia que pueda erradicar la infección en los contagiados.

Se han ensayado varios experimentos para elaborar una vacuna. Sin embargo, no son apropiados ni eficaces para aplicarse en seres humanos con aprobación científica.

El tratamiento actual son: drogas que contrarrestan las infecciones oportunistas, cánceres y tumores asociados; drogas que controlan la acción viral del HIV y terapias inmunorreguladoras que pretenden reconstruir el sistema inmunológico y sustituir el material inmuno-celular deteriorado.

J. SISTEMA DE PRUEBAS DE DETECCIÓN.

Actualmente, solo se reconoce el sistema de pruebas de detección del HIV-1. La empleada con mayor frecuencia es ELISA (ensayo inmunoabsorbente enzima conjugada). Sin embargo, sus resultados sirven como medidas científicas

de información e identificación para los propósitos de vigilancia epidemiológica. No diagnostican el síndrome, no tienen efecto preventivo ni predictivo. Por eso se aconseja la aplicación de un sistema de pruebas voluntario, anónimo, confidencial y con apoyo y consejo (antes, durante y después del examen).

Si el ELISA es negativo (no reactivo) se notifica como prueba seronegativa. Si es positivo (reactivo) se repite una o dos veces más preferiblemente en una muestra de suero o plasma. Si la segunda muestra de sangre sigue positiva (reactivo repetidamente) debe aplicarse la prueba confirmatoria, porque varias pruebas repetidamente reactivas no son resultado de anticuerpos al HIV.

La prueba confirmatoria frecuentemente empleada es el Western Blot (WB).

La confirmación de una prueba repetidamente reactiva solo diagnostica seropositividad al HIV (infección asintomática). La prueba confirmatoria negativa (aun en suero repetidamente reactivo) se notifica como prueba negativa por HIV.

La prueba debe repetirse en los casos indeterminados (a las 6 y 12 semanas) y en personas seronegativas que siguen en actividades de alto riesgo (por intervalos de 3 a 6 meses).

K. PREVENCIÓN.

La mejor forma de controlar y prevenir la infección por HIV es evitar el contagio persona a persona. De ahí la importancia de la instrucción y educación sobre los principales modos de transmisión del HIV. Afortunadamente, las rutas de contagio son muy limitadas e involucran la participación voluntaria y responsable de los individuos.

El HIV es un virus de carácter oculto y latente. Por esto, debe influenciarse a las personas con conductas de alto riesgo a que participen de los servicios de tamizaje, consejo, apoyo y educación. Ellas deben evitar exponer al contagio a otras personas (sexual o parenteralmente) y practicar (consciente y solidariamente) sexo seguro (uso adecuado del preservativo) y consumo seguro de drogas intravenosas. En este sentido, es preciso eliminar todo obstáculo (ético, religioso, cultural, político, jurídico, social, etc.) que impida el acceso libre y voluntario de estas personas a los servicios y beneficios que los alejen del peligro de contagio. Asimismo, los otros miembros de la sociedad (tanto del sector público como

del privado) deben modificar su actitud negativa y colaborar con esas personas y con la campaña general de lucha contra el SIDA.

La educación sobre la transmisión y prevención del HIV debe dirigirse a todos los sectores de la población, especialmente: padres de familia, adolescentes y niños. Asimismo, debe llegar a los individuos con conductas de alto riesgo que permanecen clandestinos. Es importante que algunas de estas últimas personas sirvan de agentes difusores de información sobre sexo seguro y sobre modificación de conductas de alto riesgo.

L. EL SIDA EN COSTA RICA.

En Costa Rica, el SIDA se reconoció clínicamente en 1984 en 4 hemofílicos. Se estima que la población hemofílica es de 120, de los cuales aproximadamente la mitad (60% desarrollaron anticuerpos al HIV a inicios de los años ochenta). A mediados de 1989, 22 han progresado a SIDA.

Desde 1985, se exige que todos los factores VIII importados sean preparados de sangre libre del HIV y precalentados (desactivados) por un método aceptado. La población hemofílica no contribuye a la expansión del HIV, ni dentro, ni fuera de su grupo, ya que no tienen conductas de alto riesgo. Además, ellos se benefician de una estrecha supervisión médica y del consejo oportuno.

No obstante, entre los varones homosexuales y bisexuales existe una significativa y enorme expansión de la epidemia del SIDA. El primer caso homosexual se diagnosticó en 1985, seis en 1986, 18 en 1987, 39 en 1988 y 43 durante 1989. Estos números reflejan una tasa creciente de infección por HIV entre varones homosexuales (de 5% a mitad de 1985, a 18% a inicios de 1988) y bisexuales (aproximadamente en la mitad de los porcentajes anteriores).

Pocos casos de SIDA han ocurrido en personas con otros factores de riesgo. Desde octubre de 1985, todo el suministro de sangre se ha sometido al tamizaje por ELISA. Por ello, de los 9 casos de transfusiones relacionadas con el HIV, se presume que solo 2 ocurrieron antes del implemento del tamizaje.

La mayoría de los donadores vinculados a transfusiones relacionadas con el HIV fueron varones homosexuales. Los donantes de sangre son altruistas y voluntarios, cerca del 30% son mujeres. Además, por 1986 un decreto ejecutivo

prohíbe a las personas con factores de alto riesgo que donen su sangre (y otros materiales humanos).

En Costa Rica, es escasa la población de drogadictos intravenosos. Ellos permanecen en la clandestinidad y no hay datos sobre cuántos se han detectado seropositivos al HIV.

Aproximadamente se conocen 36 mujeres seropositivas al HIV. La mayoría presentan uno o dos factores de riesgo: a) Contacto sexual con varones de países con alta incidencia de infección por HIV. b) Compañero bisexual. c) Transfusión sanguínea o recepción de hemoderivados contaminados. La mayoría son mujeres casadas y solamente tres son trabajadoras del sexo.

En cuanto a la proyección de la epidemia del SIDA, en Costa Rica se calcula por métodos heurísticos: 5 ecuaciones (lineal, exponencial, logarítmica, de potencia y cuadrática). La curva cuadrática arrojó mejores resultados para el SIDA en todos los factores de riesgo. Sus proyecciones compaginaron con la tendencia observada de la epidemia. El HIV seguirá extendiéndose principalmente entre varones homosexuales y bisexuales. No hay suficiente evidencia para que en un futuro próximo la población heterosexual presente significativo aumento.

Estos datos sirven para determinar las prioridades en salud pública para las políticas, planificación, dirección y administración. Son una base para estimar la morbi-mortalidad y las necesidades médicas y psicosociales. Además, permiten evaluar el impacto en la disponibilidad y costos de los servicios de salud y el impacto en la situación socioeconómica del país.

ASPECTOS JURÍDICO-LEGALES.

Para analizar la problemática jurídica relacionada con el SIDA en Costa Rica, debe empezarse por exponer algunos parámetros generales que se recomiendan para todas las legislaciones. Con esta base, se puede esbozar la normativa (general y específica) que se puede aplicar en Costa Rica y proponer las soluciones pertinentes a los conflictos relacionados con el SIDA.

A. MARCO GENERAL.

En términos generales, los problemas relacionados con el SIDA son consecuencia del tradicional conflicto de fuerzas entre el interés público y los derechos individuales. En el sector público

se observa que algunas políticas arbitrarias, represivas y costosas son científicamente inválidas e ineficaces para controlar o prevenir la infección por HIV. Por ejemplo: tamizaje obligatorio contra ciertos grupos de personas (viajeros internacionales, personas con factores de alto riesgo, prisioneros, etc.) y medidas de control personal (aislamiento, cuarentena, sanciones penales, detenciones, estricta vigilancia, cierre de sitios donde supuestamente hay riesgo de contagio, etc.).

En el sector privado, algunas políticas relacionadas con el SIDA son discriminatorias. La mayoría se involucran con la confidencialidad de información personal, algunos derechos individuales, las oportunidades de desenvolvimiento personal y social y el disfrute de múltiples servicios y beneficios. Las personas afectadas por el SIDA (seropositivos, en alto riesgo o con condición patológica) y sus familiares sufren de marginación, persecución, tratamiento cruel y discriminación en la educación, el contexto laboral, los servicios de salud, alojamiento y vivienda, sistema de seguros, funerarias y cementerios, etc.

Como principales recomendaciones se sugiere la necesidad de que se aplique o promulgue una legislación para proteger a personas que sean discriminadas en cualquier ambiente o circunstancia, por razón de su orientación sexual, condición serológica o patológica. Además, debe considerarse el derecho de la comunidad a protegerse y ser protegida contra la infección. Es decir, deben protegerse los derechos de las personas (compañeros sexuales, mujeres y niños) que están expuestas o son víctimas del abuso por parte de individuos infectados que, inescrupulosa, irresponsable o insensatamente, continúan en sus prácticas peligrosas, teniendo pleno conocimiento de su estado serológico o de su propio riesgo.

De igual manera, deben controlarse los casos de personas con conductas riesgosas que siguen donando su sangre (y otros materiales humanos) en los correspondientes bancos. Esto se aplica, además, a las personas que conocen de su posibilidad de estar infectadas y persisten en sus actividades riesgosas, pero que no se someten a la prueba de detección del HIV.

Todos estos parámetros sirven para conseguir un deseable equilibrio entre los derechos individuales y el interés público.

Solo en esta forma se podría disminuir o retardar la epidemia del SIDA dentro de los límites de una sociedad civilizada que respete la dignidad y la libertad de la persona humana.

B. NORMATIVA JURÍDICA COSTARRICENSE.

En Costa Rica es necesario que exista un texto legal uniforme, general y preciso que regule los principales aspectos sobre el control y prevención del SIDA y sus repercusiones jurídicas más importantes. Hasta el momento, la interpretación de la normativa general (vigente desde antes del reconocimiento del SIDA) y la emisión de decretos ejecutivos sobre la casuística; no son la solución óptima. Los problemas e interacciones de las diferentes dimensiones del fenómeno, los vacíos legales y la contradicción de normas son algunos de los principales obstáculos.

Es necesario que toda la normativa se revise periódicamente para modificar, promulgar o derogar alguna o varias disposiciones jurídicas.

1. Legislación general.

Desde que el SIDA se reconoció por primera vez (1984-1985), la legislación vigente podía aplicarse para proteger la salud, los derechos humanos y regular la situación de los trabajadores de salud.

La salud como bien jurídico tutelado, tiene sustento en las siguientes disposiciones:

a. Constitución Política, art. 140, (incs. 3 y 18) que faculta a las autoridades sanitarias a que determinen, planifiquen, administren y ejecuten las políticas y actividades (públicas y privadas) relativas a la salud.

b. Constitución Política, art. 73, que encarga a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y a sus dependencias (hospitales, clínicas, laboratorios) las funciones relacionadas con la prestación de servicios médico-sanitarios.

c. Tratados y convenios internacionales. Por ejemplo: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Civiles, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José) y Declaración de los Derechos del Enfermo. En general, estos instrumentos consagran la salud (física y mental) como un bien jurídico tutelado en todos sus aspectos.

d. Ley General de Salud (arts. 37, 140, 149, 155, 253 y 257) especifica los deberes y restricciones del Estado en la protección y promoción de la Salud Pública.

e. Código Penal (art. 142 y 144) indica la responsabilidad penal en que puede incurrir algún profesional, trabajador o funcionario de salud que injustificadamente se niegue a atender, auxiliar o servir a personas que necesitan de su labor.

f. Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República (art. 3) que faculta a este órgano público a defender los derechos y garantías individuales definidos en todos los instrumentos legales.

g. Leyes Orgánicas del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense del Seguro Social, que regulan en forma específica todas las funciones del Estado en materia de salud.

En cuanto a las normas generales que protegen los derechos individuales; éstas pueden aplicarse a casos relacionados con el SIDA. Por ejemplo: discriminación, rechazo, abandono, trato injusto de personas afectadas (en el trabajo, alojamiento y vivienda, educación, sistemas de seguros, servicios de salud, etc.); cierre de sitios de reunión o prohibición de su funcionamiento o actividades; segregación o aislamiento de personas infectadas (en la comunidad, hospitales, prisiones, centros educativos, lugares de trabajo, etc.); y, violación del derecho a la imagen, honor y respeto público-social.

Algunas de las principales normas son:

a. Constitución Política (arts. 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 33, 37, 39, 40, 48, 50, 68, 73) que garantiza los principales derechos necesarios para el desenvolvimiento de la persona humana en la sociedad (libertad de expresión, de domicilio, de tránsito, de reunión y asociación, libertad de pensamiento, igualdad ante la ley, prohibición de tratamientos crueles, prohibición de la discriminación en el trabajo, etc.).

b. Convención Americana sobre Derechos Humanos (arts. 4, 5, 7, 11, 12, 13, 15, 16, 17, 21, 22, 24 y 30) que consagra los derechos y deberes necesarios para que todas las personas puedan desenvolverse y convivir (normal y libremente) dentro de la sociedad.

c. Declaración de los Derechos del Enfermo, que establece derechos como: atención médico-sanitaria eficiente y oportuna; confidencialidad; secreto profe-

sional; tratamiento oportuno y apropiado; consentimiento previo e informado, etc. Además, obliga a los profesionales, trabajadores, servidores y funcionarios involucrados a que cumplan eficientemente su labor.

d. Código Penal (arts. 111, 112, 117, 123, 124, 125, 128, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 158, 203, 262, 263, 371 y 394) que establece la tipificación penal de ciertas responsabilidades relacionadas con conductas dolosas o culposas. Por ejemplo: homicidio, lesiones, omisión de auxilio, difamación, injurias, discriminación, etc.

Finalmente, la regulación del régimen jurídico del personal de salud pretende resolver los problemas sociales, éticos y psicológicos de estos servidores. Por una parte, ellos deben atender y ofrecer los cuidados médico-sanitarios a todas las personas. Por otro lado, ellos tienen derecho a no exponerse a riesgos personales y a ser protegidos con las medidas, equipo y materiales adecuados.

La Constitución Política, los tratados y convenios internacionales, la Ley General de Salud, el Código de Trabajo (arts. 274 y concordantes), la Ley sobre Riesgos del Trabajo, son algunos instrumentos jurídicos que regulan los derechos y deberes de los trabajadores de salud durante el desempeño de las funciones que les compete.

En cada ambiente laboral y en cada institución, las Convenciones Colectivas, los Reglamentos Internos de Trabajo y otra normativa, señalan específicamente el establecimiento y la ejecución de las medidas de precaución y los procedimientos pertinentes.

La Ley General de Salud (arts. 1, 2, 3, 40, 147 a 183, 253 a 257, 355 a 367 y 370), el Código Penal (arts. 142, 144, 329, 330 y 334), Código de Procedimientos Penales (art. 506 y 507), Código Civil (art. 44 a 48), los Códigos de Moral Profesional de los respectivos colegios de servidores de salud (médicos, odontólogos, microbiólogos, enfermeros, psicólogos, etc.); son algunos cuerpos de normas que regulan los deberes y derechos de los trabajadores en su relación con las personas que atienden, auxilian o sirven.

2. Normativa específica sobre SIDA.

Después del reconocimiento del SIDA en Costa Rica (1984-1985) se han promulgado diferentes decretos ejecutivos con base en la casuística. Esta nor-

mativa ha considerado el criterio de las autoridades estatales, los sectores poblacionales afectados y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y otros organismos internacionales especializados en la materia.

a. Decreto Nº 16055-S (20 de feb. 1985) modificado por Decreto Nº 17187-S (12 de set. 1986). Establece la denuncia obligatoria de la infección por HIV y SIDA ante el Ministerio de Salud, y señala las personas que deben notificar cada caso (profesionales en salud en función pública o privada, directores de servicios de salud, etc.).

b. Decreto Nº 17239-S (23 set. 1986) modificado por Decreto Nº 17533-S (8 mayo 1987). Regula la obligación de aplicar la prueba de detección del HIV a todos los donadores de sangre. Prohíbe que las personas con factores de alto riesgo donen su sangre y otros materiales humanos. Además obliga a que los bancos respectivos no reciban donaciones de estas personas.

c. Decreto Nº 17624-S (26 junio 1987), suspendido por Decreto Nº 17970-S (4 feb. 1988) y derogado por Decreto Nº 18199-S (20 jun. 1988). Cuando estaba vigente, exigía el certificado de seronegatividad al HIV a marinos y personal de barcos que atracaran en puertos nacionales. A quienes incumplían el requisito, no se les permitía bajar a puerto y se sometían a cuarentena.

d. Decreto Nº 18450-S (20 set. 1988) modificado por Decreto Nº 18731-S (publicado en La Gaceta Nº 10 de 13 ene. 1989). Obliga a que se importen hemoderivados y materiales humanos (factores de coagulación, hemoderivados para uso terapéutico y reactivos para laboratorio y para investigación viral) inocuos y libres de anticuerpos al HIV. Se exigen a los proveedores que garanticen el cumplimiento de las normas de tamizaje y selección de donaciones, y de manufacturación a través de métodos que inactiven el HIV.

e. Decreto Nº 18452-S (19 set. 1988). Regula el tratamiento de pacientes de SIDA, y autoriza solo a los servicios de salud estatales a que lo realicen legalmente.

f. Decreto Nº 18454-S-J (20 set. 1988). Señala la cooperación coordinada entre los Ministerios de Salud y de Justicia para atender los prisioneros afectados por SIDA (seropositivos, en alto riesgo o con condición patológica) del Sistema Penitenciario Nacional. Se esta-

blece la obligatoriedad de la prueba de detección (confidencial y con apoyo y consejo oportunos).

g. Decreto N° 19536-S-G (6 de octubre de 1988) modificado por Decreto N° 18781 S-G (publicado en La Gaceta N° 26 de 6 feb. 1989). Establece la obligatoriedad de la prueba de detección a los extranjeros que solicitan residencia permanente o temporal en el país. Si el resultado es seropositivo, el Ministerio de Salud lo comunicará a la Dirección General de Migración y Extranjería del Ministerio de Gobernación.

h. Decreto N° 18800-S (publicado en La Gaceta N° 30 de 10 feb. 1989). Obliga a que los Bancos de Sangre apliquen las pruebas de detección de hepatitis B, sífilis y HIV, a la sangre y hemoderivados para su uso terapéutico. Se prohíbe transfundir sangre o hemoderivados sin resultado seronegativo, salvo en casos urgentes y con previo consentimiento informado.

PROPUESTA DE "LEGE FERENDA".

Analizando la normativa jurídica vigente, se concluye que la regulación sobre las situaciones relacionadas con el SIDA debe mejorarse. En este sentido, es prudente que se promulgue una ley que modifique algunas disposiciones y que regule aspectos no considerados. La propuesta de "lege ferenda" es la siguiente:

Ley sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Capítulo Primero. Naturaleza.

Art. 1: El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad transmisible de denuncia obligatoria. Los casos que deben reportarse son a. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). b. Complejo relacionado con el SIDA (ARC). c. Serología positiva confirmada por virus de inmunodeficiencia humana (HIV).

Todos los médicos y microbiólogos están en la obligación de reportar al departamento competente del Ministerio de Salud todo caso con prueba presuntiva positiva (ELISA y similares), para que se practique la prueba confirmatoria para detectar anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (HIV) y realizar, además, el control y vigilancia epidemiológica pertinentes.

Art. 2: Las personas con factores de alto riesgo son: a. Varones homosexua-

les y varones bisexuales. b. Varones y mujeres que ejercen prostitución. c. Varones y mujeres promiscuos. d. Varones y mujeres que se inyectan drogas. e. Varones y mujeres que reciban sangre, hemoderivados u otros materiales humanos (células, semen, tejidos, órganos, etc.) contaminados. f. Compañeros sexuales (íntimos) de alguna persona con uno o más factores de riesgo antes indicados. g. Niños nacidos de mujeres infectadas o enfermas.

Capítulo Segundo. Competencia Administrativa.

Art. 3: El control, prevención, vigilancia epidemiológica y otras actividades pertinentes para afrontar la epidemia del SIDA, son de competencia del Ministerio de Salud. Esta dependencia gubernamental podrá solicitar colaboración, apoyo y asesoramiento de otros organismos administrativos, privados, voluntarios, o de autoridades judiciales, para el cumplimiento efectivo de sus objetivos y políticas sobre el SIDA.

Art. 4: Créase la Comisión Nacional de SIDA (CONASIDA) como organismo con personalidad jurídica adscrito al Ministerio de Salud. Será un cuerpo profesional asesor en la estructura, formulación, control y ejecución de las actividades y programas sobre la materia asignada.

Art. 5: Créase el Departamento de Control del SIDA (DCS) como organismo con personalidad jurídica adscrito al Ministerio de Salud, dentro de la División de Epidemiología y que trabajará activamente junto al Departamento de Enfermedades de Transmisión Sexual (DETS), y el Laboratorio de Enfermedades de Transmisión Sexual (LETS). Sus tareas, dirección, administración y ejecución de actividades se determinarán conforme a las funciones asignadas.

Capítulo Tercero. Medidas de Salud Pública.

Art. 6: Como principales medidas de Salud Pública a cargo del Ministerio de Salud son: a. Control y vigilancia epidemiológica de personas con factores de alto riesgo. b. Implemento de búsqueda de contactos de personas con seropositividad confirmada con el HIV. c. Tamizaje y selección de donación de sangre, almacenamiento, importación y distribución de hemoderivados. Tamizaje y selección de otros productos humanos (células, semen, tejidos, órganos). d. Control y

administración de tratamiento, procedimientos terapéuticos, drogas, fármacos y demás sustancias y procesos en la terapia y tratamiento para infectados por HIV y enfermos de SIDA. e. Suministro, vigilancia y control de medidas, materiales, instrumentos y equipo adecuado para todos los trabajadores y profesionales que intervengan en servicios de salud y estén expuestos al contagio del HIV. f. El control, vigilancia y administración del sistema de pruebas de detección al HIV. g. Coordinación y ejecución de programas de educación e instrucción sobre el SIDA en las diferentes áreas y sectores de la población que a su criterio estimen convenientes.

Art. 7: La ejecución de las medidas citadas son de iniciativa, criterio y aplicación del Ministerio de Salud, sus dependencias competentes y demás organismos y entidades (públicas y privadas) que se necesitan para cada caso.

Capítulo Cuarto. Derechos Individuales y Garantías Sociales.

Art. 8: Se protegen los derechos individuales y las garantías sociales de todas las personas, sean nacionales o extranjeras. Los individuos con factores de riesgo o que padezcan de la infección por HIV, ARC o SIDA, así como sus respectivos parientes y allegados; son especialmente protegidos con igualdad de trato y de derechos en todas las circunstancias. La violación del algún derecho o garantía será denunciante ante las autoridades judiciales para reclamar las responsabilidades penales, civiles y administrativas del caso.

Art. 9: Además de los derechos individuales y garantías sociales protegidos en la Constitución Política, tratados internacionales debidamente aprobados y ratificados, leyes vigentes y otros documentos jurídicos vigentes y aplicables; se protegen en forma especial, los siguientes: a. Derecho al consentimiento previo, informado y por escrito para cualquier tipo de examen, prueba, tratamiento o procedimiento médico-científico; o para cualquier otro aspecto en que sea necesario satisfacer este requisito. b. Derecho a la privacidad, a la protección de la información personal, y a la confidencialidad de los registros y datos personales. c. Derecho a la atención, servicio y tratamiento oportunos y eficientes, y en igualdad de trato, en todos los programas de salud, bienestar y seguridad. d. Derecho a la igualdad de oportunidades y a la no

discriminación para el goce de diferentes servicios, actividades, beneficios, programas y otros aspectos (públicos y privados) necesarios para el desenvolvimiento personal y las buenas relaciones de convivencia social. Por ejemplo: empleo, servicios de salud (de cualquier índole), vivienda, educación, seguro, residencia, alojamiento, hospedaje, compraventa de bienes, transporte, reunión, asociación, expresión de ideas, diversión y otras áreas importantes en la vida del ser humano. e. Derecho a la integridad física, mental, espiritual y psicológica de la persona humana.

Art. 10: Se prohíbe todo abuso o violación de derechos individuales o garantías sociales y cualquier forma de discriminación contra una o varias personas. La restricción específica de alguno o varios de esos derechos o garantías o la aplicación de alguna forma de discriminación, solo es válida cuando exista un demostrable interés público que lo fundamente, o cuando las circunstancias evidencien que no hay perjuicio, daño o lesión (física o moral) contra la persona o personas afectadas.

Capítulo Quinto. Agravios Personales.

Art. 11: Será denunciada ante las autoridades judiciales la persona que, sabiendo que tiene infección por HIV, ARC o SIDA; dolosa o negligentemente, contagie a otra. La persona afectada tiene derecho de reclamar la responsabilidad penal y civil del hecho, siempre y cuando las circunstancias demuestren que no pudo prever el riesgo, que no debió evitar la acción del agresor, o que no sea copartícipe culpable de su propia lesión. No obstante, puede aminorarse la responsabilidad personal del autor del hecho, cuando en el momento del contagio se encontraba incapaz de razonar, en tal forma que la evidencia de las circunstancias o su propia condición o enfermedad lo hicieren excusable. En todos los casos, pueden reclamarse las responsabilidades penales, civiles y administrativas pertinentes de quien o quienes en el momento del hecho, tenían a su cargo la vigilancia o el cuidado del autor y del deber de evitar la acción; de acuerdo a la evidencia de las circunstancias.

Art. 12: Toda persona que sea lesionada en sus derechos e intereses individuales o en sus garantías sociales, por un delito particular, abuso de autoridad, discriminación, persecución, represión, tratamiento injusto o algún otro procedi-

miento arbitrario, ya sea por parte del sector público o del sector privado; tiene un legítimo derecho de reclamar las responsabilidades penales, civiles y administrativas pertinentes del autor y participantes del hecho.

Capítulo Sexto. Disposiciones Generales.

Art. 13: Toda la normativa jurídica penal, civil, administrativa y de otra índole que esté vigente es aplicable en todo lo que general y específicamente no se oponga a las disposiciones establecidas en la presente ley.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. ACHESON, Sir Donald, *Modes of Transmission: The Basis for Prevention Strategies*. En: *World Summit of Ministers of Health or Programmes for AIDS Prevention*, Londres: WHO/United Kingdom Government (26-28 January), 1988.
2. ACHIO F., Mei Ling; ALARCÓN M., Verónica; BARRANTES S., Erick y BLANCO V., Álvaro, *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*. San José: Seminario presentado a la Cátedra de Medicina Legal, Escuela de Medicina, Univ. de Costa Rica, 1987.
3. FRAJMAN, Mauricio, *SIDA: Virología, Inmunología, Epidemiología y Moral*. Tres Ríos, Cartago: artículo archivado en INCIENSA, 1988.
4. MATA, Leonardo, "Aspectos Psicosociales en torno a las personas afectadas por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV) en Costa Rica". En: *Acta Médica Costarricense*. Vol. 33, Nº 2, San José: Oficina de Publicaciones de Univ. de Costa Rica, 1989, pp. 62-68.
5. MATA, Leonardo, "El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) a mediados de 1989". En: *Acta Médica Costarricense*. Vol. 33, Nº 3,

San José: Oficina de Publicaciones de Univ. de Costa Rica, 1989, pp. 91-100.

6. MATA, Leonardo; ALBERTAZZI, Constantino y MARRANGHELLO, Leonardo, "AIDS in Costa Rica: estimates for 1990-1994 by the Quadratic and other simple equations". En: *Interiencia (Comunicaciones, Reports, Comunicações)*, sept.-oct., vol. 15, Nº 5, Caracas: Interiencia, 1989, pp. 287-292.
7. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Pautas para el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*. Washington D.C., OPS/OMS, versión corregida, 4 de abril, 1988.
8. UGALDE, Guillermo y MATA, Leonardo, "Legislación relativa al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Costa Rica 1985-1988". En: *Revista Costarricense de Ciencias Médicas*, septiembre, vol. 9, Nº 3, San José: Editado por Centro Nacional de Docencia e Investigación en Salud y Seguridad Social (CENDEISS), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), 1988, pp. 115-123.
9. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Tabular Information on Legal Instruments Dealing with AIDS and HIV Infection. Part. 1. Countries and Jurisdictions other than the USA*. Global Programme on AIDS, WHO, Ginebra, Suiza: WHO/GPA/HLE/88.1, pp. 1-67.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Tabular Information on Legal Instruments Dealing with AIDS and HIV Infection. Part. 2 United States of America (including States and District of Columbia)*. Global Programme on AIDS, WHO, Ginebra, Suiza: WHO/GPA/INF/88.2, 1988, pp. 1-41.
11. YALE AIDS LAW PROJECT, *AIDS and The Law (A Guide for the Public)*. Pennsylvania, Estados Unidos: Editado por Harlon L. Dalton; Scott Burris and The Yale AIDS Law Project. Yale University Press, New Haven and London, 1987.