

Cambiando el Paradigma al Administrar Pruebas de HIV

-El fin del Excepcionalismo-

Por Ronald Bayer, Ph.D., y Amy L. Fairchild, Ph.D., M.P.H.

(Traducido por Susana Pareja Gómez, Fundación VIHDA, Guayaquil, Ecuador)

El Centro para el Control de Enfermedades y Prevención (CDC) está decidido a emitir nuevas recomendaciones en la práctica de pruebas de VIH en adultos, adolescentes y mujeres embarazadas. Su frustración actual radica en que más del 25% de los habitantes de E.E.U.U. que son VIH positivos no están conscientes de ello, y el 40% de las personas que acaban de ser diagnosticadas, contrajeron el virus solo 1 año antes del diagnóstico. Por esto, los oficiales de CDC han propuesto que las pruebas de VIH se practiquen de forma **rutinaria** en todos los entornos e instituciones médicas.

Este centro ya recomienda las pruebas de rutina en grupos de alto riesgo y en entornos de alta incidencia. Sin embargo, esta nueva dirección que se quiere tomar implica realizar pruebas de rutina a la población en general y la **re-consideración de los requerimientos de consentimiento**. Los pacientes recibirían la siguiente información: se les diría que la prueba de VIH es parte de su cuidado de salud rutinario y se les daría la oportunidad de no aceptarla. **Un consentimiento por escrito y firmado ya no sería necesario para hacerse la prueba del VIH**, porque “el consentimiento general para obtener cuidado médico es suficiente, y también abarca la prueba del VIH.”

Estas nuevas propuestas son similares a las realizadas por el Comisionado de Salud de Nueva York, Thomas Frieden, quien ha llamado a eliminar los requerimientos de consejería pre-test y los formularios de consentimiento por escrito que han estado en vigencia desde 1988, reemplazándolos por el consentimiento con **derecho a desistir**. En una circular reciente sobre el tema de consentimiento informado, el Dpto. de Salud de la ciudad de Nueva York recomendó que, al mandar a hacer exámenes de sangre a sus pacientes, los médicos digan lo siguiente: “Voy a incluir una prueba de VIH, tiene alguna pregunta?” Inevitablemente, los efectos de este desafío al status quo se sentirán en todo el país, en departamentos de salud, hospitales y otros entornos clínicos.

Estos cambios apuntan al fin del excepcionalismo que ha distinguido las políticas de salud públicas en el tema de VIH/SIDA en comparación a otras enfermedades de transmisión sexual.² Frente a un entorno de miedo, estigma e impotencia clínica, los activistas en el tema de VIH/SIDA y sus aliados en salud pública inicialmente buscaron métodos que respetarán la autonomía y los derechos a la privacidad de las personas infectadas con el virus o de alto riesgo. Ellos buscaban protegerlos de la discriminación. Se evitaban medidas como aislamiento y cuarentena, que eran parte de la tradición médica pública en el

tratamiento de algunas enfermedades infecciosas – esta protección era crucial, ya que los grupos sociales de alto riesgo, como hombres homosexuales o bisexuales, drogadictos y sus parejas sexuales – ya eran discriminados o socialmente vulnerables. Como dijo el entonces Cirujano General C. Everett Koop, “políticas o prácticas que aparentemente fueran amenazantes para estas personas serían contraproducentes, ya que llevarían la enfermedad a la clandestinidad y harían mucho más difícil el trabajo con las poblaciones dentro de las cuales la epidemia se estaría propagando.”

La perspectiva excepcionalista se reflejaba en políticas de vigilancia y notificación por parte de las parejas, pero su contexto más fuerte era el de las pruebas de VIH. Desde 1985, cuando la prueba de anticuerpos para VIH estuvo disponible, los activistas de VIH/SIDA advirtieron sobre los riesgos sociales y psicológicos para los pacientes, que podrían ser sometidos a discriminación, estigmatización y sus consecuentes daños psicológicos potencialmente severos, sobre todo ante la falta de consejería pre test y post test. Además había mucho escepticismo de que los pacientes que se hacían la prueba cambiaran su comportamiento, etc. Los oficiales de salud pública, en contraste, veían a las pruebas voluntarias y la consejería para personas de alto riesgo como las prácticas claves en una estrategia de prevención en el campo de la salud pública. De este conflicto emergieron las políticas del consentimiento por escrito y los requerimientos para la consejería pre test. Estas políticas estaban, sin embargo, distanciadas de lo que realmente sucedía en algunas clínicas y hospitales, donde los médicos ordenaban la prueba de VIH sin que el paciente lo supiera. El consentimiento era asumido.

Al final de los 80, los clínicos ya tenían más confianza en su habilidad para manejar los casos de VIH y comenzaron a ceñirse más estrictamente a las disposiciones anteriores. **Los desafíos más grandes a las reglas ocurrían con las mujeres embarazadas. Algunos pediatras insistían en que los bebés tienen el “derecho a someterse a la prueba de VIH” porque, si resultaban infectados, requerían muchísimos cuidados para evitar que se enfermen – un derecho que significaba que la madre perdía su derecho a la privacidad – su privacidad sería rota al descubrir el anticuerpo en el neonato. Al final, dos Estados – Nueva York y Connecticut – crearon estatutos demandando pruebas de VIH para todos los neonatos.**

Aun más sustanciales fueron los esfuerzos que vinieron después del descubrimiento en 1994, de que administrando zidovudine durante el embarazo se podía reducir en dos tercios la transmisión vertical del virus. En 1996, los Delegados de la Asociación Médica Americana pasaron una resolución recomendando pruebas obligatorias para mujeres embarazadas. Aunque esas medidas se quedaron rezagadas, los esfuerzos para hacer más fácil el consentimiento a las pruebas de VIH por parte de las mujeres embarazadas continuaron y se hicieron más fuertes. En 1998, el Instituto de Medicina (IOM) recomendó las pruebas de rutina para todas las mujeres embarazadas en Estados Unidos, llamando a

reemplazar el consentimiento escrito por el derecho de rehusarse.³ Un año después, la Academia Americana de Pediatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, juntos endosaron un programa universal para que las mujeres embarazadas no tengan que firmar consentimientos por escrito, sino simplemente manifestar su decisión verbalmente. Cuando la CDC consideró estas recomendaciones en el 2001, endosó las pruebas universales para mujeres.⁴ Pero, mientras se llamaba a un proceso de pre test simplificado, eliminando la consejería por considerarse que consumía demasiado tiempo, tampoco se recomendaba explícitamente la opción verbal para decidir (llamada opt-out).^{4,5}

Ya en el 2004, de acuerdo a la Fundación de la Familia Kayser, cuatro estados – Texas, Michigan, Tennessee y Arkansas – requerían pruebas de VIH para mujeres embarazadas, a menos que estas se rehúsen. En 13 Estados – incluyendo California, Florida, Nueva Jersey y Maryland — los médicos o cualquiera en el ámbito de la salud tenían la obligación de ofrecer la prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas. Como verán, los cambios que ahora propone la CDC en Nueva York se han venido desarrollando luego de más de una década de esfuerzos por dejar atrás el excepcionalismo en el tema de VIH.

La movida para hacer las pruebas rutinarias más disponibles, incluso para requerir que los médicos las ofrezcan a los pacientes, ha encontrado poca oposición. Pero si hay resistencia a la eliminación de la consejería pre test y al consentimiento por escrito, al igual que a convertir el “opt-out” en una medida estándar. A pesar de que Frieden está en contra de administrar pruebas de VIH obligatorias, muchos temen que sin el requerimiento para el consentimiento por escrito, el proceso se volvería “compulsorio”. “Eso no sería consentimiento informado, ni siquiera sería consentimiento,” dijo un activista, “es simplemente un intento de obligar a la gente a hacerse el test sin su permiso.”

Los que impulsan el cambio, consideran que la transformación del VIH a una enfermedad crónica compleja que requiere un manejo clínico permanente, significa que los límites impuestos cuando la medicina tenía poco que ofrecer han sobrevivido a su justificación. Para ellos, los requerimientos que prevalecen impiden realizar las pruebas a gran escala porque son muy complicados y consumen mucho tiempo. Además, alivian a los médicos de la obligación de ofrecer las pruebas de VIH.

Facilitar la decisión a los pacientes sobre hacerse la prueba del VIH podría estar justificado, particularmente por la preocupación sobre todas las enfermedades oportunistas que no se detectarían en personas que no están conscientes de haber contraído el virus, además de los peligros de transmisión a sus parejas sexuales o a quienes comparten agujas con ellos. Las entidades que crean y propagan las

políticas en cuanto al VIH tienen un desafío cuando consideren las nuevas recomendaciones de CDC. Será muy importante que el nuevo paradigma en la administración de pruebas de VIH se discuta de una manera ética, informada y basada en la evidencia.

Source Information

El Dr. Bayer es Profesor Universitario y el Dr. Fairchild, Profesor Universitario Asociado en el Centro para la Historia y Ética en la Salud Pública, Departamento de Ciencias Socio médicas, Escuela de Salud Pública Mailman en la Universidad de Columbia en Nueva York.

References

1. Henn M, Malave M, Renaud T, Sepkowitz K, Kellerman S. Making HIV testing a routine part of medical care. City Health Information. Vol. 25. No. 2. February 2006:9-12. (New York: New York City Department of Health and Mental Hygiene.) (Also available at <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/chi/chi25-2.pdf>.)
2. Bayer R. Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism? N Engl J Med 1991;324:1500-1504. [\[ISI\]](#)[\[Medline\]](#)
3. Stoto MA, Almario DA, McCormick MC, eds. Reducing the odds: preventing perinatal transmission of HIV in the United States. Washington, D.C.: National Academy Press, 1999.
4. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. MMWR Recomm Rep 2001;50:1-57. [\[Medline\]](#)
5. Revised recommendations for HIV screening of pregnant women. MMWR Recomm Rep 2001;50:63-85. [\[Medline\]](#)