

SIDA y discriminación

Un enfoque filosófico

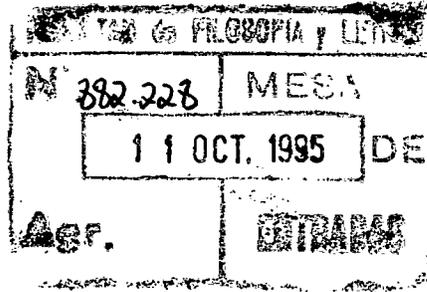
Autor:
Outomuro, Delia

Tutor:
Bomilla, Alcira Beatriz

1995

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Licenciatura de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Filosofía

Grado



TESIS DE LICENCIATURA EN FILOSOFIA

**SIDA Y DISCRIMINACION:
UN ENFOQUE FILOSOFICO**

ALUMNA: DELIA OUTOMURO

L.U.: 87/ 12 753 812

DIRECTORA: Dra. ALCIRA BONILLA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DEPARTAMENTO DE FILOSOFIA

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS
DIRECCION DE BIBLIOTECAS

BUENOS AIRES

Octubre, 1995

INTRODUCCION

"La actitud más antigua, y que descansa sin duda sobre fundamentos psicológicos sólidos en vista de que tiende a reaparecer en cada uno de nosotros cuando nos hallamos puestos en una situación inesperada, consiste en repudiar pura y simplemente las formas culturales (morales, religiosas, sociales, estéticas) que están más alejadas de aquellas con las que nos identificamos."

Claude Lévi-Strauss 1

En la sociedad actual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) se ha presentado con una fuerza tan inusitada y una complejidad tan abarcativa, que en pocos discursos (sean científicos, políticos, periodísticos) esta enfermedad queda al margen.

Se trata de un problema médico-biológico, sin duda, pero, como suele repetirse a diario, "el SIDA causa la muerte social de la persona antes que su muerte biológica". En efecto, la conflictividad que trae aparejada esta pandemia trasciende el ámbito biomédico y se extiende a discursos y prácticas de orden social, económico, político y, en especial, ético-moral.

Paradójicamente, en mi ejercicio profesional como médica he podido comprobar entre mis pares, con cierta desazón, una gran avidez por los avances biotecnológicos así como una paulatina fragmentación en subespecialidades con la consecutiva deshumanización de la práctica médica. Este modelo médico vigente se caracteriza por un reduccionismo del hombre y de la

enfermedad a variables físico-químicas: las conductas "anómalas" se adjudican a desequilibrios en los neurotransmisores, por ejemplo, y hasta para la homosexualidad se busca un sustrato genético que permita explicar esta "desviación". Las alteraciones genéticas aparecen como condición necesaria y suficiente para el desarrollo de un gran número de patologías y las investigaciones sobre terapia génica constituyen la última moda.

No cabe duda de que las cuestiones de índole biológica y química tienen que estar presentes en el ejercicio de la medicina. Este no puede concebirse sin una base científico-técnica. Pero sostengo que no es correcto circunscribir la problemática de la salud-enfermedad a lo estrictamente biológico. Sencillamente, porque cuando hablamos de salud o de enfermedad hablamos de "personas" sanas o enfermas, es decir, de una realidad que excede *in extenso* las variables físico-químicas y biológicas. X

La enfermedad, por consiguiente, es un fenómeno cultural. X El SIDA no escapa a esta consideración y sólo podía aparecer en nuestra civilización junto a otras enfermedades que son también típicas de ella: afecciones cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, accidentes de tránsito, enfermedades degenerativas. Si bien éstas son enfermedades de nuestra cultura, porque en su aparición intervienen factores relacionados con nuestros hábitos y costumbres, no pretendemos juzgar acerca de la cualidad moral de las costumbres. Más bien, en el punto de partida, rescatamos una concepción holística de la

enfermedad que justifica un abordaje interdisciplinario de la misma.

Con este modelo médico holista, se vuelve posible pensar la compleja problemática ligada al SIDA en su integridad. Sobre la base de este modelo, me propongo abordar el fenómeno de dicha enfermedad desde un enfoque bioético². De los múltiples aspectos bioéticos a investigar tratándose del SIDA, me limitaré a una investigación en torno a la discriminación de la que es objeto, por parte de la sociedad global o de sectores individualizables de la misma, la población de riesgo, de seropositivos y enfermos. Las conductas discriminatorias, a pesar de ser cuestionables éticamente, se constituyen en "representación social" frecuente. Por otra parte, la expansión del SIDA pone de relieve que, inclusive en países considerados democráticos y pluralistas, existen grupos de población marginados y que aspectos esenciales de su vida cotidiana se desenvuelven en la clandestinidad³.

Como las definiciones de discriminación habituales que se aplican a la conflictividad ética del SIDA resultan poco satisfactorias, tanto desde el punto de vista teórico (filosófico) cuanto porque no cubren todos los problemas que pueden llegar a visualizarse, en la parte central de mi tesis trataré de estipular una definición filosófica de discriminación que permita abordar la conflictividad vinculada al SIDA desde una perspectiva democrática y respetuosa de las diferencias.

X TESIS

X tesis

Antes de trabajar sobre esta definición, para llevar a cabo este propósito, en el primer capítulo presentaré la enfermedad en su faz biomédica. Con ello quedarán explicitados aspectos científico-técnicos de la enfermedad (población expuesta, vías de contagio, sensibilidad y especificidad de los tests diagnósticos, etc.) que no pueden obviarse en el tratamiento del tema central de la tesis.

En un segundo capítulo me ocuparé de las actitudes que la sociedad asume frente al SIDA. Allí se verá cómo la discriminación no es un fenómeno nuevo para la Historia de la Medicina. Tanto por la índole de la enfermedad, cuanto por la selección temática que he realizado, me referiré particularmente a hechos que evidencian la reproducción de conductas estigmatizantes y la instrumentalización de la sexualidad a lo largo de la historia por representantes de sectores poderosos de la sociedad o, directamente, del poder político.

En el tercer capítulo ya trataré de formular y de justificar una definición de "discriminación" a partir de la ética discursiva. Para ello partiré del concepto de igualdad, a fin de hallar aquella o aquellas propiedades en virtud de las cuales se puede hablar de igualdad humana. Después de la consideración de posiciones de base biologicista o religiosa, me referiré a planteos de base más racional, mostrando, entonces, las ventajas y los inconvenientes de cada postura ética que de ellos deriva. Finalmente, optaré por la ética del discurso como marco para el desarrollo de mi investigación. No desconozco las dificultades que esta posición ofrece, en

especial a nivel de su fundamentación⁴. Pero no es el propósito de este trabajo el realizar una crítica epistemológica de la ética discursiva. A pesar del conocimiento de los límites que esta teoría puede ofrecer, la considero fructífera en el campo bioético, cuando se pretenden respuestas democráticas, pluralistas y conformes a la justicia social. Si bien tengo en cuenta algunos aportes habermasianos, sigo a Apel y a Adela Cortina en lo esencial. En las líneas de pensamiento que estos autores despliegan, veo una mayor aproximación a la ética aplicada, campo al que pertenece la bioética. En este sentido, acepto la observación de Adela Cortina:

"La posición de Habermas en la ética que nos ocupa [está] empeñada nada más en aclarar cuestiones de fundamentación [...]: una cosa es descubrir un principio ético, otra aplicarlo en los contextos concretos"⁵.

Por otra parte, también rescato algunos aportes del neocontractualismo y del existencialismo sartreano e intento relacionarlos con la definición elucidada.

En el cuarto capítulo plantearé desde otro ángulo la necesidad de una ética dialógica universalista para aplicar el concepto de discriminación, ya elucidado desde la misma, en la resolución de los problemas que trae aparejados la enfermedad que nos ocupa. Entre otros, se tratará el consentimiento informado en relación con el principio de autonomía, la consideración en la toma de decisiones de todos los sectores de la población potencialmente afectados y la necesidad de una política sanitaria justa y de un Estado comprometido en morigerar las asimetrías.

En el Apéndice se incluyen dos trabajos relacionados con el tema de esta tesis: "Educación como estrategia en la prevención del SIDA" y "Actitudes éticas frente al SIDA (encuesta anónima)". Estos trabajos ilustran y contribuyen a una mejor comprensión de la problemática abordada en los capítulos dos y cuatro.

Concluyo esta introducción con el comentario de dos citas extraídas del libro de Nájera sobre SIDA, obra que, precisamente, enfoca la enfermedad desde una perspectiva holista ya que no se reduce al tratamiento de los aspectos puramente médico-biológicos sino que, además, incluye consideraciones que hacen al ámbito de la sociología, de la antropología y aún del periodismo:

"El SIDA puede ser utilizado de todas las formas posibles. Para estigmatizar o para atemorizar a mayorías, o ambas cosas a la vez. Tanto para exigir que la Ciencia haga el "milagro definitivo", como para impulsar toda clase de supercherías, o ambas cosas a la vez. Tanto para defender a los "pobres africanos", como para ratificar que el Tercer Mundo está condenado al subdesarrollo"6.

Este texto resulta sumamente significativo en lo que hace a las diferentes representaciones sociales del SIDA. Una misma entidad, el SIDA, se instrumentaliza de distinto modo conforme a los intereses de los diversos sectores de la sociedad: es un castigo por no respetar las normas, es una amenaza constante que obliga a respetar lo establecido, es una oportunidad para hacer "un buen negocio" vendiendo ilusiones, es un nuevo "desafío" para que la Ciencia demuestre, una vez más, que puede seguir ostentando con orgullo su *status* de discurso hegemónico, es una realidad que nos obliga a reflexionar sobre

las desigualdades y sobre la necesidad de un orden mundial justo...

La última cita ilustra el uso de la enfermedad desde el poder como instrumento de castigo, pero también alerta ante un crecimiento exponencial de conductas discriminatorias, tanto del lado de la sociedad global, como de sus instituciones:

" 'Un Juez norteamericano impone a un médico odontólogo de ese país, por violar sexualmente a la paciente que atendía anestesiada, la pena de tener que atender a seis enfermos de SIDA en forma gratuita' (El País, 31 de julio de 1989). La última reflexión queda abierta y sin respuesta para que la conteste el lector"7.

NOTAS

1. C. Lévi-Strauss. Antropología estructural: mito, sociedad, humanidades. (México, Siglo XXI, 1980) 308.
2. El término "bioética" apareció por primera vez en 1970, para referirse a los problemas éticos planteados por los avances acaecidos en esos años en el ámbito de la biología y, particularmente, de la medicina. Se la ha definido como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales". En sentido amplio, el concepto de bioética coincide con el significado etimológico del término y consiste en la reflexión ética aplicada al fenómeno de la vida en sus diversas manifestaciones. De este modo, la bioética se ocuparía de una rica gama de fenómenos vitales que van desde las cuestiones ecológicas a las clínicas, desde la investigación en seres humanos al problema de los derechos de los animales, entre otras. La bioética sería, pues, "un modo de enfocar la ética desde la defensa de la vida amenazada (una macroética)". Cf. A. Cortina. Ética aplicada y Democracia radical. (Madrid, Tecnos, 1993) 223. Tb., cf., D. Gracia Guillén. Procedimientos de decisión en ética clínica. (Madrid, EUDEMA, 1991) 25. Tb., cf., J.A. Mainetti. Bioética fundamental. La crisis bioética. (La Plata, Quirón, 1990) 9. X
3. Las representaciones sociales no deben tomarse como "creencias falsas", como meros errores de información, sino como creencias que tienen una lógica social e integran una estructura coherente con las otras creencias del sujeto. En la lógica de la discriminación, cabrían varias posibilidades. Entre ellas, hacer soportable el enfrentamiento con la realidad de la muerte. También puede servir para "humanizar las fuerzas de la naturaleza; así ya no se está frente a fuerzas naturales impersonales e incontrolables sino frente a los mandatos de una suerte de divinidad a la que se puede aplacar respetando puntualmente los tabúes sociales sancionados por la tradición. O puede explicar la muerte de "los otros", como un castigo por no haber respetado los tabúes, con lo cual la experiencia de la muerte deja de desafiar al orden social establecido para ser reinterpretada como una legitimación del mismo. Por último, puede satisfacer los resentimientos: una epidemia que viene a golpear a los diferentes confirma el sentimiento de que los sacrificios y abstenciones no han sido inútiles, es decir, que la tradición merece ser respetada. Cf. E. J. Monti. El SIDA y el Hombre (Buenos Aires, Alcotán, 1993) 224. X
4. Albert, desde el racionalismo crítico, ha polemizado con Apel y cuestionado la fundamentación última que éste pretende para los principios de la ética comunicativa. Todo intento de fundamentación última incurre en el trilema de

Münchhausen (regresión al infinito, círculo lógico o aceptación dogmática). Para Albert, Apel, al postular sus principios como verdades irrebasables caería en el dogmatismo, inmunizándose así frente a la crítica. Por su parte, Apel afirma que Albert confunde fundamentación última con fundamentación deductiva. Por cierto que el trilema se presenta en esta última, pero Albert comete una "falacia abstractiva" al olvidar la dimensión pragmática del lenguaje y al reducir el análisis lingüístico a los aspectos sintáctico-semántico. Según Apel, la fundamentación última no se alcanza por deducción sino por reflexión trascendental: una fundamentación será última si y sólo si a) no puede negarse ni cuestionarse sin caer en una contradicción pragmática, y b) no puede a su vez fundamentarse deductivamente sin caer en un círculo lógico. Cf. K.O. Apel (traduc. A. Cortina, J. Chamorro y J. Conill). La transformación de la filosofía. (Madrid, Taurus, 1985) 335-337 y 388-389. X

5. A. Cortina. Ética aplicada y Democracia radical. (Madrid, Tecnos, 1993) 190.
6. Cf. R. Nájera. SIDA. De la biomedicina a la sociedad (Madrid, EUDEMA, 1990) 358. X
7. Cf. R. Nájera. SIDA. De la biomedicina a la sociedad (Madrid, EUDEMA, 1990) 336. Lo destacado en bastardillas es del autor.

EL SIDA COMO ENTIDAD GNOSOLOGICA

El propósito de este capítulo es mostrar el estado teórico en el que se debaten los aspectos médicos del SIDA y describir la situación epidemiológica actual de la enfermedad. La referencia inicial a lo que podríamos llamar la "historia" del SIDA obedece a la necesidad de presentar un panorama global de todos los aspectos relevantes. Finalmente, realizaremos algunas consideraciones acerca de posiciones disidentes frente al paradigma oficial¹.

"HISTORIA" DEL SIDA

La historia del SIDA es sumamente breve con hitos destacables todavía escasos. Pruebas retrospectivas, efectuadas sobre sueros conservados en bancos de sangre, han permitido llegar a la conclusión, luego del descubrimiento de los procedimientos para detectar anticuerpos anti-HIV, de que ya hacia 1977 había personas infectadas. Algunas fuentes han postulado años anteriores, pero sus fundamentos no impresionan como seguros. Los orígenes parecen rastrearse en Africa central. Allí se habrían producido las primeras infecciones en el hombre, aproximadamente en la década del 50. Luego, la enfermedad habría pasado sucesivamente al Caribe, a EE.UU. y a Europa. El virus, aparentemente endémico en pequeños y aislados grupos del Africa central, comenzó a difundirse cuando el modo de vida de esos pueblos, casi sin contacto con el mundo

exterior, comenzó a cambiar: la gente emigró a los centros urbanos llevando posiblemente el HIV consigo. Como las costumbres sexuales en las ciudades eran diferentes y las transfusiones de sangre comunes, consecuentemente, el HIV se propagó fácilmente. Los rápidos y modernos medios de transporte habrían facilitado la diseminación del virus. Lo raro y remoto, durante un tiempo, se convirtió en común y global.

Pero lo cierto es que la presencia de la neovirosis tendrá a lo sumo unos 16 años de antigüedad. Las primeras descripciones clínicas de pacientes inmunodeprimidos o con infecciones poco frecuentes o tumores datan de 1981 o 1982. En general, se toman estos años como los del descubrimiento de la nueva enfermedad. En 1981, en la ciudad de Los Angeles, se detectaron los primeros casos. Se trataba de cinco pacientes homosexuales masculinos que presentaban un raro tipo de neumonía asociada a un déficit del sistema inmunitario poco claro. Simultáneamente, en California, se describe un caso de candidiasis esofágica también vinculada a un trastorno inmunológico. Por el mismo año, en Nueva York, otro joven homosexual, portador de un linfoma tipo Hodgkin, desarrolla un sarcoma de Kaposi, enfermedad excepcional. Hacia 1982, también en EE.UU., se detectan cuadros similares entre heterosexuales drogadictos. Se conocen en nuestro país las primeras noticias de esta enfermedad y se produce el primer fallecimiento por SIDA en Argentina en un dentista de 42 años, recientemente llegado de EE.UU. y afectado de neumonía por *Pneumocystis carinii*.

A diferencia de lo sucedido durante siglos o milenios con otras enfermedades producidas por microorganismos, la tecnología actual permitió que en sólo unos pocos años se estableciera la etiología infecciosa del mal. En 1984, polémica mediante entre Francia y EE.UU., se aisló el virus productor, un retrovirus llamado inicialmente HTLV III, luego LAV y finalmente conocido con la sigla anglófona HIV. Hacia la misma época se determinaron como vías de contagio la transfusión sanguínea y las relaciones sexuales. A partir de entonces, se incluye al SIDA dentro de las llamadas enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.).

Hacia 1985 se logró determinar los anticuerpos anti-HIV mediante el análisis de sangre ELISA, lo que constituyó un particular avance clínico y epidemiológico, puesto que, entre otras ventajas, permitió distinguir entre enfermos y portadores. Con este descubrimiento fue posible hacer el ya citado diagnóstico retrospectivo de la época de origen de la viremia y situarla hacia 1977. Además, permitió identificar los sueros infectados desde aquel año como provenientes de sangre importada de Africa, con lo cual se acentuó el énfasis en las connotaciones raciales de la epidemia. También en 1985 se aisló el HIV en neuronas cerebrales y en el líquido cefalorraquídeo, y comienzan en EE.UU. las primeras pruebas clínicas de fármacos anti-HIV. El descubrimiento de la acción anti-retrovírica de la zidovudina (AZT) en 1986 ha sido el principal avance terapéutico.

La historia posterior es bien conocida. Los grupos de riesgo continuaron en aumento. A los drogadictos, hemofílicos y homosexuales masculinos, se agregó el grupo de los bisexuales y, más tarde, el de los heterosexuales no monógamos. En otras palabras, se llegó a la conclusión de que "el SIDA es una enfermedad de todos", tal como reza algún *slogan* publicitario.

Desde los datos epidemiológicos, que luego se incluyen, la situación actual se muestra alarmante. El número de infectados y de enfermos crece en proporciones exponenciales en casi todos los rincones de la Tierra. La epidemia se ha transformado en una pandemia.

De acuerdo con lo expuesto, esta enfermedad se presenta como un nuevo ejemplo de las tantas contradicciones que observamos en nuestra "civilización" occidental y en el "progreso" de la ciencia. Por un lado, presenciamos viajes interplanetarios, detectamos los confines del sistema solar, utilizamos sofisticadas tecnologías informáticas y electrónicas, logramos espectaculares avances en materia de comunicaciones satelitales, elaboramos refinados métodos de diagnóstico y tratamiento médico. Pero, por otro, nos encontramos frente al SIDA casi desarmados: a) carecemos de una vacuna frente al mal (es decir, estamos como en la era prebacteriana esperando a los Pasteur y los Koch que permitan su prevención masiva); b) carecemos de antibióticos, sulfas o quimioterápicos que permitan un buen tratamiento (es decir, estamos como en la era preantibiótica esperando un Fleming que permita cambiar el

sombrío pronóstico de millones de personas). Dicho de otra forma, nos encontramos tan desprovistos de recursos como nuestros antepasados durante siglos o milenios frente a otras epidemias.

Finalmente, el SIDA, por su condición de enfermedad infectocontagiosa, por su alta morbimortalidad y por su carácter, hasta la fecha, de "incurable", ha puesto en tensión diferentes modelos de la medicina, en especial, los modelos positivista y antropologista. Ellos han venido presentándose como rivales a lo largo de este siglo y sólo en ocasiones se han complementado. Creemos que el primero no debe excluirse, pero sin duda resulta insuficiente para abordar el fenómeno del SIDA en su totalidad. Esta enfermedad, como todas, es una construcción cultural y, por lo tanto, no admite un reduccionismo al plano biológico. Quizás, el SIDA nos brinde la oportunidad de conciliar definitivamente ambas posiciones hasta alcanzar una verdadera medicina humanista.

ASPECTOS MEDICOS

¿Qué es el SIDA?

El síndrome de inmunodeficiencia adquirido (SIDA en castellano y AIDS en inglés) es una entidad nosológica que se ubica dentro de las inmunodeficiencias.

Las *inmunodeficiencias* consisten en una alteración, cuali o cuantitativa, de uno o más de los componentes que intervienen en la respuesta inmune. Se habla de inmunodeficiencia primaria cuando se trata de una alteración intrínseca de los componentes del sistema inmune. En la inmunodeficiencia secundaria dicha alteración es provocada por algún factor extrínseco (droga, virus, etc).

Las inmunodeficiencias *primarias* (unas cincuenta entidades) suelen ser de origen genético. En las formas *secundarias* esta alteración puede ser circunstancial y desaparecer cuando desaparece el agente, o bien persiste a pesar de la extinción del factor desencadenante. Más frecuentes que las primarias, estas formas son, también, mucho más complejas, ya que la respuesta inmune generalmente se encuentra afectada a distintos niveles. No existe una clasificación de este grupo. Como ejemplos más frecuentes pueden citarse los siguientes:

- * edades extremas de la vida (prematuridad, vejez)
- * neoplasias (linfoides y no linfoides)
- * síndromes de pérdida de proteínas (quemaduras, nefrosis)
- * enfermedades metabólicas (malnutrición, diabetes, hipofosfatemia, uremia)
- * hepatopatías crónicas
- * infecciones:

- por protozoarios

malaria

leishmaniasis

tripanosomiasis (Chagas)

- por bacterias		<i>neumococcias</i>
		lepra
		tuberculosis
- por virus	agudas	sarampión
		varicela
		Epstein Barr
		citomegalovirus
	crónicas	hepatitis crónica B
		panencefalitis sarampionosa
		virus de la inmunodeficiencia humana
	congénitas	rubéola
		citomegalovirus
* iatrógenas	esplenectomía	
	difenilhidantoína	
	glucocorticoides	
	ciclosporina A	

El cuadro anterior muestra que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH o HIV) es sólo una causa más, entre muchas otras, de inmunodeficiencia secundaria.

El HIV pertenece a la familia de los *Retroviridae*, que comprende virus ARN, y a la subfamilia *Lentivirinae*. Algunos

retrovirus son oncogénicos para los animales y para el hombre, siendo los dos primeros retrovirus humanos oncogénicos el HTLV-I y el HTLV-II, descubiertos en 1980 y 1982, respectivamente; ámbos producen enfermedades linfoproliferativas malignas de células T.

El HIV-1 tiene tres genes principales, denominados gag, pol y env, que codifican, respectivamente, las proteínas del core (p17, p24 y p15), la transcriptasa reversa y otras endonucleasas, las glucoproteínas de la membrana (gp120 y gp41) y, al menos, 6 genes más, algunos de los cuales tienen funciones reguladoras. Cabe destacar la presencia del gen tat, que sintetiza una proteína que es capaz de amplificar la replicación.

Es posible que el HIV-1 se haya diseminado a partir de alguna región de Africa central, donde la infección es endémica. Un nuevo retrovirus animal, denominado SIV, cuya homología genética con el HIV-1 es del 20-60%, se ha identificado en primates de EE.UU. y del Africa ecuatorial. Finalmente, el último retrovirus humano identificado, denominado HIV-2, es endémico en algunos países del Africa del oeste y guarda un mayor parecido con el SIV que con el HIV-1. Capaz de producir en el hombre un cuadro similar al SIDA, parece menos agresivo que éste.

Con respecto a los mecanismos de transmisión, se admiten tres vías. La *vía parenteral* implica la adquisición de la infección a partir de transfusiones de sangre o hemoderivados

que contienen el virus, o bien del contacto directo con sangre infectada presente en jeringas, transplante de órganos, pinchazos accidentales, etc. La *vía sexual*, tanto homo como heterosexual y, la *vía materno-fetal*, a través de la placenta, completan los mecanismos de transmisión. El contagio a través de la leche es mucho menos probable.

Patogenia:

Los dos virus causantes del SIDA, el HIV-1 y el HIV-2, así como variantes de estos virus con diferente tropismo celular, virulencia y capacidad de reproducción, actúan sobre un receptor celular que se encuentra especialmente en una subpoblación de linfocitos T llamados CD4, pero que también está presente en monocitos-macrófagos, en células B linfoblastoideas, en líneas promonocíticas y en células de carcinoma colorrectal.

El efecto citopático del virus es mayor en los linfocitos T CD4 que en los monocitos-macrófagos; en ellos, el virus se localiza en vesículas citoplasmáticas y se replica lentamente. De este modo, estas células actuarían como reservorio del virus.

Luego de la unión del virus con el receptor, el genoma vírico se integra al ADN de los cromosomas, dando lugar a una infección crónica que puede no ser productiva durante años. La infección puede convertirse en productiva cuando la célula

infectada se activa o entra en división, en cuyo caso se transcribe el genoma del provirus y se produce la consiguiente reproducción del virus.

Tras la infección se produce una viremia que decrece paulatinamente para mantenerse en niveles muy bajos durante el llamado período de latencia, fase que puede durar entre 8 y 10 años. Luego, en las fases finales de la enfermedad, la viremia vuelve a aumentar (ver figura 1 al final del capítulo). Hay una relación clara entre la viremia y la progresión de la enfermedad, así como entre la viremia y la capacidad del individuo de transmitir la infección.

El organismo se defiende del virus mediante la formación de anticuerpos; éstos son incapaces de lisar el virus en presencia de complemento, y su capacidad de neutralización es escasa. Aparecen cuando la primer viremia decrece, se mantienen elevados durante el período de latencia y vuelven a disminuir en las fases finales (figura 1).

Las células CD4 disminuyen luego de la infección; posteriormente su número se normaliza para sufrir luego una progresiva declinación. Por su parte, las células CD8, están aumentadas durante toda la enfermedad, excepto en la fase final en que pueden disminuir, quizás por alteración de las células progenitoras linfoides (figura 1).

Las principales disfunciones de la respuesta inmune que produce el HIV son las siguientes:

- descenso del cociente CD4/CD8 con la consiguiente alteración de la inmunidad mediada por células y aparición de infecciones oportunistas.

- alteración de la respuesta primaria de la formación de anticuerpos, mientras que la alteración de la respuesta secundaria es más tardía. Esto explica la mayor frecuencia de infecciones bacterianas en niños.

- hipergamaglobulinemia por estimulación policlonal de los linfocitos B con producción de IgG, IgA e IgD (el virus actúa como estimulante de estas células sin necesidad de infectarlas).

- aparición de autoanticuerpos, de inmunocomplejos circulantes y de factores supresores.

- anomalías en la producción de citoquinas.

- disminución de la quimiotaxis de monocitos.

Evolución y pronóstico:

Tras la primoinfección, generalmente asintomática, el virus persiste durante años proliferando a muy baja velocidad y sin producir síntomas. Luego, un determinado porcentaje de pacientes desarrolla infecciones oportunistas o un determinado tipo de neoplasias como consecuencia de la inmunosupresión

profunda. SIDA es propiamente el nombre de esta fase final. Se consideran factores pronósticos de progresión hacia el SIDA la disminución del número absoluto de CD4, valores elevados de beta 2 microglobulina, un aumento de la viremia y la disminución de anticuerpos contra antígenos víricos.

Poco se sabe de los factores individuales que pueden favorecer la progresión hacia el SIDA, aunque es probable que entre ellos se incluya la reinfección por HIV, así como las infecciones concomitantes, capaces de activar las CD4 y, en consecuencia, de aumentar la replicación del virus. Otros factores, como la patogenicidad de variantes víricas, pueden ser determinantes en esta progresión. A partir del SIDA declarado, la probabilidad de sobrevivir a los 2 años es del 30-50% y a los 4 años, inferior al 10-20%, según las estadísticas oficiales.

Manifestaciones clínicas:

A partir de la primoinfección se distinguen tres fases:

1- **Fase precoz o aguda:** dura apenas unas semanas y el paciente está generalmente asintomático o presenta un síndrome mononucleósido.

2- **Fase intermedia o crónica:** dura varios años. El paciente se mantiene asintomático o puede presentar adenopatías, plaquetopenia (especialmente en drogadictos) o trastornos neurológi-

cos mínimos. Se estima que a los 10 años, el 50% evoluciona a la siguiente fase.

3- Fase final o de crisis (SIDA): el incremento de la actividad replicatoria del virus coincide clínicamente con la aparición de una intensa alteración del estado general, de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos.

Las infecciones oportunistas se producen por tres mecanismos: a) por reactivación de una infección latente adquirida años antes (*M. tuberculosis*, *Toxoplasma gondii*, *Pneumocystis carinii*, herpes virus); b) por infección exógena y c) por sobrecrecimiento de microorganismos saprófitos de la piel y las mucosas (*Cándida albicans*). La frecuencia relativa de cada una de estas infecciones está en relación con el área geográfica donde vive el paciente, donde haya vivido o viajado, y con el grupo de riesgo al que pertenece. Los aparatos o sistemas más afectados por estas infecciones son el aparato respiratorio (con tuberculosis, neumonitis intersticial, micosis, etc), el aparato digestivo (con candidiasis oral o esofágica, esofagitis herpética, gastritis por Citomegalovirus, colangitis alitiásica o esclerosante por Citomegalovirus o *Cryptosporidium*, hepatopatías por mycobacterias, leishmaniasis, Citomegalovirus, hongos, etc, diarrea) y el sistema nervioso central (por agresión directa del HIV, toxoplasmosis, criptococosis, abscesos piógenos, etc.).

Las neoplasias vinculadas al SIDA son el sarcoma de Kaposi, los linfomas (especialmente el no Hodgkin), el melanoma maligno, el carcinoma de células pequeñas y de células escamosas, tumores testiculares, carcinoma de colon, hipernefoma y liposarcoma. La primera fue un proceso neoplásico raro hasta el SIDA y se observa de forma exclusiva en homosexuales. La alta incidencia en este grupo se ha relacionado con varios cofactores, como la infección por citomegalovirus, el uso de nitritos y otras drogas, factores genéticos (HLA-DR5) y enfermedades de transmisión sexual.

Diagnóstico:

El diagnóstico de la infección se puede realizar por dos vías: aislamiento del virus o identificación de sus componentes, o bien demostración de la presencia de anticuerpos contra el virus. La primera vía resulta extremadamente costosa por lo que no se la utiliza en la práctica.

Por el momento, las pruebas serológicas se basan en la detección de anticuerpos contra una o varias de las proteínas del virus. Existen dos técnicas para detectar estos anticuerpos. La más sencilla y barata, que, por tal motivo, se usa en primer término, es la técnica de enzimoimmunoanálisis (ELISA). En los bancos de sangre, la tasa de falsos positivos es inferior al 1-3%. Si la prueba es positiva en dos ocasiones y la reacción es fuerte, la presencia de infección se puede confirmar casi en un 100%. La técnica de *western-blot* es más cara y

compleja y como criterio de positividad se acepta la presencia como mínimo de dos de las tres bandas más importantes (p24, gp41 y gp120-160).

Frente a la sospecha de infección, en nuestro medio, se solicita un test de ELISA. Si éste resulta negativo, se repite a los 3 o 6 meses por la posibilidad de que el paciente se encuentre en "período ventana", es decir, con un nivel muy bajo y, por lo tanto, no detectable de anticuerpos (ver figura 1). Si el resultado es positivo, se intenta confirmarlo con un test por *western blot*. Los resultados de este test admiten tres posibilidades: positivo (infección confirmada), negativo (falso positivo del ELISA) o indeterminado (infección dudosa).

Cabe destacar que los antígenos contra los cuales reaccionan los anticuerpos que se detectan con estas técnicas no son específicos del virus y pueden ser compartidos por otros virus o por estructuras celulares. Dicho de otro modo, un resultado positivo está diciendo que en la sangre de ese paciente existen anticuerpos que reaccionan contra una estructura antigénica que, si bien pertenece al virus, no es exclusiva de él (de allí los falsos positivos).

Para hacer un diagnóstico de SIDA, la serología es necesaria pero no suficiente. Este diagnóstico es, sobre todo, clínico y al paciente se lo clasifica siguiendo los criterios de los *Centers for Diseases Control* (CDC) (ver tabla 1 al final del capítulo)².

Tratamiento:

Se distingue entre el tratamiento de la infección y el tratamiento del SIDA. Con respecto a la infección, las opiniones están divididas. En general, se acepta que sólo se hace control periódico a fin de detectar precozmente la progresión a SIDA. Se realiza tratamiento profiláctico con zidovudina (AZT) cuando el nivel de CD4 es inferior a 200/uL.

El tratamiento del SIDA consiste principalmente en tratar la enfermedad infecciosa o neoplásica que presenta el paciente y en la administración de AZT. Aquí también las opiniones se hallan divididas. Algunos trabajos muestran que la evolución de la enfermedad es la misma cuando se administra AZT que cuando se la deja librada a su evolución natural, con el agravante, en el primer caso, de los efectos adversos de esa droga (reacciones alérgicas, depresión medular). El tratamiento es de por vida.

Algunos centros realizan profilaxis primaria de dos infecciones, por *M. tuberculosis* y por *Pneumocystis carinii*. En el primer caso, se administra isoniacida a todo paciente HIV + con PPD +. En el segundo caso, se administra sulfametoxazol-trimetoprima a todo paciente HIV+ con menos de 200 CD4 /uL o con diagnóstico de SIDA. Otros centros también hacen profilaxis primaria para toxoplasmosis con pirimetamina. Ninguna de estas drogas usadas en la profilaxis es atóxica³.

Prevención:

Con un margen de seguridad razonable, puede afirmarse que no existen otros mecanismos de transmisión que los clásicamente aceptados. Por lo tanto, se aconseja a las personas que mantienen relaciones homosexuales/heterosexuales múltiples que reduzcan el número de parejas y que eviten la exposición de su mucosa oral o genital a la sangre, semen, saliva y secreciones vaginales (usar preservativos, no compartir hojas de afeitar, cepillos de dientes, etc.) y, a los drogadictos, que no compartan jeringas.

Para el caso concreto del personal sanitario, el riesgo de infección es de 0,2 - 0,5% en caso de pinchazo o herida accidental con una aguja u otro objeto contaminado y, prácticamente nulo, si sólo ha existido un contacto accidental de sangre u otras secreciones contaminadas con la piel y las mucosas intactas. No obstante, y dado que las consecuencias físicas, morales, sociales y económicas de adquirir una infección por HIV-1 a través de un accidente laboral pueden ser irreparables, debe recomendarse la aplicación de precauciones universales (aplicables a todos los pacientes). Estas medidas consisten en utilizar métodos de barrera (guantes, batas, mascarillas, protectores oculares) cuando se manipulan sangre u otros fluidos, métodos habituales de esterilización (autoclave, óxido nitroso) y desinfección (germicidas, lavandina, jabones), tanto para esterilizar el instrumental sanitario como para efectuar una desinfección ambiental.

Epidemiología:

La OMS estima que en la actualidad existen unos 2.5 millones de casos de SIDA en el mundo y más de 13 millones de infectados, entre los cuales hay un millón de niños. Se calcula que para el año 2000 el número de infectados será de 30 - 40 millones, correspondiendo el 90% a los países en vías de desarrollo.

En Argentina, al 17 de noviembre de 1994, existían 5.100 casos denunciados de SIDA. El primer caso de SIDA en una mujer en nuestro país fue notificado en 1987. Desde entonces el compromiso del sexo femenino ha ido en aumento, ubicándose actualmente en una relación hombre/mujer de 3,8 a 1.

Con respecto a las vías de transmisión, los datos epidemiológicos muestran los siguientes porcentajes:

* sexual	54 %	
* sanguínea (parenteral)	39 %	drogas endovenosas 92 %
		transfusiones 4 %
		hemodiálisis 4 %
* maternofetal (vertical)	6 %	
* desconocida	1 %	

Si bien, como hemos dicho, la vía sexual está presente en el 54% de los casos, cuando consideramos sólo a las mujeres,

el porcentaje disminuye al 37% (siempre en nuestro país y al 17/11/94); en todos los casos, la transmisión fue heterosexual. Hasta el momento, no se ha podido demostrar, en el mundo, la transmisión homosexual en mujeres.

Con respecto a la vía parenteral a partir de transfusiones, si nuevamente consideramos sólo el sexo femenino, el porcentaje sube del 4% al 12%. Este incremento se debería a que las mujeres están más expuestas a la posibilidad de ser transfundidas por causas que tienen que ver con abortos y partos.

En lo que hace a la edad y al sexo, el 53,80 % de los casos de SIDA en el mundo, corresponden a mujeres entre los 15 y 29 años, mientras que el 42.14 % corresponde a varones entre los 30 y 44 años.

Cuando comparamos los datos de 1987-88 con los de 1992-3, a nivel mundial, observamos un descenso de la transmisión por vía homobisexual y un incremento por las vías restantes:

Via / Período	1987 - 1988	1992 - 1993
HOMOBISEXUAL	73 %	31.6 %
ADICCIÓN EV	12.4 %	42,3 %
HETEROSEXUAL	5.8 %	15.8 %
VERTICAL	1,8 %	5,9 %

POSICIONES "DISIDENTES"⁴

Luego de la aceptación oficial del HIV como causa del SIDA, un grupo de investigadores de la Universidad de Berkeley, encabezados por Peter Duesberg⁵, y entre los cuales se encuentra el premio Nobel de química Kary B. Mullis⁶, se alzó en contra de la teoría infecciosa y propuso una teoría alternativa para explicar la inmunodepresión en estos pacientes.

El 15 de mayo de 1994, Mullis, junto a otros investigadores, escribía en *The San Diego Union Tribune*:

"Durante más de diez años, todos fuimos sometidos a una incesante prédica de tono apocalíptico, a partir de aquél memorable día en abril de 1984 cuando Margaret Heckler, la entonces secretaria de Salud y Servicios Humanos del gobierno de los EE UU, anunció que 'ha sido encontrada la causa probable del SIDA'. En ese instante, Robert Gallo, un investigador científico del Instituto Nacional de la Salud de EE UU, tomó el micrófono y declaró que el SIDA era una enfermedad infecciosa, que el HIV era el culpable y que los científicos del campo de la medicina del Instituto Nacional de la Salud eran el equipo de salvamento que pronto tendría una vacuna para el HIV y que, por lo tanto, tendrían el problema bajo control. No fue así.

La decisión de culpar al HIV del SIDA fue una decisión política. Por cierto que no fue una decisión científica porque en ese momento no se había publicado ningún trabajo científico, y no se permitió que operasen los mecanismos críticos normales de la comunidad científica. Los trabajos científicos de Gallo que se publicaron después no establecieron ninguna relación causal y las indagaciones oficiales posteriores han demostrado que son incorrectos también por otras razones."⁷

Lo cierto es que el modelo infeccioso ofrece una serie de flancos débiles. Algunos son reconocidos incluso por sus defensores, quienes intentan salvar la teoría mediante hipótesis *ad hoc*. A modo de ilustración, indicamos algunos de esos problemas:

1) En un comienzo resultó inexplicable la disminución del número de CD4, dado que se creía que sólo 1/10 000 células CD4 se infectaban. Actualmente se considera que este número es mayor y que el efecto citopático del virus es el mecanismo más importante. Pero también, se trató de explicar el descenso de los CD4 a partir de la formación de sincicios no viables con CD4 no infectados y/o por mecanismos autoinmunitarios de destrucción (figura 2).

2) El tiempo transcurrido entre la primoinfección y el desarrollo de la enfermedad es extremadamente prolongado. Se propone como explicación que el virus permanece en "estado latente" replicándose a muy baja velocidad durante ese período. Sin embargo, no se conoce ningún otro agente infeccioso que opere de manera semejante^B. Además, como no todos los casos HIV positivos desarrollan SIDA, tampoco queda claro qué es lo que determina que sólo en algunos portadores, en un momento dado, se produzca la activación viral con el consiguiente incremento de la velocidad de replicación.

3) Los retrovirus son patógenos en los animales. Para producir enfermedad, en el hombre se requiere la presencia en ellos de un oncogen. Este oncogen no ha podido ser demostrado en el HIV y, de estar presente, no produciría destrucción de las células infectadas sino, por el contrario, hiperproliferación anárquica como ocurre con los retrovirus causantes de linfomas.

4) Desde la teoría oficial, se atribuyen al virus mecanismos patogénicos contradictorios: el HIV produciría destrucción de

las células CD4 y estimulación de las células linfoplasmocitoides.

5) Según los disidentes, el virus no ha podido ser aislado ni la estructura genética identificada en su totalidad.

6) También desde la teoría oficial, se admite que existen diferencias entre el SIDA que se desarrolla en homosexuales y el SIDA de los drogadictos. Así, el sarcoma de Kaposi se ve casi exclusivamente en el primer grupo. Esto es explicado por la presencia de otros factores como exposición continua al virus, la asociación con otras enfermedades venéreas o el uso de nitritos⁹. Dado que este sarcoma también se observa en pacientes sin HIV pero en los que están presentes los otros factores, los disidentes sostienen que son estos factores (en especial el nitrito de amilo) y no el virus, la causa de la inmunodepresión.

7) Los datos estadísticos son interpretados de manera diferente según los defensores de cada modelo. Desde el oficialismo se estima que en Africa existen unos 10 millones de infectados y que, mientras en EE UU el 90% de los enfermos son varones en su mayoría vinculados a los tradicionales grupos de riesgo, en Africa, la infección se distribuye de manera equitativa entre hombres y mujeres. Esto es explicado apelando a la transmisión heterosexual y a una especie de "libertinaje sexual" presente en estas comunidades "no civilizadas". Por su parte, los disidentes consideran que el SIDA no es en Africa una epidemia ligada a hábitos sexuales sino, más bien, un nuevo nombre para

un conjunto de viejas enfermedades endémicas en esta población y que están históricamente relacionadas son la desnutrición y la pobreza. Desde este paradigma, los datos epidemiológicos son interpretados del siguiente modo:

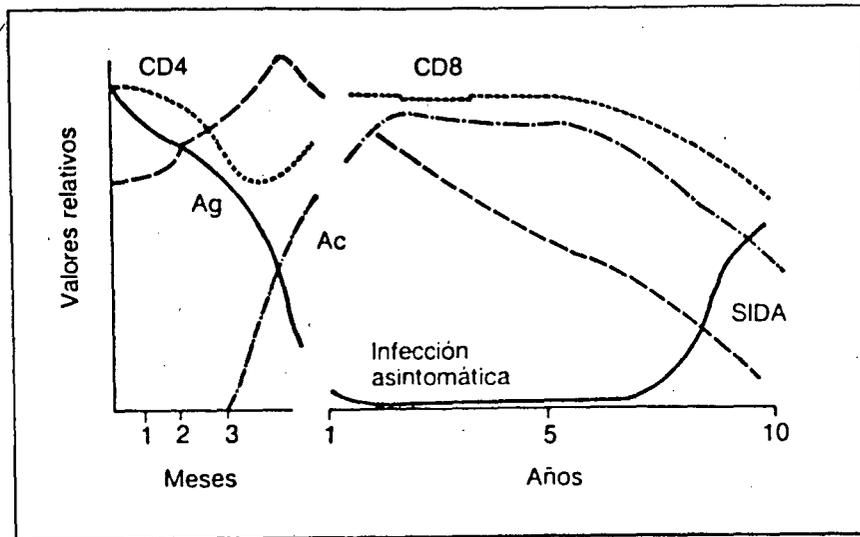
- los casos HIV+ son, en su mayoría, falsos positivos. En Africa, la lepra, la malaria, el cólera y muchas otras enfermedades infecciosas son endémicas. Estas enfermedades, en especial la lepra, causan desórdenes inmunológicos que pueden explicar las reacciones cruzadas con el HIV.
- la cifra de 10 millones resulta de una extrapolación de los resultados en una muestra que, según lo considerado en el punto anterior, tiene falsos positivos.
- la distribución casi equitativa entre hombres y mujeres no se debe a prácticas sexuales promiscuas. La existencia de tales prácticas no resiste la crítica antropológica y sólo responde a prejuicios y mitos occidentales que atribuyen una afrodisia insaciable a la raza negra. Lo que revela la equidistribución no es la transmisión heterosexual de un virus, sino la uniformidad de la pobreza.
- la OMS afirma que entre 1981 y 1994 fueron reportados 301.000 casos de SIDA en Africa. La alarma que ocasiona esta cifra se desvanece si se tiene en cuenta que esta es la cifra reportada en 13 años sobre un continente de 660 millones de personas. En otras palabras, el 99,996% de todos los africanos no tiene SIDA y el 97% de todos los africanos con presunción de ser HIV+ no ha desarrollado SIDA.

En síntesis, los disidentes consideran que bajo el nombre SIDA se subsumen un conjunto de entidades conocidas desde hace tiempo (tuberculosis, neumonitis por *Pneumocystis*, toxoplasmosis, Kaposi, etc). Sin duda, la inmunodepresión favorece la aparición y agresividad de estas enfermedades. La mayor frecuencia en los últimos años de estas enfermedades está en relación con la inmunodepresión. Hasta aquí, no habría mayores encontronazos con el oficialismo. Pero los disidentes no admiten el principio unicista del HIV como causa de la inmunodepresión. En los homosexuales no adictos, el uso de nitritos sería la causa; en los adictos, las drogas sean o no endovenosas; en los hemofílicos, las infecciones y sustancias heterólogas a que son expuestos continuamente; en Africa, la política socio-económica:

"Es la política económica y el subdesarrollo, no el intercambio sexual, lo que está matando a los africanos. Los menesterosos, la pobreza rural, el sistema de trabajo migratorio, el hacinamiento urbano, la degradación ecológica y la violencia sádica de las guerras civiles imperiales están destruyendo muchas más vidas de africanos...La pobreza africana, no algún extraño comportamiento sexual, es el mejor predictor del SIDA"¹⁰.

En este capítulo, hemos presentado sintéticamente el estado actual del conocimiento médico-científico sobre la enfermedad que nos ocupa. Dado que, como se ha mostrado, existen controversias respecto de su etiopatogenia, consideramos oportuno aclarar que, en lo que sigue, nos moveremos dentro del paradigma infeccioso de la enfermedad por ser éste el modelo vigente.

FIGURA 1:



Historia natural de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Tras la infección se detecta el virus en plasma. Esta viremia disminuye al comenzar la formación de anticuerpos, lo que ocurre por lo general hacia los 3 meses. Tras años de infección asintomática, la viremia aumenta cuando aparece clínica relacionada con el SIDA. En esta fase suelen disminuir algunos de los anticuerpos dirigidos contra antígenos del VIH. Los linfocitos CD4⁺, cuyo número absoluto disminuye tras la infección, suelen recuperar su cifra normal transitoriamente, para luego decrecer de forma progresiva. Los linfocitos CD8⁺ están aumentados, excepto en las etapas finales de la enfermedad. En la actualidad se estima que el tiempo medio desde la infección hasta el desarrollo del SIDA es de 10 años.

TABLA 1: Clasificación de los CDC de la infección por HIV-1 en los adultos.

Grupo I	Infección aguda (hay que demostrar seroconversión)
Grupo II	Infección asintomática
Grupo III	Adenopatías generalizadas persistentes
Grupo IV	Otras enfermedades
Subgrupo A	Enfermedad constitucional Fiebre de más de un mes junto con pérdida peso > 10 % o diarrea de más de un mes
Subgrupo B	Trastornos neurológicos Demencia o mielopatía o neuropatía periférica
Subgrupo C	Enfermedades infecciosas asociadas al VIH-1
Categoría C-1	Incluye las especificadas en la definición de SIDA del CDC
Categoría C-2	Incluye: leucoplaquia oral vellosa, muguet, herpes zoster multidermatómico, bacteriemia recurrente por <i>Salmonella</i> , nocardiosis y tuberculosis pulmonar
Subgrupo D	Neoplasias asociadas al VIH-1 Sarcoma de Kaposi, linfoma no hodgkiniano o primario del SNC
Subgrupo E	Otras enfermedades Debe incluir a los pacientes con clínica relacionada con el VIH-1 y no incluidos en los grupos anteriores

CDC = Centers for Disease Control. Atlanta, EE.UU.

NOTAS

1. Las consideraciones relacionadas con la teoría infecciosa del SIDA se basan en información vertida por especialistas en el tema en conferencias, ateneos, congresos y jornadas a los que he asistido en carácter de Miembro Titular, en mi experiencia personal como médica en al ámbito público y privado y en bibliografía clásica como: P. Farreras Valentí, C. Rozman. Medicina Interna (Barcelona, Salvat, 1992), J.M. Gatell Artigas et al. Guía Práctica de SIDA (Clínica, diagnóstico y tratamiento), 3.e. (Barcelona, Mason-Salvat, 1994) y E.J.Monti. El SIDA y el Hombre. (Bs.As., Alcotán, 1993). || //
2. Cabe consignar que, a los efectos de la discriminación, lo relevante es la serología positiva independientemente de si se trata de un portador o de un enfermo de SIDA en cualquier estadio. >
3. La isoniacida produce hepatotoxicidad, polineuritis, depresión medular y reacciones alérgicas. El sulfametoxazol provoca anemia hemolítica, agranulocitosis y nefrotoxicidad. La pirimetamina causa erupciones cutáneas y depresión medular.
4. Llamamos a estas posiciones "disidentes" porque sus defensores se denominan a sí mismos de este modo.
5. Peter Duesberg Ph.D. fue, hasta la comunicación de su posición disidente, profesor de Biología Molecular y Celular en la Universidad de California en Berkeley, Miembro de la Academia Nacional de Ciencias e Investigador Eminente del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. Logró fama en el campo de la virología del cáncer por descubrir en 1970 los oncogenes virales; en 1977 descifró la estructura genética de los retrovirus. Su reputación en la comunidad científica comenzó a declinar cuando se publicó, el 1 de marzo de 1987, en *Cancer Research*, su artículo: "Retroviruses as Carcinogens and Pathogens: Expectations and Reality". En este artículo, Duesberg cuestiona dos teorías de Robert Gallo: que el HTLV-I provoque leucemia de células T y que el HIV sea la causa (al menos la única causa) del SIDA.
6. Kary B. Mullis es premio Nobel 1993 de química por su invención de la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa, utilizada comunmente en la búsqueda de fragmentos de secuencias de HIV.
7. Lo destacado en negritas es mío.
8. Una posible excepción podría ser el *Mycobacterium leprae* que se postula como agente etiológico de la lepra. Pero, este agente no cumple con todos postulados de Koch por lo cual

también algunos investigadores dudan de su rol etiopatogénico.

9. La inhalación de nitrito de amilo para producir relajación del esfínter anal y erección continua del pene, parece ser una práctica frecuente entre homosexuales y/o entre quienes llevan una vida sexual muy activa.
10. Ch.L. Gesheker. Rethinking AIDS in Africa. Reappraising AIDS, vol. 3, n°2 (February 1995) 25-36.

ACTITUDES FRENTE AL SIDA

"Por su relación con la sexualidad, la sangre, las drogas y la muerte, el SIDA evoca temores e inhibiciones profundas del ser humano"¹

En tanto pandemia, el SIDA parece provocar, en muchos casos, la muerte social de la persona en forma anticipada a su propia muerte biológica. Prueba de ello es el conjunto de reacciones estigmatizantes y discriminatorias dirigidas, tanto hacia los seropositivos como hacia los sidosos, sin siquiera distinguir entre estas dos categorías. Conductas discriminatorias como la xenofobia y el racismo que se creían, si no superadas, al menos en vías de extinción, han recrudecido desde la aparición de esta enfermedad.

En este capítulo se describen, en primer lugar, desde la Historia de la Medicina, algunos casos parangonables con la enfermedad que nos ocupa. Ello permitirá mostrar que las reacciones frente al SIDA no son inéditas y que sólo difieren en matiz de las suscitadas por otras enfermedades infecto-contagiosas. Luego, se hará referencia a las principales concepciones de la sexualidad y de su relación con lo ético que han tenido mayor vigencia en algunos momentos de la historia occidental. De este modo, se impugnarán las posiciones biologists y reduccionistas que desconocen la relevancia de lo social en la conformación de la sexualidad humana. También se hará una referencia a la responsabilidad individual y social en el consumo de drogas y en la infección por HIV. Finalmente,

se enunciarán las principales actitudes discriminatorias vinculadas al SIDA.

Tratándose de un fenómeno de dimensión social global como lo es el del SIDA, pero que subraya la significación de las relaciones interpersonales, parece oportuno recordar que existen tres dimensiones a través de las cuales, según Todorov², se constituye la relación con el otro, dimensiones que no son mutuamente excluyentes y están interrelacionadas. En el plano axiológico se establece un juicio de valor: el otro es bueno o malo, lo quiero o no, es mi igual o es inferior a mí. En el plano praxeológico se realizan acciones de acercamiento o de alejamiento con el otro: me identifico con el otro y adopto sus valores o asimilo al otro a mí imponiéndole mi propia imagen, aunque existe aquí una tercera posibilidad, la de la indiferencia o neutralidad. Finalmente, en el plano epistémico, conozco o ignoro la identidad del otro, en diversos grados.

Teniendo en cuenta estas dimensiones, la discriminación puede darse tanto cuando se considera al otro como diferente y, por esta razón, se lo margina, como cuando se lo acepta como un semejante y se le impone el propio sistema de valores. En los albores del SIDA se ignoró el problema y se mantuvo una actitud de indiferencia frente a los grupos principalmente afectados. Predominó el plano praxeológico. A medida que la enfermedad comenzó a "infiltrarse" en los restantes estratos sociales, imperó un juicio de valor negativo sobre aquellos grupos. El plano axiológico adquirió entonces relevancia, Ac-

tualmente, desde discursos que proclaman la igualdad frente a la enfermedad, se pretende una asimilación del otro, en especial en lo que concierne a pautas de conducta sexual. El plano epistémico cobra importancia: se desconocen las identidades personales y de grupo, así como las diferencias en los proyectos de vida, y se ignoran las desigualdades sociales y económicas como cofactor indispensable en la etiopatogenia de la enfermedad. Al mismo tiempo, el plano axiológico mantiene su vigencia en tanto y en cuanto se pretende imponer un modelo de vida considerado como el mejor (y, a veces, como el único) - para evitar el contagio.

DESDE LA PESTE NEGRA A LA "PESTE ROSA"³

El SIDA viene a resucitar viejas cuestiones ya suscitadas por otras enfermedades infecciosas potencialmente mortales. Se trata de la vieja, triste y familiar experiencia de enfermedades consideradas como plagas: la lepra, la viruela de las Indias Americanas, la muerte negra de la Europa Medieval, la gripe de 1918, entre otras. De algún modo, el SIDA no hace más que recrear aquella ancestral lucha entre la razón y la irracionalidad, que el pensamiento ilustrado creía superada.

Esta breve incursión histórica, asimismo, hará comprender que toda enfermedad, y en especial las pestes epidémicas, constituyen un problema que excede ampliamente lo médico-

biológico para transformarse en una cuestión cultural, social, económica y hasta política. Haré referencia a tres epidemias paradigmáticas: la peste, la lepra y la sífilis.

PESTE: La Edad Media y la actualidad (nos referimos a la denominada "era atómica") ofrecen varios motivos de comparación: un sentido apocalíptico de la vida común, cierta pausa en el "incesante progreso" de la humanidad, concentración del saber científico en los monasterios en un caso y en los laboratorios y sociedades científicas en el otro, grandes "peregrinaciones" a Santiago de Compostela o a Miami (aunque, sin duda, con motivaciones distintas), marcada desigualdad económica (feudales y siervos, países centrales y periféricos)...

En lo que a salud se refiere, hoy aparece cierto "revival" de algunas prácticas religiosas y de las medicinas alternativas que, en algunos casos, recuerdan prácticas medievales como la alquimia, la quiromancia, las curas milagrosas, la adivinación y los conjuros. Finalmente, la "Peste Negra" y la "Peste Rosa" ofrecen un precioso punto en común: ambas pandemias se vivencian como el aura de un inminente holocausto, siendo la "psicosis colectiva" una reacción común.

Sabemos que la peste es una enfermedad ancestral, que produjo epidemias, más o menos circunscriptas, tanto en la Antigüedad como en la Alta Edad Media. Pero, en el siglo XIV, ciertas condiciones ambientales, sociales y económicas (creci-

miento demográfico, incipiente desarrollo urbano y consiguiente despoblación rural, disminución de la producción agrícola, escasez de alimentos como consecuencia de los factores anteriores, guerras, etc.), así como el incremento de la navegación debido a la brújula y a la nueva tecnología del timón facilitaron la aparición de terribles epidemias, que aniquilaron a decenas de millones de seres humanos. Entre el 50 y el 60% de la población sucumbió frente a la peste que invadió toda Europa, parte de Oriente y el norte de Africa. Tales epidemias comenzaron a declinar unos cien o ciento cincuenta años después, más o menos cuando se instalaba la sífilis en Europa.

Nacida en China, la peste atravesaba las mesetas del Asia Central, despoblaba la India, cubría de cadáveres la Mesopotamia, Tartaria, Siria y Armenia y hacía huir a los pobladores de estas regiones. En octubre de 1347 habían llegado al puerto de Mesina doce galeras procedentes de Caffa y, con ellas, la peste entraba en Europa. Las reacciones de violencia e irracionalidad no se hicieron esperar: cada barco que arribaba a Génova o a Venecia procedente de Oriente era atacado con flechas ardientes y otras maquinarias de guerra para que se alejara del puerto.

La peste negra puso en jaque a la sociedad y quebró la familia medieval. El rechazo era tal, que las acciones de los hombres desafiaban las más elementales normas de convivencia y de solidaridad: los cadáveres no se sepultaban y permanecían en el lugar donde la muerte había acaecido, a merced de los

perros, los médicos huían del teatro de los acontecimientos, las familias se encerraban en sus casas con las puertas selladas...

En todo este cuadro funesto no podía faltar algún "chivo expiatorio". El principal fue el pueblo judío. En Alemania, el exterminio llegó a tal punto, que, en comunidades sin judíos, fueron asesinados cristianos por la mera suposición de tener antepasados judíos.

Nos preguntamos si algunos de los actualmente denominados "grupos de riesgo" para el SIDA no son algo así como los chivos expiatorios de nuestra sociedad. No podemos menos que plantearnos este interrogante cuando se escuchan voces que señalan esta enfermedad como el "castigo divino" del "desorden moral" imperante (volveremos sobre este punto al tratar la sexualidad humana).

LEPRA: Esta temida y polémica enfermedad es conocida desde las grandes civilizaciones prehelénicas y constituye el prototipo de enfermedad segregadora. En el siglo XI se incrementó notablemente tanto su tasa de incidencia como la gravedad de sus formas clínicas⁴. Fue entonces cuando la reacción de pánico de la sociedad se hizo sentir: comenzaron a pulular las "leproserías", en donde se recluían a los desafortunados afectados. Hoy se sabe que este proceder inhumano era completamente inútil, puesto que aún desde dentro del paradigma microbiológico, se sostiene que la lepra es muy poco contagiosa, e,

inclusive, hay quienes afirman que no se trata de una enfermedad infecto-contagiosa sino de una metabolopatía.

La discriminación relacionada con la lepra persiste hoy día en Chile de una manera curiosa: decir a una persona que es un "pascuense leproso" es uno de los peores insultos que se le puede propinar. En esta expresión se preserva el recuerdo de la Isla de Pascua como lugar de confinamiento de los leprosos.

SIFILIS: Se inició en Europa en 1494, es decir, poco después del retorno de Colón de su primer viaje a América y hacia el año 1600 era un problema universal.

Por aquel tiempo, la enfermedad tuvo numerosos nombres. En general, cada pueblo la bautizaba con el de alguno de sus vecinos, a quienes se atribuía la procedencia del mal. Esto implicaba, sin duda, una forma de discriminación. El mal era "de los otros", algo no propio. Así, se usaron los siguientes rótulos:

- "Morbo Galico" o "Peste Galicosa" (usados por los italianos para atribuir a los franceses la responsabilidad del mal);
- "Mal de Nápoles" (lo usaron los franceses para endilgar a los italianos la cuestión);
- "Peste Catalana" o "Mal de Barcelona" (que utilizaron los franceses, italianos y otros europeos);
- "Mal de Indias" (lo usaron los españoles, iniciando la clásica teoría de su origen indoamericano);
- "Peste de los marranos" (aludiendo a los judíos pseudoconvertidos de España e Indias);

- "Mal de infieles" (abarcando a judíos, musulmanes y quizá también protestantes).

"Si no fuese por las comunicaciones, ahora casi instantáneas, que universalizaron la sigla AIDS (SIDA), habría pasado lo mismo: se hablaría de peste haitiana, mal magrebí, morbo turco, enfermedad de los negros africanos, etc."⁵. A pesar de que se trata de cuestiones lingüístico-terminológicas, ellas no constituyen un aspecto inocente del problema, pues llevan implícitas connotaciones de segregación, de discriminación y de transferencia de culpa.

Si bien con el SIDA no ocurre esta proliferación de nombres, aparecieron en cambio múltiples hipótesis que atribuían a minorías extranjeras la importación del mal. En los EE.UU., la infección fue atribuida a la inmigración haitiana (negra, inculta, con pésimas condiciones sanitarias y, para colmo, francoparlante) y a la importación de sangre del Africa (proveniente de negros con parecidas condiciones que los haitianos). También se insinuó que la enfermedad había ingresado a través de los soldados cubanos que regresaban de la campaña de Angola; ellos habrían llevado el SIDA a Cuba y de allí habría pasado a la comunidad cubana de Miami. En Francia, se atribuyó a la inmigración árabe (numerosa y, en general, compuesta por magrebíes de bajo nivel social y cultural). En Alemania, el "chivo expiatorio" estuvo representado por la ya gigantesca minoría turca (alrededor de dos millones de habitantes). En el Japón se imputó a los coreanos y a otros extranjeros. En los países árabes se sospechó de los

negros. En el Africa negra fue atribuída a los blancos europeos. Y así sucesivamente...

Volviendo a la sífilis, una serie de medidas irracionales, que no eran más que signos de pánico con la vana finalidad de solucionar la diseminación por medio de un aislamiento severo y riguroso, no sólo no cumplieron su cometido sino que, como contrapartida, condujeron al ocultamiento de la enfermedad por parte de los portadores sanos (o aparentemente sanos) y a la marginación de los enfermos. Así, se pretendió atribuir la sífilis al incremento de la prostitución y al relajamiento de la conducta sexual de los incipientes tiempos modernos. Entonces la castidad fue propuesta como remedio infalible y se hizo una apología del puritanismo abandonado. Otra solución alternativa fue la creación de "sifilocomios".

Medidas de este estilo también fueron propuestas para hacer frente al SIDA. Por ejemplo, en Cuba se ha propugnado la necesidad de aislar a los sidosos en sidarios y en todo el mundo han resurgido los portavoces del puritanismo. Pero la Historia de la Medicina enseña que el intento de detener la sífilis en el Renacimiento por el método del aislamiento, tratando de imitar los depósitos medievales de hansenianos, no tuvo éxito. Ello se debió a que la sífilis renacentista, al igual que el SIDA hoy, afectó a todas las clases sociales, inclusive a la nobleza, lo cual, en la práctica, impedía cualquier segregación.

ALGUNAS REFLEXIONES SOBRE SEXUALIDAD HUMANA

Como era de preveer, y dado que la comunidad homosexual constituye una de las poblaciones más expuestas al SIDA, no podían estar ausentes actitudes reprobatorias en relación con ciertas prácticas sexuales. Así, desde algunos sectores de la sociedad, se ha atribuído la eclosión del SIDA a una especie de "castigo divino" por un cierto "desorden moral". Como solución, estas corrientes propugnan el retorno a una sexualidad monogámica, dentro de la institución matrimonial, o la castidad. Como ejemplo de esta posición, citaré una monografía reciente sobre el tema:

"Vivimos una situación que podríamos catalogar de HEREJIA ANTROPOLOGICA, que ataca, destruye y aniquila la naturaleza humana...el alma queda sometida al cuerpo, el cuerpo se revela contra el alma, después el cuerpo tiraniza el alma y por último el cuerpo se convierte en asesino del alma. El hombre, al apartarse del orden objetivo querido por Dios, al seguir sus propios caminos, llega a muchas situaciones o enfermedades como el SIDA...Los pacientes que padecen SIDA se caracterizan porque todos han vivido -por decirlo así- en el lodo, en el barro y son conscientes de la vida que han llevado...La causa fundamental de que estemos en un mundo de bestialidad, es que el hombre ha perdido su centro de gravedad...El hombre se ha apartado del orden objetivo creado por Dios. San Agustín dice: Esta es la voluntad de Dios, que todo espíritu desordenado se castiga por sí mismo" 6.

Si se quiere plantear con seriedad el tema del supuesto "orden moral", en lo que a sexualidad se refiere, debe comen-zarse por hacer a un lado los prejuicios y dogmatismos y, luego, abordar el tema considerando la sexualidad como un fenómeno humano complejo para cuyo tratamiento se hace necesario tener presente factores biológicos, psicológicos y culturales.

Con ese propósito, parece oportuna una referencia a las principales concepciones que de la sexualidad y de su relación

con lo ético se han tenido en ciertos momentos de la historia occidental. Tomaré como fuente principal la Historia de la Sexualidad de M. Foucault, quien vincula el uso de los placeres sexuales con su teoría acerca del poder.

En el mundo griego, los placeres no son un fin en sí mismos sino que desempeñan un papel subsidiario. Se les debe administrar con vistas a alcanzar con éxito la meta propuesta: el dominio de uno mismo para estar en condiciones de ejercer el poder sobre otros. La ética griega, que, en términos generales, da un lugar importante a los placeres, no estaba relacionada fuertemente con ningún sistema institucional o legal y las leyes contra malos comportamientos sexuales eran escasas y no demasiado obligatorias. Se trataba más bien de una **ética de bienes**, entendiendo el bien no desde la óptica judeo-cristiana sino con una connotación estética; el bien se identifica con la **belleza** y ésta con la **armonía**. Entonces, actos inmorales serán los que provoquen o tiendan a la **hybris** (desmesura). Por ello se puede hablar de esta ética también como de una **estética de la existencia**. Dado que esta ética no se apoya positivamente en un código y que consiste más bien en sugerir y persuadir a quienes tienen que actuar, la **paideia** constituye un sistema decisivo para modelar la naturaleza de los jóvenes con el fin de alcanzar la **areté** (virtud). El hombre moralmente libre será el que pueda dominarse a sí mismo evitando convertirse en siervo de poderes ajenos.

Queda claro entonces que los griegos no condenan el placer ni descalifican a quienes disfrutaban de él; sólo se

advierte sobre la necesidad de regular el deseo con la práctica de la mesura. Podríamos decir que los placeres gozan de cierta neutralidad axiológica; no hay en ellos nada que pueda juzgarse nocivo en sí mismo y que, por ende, conlleve su descalificación. El control que se debe tener sobre ellos no depende de ningún peligro relacionado con su disfrute, sino que tiene como único objetivo evitar el exceso y la desproporción en tanto son opuestos de la belleza.

En lo que hace al placer estrictamente referido al goce sexual (*afrodisia*), cabe señalar que no constituía un foco de atención con la misma relevancia que la comida o la dieta. El primero constituyó un problema netamente moderno. Recién con posterioridad al siglo XVIII, tras el equilibrio medieval respecto de la relevancia de estos dos placeres (los relacionados con la alimentación y con el sexo), el sexo surgirá como algo importante. En la *afrodisia*, se advierten básicamente dos dimensiones. Por un lado se cuenta con la institución familiar en la que existen compromisos y obligaciones contraídos con el matrimonio. Por otro, la alternativa del "amor a los muchachos" y a las "hetairas" aparece casi como una rutina.

La homosexualidad estaba arraigada en las costumbres griegas, gozaba de consenso y hasta era respetada, siempre y cuando el cortejo que los hombres ya adultos efectuaban con los más jóvenes y hermosos, quedara enmarcado en las virtudes apolíneas⁷. No obstante, el "amor a los muchachos" representaba un problema para una mentalidad que privilegiaba la virilidad. Pero el conflicto no dependía de considerar tal

relación física como antinatural, sino del hecho de que una relación sexual es siempre asimétrica: sólo se puede penetrar o ser penetrado. Una mujer o un esclavo podían ser sometidos, la pasividad era acorde a su naturaleza y a su status. Pero, ¿cómo aceptar que un joven, supuestamente ciudadano libre, pudiera ser dominado y utilizado para el placer de otro? Este joven no podía ser jamás tratado como una mujer o como un esclavo. Así, el problema ético no pasaba por preferir mujeres o muchachos, ni por practicar la sexualidad de una u otra manera; más bien se trataba de una cuestión de cantidad y de actividad-pasividad, en ser el esclavo o el amo de los propios deseos^B.

Con todo, el modelo de monogamia, fidelidad y procreación burgués, presenta antecedentes en la literatura latina y en la helenística. Además, en forma paralela a la ética oficial griega, pululaban sectas que hacían un culto de la pureza y practicaban el ascetismo. Este modelo de sexualidad recién pudo imponerse sobre el de la ética como estética de vida cuando las transformaciones históricas ocasionaron la desintegración de las ciudades-estado junto con el desarrollo de la burocracia imperial y el predominio de la clase media. Frente al derrumbe de la polis, la inflexión de la mirada hacia el individuo aparecía como la única salida. Parece ser que entonces el cristianismo no creó este modelo ascético, pero lo adoptó, lo reformuló y lo difundió.

En San Agustín, la impureza del acto sexual persiste aún dentro del matrimonio. La erección que en el siglo IV aC era un signo de actividad, para este Padre de la Iglesia se convierte en un signo de pasividad al ser algo no voluntario, y un castigo por el pecado original. Describe al acto sexual como un fenómeno que se apodera completamente de uno haciéndole perder el control y que provoca sacudidas violentas, movimientos epileptoides que escapan al control de la voluntad. En San Agustín, la sexualidad sigue siendo masculina, pero el problema ya no es la penetración en tanto actividad y en concordancia con el rol social, sino que el problema es ahora la erección. El sexo en erección es la imagen del hombre en rebeldía contra Dios. El conflicto se transfiere desde la relación con los demás (actividad/pasividad) a la relación con uno mismo (voluntad/libido). De este modo, la lucha espiritual consistirá en escrutar y distinguir qué movimientos del alma tienen un origen en la libido y esta lucha tendrá como desideratum la victoria de la voluntad. El deseo mismo se convierte en pecado y la castidad plena implica eliminar totalmente todos aquellos pensamientos impuros que acaecen, incluso, durante el sueño. El medioevo cristiano recoge esta caracterización agustiniana de la sexualidad.

Durante el Renacimiento, todo lo concerniente a la sexualidad gozaba de cierta "naturalidad" y "libertad expresiva", y hasta se tenía cierta tolerancia con lo ilícito. Luego, la sexualidad se iría ocultando cuidadosamente y encerrándose.

Quedaría confiscada en el lazo conyugal y con miras a la reproducción:

"...existe un único lugar de sexualidad reconocida, utilitaria y fecunda: la alcoba de los padres. El resto no tiene más que esfumarse...Lo que no apunta a la generación o está transfigurado por ella ya no tiene sitio ni ley...No sólo no existe sino que no debe existir y se hará desaparecer a la menor manifestación...Así marcharía con su lógica baldada, la hipocresía de nuestras sociedades burguesas. Forzada, no obstante, a algunas concesiones...El burdel y el manicomio serán esos lugares de tolerancia...Únicamente allí el sexo salvaje tendría derecho a formas de lo real, pero fuertemente insularizadas, y a tipos de discursos clandestinos, circunscriptos, cifrados. En todos los demás lugares el puritanismo moderno habría impuesto su triple decreto de prohibición, inexistencia y mutismo"⁹.

Esta represión de lo sexual se podría vincular con el desarrollo del capitalismo y de la sociedad burguesa: los placeres deben quedar reducidos a su mínima expresión y con una finalidad utilitaria como la reproducción para que las energías restantes puedan ser canalizadas en fuerza de trabajo.

Hacia el siglo XVIII surge un problema político y económico que no solucionará la represión aludida antes. El problema del equilibrio entre el crecimiento de la población y la disponibilidad de recursos hará necesario pasar de la prohibición al control del sexo. Habrá que analizar las tasas de natalidad y de mortalidad, la morbilidad y reglamentar la edad del matrimonio, la frecuencia de las relaciones sexuales, los nacimientos legítimos e ilegítimos, etc. En síntesis, nace el análisis y la reglamentación de las conductas sexuales por parte del Estado. Para llevar a cabo este control casi policial, el sexo no puede permanecer oculto. Hay que hablar del sexo y lograr que la gente se confiese frente a quienes detentan el poder. Los procedimientos inventados para hacer hablar del sexo, para escuchar, registrar y prescribir son múltiples:

la biología, la medicina, la demografía, la psiquiatría, la pedagogía. Toda una trama de discursos reguladores se teje en torno al sexo. En esta época, las prácticas sexuales estaban regidas por tres códigos: derecho canónico, pastoral cristiana y ley civil. Pero los tres centraban su atención en la relación conyugal fijando detalladamente lo permitido en el ejercicio del sexo legítimo. El "resto" prácticamente no era tenido en cuenta; se callaba y, por lo tanto, no existía.

Con la explosión discursiva de la biología, la psiquiatría, la pedagogía, etc., de los siglos XVIII y XIX hacen su aparición en escena las sexualidades periféricas: relaciones pre y extramatrimoniales, homosexualidad, sexualidad infantil, onanismo. Ya no se trata sólo de reprimir sino de controlar. Entre todos estos discursos, la medicina adquiere primacía como dispositivo de control. Se advierte que el sexo no sólo puede producir enfermedad a quien lo ejercite fuera del marco prescripto (enfermedades venéreas, locura, perversiones), sino que toda la especie puede verse comprometida en caso de falta de control.

Foucault sostiene la tesis según la cual este control deliberado sobre la sexualidad no tuvo en sus orígenes la finalidad de someter a las clases populares. Más bien parece que fueron las clases dirigentes quienes "probaron" en primera instancia el dispositivo de sexualidad controlada. El objetivo consistía, por el contrario, en una autodefensa, una autoprotección, una autoafirmación como clase. Así como en épocas anteriores la nobleza había subsistido a través de la pureza

de la sangre, ahora la burguesía conservará su elitismo y sobrevivirá gracias al cuidado de la salud y de la descendencia. De este modo, el valor otorgado antaño a las alianzas y a las ascendencias, se transfiere al cuidado y control del sexo. De alguna manera, se puede decir que "el sexo fue la sangre de la burguesía". A medida que esta clase afirmaba así su diferencia y su hegemonía, el control se extendía paulatinamente a las clases populares, pero con un objetivo distinto: un modelo de sexualidad le sería impuesto al proletariado con fines de sujeción. Esta sexualidad controlada se convirtió así en un instrumento al servicio del orden capitalista: los dueños del capital deben garantizar que éste no se fragmente entre hijos ilegítimos y el proletariado debe canalizar toda su energía en la producción.

Con este sucinto relato de la historia de la sexualidad en Occidente se hace evidente que no nos encontramos frente a un fenómeno humano desligado de otras prácticas sociales. Ya no es posible sostener la existencia de un único, eterno e inmutable "orden moral" del cual los hombres se han apartado provocando la ira de Dios y el SIDA como castigo. Para algunos autores, como Foucault, hasta resulta posible pensar que la sexualidad humana haya sido utilizada a lo largo de la historia como medio para contribuir a la configuración de una determinada organización social, política y económica.

La sexualidad constituye un fenómeno complejo que no puede reducirse exclusivamente a lo genital. Se trata de una

realidad dinámica que se construye desde el nacimiento hasta la muerte, que involucra totalmente al hombre y le permite edificarse como persona. Si bien lo biológico no puede estar ausente, reducir la sexualidad a este aspecto carece de fundamento, si se pretende preservar la distinción entre el hombre y el animal. Quienes consideran la procreación como única finalidad de la sexualidad incurren en una falacia porque aplican indiscriminadamente algunas leyes etológicas al comportamiento humano. De esta manera no hacen más que instrumentalizar uno de los aspectos esenciales de la vida del hombre¹⁰. Desde esta perspectiva no reduccionista, la sexualidad se presenta como una forma especial de interrelación personal en la que se conjugan factores biológicos, culturales y, sobre todo, afectivos. En consecuencia, consideramos éticamente infundada la tesis que prescribe la abstinencia como método de lucha contra el SIDA. Al menos, esto es así, cuando tal conducta represiva, por no ser el resultado de una libre elección, tiende a la desestructuración de la personalidad. No obstante, ello no implica propiciar el libertinaje, ni mucho menos la promiscuidad.

Habiendo liberado, entonces, a la sexualidad de la exclusividad procreativa y habiendo reconocido que ella es moldeada por la cultura, restaría preguntarnos por el tipo de sexualidad éticamente aceptable. Para ello, es preciso establecer ciertos criterios que permitan distinguir entre formas legítimas e ilegítimas. Desde nuestro punto de vista, tales criterios podrían ser: 1) amor oblativo (dación de uno mismo y aceptación del otro) que al ser tal, conduce a la realización

personal, 2) carácter vinculante de la relación (estabilidad y fidelidad) y 3) carácter institucional. Estos tres criterios se implican uno a otro. El primero incluye el respeto y la aceptación del otro tal cual es. El segundo descarta toda relación esporádica sobre la base de que ella difícilmente contribuya al desarrollo personal de los afectados. A su vez, el carácter vinculante lleva a la necesidad de institucionalización, es decir al reconocimiento por parte de los otros miembros de la sociedad de la relación. Si bien el matrimonio es la forma actual de oficialización de una pareja, creemos necesario someter esta institución a las variaciones histórico-culturales, así como admitir la posibilidad de "otras formas" de institucionalización.

Exigir pautas de conductas sexuales que se canalicen exclusivamente dentro del matrimonio es negar la realidad social y escamotear el problema. Se invocan muchas causas para explicar esta realidad pero, quizás, la causa relevante del descrédito actual del matrimonio sea que el mismo ha privilegiado la institución sobre las personas, lo cual supone aceptar los intereses del grupo por sobre el bien personal. Siguiendo a Lévi-Strauss, sabemos que el matrimonio es una institución originada por la cultura con el objeto de crear y mantener lazos sociales entre grupos no consanguíneos y, de esta manera, fortalecer la cohesión social. Si bien el matrimonio origina una familia, son las familias las que generan matrimonios como el dispositivo legal más importante para mantener alianzas entre ellas¹¹.

La familia conyugal no es otra cosa que un grupo económico basado en la división sexual del trabajo y en la prohibición del incesto. El apelar a motivos naturales, como la procreación y el instinto materno, o a sentimientos entre hombre y mujer no resulta suficiente para explicar el origen del matrimonio y de la familia¹². La antropología cultural muestra que el significado de las regulaciones sexuales prematrimoniales tiene distinta orientación para los hombres y para las mujeres en los diversos grupos humanos. La restricción sobre las mujeres tiene que ver con intereses familiares que intentan canalizar la sexualidad de sus hijas hacia objetivos económicos, sociales o políticos, o bien para eludir el problema que implicaría cargar con los hijos que nacerían de tales relaciones prematrimoniales. En cambio, el significado de la abstinencia sexual prematrimonial en el hombre se concentra en intereses extrafamiliares, por ejemplo abstinencia de carácter religioso, de carácter guerrero, de carácter deportivo, etc.

En lugar de adoptar posiciones extremistas (matrimonio como única institución para lo sexual vs. sexo sin institucionalización), quizás sea más prudente repensar el carácter y la extensión que lo institucional debe tener en la vida de las personas. Si se considera la realidad social en lugar de negarla, si se privilegia a las personas por sobre las estructuras sociales, si se toman en cuenta los aportes de otras culturas, si se acepta el carácter dinámico de toda institución y si se adoptan los criterios de legitimidad señalados,

es posible, en un tiempo no muy lejano, hallar el justo pluralismo de formas institucionales para la sexualidad humana.

Un apartado especial merece el tema de la homosexualidad. La distinción entre "homosexualidad" y "condición homosexual" resulta necesaria para abordarlo. Según la opinión corriente, el homosexual lo es constitutivamente (no sólo comportalmente), vivencia su condición y pretende encontrar cauces adecuados para su realización personal como tal. La condición homosexual consiste en poseer una pulsión sexual orientada hacia individuos del mismo sexo. Nótese que en la definición de homosexual queda bien claro el carácter no reduccionista del término ya que se abarcan tres niveles: *sexus*, *eros* y *filia*. Para hacer referencia a este fenómeno, vulgarmente se usan términos con connotación peyorativa: sodomita, pederasta, uraniano, invertido. También encontramos otros denominadores que intentaron ser más asépticos como homofilia u homotropismo¹³.

Tradicionalmente, la cultura occidental ha tildado negativamente la homosexualidad. Varios factores han condicionado esta mentalidad:

- * el judaísmo post-bíblico con su posición antihelénica,
- * las rigurosas normas del derecho romano,
- * el predominio de una sociedad patriarcal,
- * una visión reduccionista de la sexualidad que considera sólo la finalidad procreativa,

* la influencia del dualismo helénico y del neoplatonismo en la consideración peyorativa del cuerpo y del placer sexual, así como una valoración del ascetismo en tanto medio para alcanzar la vida contemplativa.

Frente a esta visión de la homosexualidad como algo patológico, en la actualidad hay quienes ven en ella una simple variante de género de la sexualidad humana. Algunos representantes de la teoría filosófica del género¹⁴, se alinearían en estas filas. Desde esta teoría se concibe el género como una construcción cultural. Se rechaza intencionalmente el término "sexo" y se lo sustituye por el de "género", precisamente para dejar de lado toda connotación biológica. De esta manera se evitan los esencialismos (tanto biológicos como metafísicos) en la caracterización de las categorías de "femenino" y "masculino". EL conjunto de valores que conforman un estereotipo de conducta para cada género es ajeno al individuo, es decir, le es impuesto desde fuera. Frente a esta heterodesignación caben tres posibilidades: 1) el sujeto adopta el estereotipo y lo acepta, 2) el sujeto adopta el estereotipo y lo cuestiona, 3) el sujeto rechaza el estereotipo y adopta su propia autodesignación independientemente de su sexo biológico.

Una tercera alternativa es la sostenida por Vidal, entre otros, quien no considera la homosexualidad como algo patológico, pero tampoco como mera alternativa en la preferencia sexual. Se trataría más bien de la condición sexual (no enfermedad) de una persona que se ha detenido en el proceso de

diferenciación y que, por tal motivo, no puede vivir su sexualidad desde la diferencia varón-hembra, sino que lo hace desde otra situación ¹⁵. Sin embargo, cabe preguntarse si esta posición no está de alguna manera emparentada con la tradicional, no tanto en sus aspectos peyorativos sino en la comprensión del fenómeno como patológico, pues toda detención en un proceso de diferenciación y/o maduración podría ser catalogada como enfermedad.

Si se aplican a la homosexualidad los principios que se vienen desarrollando, a saber:

- * que la sexualidad no se reduce a genitalidad,
 - * que una relación es "buena" en tanto y en cuanto no conlleve la desintegración de la personalidad,
 - * que los criterios éticos para valorar el comportamiento sexual son la fidelidad y la estabilidad,
- entonces, si se quiere mantener la consistencia, se tiene que aceptar que cualquier relación homosexual conforme a estos principios no puede ser declarada inmoral.

Para finalizar, y en relación con aquel supuesto "orden moral" de la vida sexual que motivó estas reflexiones, es posible admitir las siguientes conclusiones, al menos provisionalmente:

- 1) La ética sexual no es constante y varía conforme al desarrollo de otras prácticas sociales de las que se sirve y a las que sirve.

2) La abstinencia como forma de prevención no parece ser éticamente recomendable, a no ser que ella, siendo el resultado de una libre elección, no comprometa el desarrollo de la personalidad.

3) La proscripción de las relaciones sexuales fuera del matrimonio tampoco parece tener fundamentos antropológicos sólidos ni filosóficos válidos.

4) Hoy por hoy, no hay elementos teóricos suficientes para considerar la homosexualidad como una desviación patológica y/o como una inmoralidad.

5) La concientización de la importancia de una sexualidad responsable basada en el amor será una de las medidas preventivas más eficaces contra el SIDA. Mientras se alcanza este desideratum, el uso de preservativos parece una recomendación sensata y respetuosa de una caracterización holística de la sexualidad humana. Una educación sexual no coercitiva, comprensiva y humanista en los programas de prevención, será el medio más adecuado para conseguir el fin propuesto.

SIDA Y DROGADICCION: ¿RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL?¹⁶

Hemos dicho que el SIDA se halla vinculado a prácticas socialmente condenadas. Una de ellas es el consumo de drogas. Su relación con el SIDA refuerza esta convicción: "si el drogadicto adquiere esta enfermedad, él se la ha buscado". Una reflexión acerca de si la drogadicción es un hábito imputable

solamente al adicto o si la responsabilidad moral recae fundamentalmente en la sociedad destruye la creencia común.

Además, indagar sobre las causas de la drogadicción tiene también un interés pragmático. Por ejemplo, sabemos que entre los adictos es frecuente el compartir jeringas y que tal actitud incrementa significativamente las posibilidades de contagio. No obstante, si esta práctica dependiera exclusivamente del alto costo o de la escasez de jeringas, el repartirlas gratuitamente podría ser una medida preventiva eficaz; pero si las razones por las cuales se adopta esta costumbre son otras (como de hecho ocurre), la medida en cuestión será totalmente inoperante.

Ahora bien, con respecto a la responsabilidad moral, podría sostenerse, por ejemplo, que quien es HIV + tiene la obligación de comunicar su estado inmunológico tanto a su compañero/a sexual como a las personas con quienes comparte prácticas de adicción endovenosa. Sin embargo, es preciso analizar el contexto antes de dar una respuesta taxativa. En los grupos de riesgo tradicionales, la amistad no es precisamente una práctica; por el contrario, la promiscuidad, lo furtivo, la desconfianza, la clandestinidad, la persecución y hasta la falta de diálogo entre los participantes son característicos en sus relaciones. En situaciones así caracterizables, ¿puede sostenerse que exista el deber de comunicar el estado HIV +?, acaso, ¿se revelaría un secreto a un desconocido?. Aquél que adopta una conducta de riesgo y, como consecuencia de la misma, adquiere el virus, está consintiendo un

daño posible (del mismo modo que un boxeador está consintiendo un posible daño neurológico).

Es posible que, de contar con una legislación no represiva, no existieran las llamadas, en los EE.UU., "shooting galleries" en las que los adictos comparten jeringas. Los motivos que llevan a un adicto a acudir a estos lugares son varios: allí se obtiene la droga y el equipo necesario para su aplicación, pudiendo desembarazarse de él rápidamente una vez que se lo ha usado, se goza de un clima de privacidad, se obtiene información acerca de los operativos policiales, etc.

Quienes apelando a la libertad del hombre afirman que cada uno puede elegir y configurar su propio destino, no toman suficientemente en cuenta el hecho de que el hombre vive en una sociedad que se le impone como una facticidad externa y coercitiva. La sociedad asigna roles, distribuye conocimientos y riquezas, establece mecanismos de control, estigmatiza y discrimina. Si bien la drogadicción y el alcoholismo no respetan clases sociales, es sabido que la mayor incidencia corresponde a los sectores relegados.

Sin negar el libre albedrío, puede afirmarse que las condiciones sociales guardan una relación directa con la drogadicción (también con el sexo impersonal), e indirecta con el HIV/SIDA. Así, si se presta atención a los datos epidemiológicos se puede ver con claridad cómo los factores sociales operan indirectamente en el origen de esta enfermedad: la injusticia social favorece la drogadicción y la sexualidad

clandestina y ámbas prácticas, a su vez, favorecen la aparición del SIDA.

Desde esta perspectiva, centrar la responsabilidad por la difusión de la enfermedad en estos grupos no es otra cosa que castigar a las víctimas. De este modo, quienes ocupan lugares hegemónicos evaden su responsabilidad y evitan tomar decisiones que pudieran traducirse en un cambio social caracterizado por la equidad. Una vez más, el énfasis puesto sobre la libertad individual olvidando el contexto socio-histórico conduce al mantenimiento del *statu quo*.

Una persona es realmente libre y autónoma cuando existe coincidencia entre lo que hace y lo que quiere hacer. Es posible que algunos digan que, efectivamente, hacen lo que desean y, no obstante, esto pueda ser sólo una apariencia. En realidad, han desarrollado lo que en psicología se conoce como "preferencia adaptativa". Ella consiste en tener ciertos deseos y no otros (fuera del alcance de uno) como un mecanismo defensivo para reducir la disonancia cognitiva y así mitigar la frustración que la no satisfacción del verdadero deseo produce. Cualquiera que actúe sobre la base de una preferencia adaptativa no es autónomo y tal parece ser el caso de adictos y gays. Puede decirse que cuando una cultura crea necesidades y, al mismo tiempo, reduce significativamente el número de opciones disponibles, las personas son manipuladas en la formulación de sus deseos ¹⁷. No por casualidad, en una sociedad altamente consumista y competitiva como la de los EE.UU., el SIDA comenzó entre "hispanos" y negros.

La sociedad es moralmente responsable por dos razones: a) porque crea necesidades que no pueden ser satisfechas induciendo así deseos de adaptación y b) porque algunos de esos deseos que induce (como la "evasión" a través del alcohol, de la droga o del sexo) son sancionados moralmente al violar ciertos "principios" morales que, por su parte, la misma sociedad considera fundamentales.

Si tenemos en cuenta la relación triádica antes citada (condiciones sociales, drogadicción y/o sexo impersonal, HIV/SIDA), la lucha contra la pandemia debe basarse en políticas sociales que actúen de modo radical sobre aquellos factores condicionantes de las actitudes de riesgo. Evidentemente, esta tarea no será nada fácil pues implica un cambio cuasi revolucionario en el sistema de creencias y valores de nuestra cultura. La nueva sociedad deberá garantizar la autonomía, la autoestima y la igualdad de oportunidades.

ACTITUDES DISCRIMINATORIAS FRENTE AL SIDA

La discriminación vinculada al SIDA aparece en diversas situaciones y bajo distintas modalidades. A veces, esta actitud es directa o explícita, pero en muchas otras oportunidades adquiere un carácter encubierto. Me referiré, en primer lugar, a las conductas discriminatorias de la población en general hacia seropositivos y sidosos. Luego, describiré cómo estas

actitudes operan dentro del ámbito de la salud y, finalmente, haré mención a la respuesta de enfermos y portadores.

A) ACTITUDES DE LA SOCIEDAD EN GENERAL:

A lo largo de este capítulo ya se ha visto que, tanto la terminología usada para hacer referencia a la enfermedad como algunas narraciones que dan cuenta de su origen, son claramente estigmatizantes. Del mismo modo, también se ha mostrado que la defensa de la heterosexualidad monogámica intramatrimonial como único modelo éticamente justificable de relación sexual y como único medio para evitar la transmisión sexual de la enfermedad, implica un desconocimiento de las diferencias culturales y de estilos de vida así como la imposición de los valores y creencias de los sectores hegemónicos.

Otras prácticas discriminatorias frecuentemente observadas son las siguientes¹⁸:

- testeo compulsivo de la población o sin el consentimiento informado;
- obligatoriedad del testeo en el examen prematrimonial, para ingresar al ámbito laboral o al entrar y salir de un país;
- reclusión de sidosos en hospicios;
- internación aislada de portadores.

El ámbito laboral, escolar, deportivo y familiar son escenario común para las actitudes discriminatorias. Así, si bien legalmente es indispensable el consentimiento informado, es sabido que algunas empresas realizan test para HIV de

manera subrepticia, tanto en los exámenes preocupacionales como en los exámenes periódicos de salud; un resultado positivo implica la exclusión del candidato o el despido encubierto del trabajador¹⁹.

Aquellos médicos laborales que actúan para proteger los intereses particulares de la empresa a la que pertenecen tergiversan el objetivo perseguido por la Medicina del Trabajo, especialidad que surge en el ámbito de la medicina, a fines del siglo XVIII en salvaguardia de la salud de los trabajadores ante las patologías desencadenadas por la revolución industrial (neumoconiosis, tuberculosis, desnutrición infantil, etc.).

Desde la empresa se argumenta que la necesidad del testeo se basa en: a) prevenir el contagio de otros trabajadores en el ámbito laboral y b) evitar posibles demandas por parte del trabajador. Estas razones no resisten la menor crítica. El lugar de trabajo (a excepción del área de salud) difícilmente exponga a los seronegativos al contacto con sangre, semen u otros fluidos orgánicos de los posibles infectados; además, por este mismo motivo, es muy poco probable que una demanda prospere.

Una encuesta²⁰ llevada a cabo en EE.UU. mostró que muchos americanos rehusarían trabajar al lado de alguien con SIDA, apoyarían el derecho de los patrones a despedir a estos trabajadores y retirarían a sus hijos del colegio para evitar el contagio con los compañeros infectados. Las escuelas y las

entidades deportivas también suelen ser reticentes en la aceptación de niños infectados. Así, por ejemplo, en 1985, en los EE.UU., un joven hemofílico de 13 años, por ser portador del HIV, se vió obligado a recurrir a la Justicia frente a la recusación de su matrícula escolar; otro tanto ocurrió en Massachusetts por el mismo año, cuando otro adolescente hemofílico y HIV + vió denegado su ingreso a un colegio municipal. Los ejemplos podrían continuar.

La aglutinación de personas en clubes y otras entidades deportivas, las prácticas de camaradería (como compartir bebidas) frecuentes entre los miembros de un equipo son, entre otros, los argumentos presentados a favor de un *screening* de los integrantes de tales entidades. Esto motivó que en 1989, a pedido de la OMS, se reuniera en Ginebra una comisión para tratar el tema del SIDA en el deporte. Dicha comisión contó con representantes de la Federación Internacional de Medicina Deportiva, de la Comisión Médica del Comité Olímpico Internacional, de la Federación Nacional de Lucha Greco-romana y del Consejo Internacional de Rugby así como con diversos especialistas en aspectos epidemiológicos y de salud pública del SIDA. De ese encuentro resultó la Declaración Consensual sobre SIDA y Deportes. Entre los aspectos contemplados en ella merecen destacarse los siguientes: a) no existe posibilidad de transmisión del virus por la simple actividad deportiva; sólo habría un riesgo muy remoto cuando un deportista infectado presenta una herida sangrante y la misma entra en contacto con una solución de continuidad de los tegumentos de otro jugador; b) esta remota posibilidad de contagio se daría más bien en

deportes violentos con tendencia a producir heridas; c) la información sobre el tema es el mejor medio de prevención.

Por su parte, las compañías aseguradoras niegan la cobertura, en lo que respecta tanto al seguro de vida como al seguro de salud, de los portadores. En nuestro país ocurría otro tanto hasta hace poco (mayo de 1995) con las obras sociales, las cuales no brindaban cobertura a pacientes con SIDA.

Mención especial merece el problema del SIDA en las cárceles e institutos de menores. Para la OMS, la lucha contra la infección en estos establecimientos guarda relación con la necesidad de mejorar considerablemente el nivel de higiene y de sanidad de los mismos, con la puesta en práctica de medidas educativas para el personal y los reclusos, con la rehabilitación de toxicómanos y hasta con la facilitación, en algunos casos, de preservativos y de agujas hipodérmicas. Pensamos que la problemática de los lugares de reclusión es muy compleja y, por supuesto, anterior al SIDA. Todo el sistema pareciera estar montado para lograr un progresivo deterioro de la identidad personal: el hacinamiento, la baja calidad de la asistencia médica, el consumo y tráfico de estupefacientes y las violaciones son sólo algunas de las notas que caracterizan la realidad carcelaria y que atentan contra la dignidad de las personas que allí se encuentran²¹.

La legislación mundial ha respondido de diferente manera a la conflictividad que el SIDA trae aparejada. En los EE.UU., la Ley Federal Laboral protege a las personas afectadas por

una enfermedad contagiosa siempre que ella, por su modo de transmisión, no constituya un peligro para la salud o la seguridad de terceros. Como contrapartida, solo 5 de 77 países analizados²² tienen reglamentos específicos para la protección de personas con SIDA. Otros 17 países promulgaron leyes restrictivas y coercitivas para combatir la enfermedad. Unos 12 recurren al aislamiento o a la restricción del derecho al libre tránsito de las personas infectadas (por ejemplo, Checoslovaquia, Australia y la ex- Unión Soviética). Tal vez, el caso más extremo de este tipo de medidas sea el cubano. En Cuba se practica el testeo compulsivo de la población y el aislamiento de los seropositivos, quienes son sometidos a rígidos reglamentos que prohíben, entre otras cosas, las relaciones sexuales de los residentes solteros.

En nuestro país, contamos con la Ley 23.798 y con su Decreto Reglamentario 1.244/91. En éste se aclara explícitamente que para la aplicación de la ley deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por ley 23.054, y la ley antidiscriminatoria 23.592. En esta ley se protege la confidencialidad y se pretende impedir la discriminación. No obstante en el artículo 9 de la misma se establece que para aquellos extranjeros que soliciten la radicación en el país, se incorporará a los controles actualmente en vigencia la realización de pruebas de rastreo para la detección del HIV. Resulta claro que con esto se pretende limitar la concesión de residencia a quienes estén infectados. Creemos que si el fin perseguido es la protección de la salud pública, el

camino elegido no conduce a él; la infección ya está presente entre la población argentina y una medida discriminatoria como la anterior no impedirá la propagación de la misma.

B) ACTITUDES EN EL AMBITO DE LA SALUD:

Es sabido que existe cierta reticencia por parte de algunos profesionales de la salud para atender a los pacientes sidosos o seropositivos. Por ejemplo, en una comunicación²³ sobre el tema, leemos que los odontólogos y cirujanos orales parecen alinearse en esta actitud; en otra comunicación²⁴ se concluye que el personal de enfermería no solo muestra resistencia a la atención de sidosos sino que además reclama el derecho de negarse a dicha atención.

Una encuesta realizada en el ámbito médico²⁵ mostró que la mayoría de los profesionales, tanto en las especialidades clínicas como en las quirúrgicas, piensa que el médico tiene el derecho de solicitar tests para HIV sin pedir el consentimiento informado. Esta actitud fue algo más acentuada entre los médicos jóvenes (con menos de 14 años de graduación). Las razones aludidas fueron las siguientes: "por propia protección" (4 casos), "porque es importante para el diagnóstico" (6 casos), "es obvio" (2 casos), "porque si se pide autorización para este caso también habría que hacerlo para otros tests diagnósticos" (2 casos), "para evitar la diseminación y proteger a los familiares" (3 casos). Sólo cuatro encuestados consideraron que "siempre hay que pedir autorización" o que "hay que respetar la *intimidad* del paciente". Cabe destacar

que uno de los que optó por no pedir autorización, lo hizo bajo la condición de guardar secreto médico. Consideramos que esta actitud tiene que ver con el paternalismo arraigado en el *ethos* médico, o bien con la interpretación de la existencia de un cierto consentimiento, tácito por parte del paciente (si el enfermo va al médico a pedir ayuda, "es obvio" que se debe hacer todo lo que está al alcance para arribar al diagnóstico y eventual tratamiento). Así, en dichas conductas paternalistas, el principio de beneficencia parece imponerse sobre los principios de autonomía y de justicia.

Por otra parte, el secreto profesional, tradicionalmente respetado, ha sido cuestionado y algunos profesionales²⁶ afirman que existe "justa causa" cuando se lo quebranta para proteger el entorno familiar o profesional del paciente. En la encuesta anteriormente citada²⁷, sólo un 33% de los médicos encuestados decidió no comunicar la serología positiva a la/s pareja/s del paciente (dos encuestados hicieron esta elección con reservas), apelando al secreto profesional. Esta tendencia fue más acentuada entre los médicos con más de 15 años en la profesión, mientras que los más jóvenes optaron por comunicar el resultado a la pareja estable y/o a las eventuales conocidas, como medio para evitar la diseminación. De esta manera, se percibe una cierta predilección por proteger a la sociedad (al menos, al entorno social del paciente), a partir de la comunicación del estado serológico de los pacientes.

Como contrapartida, los profesionales de la salud enfermos o seropositivos también son referentes de actitudes irra-

cionales y discriminatorias, tanto por parte de los pacientes como de los propios colegas y asociaciones profesionales. Así, a partir de un relato de la infección de cinco personas expuestas a procedimientos invasivos realizados por un dentista infectado²⁸, muchos pacientes reclaman conocer el estado serológico de quienes los asisten. Una encuesta ²⁹ realizada entre 359 profesionales de la salud suecos reveló que el 75% de ellos no permitiría que un colega HIV positivo asistiera a uno de sus familiares y el 47% estuvo de acuerdo con un testeo rutinario para detectar HIV entre los profesionales con el objeto de proteger la salud del paciente.

Por nuestra parte, coincidimos con algunos autores³⁰ que afirman que las evidencias actuales no justifican la práctica compulsiva de serología HIV en los profesionales de la salud, aún en aquellos ya envueltos en procedimientos invasivos. Tampoco se justifica el alejamiento de su lugar de trabajo del personal seropositivo, a no ser que la dolencia (como en cualquier otra enfermedad) afecte las facultades o la capacidad de trabajo de los profesionales. El establecimiento de precauciones *universales* al tratar la sangre u otros fluidos corporales resulta suficiente para evitar el contagio, tanto del médico hacia el paciente como en sentido inverso.

C) ACTITUDES DESDE LA COMUNIDAD SEROPOSITIVA Y SIDOSA:

Resta describir las actitudes que portadores y enfermos tienen para con los otros miembros de la sociedad. Varios

autores³¹ concuerdan en que estas personas se perciben como doblemente marginadas: por su patología infecciosa y por su condición, en tanto pertenecientes a grupos relegados. Sienten que son percibidos por los otros como una amenaza potencial y que son víctimas de fobias colectivas. Estos sentimientos, de culpa y al mismo tiempo de marginación, suelen desencadenar dos tipos de actitudes; o bien el enfermo se aísla cayendo en un estado de depresión y de resignación, o bien reacciona con violencia y agresión hacia la comunidad. En este sentido, son conocidos los relatos periodísticos acerca de amenazas de contagio deliberado efectuadas por sidosos.

Como todo enfermo incurable, el sidoso atraviesa por varias etapas: negación de la enfermedad, ira hacia el médico y su entorno, "negociación" con Dios o con el médico, depresión y, finalmente, aceptación. Por lo tanto, no se puede categorizar a todos los sidosos como violentos y peligrosos; muchos de ellos seguramente superarán la etapa de ira en la que pueden constatarse, a veces, algunas conductas peligrosas.

Para finalizar, y a modo de resumen, puede afirmarse que:

- 1) La conflictividad ligada al SIDA excede los límites de una práctica médica de corte biologicista.
- 2) Dicha conflictividad resulta comparable, en algunos aspectos, a la problemática suscitada por otras epidemias como la peste, la lepra y la sífilis. Asimismo, reclama una práctica médica holista y un tratamiento interdisciplinario.

- 3) Por su carácter de enfermedad de transmisión sexual, el SIDA origina actitudes reprobatorias en relación con algunas prácticas sexuales.
- 4) Desde la óptica foucaultiana, las actitudes arriba señaladas podrían ser interpretadas como parte de la representación social que de esta enfermedad tienen las clases hegemónicas.
- 5) Ciertas condiciones sociales (pobreza, marginación, individualismo, etc.) están en relación directa con la drogadicción y con el sexo impersonal. Dichas condiciones favorecen, a través de las prácticas aludidas, el desarrollo de la pandemia.
- 6) Las actitudes discriminatorias se observan prácticamente en todos los ámbitos sociales (familiar, educativo, laboral, etc.) y bajo distintas modalidades (testeo compulsivo, reclusión en hospicios, quiebre de la confidencialidad, etc.)
- 7) Los profesionales de la salud son también víctimas de actitudes discriminatorias en tanto representan otro "grupo de riesgo" o población expuesta a la enfermedad.
- 8) No están ausentes, entre enfermos y portadores, conductas tales como la automarginación, la violencia o la agresión hacia la comunidad.

NOTAS

1. H.V. Fineberg. Dimensiones sociales del SIDA. Investigación y Ciencia, n°147 (1988) 122.
2. Cf. T. Todorov. La conquista de América. La cuestión del otro. (México, Siglo XXI, 1982) 195-213.
3. Utilizo deliberadamente esta terminología, que de modo alguno comparto, para hacer referencia al SIDA, por no ser infrecuente en la literatura sobre el tema y para mostrar que las actitudes discriminatorias están presentes incluso en un plano semántico.
4. Se reconocen cuatro formas clínicas de lepra: lepromatosa, tuberculoide, dimorfa e indeterminada, siendo la primera la más grave.
5. A.G. Kohn Loncarica. Una visión del SIDA desde la óptica de la Historia de la Medicina. Rev. Fundación Facultad de Medicina de la UBA, vol 3, n° 9 (setiembre 1993) 24-30.
6. G.I. Nuñez. Ética y SIDA, un llamado a la dignidad del hombre. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas de la Sociedad de Ética en Medicina (AMA) (Bs. As., setiembre 1993) 7-14. (Lo destacado en mayúsculas es del autor citado).
7. Sin embargo, el amor más trascendente sería aquél que orientara el alma hacia un goce más perdurable, libre del desgaste que acarrearán las circunstancias carnales. El objeto erótico de tal amor es la verdad, en tanto ella constituye, para el pensamiento platónico-aristotélico, el bien máspreciado y apetecible. Hasta el siglo XVI se seguirá percibiendo una estrecha conexión entre ascetismo y acceso a la verdad. Recién Descartes romperá este vínculo: para conocer la verdad bastará con captar lo evidente. Ser inmoral y el conocimiento de la verdad no serán más incompatibles. El sujeto de conocimiento ya no es un sujeto ascético necesariamente. Será Kant quien reintroduzca la ética como una forma práctica de la razón. ?
8. Distintas actitudes y formas de llevar a cabo la relación homosexual tenían por objeto resolver el conflicto entre la pasividad del "muchacho" y su carácter de ciudadano libre. Así, por ejemplo, el joven no debía cortejar sino que debía ser cortejado y tampoco tenía que sentir placer en la relación. De este modo, no sería el "esclavo" sino el "amo" de sus deseos.
9. M. Foucault. Historia de la sexualidad. La voluntad de saber (Bs. As., Siglo XXI, 1990) 9-11.

10. Algunas culturas como la de los trobiandeses, ni siquiera relacionan la sexualidad con la procreación. Cf. B. Malinowsky. La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia, 3 e. (Madrid, Morata, 1975).
11. "...uno de los rasgos casi universales del matrimonio es que no se origina en los individuos, sino en los grupos interesados (familias, linajes, clanes, etc) y que, además, une a los grupos antes y por encima de los individuos." Levi-Strauss, C. Polémica sobre el origen y universalidad de la familia. (Barcelona, Anagrama, 1976) 22.
12. "En el transcurso de los años nos hemos acostumbrado a la moralidad cristiana que considera el matrimonio y el establecimiento de una familia como la única manera de prevenir que la gratificación sexual sea pecaminosa. Si bien esta asociación existe en algún que otro lugar, no es ni mucho menos frecuente. Entre la mayor parte de los pueblos, el matrimonio tiene poco que ver con la satisfacción del impulso sexual, dado que el ordenamiento social proporciona numerosas oportunidades para ello; dichas oportunidades no son sólo externas al matrimonio, sino que incluso en ocasiones entran en contradicción a él." C. Levi-Strauss. Polémica sobre el origen y universalidad de la familia (Barcelona, Anagrama, 1976) 30.
13. Cabe mencionar que la autodenominación de "gai" en reemplazo del término "homosexual" implica, a mi entender, también una actitud discriminatoria de la comunidad homosexual hacia las personas heterosexuales. Recordemos que este término (*gay* en inglés, *gai* en francés, *gaio* en italiano, *gai* en catalán) de origen provenzal, pasado al catalán, al castellano (*gayo*), al francés -y de éste al inglés- y al italiano significa: alegre, jovial, de vida festiva y disipada.
14. En la filosofía de género se concibe lo femenino y lo masculino como heterodesignaciones o construcciones culturales asignadas a la mujer y al hombre. Se introduce la categoría de "género" como una herramienta de análisis para describir y explicar el sexismo y la dominación masculina en diferentes culturas.
15. Cf. M. Vidal. Ética de la sexualidad (Madrid, Tecnos, 1991) 113.
16. Para este tema se ha utilizado como bibliografía principal la obra de P. Illingworth. Aids and good society (London and New York, Routledge, 1990).
17. La manipulación es la versión psicológica de la coerción física.
18. Estos hechos han sido referidos por la Dra. Laura Astarloa en su conferencia sobre "Estado actual del SIDA en nuestro país y el mundo" (Htal. Piñero, Bs. As., 1994). Tb., cf., C. Manuel et al. The ethical approach to AIDS: a bibliographical review. *J Med Ethics*, vol. 16, n°1 (1990) 14-27.

19. Cf. I. Maglio. Primeras Jornadas de la Sociedad de Etica en Medicina (AMA). Bs. As., 1993.
20. Cf. M. Almeida, D. Romero Muñoz. Relação Médico-Paciente e Paciente-Instituição na AIDS: o Direito a Informação e a Confidencia; a Discriminação, o Abandono e a Coerção. Bioética (Rev publicada pelo Conselho Federal de Medicina), vol 1, nº1 (1994) 49-53.
21. Debo aclarar que no me extiendo en este trabajo en el análisis del fenómeno SIDA en cárceles e institutos de reclusión de menores. Tratar profundamente este tema me obligaría a considerar cuestiones vinculadas con el control y el poder que exceden el objetivo de este trabajo.
22. Cf. M. Almeida, D. Romero Muñoz, op. cit.
23. Cf. E.G. Grace, L.A. Cohen. Attitudes of Maryland dentists towards AIDS and hepatitis patients. Am J Dent (United States), vol. 6, nº1 (February, 1993) 32-40.
24. Cf. J.A. Erlen, M. Lebeda, C.J. Tamme. Respect for persons: the patient with AIDS. Orthop Nurs (United States), vol. 12, nº4 (Jul-Aug, 1993) 7-10.
25. Cf. "Actitudes Eticas frente al SIDA (encuesta anónima)" en el Apéndice de este trabajo.
26. Cf. G.I. Benrubi. Confidentiality in the age of AIDS. J. Reprod. Med., vol.37, nº12 (December, 1992) 969-72.
27. Cf. Actitudes Eticas frente al SIDA.
28. Cf. CDC update: transmission of HIV infection during invasive dental procedures. MMWR, nº 40 (1991) 1-9.
29. Cf. G. Brattebo, T. Wisborg. HIV infection and health personal: health care workers' opinions concerning some ethical dilemmas. Scand J Soc Med, vol.18, nº3 (1990) 225-229.
30. Cf D.B.Greco, M.de Castro Neves.O Profissional de Saúde Infectado pelo HIV - Direitos e Deveres. Bioética. Rev. publicada pelo Conselho Federal de Medicina, vol. 1, nº1 (1993) 39-48.
31. Cf. C.Cohen, C.J.Segre Faiman.AIDS: Ataque ao Sistema de Defensas Psíquicas. Bioética, Rev. publicada pelo Conselho Federal de Medicina, vol. 1, nº1 (1993) 67-70.

CONCEPTO DE DISCRIMINACION

Si consultamos, el Oxford English Dictionary, encontramos una caracterización preferentemente neutral del concepto: separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra. En él se lee:

" *discrimination*: 1°the action of discriminating; the perceiving, noting, or making a distinction or difference between things; a distinction (made with the mind, or in action). 2°something that discriminates or distinguishes; a distinction, difference existing in or between things; a distinguishing mark or characteristic. 3°the faculty of discriminating; the power or observing differences accurately, or of making exact distinctions; discernment. 4°recreation"¹.

Por su parte, el Diccionario de la Real Academia Española admite las siguientes acepciones:

" *discriminación*: acción de discriminar; *discriminar*: 1°separar, distinguir, diferenciar una cosa de otra. 2°dar trato de inferioridad a una persona o colectividad por motivos raciales, religiosos, políticos, etc."².

En contextos jurídicos y políticos, y también en el lenguaje ordinario, el vocablo adquiere una connotación valorativa en sentido negativo o peyorativo. Así, se podría hablar de una *discriminación afirmativa* en el primer caso y de una *discriminación negativa* en el segundo. Por ejemplo, éste es el sentido con el que se usa el término en las discusiones sobre los derechos de los negros a viajar en los mismos transportes públicos que los blancos o a asistir a los mismos centros educativos, en los debates feministas y en el tratamiento parlamentario de las leyes antidiscriminatorias. Este

segundo uso comprometido de "discriminación" supone una acción prejuiciosa, parcial, injusta contra algo o alguien. Implica que se está privando a alguien de los derechos que legítimamente le corresponden, o que se lo está separando injustamente por no considerarlo igual a los demás.

Si apelamos a la etimología, el sustantivo "discriminación" viene del sustantivo latino *discriminatio*, que deriva del verbo *discrimino*. *Discrimino* deriva de la forma sustantiva *discrimen* que significa: 1º "*est proprie quod separat aliquas res, esse in medio posita*", Schol. Gron. B., p. 327, 14. St.; designa por ejemplo, la "raya" en la cabellera, el "diafragma" y todo tipo de intervalo o de separación; de aquí se siguen sus acepciones como "signo distintivo, diferencia" y "disentimiento"; 2º "hecho de zanjar un diferendo, juicio decisivo"; y "momento decisivo y peligroso". Si bien estas acepciones apuntan más bien a la idea de "separación" que a la de "diferenciación negativa", esta última se refuerza atendiendo a la etimología de la partícula *dis* que, propiamente, marca la separación, el apartamiento, la dirección en sentidos opuestos (*discurro, diversus*) y, en consecuencia, lo contrario, la negación, y se opone a *con* ³.

En general, se suele entender por discriminación toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que tenga por objeto, finalidad o resultado anular, menoscabar o abolir el reconocimiento, goce o ejercicio, sobre la base de la igualdad, de los derechos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o cualquier otra esfera

de la vida política⁴. La igualdad de los seres humanos se presenta, entonces, como la base sobre la cual no están permitidas moralmente las acciones discriminatorias. Por lo tanto, parecería razonable intentar una caracterización del concepto de discriminación a partir del concepto de igualdad.

Cuando decimos que dos objetos A y B son iguales, suponemos la existencia de una variable respecto de la cual se establece esa característica de igualdad. Por ejemplo, A y B son iguales respecto de su color. Esto no excluye que A y B difieran respecto de otras variables, por ejemplo su consistencia, su peso o su sabor. Dado un objeto y sus propiedades, establecer cuál de ellas se vuelve relevante para decidir sobre la igualdad o la diferencia, dependerá del contexto. Así, si mi propósito es seleccionar objetos rojos, la variable "color" tendrá preeminencia sobre las otras.

De este modo, cuando se habla de igualdad humana, se está diciendo que los hombres son iguales en algo o respecto de algo que se torna relevante como rasgo o índice de humanidad; las otras características quedarán, *prima facie*, excluidas. Cuando ese algo que marca la igualdad le es negado a una persona, se la estará discriminando. Del mismo modo, cuando alguna de las otras variables excluidas se toma en cuenta para separar a alguien de un grupo o conjunto humano, también se la estará discriminando. Por ejemplo, cuando se niega la internación hospitalaria a un paciente porque su color de piel es diferente del color del resto de los pacientes o porque pertenece a una clase socioeconómica distinta, se estarán tomando

en cuenta propiedades que de hecho ese paciente posee pero que no son, como se verá, relevantes en tanto indicadores de su humanidad; en tales casos, el negar la asistencia médica será una conducta discriminatoria.

Entonces, una formulación plausible de la igualdad humana podría ser la siguiente:

"en todos los aspectos relevantes, los seres humanos deben ser considerados y tratados de igual manera, es decir, de una manera uniforme e idéntica, a menos que haya una razón suficiente para no hacerlo"⁵.

Nótese que este principio deja abierta la posibilidad de un trato diferencial pero no discriminatorio (más adelante se volverá sobre este punto). Sin embargo, es claro que esta formulación presenta algunos problemas. Por ejemplo, ¿qué se entiende por "aspectos relevantes"? y ¿cuándo se considera que una razón es "suficiente"?

Aún no hemos resuelto en qué son iguales los hombres, de modo que se hace necesario continuar la reflexión a fin de hallar ese o esos aspectos relevantes que operan como criterio de humanidad, o mejor dicho, dado que nos movemos en un plano prescriptivo, que *deberían* operar como tal criterio.

La respuesta puede buscarse en el plano biológico y decir: a pesar de las diferencias fenotípicas (sexo, raza, estatura, peso, etc.), los seres humanos son iguales en virtud de su cariotipo de 46 cromosomas. Más allá de las dificultades que ofrece este criterio, por ejemplo, cómo caracterizar a las

personas con cuarenta y cinco o cuarenta y siete cromosomas (síndromes de Down, de Turner, de Klínenfelter, etc.), podría considerárselo reduccionista. El hombre no puede reducirse a una dimensión exclusivamente biológica ya que él es tanto naturaleza como cultura. En consecuencia, cabría pensar que es precisamente allí, en la cultura, donde ha de buscarse la propiedad por la cual las personas son iguales.

Ya en el plano cultural, se podría responder con un criterio de índole religiosa: la razón de la igualdad tiene que ver con que cada hombre ha sido creado por Dios a su imagen y semejanza. Pero esta respuesta no satisfará a quienes no compartan una determinada creencia religiosa. Por otro lado, una falsa igualdad de todos ante Dios ha sido en muchas ocasiones un principio encubridor de lacerantes injusticias⁶. Por lo tanto, para lograr mayor aceptación, la respuesta tendría que estar basada en argumentos racionales, aceptables para todo el mundo, tanto por quienes profesan una religión como por quienes no lo hacen, de tal modo que quien negara la igualdad humana atentaría contra su propia racionalidad en el mismo acto de proferir esa sentencia.

Ahora bien, dejando de lado la biología y la religión y ya instalados en un plano racional, podemos acudir al derecho positivo y decir que los hombres son iguales en lo que hace al goce de una serie de derechos jurídicos (igualdad cívica). Los derechos humanos (DH) se expresarían, entonces, como un tipo de derechos jurídicos. En este sentido, C. Nino⁷ sostiene que "los DH son uno de los grandes inventos de nuestra civiliza-

ción". Por ser "inventos", son algo "artificial", aunque dependen de ciertos hechos "naturales" como el ser hombre. Este invento no es arbitrario, puesto que tiene por objeto el servir de antídoto a los infortunios derivados de la instrumentalización del hombre por el hombre, infortunios que vienen a sumarse al carácter trágico de la condición humana dado por la fragilidad de nuestra constitución biológica. Las enfermedades, los accidentes, las catástrofes climáticas, los sismos son, entre otros, factores que acechan la existencia y que nos recuerdan a cada momento nuestro carácter de entes finitos y limitados. A estas "causas naturales" de nuestra vulnerabilidad, de las que los hombres no somos responsables, vienen a sumarse aquellas acciones que toman al hombre como medio como, por ejemplo, la pobreza, las guerras, las violaciones, la esclavitud, las matanzas, la contaminación ambiental, los desastres debidos a fallas tecnológicas. La ciencia en general y la medicina en particular han intentado contrarrestar aquellos factores naturales que atentan contra la vida. Mucho más razonable y sencillo parecería ser el evitar o el poder controlar aquello que sí depende de nosotros mismos y de lo cual somos responsables. Así como la medicina pretende prevenir y curar las enfermedades, los DH pretenden funcionar como profilaxis de las injusticias causadas por el hombre.

Estos DH, en tanto derechos jurídicos, se expresan en las legislaciones nacionales. Pero el derecho positivo, que depende de la voluntad del legislador, es contingente y derechos presentes en una constitución pueden desaparecer en una ulterior o no figurar en todas las legislaciones de los diversos

países. Una estrategia para sustraer de la contingencia estos derechos consiste en la suscripción de pactos internacionales en los que los estados miembros se comprometen a garantizar la vigencia de tales derechos en los respectivos territorios. No obstante, estos tratados encuentran como límite infranqueable la soberanía de los estados. Nuevamente, la igualdad humana se vería amenazada.

Los pactos y tratados internacionales no resultan un antídoto suficiente, de modo que se vuelve necesario apelar a la formación de la conciencia moral de la humanidad. Ella aparece entonces como el freno más perdurable y eficaz contra la acción de los enemigos de la igualdad humana. Avanzando en este terreno, se puede decir con el iusnaturalismo, que hay algunos derechos que son independientes de la voluntad del legislador, estrechamente relacionados con la naturaleza humana y que son ellos los que establecen la igualdad⁹. Dicho de otro modo, para el iusnaturalismo, habría ciertos principios que hacen a la justicia, universalmente válidos, y que son independientes de su reconocimiento efectivo por ciertos órganos o individuos. De ellos emana el derecho natural que debe ser respetado por el derecho positivo para que éste sea un derecho justo⁹. La conciencia moral debería reconocer como naturales ciertos derechos del hombre los que, a su vez, deberían ser reconocidos y garantizados por las leyes nacionales e internacionales.

Tales derechos básicos concebidos como derechos morales, no sólo son considerados como algo anterior al sistema jurídi-

co y como su criterio de justicia, sino que, además, no pueden estar sujetos al juego de las mayorías. Estos derechos son universales, absolutos (incondicionales) e inalienables. Son universales, porque atañen a todos los seres humanos sin excepción alguna. Son absolutos porque no están sujetos a condicionamientos ni se los puede negociar. Son inalienables, porque nadie puede renunciar a ellos.

Desde la perspectiva iusnaturalista, en efecto, el pertenecer a la especie humana es la única propiedad relevante para establecer la igualdad de los hombres en lo que hace al goce de aquellos derechos morales. Este "pertenecer a la especie humana" es una propiedad no sólo relevante sino también del tipo "todo o nada" y en este sentido el iusnaturalismo se hace eco del *slogan* "todos los hombres son iguales". Esta proposición, obviamente, es falsa si con ella pretendemos sostener que "todos los hombres son igualmente inteligentes" o que "todos los hombres son igualmente bondadosos". Lo que con ella se quiere significar es que "todos los hombres son igualmente hombres". Esto puede parecer una trivialidad o una tautología, pero no lo es en modo alguno, ya que no todas las frases de la forma "todos los A son igualmente A" son verdaderas¹⁰. La frase en cuestión envuelve una importante afirmación del carácter no gradual del predicado "hombre"¹¹.

La posición iusnaturalista parecería ser plausible, en el sentido de poder ser sostenida racionalmente frente a nuestros interlocutores. No obstante, pueden identificarse en ella algunos problemas. Uno de ellos, señalado por el positivismo,

es el del estatuto ontológico de la "naturaleza humana" a la luz del enfoque aristotélico-tomista, que esta posición implicaría. Cuando el iusnaturalismo hace referencia a "especie humana" no entiende este concepto desde una óptica biologicista que, como vimos, no está exenta de dificultades, sino que se caracteriza el concepto de hombre sobre la base de una propiedad tal como la racionalidad y/o la capacidad de proponerse fines¹². Como estas propiedades no son del tipo todo o nada, se incurriría en una contradicción.

Por su parte, Voltaire en su *Diccionario Filosófico* entiende que tener humanidad es sentir lo común en lo diferente, aceptar lo distinto sin ceder a la repulsión de lo extraño¹³. Pero esta caracterización de lo humano no deja de ser ambigua, pues "lo común" puede ser entendido de diversas maneras. Asimismo, esta forma de aprehender la humanidad ("sentir") posee una fuerte connotación intuicionista, posición filosófica no exenta de crítica (que aquí no voy a desarrollar).

También se ha identificado la *humanidad* con la *piedad*. Muestra humanidad quien compadece al doliente, quien se apiada frente al sufrimiento o el esfuerzo ajeno, procurando remediarlos o, al menos, no agravarlos. La humanidad viene a ser entonces la disposición de comprender el dolor, de identificarse con el dolor ajeno por rememoración del propio. En este sentido, Schopenhauer denuncia la *crueldad* en tanto complacencia en causar dolor como la antítesis de la humanidad. La identificación en el dolor del otro declara ilusoria la dife-

rencia entre los individuos porque para compadecerse de quien sufre se le debe ver como una variedad simplemente aparente, es decir, como otra manifestación de lo que uno es. La piedad, que tiene un carácter inmediato y una fase instintiva viene a ser, entonces, un "egoísmo de la especie", como el amor a si misma de toda la especie.

Para Hannah Arendt¹⁴, en cambio, la *humanidad* no es la compasión ni la fraternidad sino la *filía*, la amistad. La presencia latente de la envidia es lo que nos hace más soportable la proximidad de los humillados y ofendidos que la de los jubilosamente autosuficientes. Cuando la envidia ha sido superada, se da lugar a la amistad. Ella busca compañeros de excelencia y no pacientes de beneficencia, no prescinde del auxilio ni menosprecia la solidaridad, pero la amistad no se define por ellos sino por la vocación de encontrar alegría en el otro y por los otros. La piedad puede contener una preferencia por el dolor del otro en cuanto me libera de la vocación de abrimme realmente a él: me ocupo del dolor del otro para no ocuparme del otro.

Desde la ética intuicionista de los valores, Max Scheler sostiene que cada persona es un ser individual, singular, diferente de los demás. Los dos principios componentes de la persona, la vida y el espíritu, se encuentran en una relación dinámica y causal, no sustancial; es decir, conforman al individuo, único en su ser, no como las partes con respecto al todo sino porque condicionan y determinan a una persona:

Pero aunque la "vida" y el "espíritu" son esencialmente distintos, ambos principios están en el hombre, según nuestra concepción ya expuesta, en relación mutua: el espíritu idea la vida; y la vida es la única que puede poner en actividad y realizar el espíritu, desde el más simple de sus actos hasta la ejecución de una de esas obras a que atribuimos valor y sentido espiritual¹⁵

Al igual que las mónadas, las personas, todas diferentes, constituyen una serie ascendente hasta Dios, "persona de todas las personas". La persona es transinteligible, no puede conocerse a través de conceptos generales; tampoco es objetivable, sólo puede accederse a ella por *participación*. Los hombres, en tanto miembros de un *mundo compartido*, desarrollan diferentes grados de participación afectiva. La forma más general es la *simpatía*. Por simpatía se entiende el acto de sentir directamente la alegría o la tristeza ajenas, en lo que tiene de peculiar o ajeno a mí. Por la simpatía, la persona trasciende su individualidad y alcanza la intimidad ajena. Por el contrario, el *amor*, otra forma de participación afectiva, es espontáneo, no requiere de un sentimiento previo en el otro con el cual me identifico. Scheler lo define como un movimiento intencional por el cual se aprehende el valor superior de un objeto a partir de su valor dado. El amor no ama los valores sino a sus portadores, es decir, a las personas. El amor es creador en tanto y en cuanto *des-cubre* o *re-vela* valores en el sujeto amado que no parecían existir en él. Es también clarividente porque, guiado por el amor, el sujeto mejora y se perfecciona¹⁶.

Unamuno, siguiendo a Kant, considera que la persona no es un medio sino un fin en sí mismo, pero a diferencia de Kant, sitúa la dignidad no en la autonomía sino en el anhelo de ser

eterno. Si el morir fuese nuestro destino, entonces no seríamos fines sino tan sólo medios para que otros vivan: los hijos, la sociedad, etc. El anhelo universal de no morir totalmente es la garantía de nuestro valor absoluto. De no trascender la muerte, de no poder buscar y hallar la felicidad después de la muerte, no tendría sentido alguno hablar de dignidad. El fundamento de la dignidad del hombre radica en su derecho a vivir para siempre. Es este anhelo de ser y de divinizarse lo que nos hace merecedores de un trato especial. Este querer vivir es lo universal, aquello por lo cual todos somos iguales. Pero, por lo demás, cada hombre es un ser irrepetible, único e insustituible y cada hombre vale más que la humanidad entera: "Cada uno de nosotros -nuestra alma, no nuestra vida- vale por el Universo todo"¹⁷. La fuente de nuestro valor absoluto no se encuentra, entonces, el hecho contingente de vivir, ni tampoco la capacidad autolegisladora kantiana, sino en nuestra alma que suplica y grita por la inmortalidad. La vida del hombre no vale nada si no puede trasponer la muerte¹⁸.

Como puede verse, las posibilidades acerca de cómo entender la "naturaleza humana" son variadas, no existiendo consenso entre los distintos filósofos y no siendo ninguna totalmente satisfactoria. Parece entonces que tendríamos que renunciar a la aventura de obtener una definición de humanidad o esencia humana y acogernos al dictamen nietzscheano de que "lo que tiene historia no puede tener definición".

Además de resolverse el problema de la esencia humana, quedaría pendiente la estipulación de cuáles son los derechos que se fundan en ella. Si dotamos a esos derechos de rasgos tan fuertes como el ser *universales, absolutos e inalienables*, no parece que pueda afirmarse que ellos sean tan numerosos y complejos como dan a entender los catálogos internacionales y las constituciones. Más bien habría que pensar en dos o tres derechos básicos a partir de los cuales se derivarían otros más específicos según los contextos sociales y las circunstancias históricas¹⁹. Para Ferrater Mora²⁰, por ejemplo, esos derechos básicos comunes a todos los hombres, independientemente de las diferencias físicas o mentales, serían el derecho a disponer de sí mismo, a la libertad, y el derecho a subsistir física y económicamente con un nivel decoroso. Por su parte, la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* de 1789 empieza afirmando el derecho natural de todos los hombres a la libertad y a la igualdad y continúa con la enumeración de derechos naturales e inalienables como la libertad, la propiedad, la seguridad, la resistencia a la opresión²¹. Qué es lo que hace que sean éstos y no otros los derechos morales básicos, es una pregunta que queda sin respuesta.

Resumiendo: hemos intentado definir el concepto de discriminación a partir del concepto de igualdad. Por lo tanto, hemos comenzado el análisis partiendo de una caracterización de la igualdad humana, es decir, de la búsqueda de aquel o aquellos aspectos relevantes que debieran operar como criterio de igualdad. Hemos buscado estos aspectos, primero en el plano biológico y luego en el religioso. En ambos casos encontramos

problemas, por lo que nos hemos visto obligados a indagar por la respuesta en el plano racional. Dentro de este ámbito, hasta el momento, hemos analizado dos posiciones, a saber:

a) Derecho positivo: los hombres son iguales en el goce de un conjunto de derechos jurídicos (igualdad cívica). Aquí, los derechos humanos (criterio de igualdad) se presentan como una construcción cultural que tiene por objeto contrarrestar la posible instrumentalización del hombre. Esta posición presenta el problema de la contingencia fáctica de las constituciones nacionales y de los pactos internacionales.

b) Iusnaturalismo: los hombres son iguales respecto de ciertos derechos naturales que preceden al contrato social y que, por lo tanto, deben ser respetados por él. Estos derechos naturales (criterio de igualdad) hacen a la naturaleza humana y pertenecen a la ley natural. Aquí, topamos con dos problemas: por un lado, estipular cuáles y cuántos son esos derechos naturales y, por otro lado, dilucidar qué se entiende por "naturaleza humana". Con respecto a esta última cuestión, hemos visto que la "humanidad" es entendida de modo diferente por distintos autores: humanidad como "sentir lo común en lo diferente", como "piedad", como "amistad", como "vida y espíritu en relación dinámica y causal", como "anhelo de eternidad". La ambigüedad de este concepto y el problema de su estatuto ontológico hacen que nos apartemos también del iusnaturalismo.

Entonces, dejando de lado el iusnaturalismo y continuando la búsqueda dentro del ámbito de la racionalidad, se puede recurrir al pensamiento sartreano. Sartre plantea, como un

reclamo al menos implícito en toda antropología, el saber cuál sea el ser de la realidad humana. Pero esta cuestión carece de respuesta. No hay algo así como una "esencia humana". La diversidad sincrónica de los grupos y su evolución diacrónica impiden la existencia de un "conjunto fijo de determinaciones" que caractericen a algo así como una "naturaleza humana". Sin embargo, la comunicación entre estos grupos es posible:

"Para tener en cuenta estos dos caracteres opuestos (no hay naturaleza común, la comunicación siempre es posible), el movimiento de la antropología suscita de nuevo, y con una nueva forma, la 'ideología' de la existencia"²².

Las determinaciones de la persona sólo aparecen en el contexto socio-histórico al que ella pertenece. Cada cultura asigna a cada uno de sus miembros un trabajo, una relación con el producto de su trabajo y ciertas relaciones de producción con los otros miembros. Estas determinaciones son sostenidas, interiorizadas y vividas, en la aceptación o el rechazo, por cada proyecto personal²³.

Si hay que buscar algo constante en la humanidad, ello ha de encontrarse en las "relaciones humanas", cualesquiera sea su contenido. Aún entre dos individuos separados, pertenecientes a grupos o culturas distintas, existe entre ellos una relación de ignorancia. Las relaciones humanas anteceden a los individuos y, en este sentido, Sartre se ubica en la línea de pensamiento marxiano y en oposición al individualismo *a priori* de la burguesía liberal; pero, por otro lado, se rechaza el determinismo del materialismo histórico al reivindicarse la libertad humana: "el hombre hace la Historia en la exacta

medida en que ella lo hace"²⁴. Las relaciones entre los hombres son siempre la consecuencia dialéctica de su actividad y de las circunstancias y condiciones sociales en que existen. Si esta *praxis* del individuo es dialéctica, también su relación con el otro lo es; cada uno de los miembros de la relación es sujeto y objeto simultáneamente:

"Es imposible *existir en medio de los hombres* sin que se vuelvan objetos para mí y para ellos por mí sin que yo sea objeto para ellos, sin que por ellos tome mi subjetividad una realidad objetiva como interiorización de mi objetividad humana"²⁵.

Cuando el otro es considerado como diferente, como no siendo uno mismo, hay un reconocimiento previo de sus propios fines (no puedo oponer sus fines a los míos sin este reconocimiento) y también un reconocimiento de la propia finitud. Así, esta relación negativa con mi propia existencia (la diferencia del otro con respecto a mí) me constituye como ignorancia, como insuficiencia.

En este conocernos como hombres entre los hombres tiene lugar la reciprocidad. Esta reciprocidad nada tiene que ver con cuestiones abstractas como la caridad cristiana, la voluntad *a priori* que trata al otro como un fin absoluto, o con una intuición contemplativa que aprehende la "humanidad" en tanto esencia presente en el prójimo. Se trata de una relación concreta, histórica, material:

"ese cultivador reconoce en ese peón caminero un proyecto concreto que se manifiesta por sus conductas y que otros *ya han reconocido* por la tarea que les han prescripto"²⁶.

Cada uno reconoce al otro en base a sus trajes, a sus herramientas, a sus costumbres, etc. El simple uso del lenguaje implica el mutuo reconocimiento²⁷.

No obstante, paradójicamente, la reciprocidad no protege a los hombres contra la reificación y la alienación y, en este sentido, la explotación capitalista y la opresión no se oponen:

"En efecto, hay que señalar que la verdadera estafa que constituye a la primera tiene lugar sobre la base de un contrato. Y si es verdad que este contrato transforma necesariamente el trabajo -es decir, la *praxis*- en mercancía inerte, también es verdad que en su forma misma es relación recíproca: se trata de un libre intercambio entre dos hombres que se reconocen en su libertad, pero ocurre, simplemente, que uno de ellos finge ignorar que el Otro se ve empujado por la fuerza de la necesidad a venderse como un objeto material. Sin embargo, toda la buena conciencia del patrón descansa sobre ese momento del intercambio en que el asalariado se supone que ofrece *con plena libertad* su fuerza de trabajo...Este ejemplo muestra cómo el hombre no deviene cosa para el otro y para sí mismo sino en la medida en que primero está presentado por la *praxis* como una libertad humana. El respeto absoluto de la libertad del miserable, en el momento de hacerse el contrato, es la mejor manera de abandonarle a las sujeciones materiales"²⁸.

Por su parte, la opresión consiste en tratar al otro como un animal. Sin embargo, el amo adjudicó la animalidad al esclavo después de haber reconocido su animalidad: "*para tratar a un hombre como a un perro, antes hay que haberlo reconocido como hombre*"²⁹. Queda clara así la contradicción del racismo, del etnocentrismo, del colonialismo y de todas las formas tiranía y de discriminación:

"El malestar secreto del amo es que está perpetuamente obligado a tomar en consideración la *realidad humana* de sus esclavos (...), negándoles al mismo tiempo el estatuto económico y político que define *en estos tiempos* a los seres humanos"³⁰.

El hombre no es para Sartre un fin absoluto, pues esto ~~implicaría tratar a la persona humana como fin incondicionado~~

y, de este modo, se caería en un idealismo absoluto. Sólo se puede presentar como su propio fin a una idea entre otras ideas. El hombre, por el contrario, es un ser material en medio de un mundo material, quiere cambiar el mundo y cambiarse a sí mismo. A cada instante, el hombre se hace a sí mismo su propio instrumento; su proyecto es superación del presente hacia el porvenir y de uno mismo hacia el mundo. De este modo, si me trato a mí misma como medio en mi proyecto de superación, no puedo tratar al otro como un fin absoluto. Claro que, en la reciprocidad positiva, el otro no es un medio para mis propios fines sino para un fin trascendente que le pertenece³¹.

En consecuencia, la igualdad viene íntimamente articulada en Sartre con la libertad. Así, el otro es como yo porque es libre y, a la vez, el otro es libre porque es como yo. En otras palabras, el otro es igual a mí como libertad. Pero la libertad del otro puede interferir con mi libertad. En cierto modo, como en el liberalismo, la libertad sólo está limitada por la libertad, pero en tanto y en cuanto es un límite ontológicamente activo y existencial que yo me hago respecto del otro quien, a su vez, debe proceder del mismo modo.

Este concepto de igualdad presenta el problema de no poder universalizarse bajo las circunstancias actuales, es decir en el mundo de hoy. Como se ha visto, Sartre reconoce que vivimos en un mundo de opresión y explotación donde no están dadas las condiciones para la existencia de un mundo humano en el que la relación libertad-igualdad se universali-

ce. Por el contrario, se dan una serie de contradicciones ontológicas en las que la libertad de un individuo o de un grupo niega al otro el reconocimiento y toma en él su libertad por facticidad y su facticidad por libertad. Estas contradicciones se expresan en las figuras de la mala fe cuya forma paradigmática es la violencia³².

Frente a las alternativas consideradas, se presenta una fundamentación ética de la igualdad que apela a la dignidad de las personas. Desde esta perspectiva racional, resulta ineludible la respuesta kantiana. En la *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*, Kant deriva la idea de *dignidad* de las personas a partir de la idea de *precio* de las mercancías. La mercancía es algo valioso en tanto satisface alguna necesidad o deseo. Es decir que el valor de la mercancía es *relativo* a esa necesidad o deseo, tiene un valor *para*, y puede ser sustituida por algo equivalente. Una persona, en cambio, tiene un valor *absoluto*, un valor *en sí*, y no puede ser reemplazada. El valor interno o absoluto es lo que hace a la persona no intercambiable. Este valor absoluto encuentra su fundamento en el hecho metafísico de que la persona es el único ser capaz de darse leyes a sí misma, es decir, el único ser capaz de *autonomía*³³. Ese valor interno, ese poder tener autonomía moral, es lo que hace que la persona sea digna. Por lo tanto, se podría decir que aquello relevante, presente sólo en la especie humana y común a todos sus miembros, aquello por lo cual los hombres son iguales, es su dignidad.

Desde la óptica kantiana, la dignidad de las personas se deriva de su autonomía. No obstante, esta relación entre dignidad y autonomía es discutible:

"La relación entre el principio de autonomía y el de dignidad de la persona, no es del todo clara. Por un lado, el principio de autonomía parece implicar el de dignidad, puesto que se podría decir que lo que hace moralmente relevantes a las necesidades de un individuo es que su materialización forma parte de un cierto plan de vida cuya satisfacción el primer principio juzga valiosa. Pero por otro lado, parece que el principio de autonomía presupusiera el de dignidad de la persona, ya que el valor de la elección de los planes de vida por parte del individuo implica que hay, por lo menos, un tipo de decisiones que pueden y deben ser atribuidas a esos individuos y que deben ser tomadas seriamente en cuenta cuando se actúa respecto de ellas"³⁴.

Para C. Nino, el principio de dignidad prescribe tratar a los hombres de acuerdo a sus voliciones y no en relación con otras propiedades sobre las que no tienen control. De la adopción de este principio, surge la ilegitimidad de instituciones o medidas que discriminen a los hombres sobre la base de factores no sujetos a su voluntad como ser el color de la piel o el sexo³⁵. Estos factores serían aquellas propiedades no relevantes, mencionadas al iniciar este capítulo, que hacen que los hombres sean diferentes sin caer por ello en la desigualdad y, por ende, en la discriminación.

Pero aquí aparece el problema siguiente: la dignidad es una propiedad transitiva, es decir, expresa que alguien es merecedor de algo sin especificar de qué cosa. Por ejemplo, uno podría ser digno de respeto o de castigo en proporción a su conducta o al *status* social que ocupa; es decir, se puede ser digno de algo en relación al mérito o a la condición social.

Siguiendo a Adela Cortina³⁶, pensamos que podemos encontrar la respuesta en la pragmática trascendental. La categoría de sujeto presentada por Kant no es inmune a las críticas dirigidas a la llamada "filosofía de la conciencia", pero la pragmática trascendental "permite resolver la aporía entre otorgar dignidad únicamente a la autonomía o a la idiosincrasia del sujeto"³⁷. En la ética discursiva (ED), el sujeto no es un mero observador sino un hablante que interactúa con un oyente; aparece como el *alter ego* de otro *alter ego*, siendo así radical la apertura a la alteridad. La categoría básica para interpretar al sujeto no es ya la conciencia de autodeterminación sino la conciencia de reconocimiento recíproco de la autonomía. El solipsismo queda sustituido por dos dimensiones que constituyen al sujeto: la *dimensión individual* privada, el mundo subjetivo al que tengo un acceso privilegiado, y la *dimensión personal*, común a cualquier interlocutor virtual. Los hablantes competentes³⁸ son reconocidos como personas y por eso la categoría básica ya no es la de "sujeto" sino la de "subjetividad/intersubjetividad".

Como el punto de partida ya no es el sujeto, una norma será válida universalmente, es decir, moralmente correcta, si y sólo si todos los afectados por ella, como interlocutores válidos que son, están dispuestos a darle su consentimiento, tras un diálogo realizado en condiciones de simetría y sin coerción alguna.

Llegados a este punto, es conveniente una breve explicitación de la propuesta que ofrece la ED. En tanto seres racio-

nales y dotados de lenguaje, no podemos resolver los problemas por medio de la fuerza, sino si y sólo si por medio de la argumentación. Cuando hablamos (aún cuando lo hacemos con nosotros mismos), presuponemos un interlocutor que comprende nuestro lenguaje y con el cual pretendemos alcanzar un consenso. Este o estos interlocutores constituyen la "comunidad de comunicación" (CC) de la que, obviamente, formamos parte.

Que al argumentar en serio pretendemos alcanzar un consenso es una verdad irrefutable, pues no podemos negarla sin ser inconsistentes. Quien niegue que se pueda alcanzar consenso sobre una cuestión determinada, incurre indefectiblemente en una "autocontradicción performativa"³⁹ porque en el acto de argumentar para negar esta posibilidad existe implícitamente la posibilidad de convencer al otro. Es decir: para aceptar que no hay consenso posible en una discusión se debe admitir la existencia de consenso en la aceptación de esta idea.

Otra norma moral básica incondicionada o categórica como la anterior, y que puede advertirse mediante "reflexión trascendental"⁴⁰ es "el mutuo reconocimiento de todos los miembros de la CC como interlocutores con iguales derechos"⁴¹. Todos y cada uno de sus integrantes tienen exactamente los mismos derechos:

"Solo podemos alcanzar una solución argumentativa de los conflictos cuando todos los integrantes de una comunidad se reconocen mutuamente como personas que poseen los mismos derechos de representar argumentativamente intereses"⁴²

Quien argumenta reconoce implícitamente todas las exigencias y/o necesidades de los miembros de la CC que puedan ser justificadas por argumentos racionales:

"Las necesidades humanas son eticamente relevantes en su carácter de exigencias dirigidas a los semejantes y deben ser reconocidas en la medida en que sean justificables por medio de argumentos"⁴³.

Los intereses egoístas deben sacrificarse a favor de los intereses de la comunidad, pero "hay además la exigencia de no sacrificar *innecesariamente*⁴⁴ ningún interés individual"⁴⁵. Por lo tanto, aquellos que han adquirido competencia comunicativa⁴⁶ por medio del proceso de socialización están obligados a procurar, en cada oportunidad en que estén en juego intereses humanos, un acuerdo que contribuya a la formación solidaria de la voluntad⁴⁷.

Ahora bien, la resolución de conflictos mediante la argumentación supone la existencia de una CC "ideal" cuyos miembros no se comportan estratégicamente y en quienes se puede confiar. Pero no nos movemos en ella sino en una CC "real" en la que indefectiblemente entran en juego intereses de diversa índole⁴⁸. Es aquí donde Apel, a diferencia de Kant, tiene en cuenta las consecuencias y subconsecuencias de la acción. Los interlocutores deben estar advertidos y tomar las precauciones necesarias a fin de no resultar sorprendidos (sin por ello renunciar a la argumentación) y actuar así "responsablemente" en la defensa de los derechos de su grupo social, cultural o ideológico ⁴⁹. Por otro lado, una de las dificultades de llevar a la práctica esta propuesta reside en

la falta de conocimiento científico y técnico del hombre común. No se puede pretender que cada ciudadano sea un erudito en medicina, ecología, economía, etc. Será, pues, deber de los "expertos" informar de la manera más clara y comprensible de las consecuencias de las diferentes alternativas de solución a cada problema⁵⁰. De esta manera, todo particular podrá participar en la toma de decisión, en especial en aquellas situaciones en las que se encuentra directamente comprometido como lo son las relativas a la salud.

De todo esto pueden inferirse dos principios regulativos de la acción moral: 1) asegurar la supervivencia del género humano (de la CC real) y 2) propender a la realización de la CC ideal. Obviamente el primero es condición de posibilidad del segundo y el segundo, a su vez, constituye la meta que da sentido al primero. Para Apel, las ciencias hermeneúticohistóricas constituyen el instrumento que permitirá alcanzar la meta al brindar un principio regulativo de fundamentación no arbitraria de juicios de valor y al contribuir a la formación de la opinión pública. Quedarían así excluidas las asimetrías que actualmente existen en el diálogo interpersonal.

En términos del propio Apel:

"Lo que la ética discursiva exige se puede decir en pocas palabras: exige que todos los conflictos y todas las diferencias de opinión...sean sometidos a los discursos de los afectados. Las soluciones deben buscarse allí y no en la violencia ni en negociaciones en las que la violencia juega siempre un papel determinado: se hacen, por ejemplo, ciertas ofertas que van acompañadas de amenazas más o menos expresas para el caso de su no aceptación"⁵¹.

Por lo tanto, los **presupuestos pragmáticos trascendentales a priori** de la ED, ideas regulativas sin las cuales no

sería posible la argumentación, incluyen tres normas morales y un principio lógico, a saber:

- * reconocimiento de una comunidad ilimitada de comunicación
- * búsqueda de consenso
- * reconocimiento recíproco de los interlocutores
- * reconocimiento de una lógica mínima que hace posible la comunicación: principio de no contradicción, de tercero excluido, etc.

Retomando el interrogante de raíz kantiana planteado por Adela Cortina acerca "de qué cosa" son dignos los hombres, la norma moral básica incondicionada o categórica citada en tercer término, lleva implícita la respuesta que hemos estado buscando: los seres humanos son *dignos de ser* tratados como interlocutores válidos. Dicho de otro modo, todos los hombres merecen que todas sus exigencias y/o necesidades argumentativamente justificables sean tenidas en cuenta. Esto no es otra cosa que el principio fundamental de la ética de la comunicación: todas las necesidades de los hombres, que puedan armonizarse con las necesidades de los demás por vía argumentativa, en tanto que exigencias virtuales, tienen que ser de la incumbencia de la comunidad de comunicación⁵².

El principio de dignidad está presupuesto en el discurso moral, pues habría inconsistencia práctica en proponer un principio que prescriba no tomar en serio las voliciones de la gente. Al proponer honestamente este principio para que nuestro interlocutor adhiera a él, estamos admitiendo que su voluntad es significativa⁵³.

Llegados a este punto, parece que estamos en condiciones de definir el concepto de discriminación, desde la ética discursiva. La definición de "discriminación" no aparece en las obras de Apel o de sus seguidores, pero continuando en esta línea de pensamiento, parece aceptable una definición como la siguiente:

Una persona o grupo es discriminado cuando: a) no se la reconoce como interlocutor válido, y/o b) el diálogo no se realiza en condiciones de simetría, y/o c) no se le reconocen aquellos ideales de autorrealización que no atentan contra los ideales de los demás.

Con respecto a la definición anterior, si bien se seguirá su tratamiento en el capítulo 4, parece útil comentar aquí que nuestra dignidad se ve menoscabada, no sólo cuando se toman en cuenta las diferencias para justificar la desigualdad, sino también cuando nuestras creencias, opiniones y decisiones son asimiladas a, por ejemplo, enfermedades. Cuando alguien las considera como objeto de tratamiento y no las pone en el mismo nivel de sus propias creencias y decisiones. La manera de tomar en serio las creencias de la gente es haciéndolas compatibles con otras creencias del individuo y de los otros, ofreciendo argumentos y pruebas en su favor o en su contra, o sea operando sobre los factores que el individuo toma en cuenta para la formación de la creencia.

También hay que aclarar lo siguiente: respetar la voluntad del individuo no es lo mismo que satisfacer sus deseos.

Consiste fundamentalmente en permitir que el individuo asuma las consecuencias de sus decisiones. Al adscribir ciertas consecuencias a ciertas decisiones, se alientan o desalientan las mismas o se promueve la adopción de otras⁵⁴.

En el ámbito de la bioética la definición de discriminación que hemos derivado de la ED resulta fructífera en los siguientes aspectos⁵⁵:

- ①) todo paciente, en tanto interlocutor válido, tiene derecho a participar en la toma de decisiones que lo afectan.
- ②) exige la creación de comités interdisciplinarios con profesionales de la salud, eticistas, antropólogos, pacientes, familiares, etc. en los que se eluciden los problemas sanitarios que involucran a la comunidad en cuestión.
- ③) obliga al establecimiento de sistemas sanitarios que garanticen un acceso igualitario a los mismos.
- ④) compromete a la cristalización de un sistema de salud justo en el que desaparezcan las desigualdades y asimetrías.

Por "acceso igualitario a los sistemas sanitarios" se entiende la igualdad de oportunidades en lo que hace a la educación sanitaria, a la prevención de las enfermedades, a su tratamiento y rehabilitación. Por "sistema de salud justo" se entiende un sistema que no sólo garantice la igualdad de oportunidades sino que, además, asigne mayores recursos para los más desvalidos.

Es posible que en las consideraciones precedentes se esté presuponiendo un concepto de justicia que, *prima facie*, parece

incompatible con una ética formalista como lo pretende ser la ED. Es cierto que ella es formal en tanto y en cuanto no contiene ni anticipa una forma de vida ideal, y tampoco establece explícitamente una concepción de justicia; sólo estipula los requisitos procedimentales necesarios para arribar a normas justas.

No obstante, la ED no es "estrictamente" formalista. Por el contrario, lleva implícito un principio de justicia social por lo cual se torna cuestionable la diferenciación estricta entre "lo formal" y "el contenido". La participación en el discurso con igualdad de oportunidades y sin coerción de todos los interlocutores implica que una sociedad justa sería aquella cuya infraestructura normativa garantizara esa suposición, es decir, aquella que garantice a todos sus miembros la oportunidad de una negociación igualitaria y sin coerción de las normas en discusión. Por eso, la ética discursiva trasciende necesariamente el marco de un mero principio formal, hacia un concepto teórico de justicia material. Por cierto que, como se ha dicho, este concepto de justicia es formal en la medida en que no prejuzga ninguna configuración institucional ni ninguna condición moral de vida, pero, por otro lado, posee también contenido material en tanto y en cuanto distingue las infraestructuras normativas bajo las cuales las reglas institucionales pueden ser discutidas para ser válidas. "De ahí que con el giro teórico-comunicativo una ética procedimental de tradición kantiana pierde su inocencia con respecto a una teoría de la justicia"⁵⁶.

El concepto implícito de justicia en la ED se relaciona, a mi juicio, con la teoría de la justicia de Rawls⁵⁷. No comparto la tesis de A. Honneth según la cual las dos éticas procedimentales con mayor vigencia en la actualidad son mutuamente excluyentes. A. Honneth fundamenta su tesis en que el concepto de persona moral que la ED presupone es la de un sujeto que alcanza la autonomía individual recién en el camino de un reconocimiento intersubjetivo. El modelo según el cual se presenta aquí el sujeto moral no lo da la persona atomizada que calcula su interés individual, sino el individual que ha alcanzado su autonomía por vía comunicativa en el proceso de socialización. Por su parte, las teorías de la justicia distributiva (distribución justa de bienes materiales o inmateriales) parten de las personas aisladas, que deciden en base al criterio de sus cálculos de interés individual sobre la forma justa de distribución de los bienes vitales:

"La ética discursiva es inconciliable con las premisas de una teoría de la justicia distributiva, puesto que ella presupone de parte de la persona moral una determinada medida de libertades individuales y de capacidades sociales, que sólo puede ser garantizada por medio de una forma justa de la socialización comunicativa misma; el problema clave de la teoría de la justicia, al que indirectamente hace referencia la ética discursiva, lo representa la estructura de relaciones sociales de reconocimiento y no la distribución de los bienes"⁵⁸

Pero, precisamente, para garantizar la competencia comunicativa y la simetría en el diálogo se hace preciso apelar a una justicia distributiva en la que el mayor beneficio se dirija al menos aventajado, tal como lo sostiene Rawls. Aquí, cobra importancia la *discriminación contraria* en tanto *justicia compensatoria*. Ella no sería, entonces, una forma de discriminación negativa o con connotaciones peyorativas, sino,

por el contrario, se trataría de una forma de *trato diferencial* tendiente a borrar las desigualdades y asimetrías.

No basta con proclamar la igualdad de oportunidades, es necesario actuar positivamente en beneficio de las personas a través de la educación, la sanidad, el trabajo, la vivienda, etc. No se puede ser un interlocutor válido, si se padece hambre o si se está desinformado. El auxilio y la ayuda al prójimo no puede tampoco descansar exclusivamente en la realización de ciertos actos supererogatorios. Se debe moralmente prestarlos en condiciones de desigualdad dado que, la discriminación se ejerce no sólo por acción sino también por omisión⁵⁹.

El sentido común parece asociar las omisiones, con las mismas consecuencias que las acciones, a una menor responsabilidad moral. Pero un análisis más exhaustivo muestra que ello no es así y que las omisiones no son *siempre* menos malas que las acciones. Por ejemplo, podría decirse que no arriesgar la propia vida para salvar a un desconocido que se está ahogando es menos malo que asesinarlo deliberadamente. Sin embargo, no estaríamos dispuestos a afirmar lo mismo respecto de una madre que omite alimentar a su hijo recién nacido causándole la muerte. En realidad, nuestro sentido común no distingue entre omisiones y acciones como menos y más malas respectivamente, sino entre acciones y omisiones que causan daño y acciones y omisiones que no lo causan. Cuando hay, como en el ejemplo de la madre, una expectativa fundada en hábitos, convenciones, costumbres, etc. de un cierto comportamiento activo, el senti-

do común concibe a la conducta pasiva, es decir, a la omisión, como causa de cierto resultado. En función de las expectativas vigentes en nuestra sociedad, el Estado estaría discriminando cuando no satisficiera universalmente las necesidades básicas de las personas como la alimentación, la vivienda o la atención médica.

Una defensa real, no meramente retórica, de la autonomía obliga a una actitud comprometida en su promoción. El liberalismo clásico, conservador, del *laissez faire*, al confiar el desarrollo de la autonomía individual en su distribución espontánea, sólo hace una defensa nominal de la dignidad de las personas. Frente a él, el liberalismo igualitario interviene activamente maximizando la autonomía de cada individuo en la medida en que ello no implique poner en situación de menor autonomía comparativa a otros individuos. En otras palabras, va ejecutando directivas para expandir la autonomía de aquellos cuya capacidad para elegir y materializar sus planes de vida está más restringida. Este liberalismo igualitario no exige una igualdad matemática ni anula las diferencias individuales o de grupo. Como surge del principio de diferencia de Rawls, puede haber consideraciones variables en el grado de autonomía siempre que la extensión de la autonomía de algunos no se haya producido a costa de una menor autonomía de otros. El principio de diferencia está en relación con la necesidad de incentivar ciertas actividades o el desarrollo de inclinaciones que benefician a los menos afortunados por la "lotería natural"⁶⁰.

En este sentido, el trato diferencial al que dejaba lugar el principio de igualdad que formulamos al comienzo, resulta condición necesaria para evitar la discriminación tal como la hemos definido a partir de la ED.

NOTAS

1. The Oxford English Dictionary, vol. 3 (Oxford, Clarendon Press, 1933) 436.
2. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española, ed 19° (Madrid, Espasa Calpe, 1970) 484.
3. Cf. A. Ernout y A. Meillet, Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots. 4eme. éd. (Paris, Klincksieck, 1959) 115 y 176. X
4. E.J. Monti. El SIDA y el hombre (Bs. As., Alcotán, 1993) 214.
5. E. Rabossi. Derechos Humanos: El principio de igualdad y la discriminación. (Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990). X
6. A modo de ejemplo, basta citar la política de evangelización llevada a cabo en las Indias por la Iglesia Católica.
7. C.S. Nino. Ética y derechos humanos. (Bs. As., Paidós, 1984) 13. X
8. Al hablar de iusnaturalismo e igualdad no podemos omitir una mención al polémico Rousseau. En él se advierte el antagonismo que en el siglo ilustrado se produce entre igualdad y progreso. Para Rousseau, los seres humanos tuvieron en algún tiempo una *igualdad idéntica*, como la que posee cualquier especie natural. Pero esa igualdad primaria del género humano (al menos para el sexo masculino) ya no existe; diversas causas físicas introdujeron en algunos variedades y, en la apropiación individual de características, surgió la primera desigualdad. Esta desigualdad se establece por naturaleza y es inevitable. Pero sobre ella se instaura otra a la que llama *desigualdad moral o política*, cuyo origen fue la propiedad privada. A ella siguió el desorden y a éste las leyes e instituciones engendradas por los poderosos para someter a los débiles que amenazaban con despojar a los primeros de sus bienes. "El mundo es para siempre desigualdad porque es la condición de la civilidad, inevitable y fundante". La igualdad en las sociedades reales se sustituye por la voluntad general que tiende al bien común en las sociedades políticas bien formadas, tal como se estipula en el "contrato social". La voluntad general, sustituto de la igualdad, vivirá en pequeños estados y se dará la forma de ley. Así, la igualdad es igualdad pensada, *igualdad heurística*, una igualdad deber-ser proyectada hacia el pasado. Cf. A. Valcárcel. Sobre la heren

cia de la igualdad. En: C. Thiebaut, E.D. La herencia ética de la Ilustración (Barcelona, Crítica, 1992) 153-174. X

9. Si bien la relación entre la ética y el derecho ha sido largamente debatida, parece que no existe una conexión conceptual necesaria entre las leyes y la moralidad. Una ley puede tener un contenido inmoral o desencadenar consecuencias inmorales y seguir siendo una ley. Asimismo, el corolario de una posición que sustenta la separación conceptual entre derecho y moral es que las normas jurídicas no serían obligatorias, no tienen por sí mismas validez o fuerza vinculante. La situación ideal a la que se debe tender es la coincidencia entre lo legal y lo legítimo, no en el sentido de legalizar la moral (pues se corre el riesgo de dotar de fuerza coactiva a la moral positiva sustentada por la mayoría o por quienes detentan el poder), sino en el sentido inverso de moralizar la ley. Cf. F.J. Laporta. Ética y derecho. En: V. Camps. Historia de la ética. (Barcelona, Crítica, 1989) 221-95. X
10. "Todos los obesos son igualmente obesos" es un enunciado falso ya que el concepto de "obesidad" permite la graduación dentro de ciertos límites. Otro tanto ocurre con "todos los calvos son igualmente calvos" o con "todos los enfermos son igualmente enfermos".
11. C.S. Nino, op. cit., 43.
12. Los naturalistas y filósofos del siglo XVIII que adherían al fixismo específico sostenían que el hombre tiene, desde el origen, una *naturaleza* en la que se combina el *instinto* y la *razón*. Estos dos aspectos tienen una mayor o menor expresión de acuerdo al medio externo. Así, por ejemplo, en el estado de naturaleza los instintos dominan ya que el hombre requiere de ellos para sobrevivir y reproducirse; en la *polis*, en cambio, el hombre apela a su faz racional y establece complejos pactos, usa el lenguaje, etc.. Se trata de la misma naturaleza humana aunque algunas facetas sobresalgan más que otras según el contexto. Cf. J. Martínez Contreras. La naturaleza de la naturaleza humana. En: C. Thiebaut, E.D., op cit, 73-90. X
13. A. Valcárcel, op cit, 170.
14. Cf. F. Savater. La humanidad en cuestión. En: C. Thiebaut, E.D. La Herencia de la Ilustración (Barcelona, Crítica, 1991) 98. X
15. Citado por F. Gomá. Scheler y la ética de los valores. En: V. Camps. Historia de la ética (Barcelona, Crítica, 1989) 323. X
16. Cf. F. Gomá, op cit, 323-325.
17. Citado por E. Bonete. La ética en la filosofía española del siglo XX. En: V. Camps, op cit, 390.

18. Cf. E. Bonete, op cit, 388-392.
19. Cf. F.J. Laporta, op cit, 293.
20. J.Ferrater Mora. Diccionario de Filosofía. (Barcelona, Ariel,1994) 1754-56.
21. V. Camps. Por la solidaridad hacia la justicia. En: C Thiedbaut, E.D. La herencia ética de la ilustración (Barcelona, Crítica, 1991) 140.
22. J. P. Sartre. Crítica de la Razón Dialéctica, tomo I. (Buenos Aires, Losada, 1995) 133.
23. Cf. J.P. Sartre, op. cit., 132-133.
24. J.P. Sartre, op. cit., 229.
25. J.P. Sartre, op. cit., 238 (Lo destacado en cursivas es del autor).
26. J.P. Sartre, op. cit., 242 (Lo destacado en cursivas es del autor).
27. En este aspecto, el pensamiento sartreano puede vincularse con la ética discursiva. Como se verá, la no discriminación implica, entre otras cosas, reconocer en el otro un interlocutor válido. 7
28. J.P. Sartre, op. cit., 242-243 (Lo destacado en cursivas es del autor). También aquí puede vincularse el pensamiento sartreano con la ética discursiva; ésta exige que el diálogo se realice en condiciones de simetría para evitar la aceptación de la norma por coerción.
29. C. Amorós. Sartre. En: V. Camps. Historia de la ética. (Barcelona, Crítica, 1989): 358. Lo destacado en bastardillas es de la autora.
30. J.P. Sartre, op. cit., 243. (Lo destacado en cursivas es del autor).
31. Cf. J.P. Sartre, op. cit., 244-247.
32. En la medida en que vivimos en un mundo de opresión y explotación, la libertad cae en contradicciones ontológicas cuando niega al otro el reconocimiento y hace la trampa de tomar en él su libertad por facticidad y su facticidad por libertad. Estos trucajes se expresan, fenomenológicamente, a través de las figuras de la mala fe: la violencia, el estoicismo y la ética kantiana. El proyecto del violento es inconsistente con la igualdad: al destruir, se toma al otro como medio, se le niega su libertad mientras que el violento se reconoce como libertad pura; pero, al mismo tiempo, el otro se vuelve esencial porque debe reconocer la violencia como legítima y justificada; así, se afirma y se niega la libertad en el otro simultáneamente. La violencia se ejerce sobre el

otro para obligarle a reconocer su legitimidad. Pero este reconocimiento no puede provenir de un igual, esto no le serviría al violento, él no quiere el consentimiento de su víctima, sino forzarla. La igualdad es así excluida por principio pero, a la vez, es exigida en tanto se pretende un reconocimiento. El violento necesita la libertad misma que niega. Se pide que el otro utilice su libertad para negar su ejercicio y afirmarse como mera facticidad. El estoicismo, variante de la violencia, consiste en evadir la propia facticidad. La libertad cae en la ficción ontológica de relacionarse consigo misma ignorando la facticidad. Por su parte, la ética kantiana, al imponer categóricamente el fin sin atender a las circunstancias, lo absolutiza frente a la situación. Al renunciar a la hermeneútica y al imponer categóricamente el deber sin ponderar las consecuencias, muestra su parentesco con la violencia. Su mala fe consiste en empeñarse en elegir en el ámbito donde no hay opción posible; en esta renuncia a descifrar la facticidad para ejecutar un mandato incondicionado, la libertada acaba por renunciar a sí misma. Cf. C. Amorós, op. cit.

33. Frente a quienes argumenten que ésto no es aplicable a individuos pertenecientes a la especie humana pero incapaces por taras congénitas o adquiridas, puede oponerse la inversión de la carga de la prueba.
34. C.S. Nino, op. cit., 175 (Lo destacado en cursivas es del autor).
35. C. S. Nino, op cit., 173.
36. A. Cortina. Ética aplicada y democracia radical. Un concepto "transformado" de persona (Madrid, Tecnos, 1993) 223-239.
37. A. Cortina, op cit, 233.
38. Todo sujeto capaz de adquirir competencia lingüística a través del proceso de socialización.
39. Si alguien dice "yo no estoy hablando" incurre en una autocontradicción, pues hay una incompatibilidad entre lo que está diciendo y lo que está haciendo. No se trata de una contradicción semántica entre dos proposiciones (p y no p) sino de una contradicción pragmática entre el contenido de una proposición y lo que se ha presupuesto en el acto comunicativo por medio del cual precisamente esa proposición se expresa; si se explicita lo propuesto en forma de proposición, la contradicción se convierte en semántica. Este modelo de comunicación apela a la comprensión intersubjetiva de las expresiones del hablante en base a sus pretensiones de validez: sentido, verdad, veracidad y corrección. Verdad de las afirmaciones descriptivas; corrección de las normas o prescripciones a las que se apela; veracidad de las expresiones que comunican sentimientos o emociones. Cf. O. Guariglia. Problemas

de la universalización de la ética dialógica. (Rio Cuarto, Actas VII Congreso Nacional de Filosofía, 1993) 30-38.

40. La "reflexión trascendental" es uno de los métodos de la filosofía; consiste en la reflexión de la razón no sobre un objeto sino sobre sí misma (la razón se toma a sí misma como "objeto" de reflexión). El propósito de este tipo de reflexión en el ámbito gnosológico, es hallar las condiciones de posibilidad del conocimiento (categorías kantianas), mientras que en el ámbito de la ética es hallar las condiciones de posibilidad del obrar moral. Cuando la razón alcanza un conocimiento trascendental, éste no puede ser cuestionado porque en el acto mismo de cuestionamiento se estaría presuponiendo lo que se quiere cuestionar. La reflexión trascendental consiste, entonces, en la búsqueda sistemática de fundamentos últimos. X
41. R. Maliandi. Transformación y síntesis. (Bs. As., Almages to, 1991) 49.
42. K.O. Apel. Una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia. (Bs. As., Almages to, 1985) 29-30.
43. K.O. Apel, op cit, 50.
44. Lo destacado en cursivas es mío.
45. K.O. Apel, op cit, 51.
46. "Competencia comunicativa" significa poder tomar conciencia de que el pensamiento y el lenguaje constituyen una forma de comunicación que permite consensuar ideas e intereses.
47. K.O. Apel, op cit, 51.
48. Apel y Habermas distinguen, dentro de la unidad de la razón humana, cinco tipos de racionalidad: 1) racionalidad lógico-matemática (en relación con el principio de no contradicción); 2) racionalidad científico-técnica (en relación con la intervención instrumental de la ciencia sobre el mundo); 3) racionalidad estratégica (en el sentido de una racionalidad instrumental en la interacción y comunicación humanas); 4) racionalidad consensual-comunicativa (en relación con las cuatro pretensiones universales de validez del discurso); 5) racionalidad discursiva (cuestionamiento crítico y revalidación reflexiva de la validez de la racionalidad comunicativa). En la CC ideal está presupuesta la racionalidad comunicativa, mientras que en la CC real predomina la racionalidad estratégica. Cf. K.O. Apel. Epílogo: ¿Límites de la ética discursiva?. En: A. Cortina. Razón comunicativa y responsabilidad solidaria. (Salamanca, Sígueme, 1985) 255.
49. Cada grupo social o cada individuo constituye un sistema de autoafirmación que pretende hacer valer sus derechos.

50. Surge así el lugar de una ética de la "divulgación científica".
51. R. Maliandi, op. cit., 91.
52. También para V. Camps la igualdad debe entenderse como igualdad en el uso de la palabra: "La igualdad tiende a concebirse hoy como igualdad de oportunidades, como igualdad en el uso de la palabra. La llamada 'competencia comunicativa' no es sino la capacidad y la posibilidad de hablar y dialogar con los demás seres humanos en pie de igualdad". V. Camps. Comunicación, democracia y conflicto. En: K.O. Apel, A. Cortina, J. de Zan y D. Michelini, eds., Ética comunicativa y democracia (Barcelona, Crítica, 1991) 251. X
53. C.S. Nino, op. cit., 181.
54. C.S. Nino, op. cit., 174-75.
55. Estos aspectos serán tratados, en relación al SIDA, en el capítulo 4.
56. Axel Honneth. La ética discursiva y su concepto implícito de justicia. En: K.O. Apel, A. Cortina. J. de Zan y D. Michelini, EDS. Ética comunicativa y democracia. (Barcelona, Crítica, 1991) 164-174. X
57. Rawls parte de tres supuestos: 1) prioridad absoluta de la justicia; 2) concepción de la sociedad como sistema de cooperación entre personas libres e iguales y 3) concepción "pública" de justicia (aceptada por todos sus miembros). A partir de estos supuestos se derivan los siguientes principios:
Primer principio: toda persona debe tener igual derecho al más extenso sistema total de libertades básicas iguales, compatible con un sistema similar de libertad para todos. Segundo principio: las desigualdades sociales y económicas deben estar ordenadas de tal forma que ambas estén: a) dirigidas hacia el mayor beneficio del menos aventajado, compatible con el principio del justo ahorro; y b) vinculadas a cargos y posiciones abiertos a todos bajo las condiciones de una equitativa igualdad de oportunidades.
El primer principio tiene prioridad sobre el segundo, y la parte b) del segundo tiene prioridad sobre la parte a).
58. A. Honneth, op. cit., 172.
59. Cf. F.J. Laporta, op. cit., 266.
60. Cf. C.S. Nino, op. cit., 187-224.

SIDA, DISCRIMINACION Y ETICA DISCURSIVA

Como he anticipado en la introducción, tomo en especial la línea de Apel y de Adela Cortina por considerarla más preocupada por el contexto de aplicación que por el de fundamentación de la ética discursiva. Esta vía resulta tanto más aceptable para el tratamiento del tema que aquí nos ocupa, sobre todo si se tiene en cuenta la realidad histórico-social de los países del Tercer Mundo, en especial de América Latina y Africa, en los que el SIDA afecta a millares de personas. Estas personas se encuentran desde hace siglos, tanto *de facto* como *de iure*, excluidas de todos los diálogos en que se toman decisiones que los afectan. Es razonable, entonces, "que escuchen con verdadera desconfianza todas estas patrañas del diálogo universal, cuando no es sólo que no se les invita a la mesa de negociaciones: es que se les está negando la vida"¹.

A primera vista, la ética discursiva parece una ética típica del Primer Mundo, donde el diálogo se presenta como el medio estéticamente privilegiado de dirimir las contiendas. Pero en los países del Tercer Mundo, aún cuando toda persona sensata apueste por la solución dialógica como la más deseable, ¿cómo recurrir al diálogo transparente cuando aquéllos que quieren y deben ser escuchados no son considerados interlocutores válidos y desde los centros de poder sólo se piensa en perpetuar su marginación o pergeñar su aniquilamiento?.

La parte B de la ética apeliana enfatiza estas condiciones reales de diálogo e invita a usar estrategias para neutralizar las estrategias ya operantes. En ética aplicada, la parte B prima sobre la parte A. En términos de A. Cortina: "en el nivel de aplicación *la responsabilidad prima sobre la presunta pureza* [de los principios]"².

Hechas estas aclaraciones, en este capítulo me propongo, en primer lugar, mostrar la pertinencia de una ética dialógica universalista para la resolución de la problemática ética ligada al SIDA. En segundo lugar, explicitar el concepto de discriminación al que he hecho referencia en el capítulo anterior. Para este segundo propósito, tomaré por separado cada una de las partes que componen aquella definición, pero estimo conveniente advertir que la demarcación entre ellas no es precisa y que, por lo tanto, la separación tiene como único objetivo intentar un orden en la exposición.

HACIA UNA ETICA UNIVERSALISTA

Según Apel, las posibles consecuencias de las acciones humanas permiten distinguir entre una **microesfera** (grupo familiar, vecindad, etc.), una **mesoesfera** (plano de la política nacional) y una **macroesfera** (destino de la humanidad). Hoy día, en consonancia con el modelo capitalista y la fragmentación de las sociedades modernas, las normas morales parecen tener validez y aplicación sólo a nivel de la microesfera. Sin embargo, el desarrollo científico y tecnológico ha hecho que

tanto las acciones como las omisiones humanas puedan tener un alcance y una trascendencia que vuelvan necesaria la implementación de normas morales que regulen la convivencia humana a nivel de la macroesfera³. Aquellas morales de grupo, suficientes en la época en que cada comunidad no influía demasiado sobre las restantes, ya no lo son tanto para afrontar los problemas a nivel mundial. De este modo, una macroética de la humanidad se vuelve indispensable.

Sin embargo, este reclamo de una validez intersubjetiva de la ética es hoy cuestionado desde diversos ángulos, negándose la validez de las normas morales y relegándolas a la categoría de la "subjetividad". Sostiene Apel que el liberalismo occidental ha separado, en nombre de la diferencia entre "objetividad científica" y "subjetividad ética", los ámbitos de la *vida pública y privada*, así como se separaban Estado e Iglesia. Es esta distinción la que ha permitido separar netamente los principios morales de los fundamentos del derecho:

"Efectivamente, en nombre de esta separación -y esto significa, con ayuda de un poder estatal secularizado- el liberalismo occidental ha reducido cada vez más a la esfera de las decisiones privadas de conciencia, primero la obligatoriedad de la fe religiosa y, a continuación, el carácter obligatorio de las normas morales"⁴.

En el ámbito de la democracia liberal occidental se piensa que la voluntad pública se forma mediante convenciones o convenios, que constituyen el fundamento de toda norma intersubjetivamente válida. Este convencionalismo, esta teoría contractual liberal de la moral y del derecho, parece hacer

innecesaria la fundamentación filosófica de una ética universalmente válida.

Frente a esta situación actual, Apel formula las siguientes críticas:

a) Estas convenciones, en tanto que medidas tomadas por la prudencia estratégica, no presuponen ninguna norma moral fundamental intersubjetivamente válida. En consecuencia, no son capaces de fundamentar la obligatoriedad moral de las convenciones, de fundar la obligación de mantenerse en el convenio establecido. Un sistema jurídico que pierde en la sociedad el crédito moral, a la larga pierde también su efectividad:

"[Las convenciones fácticas] sólo pueden interpretarse en el sentido de la teoría hobbesiana del contrato: como manifestaciones racionales-teleológicas de la prudencia de los individuos. Como tales, no presuponen realmente ninguna norma moral fundamental intersubjetivamente válida; pero, en tanto que medidas tomadas por la prudencia estratégica, a mi juicio, tampoco son capaces de fundamentar la obligatoriedad moral de las convenciones. (En este sentido, por ejemplo, el 'derecho positivo' como tal, sin el presupuesto implícito de una ética, no es normativamente obligatorio, sino efectivo en el mejor de los casos. Sin embargo, es muy instructivo el hecho de que un sistema jurídico que pierda en la sociedad el crédito moral, a la larga, suela perder también su efectividad)"⁵.

Con el derecho positivo divorciado de la moral, los conflictos quedan suspendidos y disimulados más que aclarados y resueltos.

b) Además, de la división entre derecho positivo y conciencia individual, se deduce que las decisiones morales de los individuos no reguladas explícitamente por convenios, no están

obligadas a tomar en cuenta la exigencia de una responsabilidad solidaria de la humanidad. Si no se fundamenta la norma de solidaridad, la humanidad estará cada vez más lejos de encarar los problemas de la macroética, que son los más acuciantes en la actualidad:

"...si las decisiones individuales de conciencia, llamadas 'libres', están aisladas entre sí y a priori, tal como sugiere la idea de la moral privada puramente subjetiva, y si, por consiguiente, tales decisiones no obedecen prácticamente a ninguna norma de solidaridad, tendrán pocas probabilidades de éxito en el mundo de la praxis social pública, del que hoy en día proceden los macroefectos. Bajo tales presupuestos, ¿no degenera en ilusión la idea de la libertad humana (vinculada por el liberalismo a la privatización de la moral y de cualquier cosmovisión), tal como afirma de hecho el marxismo?...Bajo los presupuestos que acabamos de mencionar, no es extraño que la 'masa solitaria' de la sociedad industrial occidental cada vez aproveche menos la posibilidad, postulada en el sistema ideológico, de efectuar decisiones existenciales de conciencia; que no actúe ya dirigida desde adentro, sino 'desde afuera', o bien que, para utilizar otro vocabulario sociológico, se deje 'manipular' en sentido consumista, incluso en el llamado ámbito existencial de la vida privada"6.

El divorcio entre el derecho y la moral resulta así insostenible. Por primera vez en la historia, el hombre se encuentra frente a la tarea de asumir una responsabilidad solidaria global por las consecuencias de acciones que potencialmente pueden afectar la supervivencia del género humano, es decir, a las generaciones presentes y a las venideras. Esta amenaza se ha manifestado fundamentalmente en el desarrollo desmesurado de los armamentos nucleares y en la contaminación progresiva del medio ambiente. A estos aspectos científicos y tecnológicos, que también son socio-económicos, se suma, a partir de 1981 el SIDA, en tanto reconocido por la OMS como una pandemia y en tanto enfermedad estrechamente ligada a la brecha creciente entre países ricos y pobres. El relativo aislamiento de las distintas comunidades y grupos humanos que

otrora actuaba como "barrera epidemiológica", circunscribiendo las enfermedades infectocontagiosas a un ámbito reducido, ha quedado destruido por el incremento y fluidez de las comunicaciones en la "era tecnológica".

La circulación cada vez más intensa de personas, ideas y mercancías, el carácter transnacional del mundo evidenciado por el turismo y las comunicaciones, hacen que la medicina de fin de siglo se vea afectada por el fenómeno de la mundialización. La visión tradicional de un mundo compuesto por comunidades aisladas, con patologías regionales, ha sido puesta en entredicho por el SIDA. Las medidas sanitarias clásicas aceptadas internacionalmente se relacionan con esta visión de un mundo compartimentado en Estados-naciones más que con la realidad de una gran aldea planetaria. Es claro, entonces, que también a nivel de salud se vuelve necesario un replanteamiento de las estrategias sanitarias a implementar para controlar una pandemia⁷. Pero como no se trata de una pandemia cualquiera, sino de una enfermedad que, por sus características, podría dar origen a medidas que acentuaran la marginalidad de ciertos grupos y personas, *la normas destinadas a controlarla deben surgir de un diálogo en el que todos los afectados (seropositivos, enfermos, agentes de salud, familiares y representantes de la sociedad global) tomen participación.*

Como es sabido, la medicina sanitaria tradicional se ha caracterizado por una toma de decisiones de corte utilitarista (aislamiento de enfermos contagiosos para proteger a la comunidad, aplicación del criterio costo-beneficio en planes

diagnósticos y terapéuticos, etc.) . Sin embargo, aún desde esta perspectiva utilitarista que no compartimos, si atendemos a los datos epidemiológicos, se advierte que los esfuerzos deben centrarse en la prevención y que una política discriminatoria no sólo puede ser objetada moralmente sino que, además, resultará totalmente inefectiva en virtud del crecimiento exponencial de los seropositivos y enfermos^B.

LA DISCRIMINACION EN EL SIDA

Habiendo aclarado la pertinencia de una ética dialógica universalista para enfrentar con responsabilidad moral la pandemia de SIDA, a continuación me propongo explicitar, en relación con la problemática ética planteada por esta enfermedad, cada una de las tres partes que componen la definición de discriminación estipulada en el capítulo anterior:

Una persona o grupo es discriminado cuando: a) no se la reconoce como interlocutor válido, y/o b) el diálogo no se realiza en condiciones de simetría, y/o c) no se le reconocen aquellos ideales de autorrealización que no atentan contra los ideales de los demás.

PARTE a): "no se la reconoce como interlocutor válido".

Esta parte lleva a tratar, principalmente, el problema bioético del consentimiento informado, cuyo fundamento filosó-

fico radica en el principio de autonomía. Este principio forma parte, junto con la justicia y la beneficencia, de los tres principios canónicos de la bioética desde los años 70. Los tres principios no están en condiciones de paridad⁹. Así, desde el paradigma médico hipocrático se acentúa la beneficencia, desde el liberalismo la autonomía y desde otras posiciones la justicia.

El santo y seña "*primum non nocere*"¹⁰ que, desde hace veinte siglos, los médicos occidentales han venido utilizando se interpreta de una forma abiertamente paternalista desde el modelo médico tradicional. Sólo el médico conoce objetivamente qué es lo bueno y qué es lo malo para el paciente y, por ello, él es el único capacitado para tomar decisiones; al médico corresponde hacer el bien y evitar el mal. De esta manera, la beneficencia y la no-maleficencia vienen a ser las dos caras de una misma moneda.

Frente a este modelo, el pensamiento liberal tradicional (J. Stuart Mill, A. Smith, J. Locke) da prioridad al principio de autonomía. El iusnaturalismo postula cuatro derechos humanos básicos y absolutos: el derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad y a la propiedad. Como se trata de derechos naturales y, por lo tanto, anteriores al contrato social y a toda legislación positiva, el Estado debe respetarlos y garantizarlos. Se trata de "derechos negativos" que pueden resumirse, a la postre, en el principio de no maleficencia. Estos derechos, así entendidos, se correlacionan con deberes que adquieren la modalidad de "obligaciones perfec-

tas", esto es, exigibles a nivel de justicia. De este modo, la no-maleficencia y la justicia se identifican entendiéndose por justicia la salvaguarda de los derechos naturales y el castigo de su trasgresión. Desde esta perspectiva, la beneficencia no es exigible a nivel de justicia, pertenece al ámbito moral y es siempre voluntaria. Ella se relaciona con deberes que implican "obligación imperfecta", es decir, deberes en los que la obligación no determina cómo, cuándo y a quién hay que beneficiar. Dado que, de todos los derechos naturales, el de libertad es el derecho primario y fundante, el principio de autonomía aparece, para el liberalismo, como el criterio básico para discernir lo bueno y lo malo, al mismo tiempo que la beneficencia y la no-maleficencia (justicia) hunden sus raíces en él.

Por su parte, D. Gracia Guillén afirma la prioridad del principio de justicia:

"Pues bien, mi tesis es que esa 'justicia general' que definimos en sentido positivo como 'dar a cada uno lo suyo', formulada de modo negativo significa *primum non nocere*, y se identifica con la 'no-maleficencia'. Debe, en consecuencia, afirmarse que la no-maleficencia es el principio básico de toda la bioética, y la raíz de todos los otros principios"¹¹.

El consentimiento informado implica hacer a un lado tanto el paternalismo como la heteronomía. Si bien el paternalismo puede responder, como se ha visto, a motivaciones que arraigan en el principio de beneficencia, la heteronomía no siempre está vinculada con la protección del otro¹². Por el contrario, las heterodesignaciones suelen imponerse de tal modo que no dejan lugar para la expresión de los propios deseos, expec-

tativas u opiniones. No obstante, en ambos casos se está desconociendo al interlocutor como persona digna de ser tenida en cuenta a la hora de tomar decisiones que, en un contexto bioético, tienen que ver con su propia vida y su propia salud.

No defiendo, sin embargo, una interpretación del principio de autonomía de corte utilitarista que suele poner el acento en la libre decisión del paciente (tal sería la posición de un bioeticista como J. Clotet¹³). Estos intérpretes olvidan que los profesionales de la salud involucrados en la relación también tienen derecho a participar argumentativamente en la toma de decisiones. Siguiendo a Adela Cortina y en el marco de la ética discursiva, opto por una relación dialógica entre sujetos autónomos que queda planteada en los siguientes términos:

"El tradicional paternalismo médico queda, pues, abolido y en su lugar entra como principio la *relación dialógica entre sujetos autónomos*. Relación que ha de ser bien entendida, porque tampoco se trata de cambiar las tornas e implantar un despotismo del paciente, de modo que el médico haya de limitarse a seguir sus instrucciones: el médico no sólo es experto en la materia, sino que es igualmente un interlocutor válido, que goza de autonomía. Por eso la relación ha de ser dialógica entre dos sujetos autónomos, uno de los cuales tiene la capacidad y el deber de asesorar, el otro, el derecho a decidir sobre su propia concepción de bien, ya que él es el beneficiario del acto médico"¹⁴.

Del lado del paciente, el reconocimiento del otro como interlocutor válido, como ser capaz de tomar decisiones en lo que concierne a planes diagnósticos y terapéuticos que tienen directa relación con su estado de salud-enfermedad, exige información de todas las alternativas posibles así como ausencia de factores de coerción. La ley de SIDA en la Argentina establece la obligatoriedad del consentimiento informado para la práctica de tests diagnósticos. Sin embargo, cabe el inte-

rrogante acerca de si esta norma positiva garantiza realmente el respeto por la autonomía. No siempre el paciente es correctamente informado o tiene pleno conocimiento sobre las consecuencias sociales de la posible divulgación de un resultado seropositivo. Otras veces, el test se solicita como condición necesaria para ingresar al mercado laboral o, como lo establece explícitamente la citada ley en su artículo 9, para obtener la radicación en el país. En estos casos difícilmente se opte libremente por consentir las pruebas.

Por otro lado, "considerar al otro como interlocutor válido" es una prescripción que no se limita a la relación médico-paciente ni al consentimiento informado. Bien entendida, esta prescripción se extiende al ámbito íntegro de la salud pública. Sin duda, es función del Estado en el área de salud garantizar el cumplimiento de los objetivos de un plan sanitario y la redistribución de los recursos para lograr una prestación integral, suficiente, oportuna y continua a toda la población. Pero un Estado que se defina como democrático también debe fomentar y facilitar la participación de la población a la hora de diseñar planes y políticas de salud. Un plan de salud no es un mero conjunto de estrategias y medidas, sino algo de mayor envergadura. Un plan de salud implica una conceptualización subyacente de las categorías de "salud" y de "enfermedad" así como una secuencia de necesidades prioritarias a satisfacer. Esta secuencia debe definirse con la participación de todos los grupos afectados que, como se ha dicho, en el caso del SIDA incluye no sólo al conjunto de seropositi-

vos y enfermos sino también a todos los sectores de la población:

"La política de salud está estrechamente ligada con la salud misma; y a la inversa el tipo de salud a que aspira la sociedad es la base del diseño de la política de salud. Las acciones políticas que condicionan el medio social pueden crear las circunstancias más adecuadas para favorecer ciertos rasgos y no otros. Así, cuando una sociedad apunta a desarrollar en sus miembros características de tipo competitivo, consumista, individualista, pragmático, sin imaginación, promueve una política de salud de esa índole. Cuando en cambio, postula desarrollar características de participación, creatividad, solidaridad, responsabilidad, autonomía, promueve una política de salud diferente, coherente con estas características, no sólo por su contenido sino también en sus formas de implementación.

Coincidiendo con una política en salud como la descrita en segundo término, es que pensamos que la elaboración e implementación debe contar ineludiblemente con la participación de la comunidad en su conjunto, a través de diversas formas organizativas autónomas. Es decir, no sólo de los funcionarios y profesionales, sino también de los usuarios de las prestaciones sanitarias que no han de ser solamente receptores pasivos de las mismas"¹⁵.

PARTE b): "el diálogo no se realiza en condiciones de simetría".

Esta parte estipula que la participación dialógica de los afectados debe llevarse a cabo en condiciones de simetría. La realidad social, especialmente en los países del Tercer Mundo, dista considerablemente de esa situación ideal. Así, un tipo de discriminación (en relación con la creciente brecha entre ricos y pobres) aparece como lógica y cronológicamente anterior al SIDA. La experiencia de los últimos años en la materia muestra la existencia de un factor de riesgo perfectamente identificable, del que poco se habla, y que guarda estrecha relación con el desarrollo de la pandemia: la **discriminación social**¹⁶.

La medicina y la epidemiología tradicionales han acuñado la categoría de "factores de riesgo" referida a comportamien-

tos o cualidades individuales. Por ejemplo, se habla del tabaquismo como factor de riesgo para el cáncer de pulmón o de la dislipemia como un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica. Con el SIDA (aunque no exclusivamente) la categoría de factores de riesgo se amplía, deja de ser algo individual para convertirse en algo que apela a la responsabilidad colectiva. En el segundo capítulo de este trabajo se ha elucidado cómo la drogadicción, por ejemplo, no suele ser una conducta atribuible a una elección verdaderamente libre y autónoma. La insatisfacción de necesidades básicas, así como de aquellas necesidades espúreas creadas por una sociedad de consumo e inhumanamente competitiva, facilita la expansión de la drogadicción como método evasivo.

Los sectores de la población, objeto de este tipo de discriminación social previa a la enfermedad, tienen menos posibilidades de recibir información o de ver satisfechas sus necesidades. Por ejemplo, la mayor parte de las campañas de prevención del SIDA están destinadas a un público de cierto nivel social, con posibilidades de acceder a los medios de comunicación y con facultades mentales, auditivas, visuales y cognitivas no disminuídas.

De este modo, la discriminación social se convierte, a mi juicio, en el principal factor de riesgo y condiciona la aparición del SIDA. Esta enfermedad, a su vez, trae aparejadas nuevas formas de discriminación (laboral, familiar, sanitaria, etc.), que no hacen más que acrecentar la pandemia y la dis-

criminación social previa. El carácter circular del problema queda así claramente explicitado.

Esta nueva categoría ampliada de "factores de riesgo" es compatible tanto con la posición ortodoxa (que atribuye la enfermedad al HIV) como con la disidente (que considera como causas a la desnutrición y a la acción patógena de las drogas). Tanto desde una como desde otra posición se admite (aunque no con el mismo énfasis) que las poblaciones en las que se presenta la enfermedad presentan gravísimos problemas de convivencia social, de pauperización económica, educacional, laboral, etc., siendo el ejemplo más claro el del toxicómano que roba para conseguir la droga y es encarcelado:

"El consumo de drogas por vía endovenosa encuentra un terreno abonado en las zonas aquejadas por graves problemas de desempleo, falta de vivienda, dependencia de la beneficencia, prostitución, delincuencia, abandono escolar y madres adolescentes. Se trata de situaciones tan interrelacionadas que, a largo plazo, resulta imposible resolver ninguna de ellas sin crear antes una infraestructura básica de empleos, colegios y viviendas necesarias para cualquier comunidad"¹⁷.

En este contexto, no podemos dejar de mencionar la discriminación de la que son víctimas las mujeres en general y las del Tercer Mundo en particular. En muchos países, una mujer, aún conociendo que su marido es seropositivo, carece de medios para protegerse a pesar de la propaganda a favor del uso de preservativos. En una sociedad patriarcal y con una fuerte dosis de "sexismo masculino", la mujer no puede optar libremente por el "sexo seguro" con su esposo, pues ello equivaldría a la separación o al divorcio y, por lo tanto, a la muerte cívica y económica:

"Es a todas luces manifiesto que la discriminación sexual entraña para las mujeres un mayor peligro como consecuencia directa de la inferioridad de su condición y de la negativa a reconocerle sus derechos. Y en ese sentido es legítimo afirmar que el predominio social del hombre, exactamente igual que otros problemas como las enfermedades hereditarias y la violencia sexual, constituye una amenaza para la salud pública"18.

El SIDA no sólo ha mostrado que las mujeres se encuentran tanto o más expuestas que los hombres a todas las enfermedades de transmisión sexual, sino que también ha revelado las injusticias que ellas padecen, sobre todo en los países en desarrollo. Injusticias que, muchas veces, las obligan a prostituirse para poder sobrevivir, con los riesgos que esto encierra¹⁹. Para que las mujeres puedan exigir de su pareja un comportamiento responsable y hagan uso de las opciones que se les niegan, es preciso mejorar su situación socioeconómica, garantizando la igualdad de acceso a la educación y al empleo.

Sólo si se acepta que el SIDA crece allí donde la información está ausente, donde a pesar de la información se hace imposible reaccionar, donde existen grupos y personas previamente marginados o excluidos, se podrá poner dique a esta enfermedad. En consecuencia, cuanto mejor sepa una sociedad luchar contra la discriminación e imponer el respeto por la dignidad de las personas y por los derechos humanos, tanto mayor será el éxito obtenido, pues se habrán atacado las causas más profundas de ésta y de muchas otras patologías.

En este sentido, la política de salud a implementar es incompatible con el "Estado mínimo" propuesto por Nozick ya que ellas presuponen un estado activo, comprometido en eliminar la desigualdad y las asimetrías sociales²⁰. De este modo, una política sanitaria correcta ha de respetar aquellos

principios regulativos fundamentales propuestos por Apel. El principio de supervivencia manda que con cada acción y omisión se asegure la supervivencia del género humano, en tanto comunidad real de comunicación, como lo urgente. Por su parte, el principio de emancipación ordena realizar la comunidad ideal de comunicación en la real, como lo importante. El primer principio constituye una condición necesaria del segundo; el segundo confiere sentido al primero.

Para alcanzar históricamente la meta explicitada en el segundo principio, la ética discursiva sostiene que se hace necesario eliminar, en primer lugar, las "distorsiones de la comunicación" mediante "estrategias emancipatorias" que incluyen la utilización del instrumental científico en la era de la ciencia. Esas distorsiones están representadas por las ideologías, los intereses materiales y las asimetrías sociales. Ningún Estado democrático, preocupado por la justicia social, puede obviar medidas sanitarias y socioeconómicas basadas en el respeto por la libertad y la dignidad humanas. Recién cuando hayan sido eliminadas las distorsiones de la comunicación, las estrategias deben ser abandonadas.

Como venimos sosteniendo, eliminar las distorsiones de la comunicación en SIDA significa, entre otras cosas, reconocer que las epidemias no dependen exclusivamente de un agente infeccioso sino también, y principalmente, de un conjunto de circunstancias que favorecen su aparición y propagación. La relación que existe entre las dificultades económicas, la situación de inferioridad en que viven las mujeres, la margi-

nación de ciertos grupos sociales, por un lado, y la difusión del SIDA por el otro es clara, tal como lo muestran los datos epidemiológicos.

La ética discursiva manda reconocer como interlocutores válidos a todos los potencialmente afectados por un problema o conflicto y por las medidas a tomar. Por ejemplo, prescribirá la participación de todos los sectores de la población de un país o región en la formulación y ejecución de una política sanitaria. Pero esta participación tiene que realizarse en condiciones de igualdad. Es función del Estado asegurar esta modalidad de diálogo. Dado que la salud es un derecho, debe garantizarse que los canales para alcanzarla, fomentarla y mantenerla, sean accesibles de manera igualitaria para todos los grupos y clases sociales. Esto obliga a una redistribución de los recursos económicos, a una cobertura de salud gratuita y a que los avances científicos y tecnológicos, indispensables para lograr la modalidad de diálogo prescrita, se hallen al servicio de todos y no en manos de unos pocos.

Como se ha visto en el capítulo anterior, la ética discursiva lleva implícito un concepto de justicia social que se asimila al principio de la diferencia de Rawls. Por lo tanto, las políticas sanitarias destinadas a borrar las asimetrías en el diálogo han de respetar el criterio de favorecer siempre al más débil. Como sostiene V. Camps, la solidaridad debería ser selectiva más que indiscriminada y su objeto han de ser los más desposeídos²¹.

Pero en la justicia distributiva sostenida por Rawls, los "bienes primarios"²² aparecen inflexibles a las variaciones individuales. La distribución igualitaria de estos bienes no toma suficientemente en cuenta las desventajas de los discapacitados, de los pobres relativos en países desarrollados ni de la población del Tercer Mundo. Para salvar esta dificultad, O. Guariglia, mediando entre la ED habermasiana y el neocontractualismo rawlsiano, propone tres principios sustantivos de justicia: (i) Ningún miembro de la sociedad interferirá nunca las acciones de otro usando la violencia en cualquier grado, ni pretenderá mediante coacción un asentimiento forzado para la satisfacción de sus propios fines; (ii) Todo miembro de la sociedad tendrá iguales prerrogativas. Cualquier desigualdad entre los miembros no podrá fundarse en la simple diferencia numérica de personas; (iii) A fin de garantizar la defensa de los derechos que a cada persona confieren los principios (i) de la dignidad y (ii) de la igualdad, todo miembro de la sociedad deberá tener iguales posibilidades para alcanzar una capacidad madura que le permita hacer uso de sus derechos y articular argumentativamente sus demandas. Este principio (iii) o de autonomía implica el derecho a tener asegurada la igualdad de oportunidades para desarrollar las mínimas capacidades físicas, psíquicas, morales, estéticas y cognitivas. El grado de la provisión de asistencia a cada individuo por parte de la sociedad, estará fijado por las necesidades individuales que deben ser satisfechas para alcanzar la capacidad de articular argumentativamente sus demandas. Así, esta propuesta incorpora los reclamos elementales de nutrición, salud

y educación independientemente de que ellos estén o no presentes en las concepciones individuales del bien²³.

Dadas las condiciones de las sociedades subdesarrolladas, en las que la prevalencia y la incidencia del SIDA alcanzan cifras récord, el Estado, hoy más que nunca, debe cumplir con sus funciones tradicionales en materia de salud, educación y seguridad social. Diversos factores históricos, económicos, sociales y culturales han llevado a una situación de franca desigualdad de estas poblaciones. Esta desigualdad que existe de hecho entre las personas obliga a un cierto tutelaje. No obstante, el mismo debe existir sólo en la medida en que sea el único camino para borrar las asimetrías permitiendo, de este modo, alcanzar la plena madurez para desprenderse lo antes posible de esta misma relación de tutelaje. "Cualquier abuso que no respete estos precisos límites del tutelaje cometerá una lesión del principio (iii) de autonomía, que puede tipificarse como 'paternalismo'"²⁴.

PARTE c): "no se le reconocen aquellos ideales de autorrealización que no atentan contra los ideales de los demás".

Coincidiendo con O. Guariglia, la noción de "persona" que venimos sosteniendo tiene una estructura teleológica que involucra la noción de "interés". Por ella se entendería:

"el interés de todo individuo en el desarrollo de sus propias capacidades intelectuales, emocionales y creativas en consonancia con el paralelo desarrollo de similares capacidades por parte de los otros miembros de la comunidad"²⁵.

Así, la tercera parte de nuestra definición de discriminación prescribe que todos los proyectos de vida compatibles entre sí deben ser respetados. Dado que vivimos en una sociedad signada por el pensamiento posmoderno que, precisamente, hace gala de su respeto por las diferencias, se podría objetar la necesidad de haber recurrido, al menos en lo que respecta a este punto, a una ética universalista. El fenómeno de globalización del mundo actual en las esferas económica y política coexiste con la fragmentación en los imaginarios grupales y en las prácticas sociales.

La ruptura con todo tipo de fundacionismo que propone la posmodernidad pareciera implicar, *prima facie*, un respeto por las diferencias y un pluralismo democrático. Así, en un *ethos* posmoderno, cuya consigna es "todo vale", la discriminación del enfermo de SIDA no debiera tener lugar. Pero, como intentaré mostrar, nada se encuentra más lejos de esta situación y nada se muestra como menos eficaz para evitar la discriminación que el discurso posmoderno.

Desde el posmodernismo²⁶, los pensadores deconstructivistas o anárquicos, siguiendo al segundo Wittgenstein, proponen la aceptación de diferentes juegos del lenguaje, cada uno con sus propias reglas y todos ellos sin relación entre sí. Ya no hay metarrelatos, sino "pequeños relatos" que traducen acuerdos parciales y fluidos. El sentido, que ha estallado en múltiples fragmentos como consecuencia de la muerte de todo fundamento, no implica una caída en el absurdo, tal como lo

propuso el existencialismo de posguerra, sino descubrir que se puede vivir con sentidos parciales y hasta contrapuestos.

Sin embargo, es posible que esta posición oculte la verdadera intención de mantener el *statu quo*, de justificar y conservar lo existente. Y lo que existe es, entre otras cosas, la pobreza y la marginación, indisolublemente ligadas a la enfermedad. Vale la pena recordar que las primeras descripciones clínicas del SIDA correspondían a personas de grupos sociales periféricos como drogadictos, homosexuales y minorías raciales y étnicas. Además, hasta que el "virus" no se infiltró en los sectores privilegiados de la población, poca atención se prestó a sus efectos sobre la salud pública. Resulta también interesante destacar que, prácticamente todos los esfuerzos y recursos económicos destinados a la lucha contra el SIDA, se encuentran hoy dirigidos hacia el descubrimiento de una "vacuna" y/o de un "fármaco" que permita la curación. Pero podríamos preguntarnos si estos "mecanismos liberadores" (de ser obtenidos) tendrán un alcance universal o si tan sólo contribuirán a reforzar el cinturón protector y, a la vez, a discriminar aun más a los sectores tradicionalmente marginados. Desde que Fleming descubrió la penicilina en 1928, contamos con terapéuticas eficaces para combatir la sífilis pero esta enfermedad no ha desaparecido entre los pobres.

El fuerte **individualismo** que caracteriza al posmodernismo, lejos de constituir, como podría suponerse, un peligro para la estructura social, se convierte en un importante factor de cohesión. La desaparición del espacio público, la

fragmentación de los lazos sociales y la radicalización del subjetivismo impiden cualquier acción organizada como respuesta al poder omniabarcante. En el caso del SIDA, grupos de autoayuda, asociaciones de enfermos y/o familiares, etc. han crecido exponencialmente desde los primeros años de la pandemia. No dudo de las buenas intenciones que motivan a sus miembros ni tampoco desvalorizo el marco de contención afectiva y psicológica que estos grupos pueden brindar. Pero sí descreo de su eficacia para modificar las causas estructurales de la enfermedad y de la discriminación.

El *kitsch* y el *lifting*, otros dos síntomas posmodernos, no están ausentes en el fenómeno del SIDA. El *kitsch* implica que todo está bien como está y, por ende, que aquellos aspectos negativos de la realidad son sistemáticamente negados, no existen. No se trata de erradicar el hambre, la miseria, la violencia o la enfermedad sino de aislarlas, de separarlas de la vida cotidiana. De hecho existen pobres, enfermos, guerras, pero esto sucede "en otro mundo", pertenece a otras esferas en las que se juegan otros juegos del lenguaje regidos por otras pautas culturales. En este sentido, resulta significativo que el SIDA haya ingresado en los sectores privilegiados por la puerta de las transfusiones sanguíneas (al menos así reza la información oficial) y no siguiendo las reglas de los juegos de los marginados. Recién entonces se prestó atención a la enfermedad como problema de salud pública.

El *lifting* consiste en utilizar un lenguaje eufemístico y tranquilizador. Ya no hay viejos ni ciegos ni lisiados; ellos

han sido reemplazados por gente de la tercera edad, no videntes e inválidos. En relación al SIDA, la insistencia actual en no hablar de "grupos de riesgo" y en atribuirle a la enfermedad un carácter universal, con la intención aparente de morigerar la discriminación, puede ser un recurso eufemístico para escamotear el verdadero problema: la existencia de factores socio-económicos determinantes de la mayor incidencia de la enfermedad entre drogadictos y homosexuales²⁷.

Es interesante señalar que el pensamiento posmoderno coincide, en lo que a discriminación se refiere, con la ideología que critica. Así como en política los extremos muchas veces suelen tocarse, también en lo que hace a la discriminación del paciente con SIDA hay una misma toma de posición aunque con recursos argumentativos distintos. Los discursos liberales modernistas ubican a todas las personas en un plano de igualdad frente al SIDA. Todos estamos expuestos, todos corremos el mismo riesgo, "el SIDA es una enfermedad de todos" se nos dice; nada más lejos de la realidad. Recuérdese que:

"la igualdad implica la comparación de los diferentes individuos con un referente situado más allá de ellos y del cual todos participan, es decir un fundamento...Pero en la medida en que este fundamento no está inmediatamente dado, resulta inevitable una interpretación del mismo. Y ya sabemos que ninguna interpretación es inocente, de tal modo que la configuración de esta supuesta igualdad (y, sobre todo, de sus consecuencias prácticas) queda en manos de quienes son capaces de imponer su propia visión de la misma en función de sus intereses. Hemos asistido, a lo largo de la historia, a numerosas lecturas de esta igualdad: todas ellas han sacrificado la radical diferencia de los seres humanos a un principio único que se convierte en criterio de humanidad, de tal modo que todo aquello que se desvíe del mismo puede ser considerado como no-humano y tratado como tal"²⁸.

Paradójicamente, la tan mentada "igualdad frente al SIDA" deviene en discriminación. En nombre de la igualdad, quienes detentan el poder imponen un modelo etnocéntrico y cultural

con sus propios valores. En la medida en que esa igualdad no toma en cuenta las diferencias, pasa a integrar la trama del poder y a formar parte del discurso de la dominación. "Todos somos iguales" significa: "todos deben aceptar nuestras reglas de juego". Por el contrario, cuando se aceptan las diferencias, se vuelve imposible la dominación; el otro aparece como "rostro", con una alteridad que ofrece resistencia absoluta a ser absorbido por la totalidad.

Creo que este énfasis en la necesidad de rescatar las diferencias es uno de los aportes más valiosos de la posmodernidad. En cambio, podría ponerse en duda la eficacia de su metodología de acción descentralizada para dar respuesta a los problemas que subyacen al fenómeno SIDA. En su afán por mantener las diferencias y el pluralismo, los pensadores posmodernos cuestionan el mérito del consenso como un ideal regulador del discurso. Consideran que no hay discursos privilegiados y que sólo contamos con "juegos de lenguaje". El reemplazo de un juego por otro no se lleva a cabo siguiendo un patrón absoluto que permita, por ejemplo, decidir cuál es mejor, más verdadero o más justo, ni siquiera más progresista, porque la historia no tiene dirección alguna. Por lo tanto, la elección de un juego será tan contingente como la de su predecesor. En lugar de la dialéctica platónica como forma discursiva que tiende hacia la Verdad, el posmodernismo propone la "conversación", cuyo mérito no es tender hacia ninguna conclusión sino perpetuarse ilimitadamente alternado momentos de acuerdo con momentos de "excitante y provechoso desacuerdo".

Es claro que toda propuesta teórica (no sólo la relacionada con el SIDA) planteada en estos términos está destinada al fracaso desde su origen. Si no hay posibilidad de consenso y si lo meritorio de la conversación es el desacuerdo, la lidia se transforma en una constante y en un estilo de vida que no hace otra cosa que perpetuar el *statu quo*. Además, si sólo contamos con juegos del lenguaje y la elección entre ellos es arbitraria, no hay forma de sostener como justos los reclamos reivindicatorios de los discriminados, de aquéllos que optan por estilos de vida considerados "desviados" como es el caso de las parejas homosexuales. La aniquilación del "tribunal de la Razón" de la Modernidad no puede dar lugar al caos. Una forma de evitarlo, sin caer en un fundacionismo a ultranza, es sosteniendo conceptos de verdad y de justicia que, en alguna medida, sean contextualizados; así una solución que puede resultar justa en un contexto podrá no serlo en otro. De este modo se rescata como aporte del posmodernismo la necesidad de una crítica social pragmática y que enfoque a cada persona como un punto en el que se entrecruzan múltiples prácticas discursivas.

Dado que la discriminación en el SIDA es un fenómeno universal, parece bastante sensato el pretender una explicación general. No obstante, buscar causas generales no implica reducir la explicación a ellas. Factores universales y contextuales deben combinarse para lograr una mejor comprensión del fenómeno de la discriminación y una solución eficaz del problema.

En síntesis, aquello que creo puede y debe rescatarse del posmodernismo es el énfasis que esta corriente pone en la contextualización de los problemas y de las posibles soluciones. No obstante, para que la práctica discursiva resulte eficaz y no sea una mera "conversación", no parece conveniente hacer a un lado la búsqueda de ciertas generalizaciones descriptivas y/o explicativas del fenómeno universal de la discriminación. La disyunción entre "teorías generales" (de la filosofía tradicional) o "crítica contextual" (del posmodernismo) debería reemplazarse por una conjunción²⁹.

La ética comunicativa permite la realización de dicha conjunción:

"La *justicia* se refiere a la igualdad de la libertad de los individuos que se determinan a sí mismos y que son irremplazables, mientras que la *solidaridad* se refiere al bien, o a la felicidad de los *compañeros* *hermanados en una forma de vida intersubjetivamente compartida*, y de este modo también a la *preservación de la integridad de esta forma de vida*. Las normas morales no pueden proteger lo uno sin lo otro, es decir: no pueden proteger la igualdad de derechos y las libertades de los individuos sin el bien del prójimo y de la comunidad a que éstos pertenecen"³⁰.

La *solidaridad* que se propone permite el enlace entre la felicidad y la justicia, fines de la filosofía práctica que no pocas veces se muestran como irreconciliables. La felicidad como fin del individuo, como asunto privado, como realización de una determinada forma de vida, puede colisionar con la justicia como fin de la organización social o política que atiende las necesidades e intereses generales³¹. Esta confrontación entre derechos individuales *versus* derechos de la sociedad reaparece en tiempos de SIDA. Esta enfermedad reta a nuestra sociedad, si pretende ser verdaderamente democrática,

a conciliar la noción de responsabilidad (individual y colectiva) con la de libertad³².

Para la ED existe una estrecha conexión entre el bien común y el bien del prójimo, porque a través de las relaciones recíprocas de reconocimiento se reproduce la identidad del grupo. Por eso el tratamiento igualitario de los individuos no consiste en la benevolencia sino en la solidaridad. Este principio se basa en que cada uno tiene que hacerse responsable del otro porque todos deben estar igualmente interesados en la integridad del contexto vital del que son miembros. La justicia exige como su otra cara la solidaridad; no se trata de dos momentos sino de dos aspectos de una misma cosa. En tanto la ED es universalista, la solidaridad que implica no se circunscribe a un grupo o a una comunidad, por el contrario, tiende hacia un sistema de autoafirmación colectivo. Tanto la idea de justicia como la idea de solidaridad que están presentes en los individuos no suelen extenderse más allá de la familia, la tribu, la ciudad o la nación. Estas barreras sólo pueden derribarse mediante los discursos. Las argumentaciones exceden *per se*, en sus pretensiones de validez, los mundos de la vida particulares. Las presuposiciones pragmáticas del discurso extienden el contenido normativo a una comunidad de comunicación que comprende a todos los seres dotados de lenguaje y de acción³³.

Un Estado democrático, pluralista y respetuoso del principio de autonomía que prescribe como valiosa la libre elección individual de planes de vida, no sólo no debe interferir

con esa elección sino que debe facilitar la persecución individual de dichos planes.

De este modo, la tercer parte de mi definición de discriminación rescata al individuo comunitario. Este ya no es el individuo abstracto del liberalismo, sujeto de derechos y deberes también abstractos. El individuo comunitario es un sujeto concreto que tiene su propia concepción del bien y que sabe qué virtudes ha de ejercitar para desarrollar su propia vida con plenitud, dentro de la comunidad a la que pertenece. La ED a pesar de ser universalista no se opone al *ethos* de la comunidad. Por el contrario, reconoce como elemento constitutivo de la persona su pertenencia a comunidades reales de comunicación. Pero, a diferencia de las morales comunitarias, invita a trascender los límites de la solidaridad grupal, a dar paso al nivel post-convencional en el desarrollo de la conciencia moral³⁴. En su lugar, propone una solidaridad universalista como condición necesaria para posibilitar una auténtica vida democrática:

"Una democracia auténtica precisa el tipo de *solidaridad universalista* de quienes, a la hora de decidir normas comunes, son capaces de ponerse en el lugar de cualquier otro, son capaces de sentirse miembros de una *comunidad universal* de hombres, que incluye a los ya existentes y a las generaciones futuras. Y es que, en definitiva, sigue siendo irrefutable que 'somos hombres, y nada de lo humano puede resultarnos ajeno'"³⁵.

NOTAS

1. A. Cortina. Ética aplicada y Democracia radical. (Madrid, Tecnos, 1993) 189.
2. A. Cortina, op. cit., 190 (Lo destacado en bastardillas es de la autora).
3. K.O. Apel. La transformación de la filosofía. (Madrid, Taurus, 1985) 342.
4. K.O. Apel (traduc. A. Cortina, J. Chamorro, J. Conill). La transformación de la filosofía (Madrid, Taurus, 1985) 353.
5. K.O. Apel, op. cit., 356-357.
6. K.O. Apel, op. cit., 357-358.
7. J. Mann. Salud y derechos humanos. El Correo de la Unesco. SIDA: un estado de emergencia (Junio 1995) 27-34.
8. Prueba de la ineficacia de una política sanitaria de corte represivo es el caso cubano. Luego de haberse testeado en forma compulsiva a toda la población, se recluyó a los seropositivos en hospicios bajo pretexto de "rehabilitación". En la medida en que el número de aislados comenzó a rebasar la capacidad de los lugares destinados a la reclusión, se optó por el aislamiento domiciliario. (Estas consideraciones sobre la política sanitaria cubana fueron tomadas de la conferencia sobre SIDA de la Dra. Laura Astarloa; Hospital Piñero, Buenos Aires, noviembre 1994). X
9. Cf. D. Gracia Guillén. Primum non nocere. El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica. (Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1990) 3-103. X
10. A pesar de que esta expresión no es griega sino latina, se la ha considerado de ascendencia hipocrática. Se le atribuye a un escritor posthipocrático intelectualmente próximo a Escribonio Largo. La tradición hipocrática que hay detrás corresponde a Epidemias I, 11 y al Juramento. Cf. D. Gracia Guillén, op. cit., 89.
11. D. Gracia Guillén, op. cit., 81.
12. Por ejemplo, el testeo compulsivo de HIV no guarda necesariamente una relación con la "protección" del paciente.
13. Cf. J. Clotet. El modelo utilitarista en la construcción y desarrollo de la bioética. Télos. Rev. Iberoamericana de Estudios Utilitaristas, vol. II, n°1, (junio, 1993) 101-124. X
14. A. Cortina. Ética aplicada y democracia. (Madrid, Tecnos, 1993) 238. (Lo destacado en cursivas es de la autora).

15. Fragmento de la ponencia central que la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires llevó al "Congreso Interprofesional 81" convocado por la Confederación General de profesionales (Córdoba, Argentina, agosto de 1981). Lo destacado en cursivas es mío.
16. J. Mann, op. cit.
17. H.V. Fineberg. Dimensiones sociales del SIDA. Investigación y Ciencia, nº147, 122-129. Citado en: R.Nájera. SIDA. De la Biomedicina a la sociedad. (Madrid, EUDEMA, 1990) 330-331. X
18. J. Mann, op. cit., 30.
19. Como se ha visto en el primer capítulo de este trabajo, la vía de transmisión del HIV en la mujer es principalmente la heterosexual.
20. En la actualidad se distinguen dos interpretaciones de la doctrina liberal: la propuesta por R. Nozick y la formulada por J. Rawls. El primero elabora, a partir de Locke, lo que llama un "Estado mínimo", cuyo único objetivo es respetar y proteger los derechos de los individuos. Todo lo demás constituye una violación de los derechos de las personas y, por tanto, algo ilegítimo. Nozick justifica su postura desde la distinción kantiana entre medios y fines. Los derechos humanos no son medios sino fines y, de este modo, su trasgresión no puede justificarse apelando al beneficio general como hace, por ejemplo, el utilitarismo. El *Welfare state* resulta así claramente inmoral. Además, sólo el principio de no-maleficencia es exigible a nivel de justicia. Por su parte, J. Rawls distingue entre derechos humanos negativos o perfectos (derechos civiles y políticos) y derechos humanos positivos o imperfectos (derechos económicos, sociales, culturales). Los negativos se relacionan con el primero de sus dos principios, mientras que los positivos lo hacen con el segundo. De este modo, ambos tipos de obligaciones (perfectas e imperfectas) obligan en justicia, aunque de modo diferente. Cf. D. Gracia Guillén, op. cit., 68-72.
21. V. Camps. Por la solidaridad hacia la justicia. En: C. Thiebaut, E.D. La Herencia Ética de la Ilustración (Barcelona, Crítica, 1991) 136-152. X
22. Rawls postula una lista de "bienes primarios" neutros con el objeto de preservar una concepción de "justicia como equidad" en sentido político y no metafísico, es decir, independiente de cualquier concepción sustantiva del bien. Estos bienes primarios son los que permitirán desarrollar las distintas concepciones del bien. Los bienes primarios son: (i) libertades básicas (políticas, de pensamiento, de conciencia, de asociación); (ii) libertad de movimiento y de ocupación sobre la base de la diversidad de oportunidades abiertas a todos; (iii) ingreso y riqueza,

entendidas como medio para cualquier propósito; (iv) poderes y prerrogativas de funciones y posiciones de responsabilidad; y (v) bases sociales del respeto a sí mismo. Cf. O. Guariglia. El concepto normativo de "persona" y los requisitos mínimos de justicia distributiva en una sociedad democrática. *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales (separata)*, vol. nº 32, nº 125 (abril-junio, 1992).

23. Cf. O. Guariglia. El concepto normativo de "persona" y los requisitos mínimos de justicia distributiva en una sociedad democrática. *Desarrollo Económico. Revista de Ciencias Sociales (separata)*, vol. nº 32, nº 125 (abril-junio, 1992) sin p.
24. O. Guariglia, op. cit.
25. O. Guariglia, op. cit.
26. Cf. A. Klappenbach. Ética y posmodernidad (Universidad de Alcalá de Henares, 1990).
27. En relación con esta terminología, se pueden distinguir tres etapas. En la primera, que se extiende hasta 1986, se hablaba de "grupos de riesgo". En la segunda, durante todo 1986, se optó por sustituir esta expresión por la de "factores de riesgo" y en la tercera, desde 1987 hasta la fecha, se suele hablar de "poblaciones expuestas". Cf. R.U. Atondo. *Perspectivas Sociológicas*. En: R. Náje-ra. SIDA. De la biomedicina a la sociedad. (Madrid, EUDEMA, 1990) 321-337.
28. A. Klappenbach, op. cit., 90.
29. D. Outomuro. Hacia un feminismo posmoderno. *Antichton*, nº2 (1995) 50-60.
30. J. Habermas. Justicia y solidaridad. En: K.O. Apel, A. Cortina. J. de Zan y D. Michellini, eds. Ética comunicativa y democracia (Barcelona, Crítica, 1991) 198. (Lo destacado en cursivas es mío).
31. Cf. V. Camps. Por la solidaridad hacia la justicia. En: C. Thiebaut, E.D., op. cit., 136-152.
32. Es posible que se objete que la ética discursiva no ofrece un criterio claro para decidir en una situación de conflicto como puede ser aquella que se le presenta al médico cuando tiene que optar, o bien por respetar la confidencialidad del paciente seropositivo, o bien por proteger la salud de las posibles parejas sexuales. Habermas responde a este tipo de objeción del siguiente modo:

"Nadie podría negar que el jefe de una tropa de choque se encuentra ante un dilema moral si se ve obligado a enviar a uno de sus hombres a una misión mortal para poder preservar a todos

los demás. Pero el dilema solamente podría ser 'resuelto' a través de un sacrificio voluntario, puesto que a nadie podría serle exigido moralmente. Las acciones supererogatorias, como bien lo dice su nombre, no se pueden fundamentar como obligaciones morales; por eso el discurso, en cuanto procedimiento de fundamentación, no puede presentarnos ninguna ayuda. Lo que se puede fundamentar es solamente por qué una solución utilitarista del dilema orientada a la utilidad general no es moralmente admisible.

Si el dilema propuesto es interpretado como desafío a encontrar principios y reglas que pudieran ser aplicadas a un caso semejante, se da una cuenta inmediatamente de que se trata aquí de alternativas de acción supererogatoria que no se pueden fundamentar como moralmente obligatorias: no hay a este respecto ningún interés que pudiera ser universalizado, ni ninguna norma correspondiente a la que debieran prestar su asentimiento todos los que podrían llegar a encontrarse en una situación semejante [cita: Puede acontecer de hecho que los que se encuentren comprometidos en un caso semejante se pusieran de acuerdo en resolver el dilema a través de un procedimiento de sorteo; pero un tal procedimiento solamente sería universalizable bajo la condición *ad hoc* del libre acuerdo que habrá que certificar en cada caso. No veo ninguna razón que pudiera justificar moralmente la exigibilidad del procedimiento del sorteo en tales situaciones dilemáticas!]. Jurgen Habermas. Justicia y solidaridad. En: K.O. Apel, A. Cortina, J. de Zan y D. Michelini, eds. Ética comunicativa y democracia. (Barcelona, Crítica, 1991) 202-203.

33. Jurgen Habermas. Justicia y solidaridad. En: K.O. Apel, A. Cortina, J. de Zan y D. Michelini, eds., op. cit., 175-205.
34. Para Kohlberg, en el nivel convencional, el sujeto se inserta en la comunidad en la que vive adoptando sus normas. En el nivel post-convencional, es capaz de distinguir entre normas comunitarias convencionales y principios universales de justicia, lo que le permite llegar a criticar incluso las normas de su comunidad. Cf. J.R. Carracedo. La psicología moral (de Piaget a Kohlberg). En: V. Camps. Historia de la Ética. (Barcelona, Crítica, 1989) 513-521.
35. A. Cortina, op. cit., 193.

X

CONCLUSION

En esta tesis he pretendido abordar un aspecto de la conflictividad ligada al SIDA: la discriminación de la que es objeto tanto el grupo de seropositivos y enfermos como la población de riesgo. Por esta razón, la parte central del trabajo ha consistido en estipular una definición filosófica de discriminación que permitiera un tratamiento democrático y pluralista de esta problemática bioética.

Para llevar a cabo mi objetivo, he desarrollado el trabajo en cuatro capítulos y he llegado a las siguientes conclusiones, no todas de carácter filosófico, pero que se vinculan directamente con el tratamiento filosófico del tema:

1) La "historia" del SIDA se remonta hacia 1977, aunque las primeras descripciones clínicas de la enfermedad datan de 1981 y 1982. Con un origen aparente en Africa central, la enfermedad se extendió rápidamente hacia el Caribe, EE.UU. y Europa. Esta propagación se habría visto facilitada por los rápidos y modernos medios de transporte, así como por las migraciones internas y externas.

2) El estado teórico en el que se debaten los aspectos médicos del SIDA es complejo. Desde el paradigma aceptado por la comunidad científica que hoy ocupa los centros de poder se

afirma que la enfermedad es producida por un virus, el HIV, con dos serotipos HIV1 y HIV2. Asimismo, se sostiene que existen sólo tres vías de transmisión: sexual, parenteral y materno-fetal. Consistentemente, todos los esfuerzos para controlar la epidemia se centran en la investigación científica con el objeto de hallar una vacuna preventiva y/o un tratamiento efectivo.

Por otra parte, existen científicos disidentes, en alguna medida marginados de los centros de poder, que postulan una etiopatogenia de la enfermedad diferente. Para algunos de ellos, la presencia del virus en el organismo es sólo una variable irrelevante; para otros, menos heterodoxos, el virus es condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la inmunodepresión. Todos los disidentes coinciden en afirmar que la causa principal del SIDA debe buscarse en la desnutrición, en el consumo de drogas y en la marcada desigualdad social. En última instancia, la causa del SIDA se reduce a una política de explotación que perpetúa el subdesarrollo de ciertos países y grupos sociales.

Si bien he optado por la posición oficial (el HIV como causa), creo que los factores socio-económicos y culturales no pueden estar ausentes en el análisis de la patogenia del SIDA. En este sentido, he enfatizado la necesidad de un tratamiento holista de la enfermedad.

3) Los datos epidemiológicos muestran cifras alarmantes, tanto en lo que hace al número de enfermos como de infectados, y señalan, por consiguiente, que se trata de un problema universal. Asimismo, estos datos privilegian la transmisión sexual y parenteral por drogas EV.

4) El fenómeno de la discriminación en el SIDA constituye una representación social y, como tal, cumple una función. Esta función social es variada (castigo para los transgresores de las normas establecidas, reafirmación de las diferencias, etc.), pero siempre coherente con las otras creencias del grupo.

5) Tanto el origen de la enfermedad en Africa como su mayor prevalencia en los países del Tercer Mundo, contribuyen a enfatizar las connotaciones raciales y estigmatizantes de la epidemia.

6) Las conductas discriminatorias vinculadas al SIDA no son inéditas y ya fueron suscitadas por otras epidemias. Las reacciones frente a la peste, a la lepra y a la sífilis ofrecen varios puntos de comparación con las conductas observadas hoy frente al SIDA, entre otras:

- la necesidad de un "chivo expiatorio": el pueblo judío para la peste, los homosexuales y drogadictos para el SIDA.

- la proliferación de leproserías y sidarios como medios de reclusión y aislamiento de la población afectada.

- el uso de terminología con claras connotaciones estigmatizantes: "pascuense leproso" para la lepra; "morbo gálico", "mal de Nápoles", "peste de los marranos", etc. para la sífilis; "peste rosa" para el SIDA.

- la recrudescencia del puritanismo en la epidemia de sífilis y en la de SIDA.

7) Teniendo en cuenta las dimensiones a través de las cuales se constituye la relación con el otro, de las que habla Todo-rov, la discriminación en el SIDA aparece tanto en el plano praxeológico (por ejemplo, la actitud de indiferencia observada en los comienzos de la pandemia), en el plano axiológico (por ejemplo, los juicios de valor negativos sobre la conducta moral de los afectados) como en el plano epistémico (por ejemplo, desconocimiento de las identidades personales y de grupo).

8) En la medida en que el SIDA es considerado una E.T.S. y que la vía sexual constituye la principal forma de transmisión, se han generado actitudes reprobatorias en torno a algunas prácticas sexuales y, en especial, hacia la homosexualidad. Desde la óptica foucaultiana, que hago mía, dichas actitudes podrían responder a los intereses de las clases hegemónicas. Asimismo, la ética de la sexualidad no muestra rasgos constantes y,

según Foucault, varía conforme al desarrollo de otras prácticas sociales de las que se sirve y a las que sirve.

Hoy por hoy, no hay elementos teóricos suficientes para reprobar de manera contundente la homosexualidad o las relaciones sexuales fuera del matrimonio, siempre y cuando las prácticas sexuales contribuyan al desarrollo de la identidad personal y no resulten perjudiciales para el resto de los miembros de la sociedad. La concientización de la importancia de una sexualidad basada en el amor es una de las medidas preventivas más eficaces para el SIDA. Mientras tanto, el uso de preservativos resulta ser una recomendación sensata y no objetable moralmente.

9) La adicción EV, otra conducta directamente vinculada al SIDA, no parece ser un hábito imputable exclusivamente a la responsabilidad individual. Una sociedad fuertemente individualista, exitista y consumista, que permite la inequidad y que estigmatiza, parece desempeñar un rol protagónico en la prevalencia de la drogadicción y, por ende, del SIDA.

10) Las actitudes discriminatorias (AD) frente al SIDA aparecen en diversas situaciones, bajo distintas modalidades y de manera implícita o explícita. Las hemos clasificado del siguiente modo:

a) AD de la sociedad en general: en el ámbito familiar, escolar, laboral, deportivo y carcelario. (Ej.: testeo compul-

sivo, reclusión en sidarios, internación aislada de portadores, testeo en los exámenes preocupacionales, etc.).

b) AD en el ámbito de la salud: ya sea desde los profesionales de la salud hacia enfermos y seropositivos (Ej.: negación de asistencia médica, testeo sin consentimiento informado, quiebre de la confidencialidad, etc.), o bien, desde los pacientes hacia los agentes de salud (Ej.: reclamo del testeo no confidencial de los profesionales que los asisten).

c) AD desde la comunidad de seropositivos y sidosos: automarginación, amenazas de contagio deliberado, etc.

11) He intentado definir el concepto de discriminación a partir del concepto de igualdad. Luego de incursionar en fundamentaciones de raíz biologicista o religisa, he mostrado la necesidad de apelar al plano racional. Dentro de este ámbito he analizado, en primer lugar, las respuestas que ofrecen el derecho positivo y el iusnaturalismo. Ambas posiciones muestran flancos débiles: la contingencia fáctica en el primer caso y la dificultosa elucidación de una "naturaleza humana", así como la cantidad de derechos naturales que en ella inhieren, en el segundo. Pasamos, entonces, a la ética kantiana y allí descubrimos que aquello relevante, presente sólo en la especie humana y común a todos sus miembros, aquello por lo cual todos los hombres son iguales, es su dignidad. Kant deriva la dignidad humana del valor absoluto que tienen las personas. Este valor absoluto encuentra su fundamento en el hecho metafísico de que el hombre es el único ser capaz de

darse a sí mismo leyes, es decir, capaz de autonomía. Aquí topamos con la dificultad de que la dignidad es una propiedad transitiva, esto es, Kant no aclara "de qué cosa son dignos los hombres". Finalmente, la respuesta la hallamos en la ED: *todos los hombres son dignos de ser tenidos en cuenta como interlocutores válidos.*

12) Del existencialismo sartreano hemos recogido los siguientes aportes:

- no existe una "esencia humana" y, en todo caso, lo único constante en la humanidad son las "relaciones humanas".

- la "reciprocidad", en tanto relación humana concreta, histórica y material, nos permite el reconocimiento mutuo como "proyecto".

- paradójicamente, la reciprocidad no protege a los hombres contra la reificación y la alienación, pudiendo degenerar en contradicciones ontológicas de la libertad que Sartre denomina "figuras de la mala fe".

- el hombre no es un fin absoluto ideal sino un ser material en medio de un mundo material que quiere cambiar el mundo y a sí mismo.

- la igualdad se articula con la libertad: el otro es igual a mí en tanto libertad.

13) A partir de la caracterización de la igualdad humana señalada en las conclusiones 11) y 12), hemos estipulado la siguiente definición de discriminación:

Una persona o grupo es discriminado cuando: a) no se le reconoce como interlocutor válido, y/o b) el diálogo no se realiza en condiciones de simetría, y/o c) no se le reconocen aquellos ideales de autorrealización que no atentan contra los ideales de los demás.

14) Consideramos que la ED no es estrictamente formalista y que, por el contrario, lleva implícito un principio de justicia social. Este principio se relaciona con la teoría de la justicia de Rawls en la medida en que, para garantizar la competencia comunicativa y la simetría en el diálogo es necesario apelar a una justicia distributiva que otorgue el mayor beneficio al menos aventajado.

15) A fin de evitar la discriminación tal como la hemos definido, y en relación con el punto anterior, se vuelve pertinente el "trato diferencial" de las personas cuya autonomía se ve menoscabada. Esta "acción afirmativa" o "discriminación positiva" es incompatible con el liberalismo clásico y reclama un Estado comprometido en la defensa real, no meramente retórica, de la justicia social.

16) Las normas del derecho positivo divorciadas de la ética no son, por sí mismas, capaces de fundamentar la obligatoriedad moral de las convenciones. Esto lleva, a la larga, cuando se desvanecen los mecanismos coercitivos que imponen las normas

jurídicas, a una pérdida de la efectividad de dichas normas. Por lo tanto, las medidas que se tomen para controlar la epidemia de SIDA deben contar con una fundamentación ética que las haga justas y moralmente obligatorias.

17) Para el análisis de la discriminación en el SIDA hemos optado por una ética universalista por considerar que esta enfermedad, en tanto pandemia, compromete el destino de toda la humanidad. En consecuencia, existe el reclamo de normas morales aplicables a nivel de la macroesfera. A su vez, se prefiere la ED en tanto ella es capaz de ofrecer soluciones universales que sean al mismo tiempo respetuosas de las diferencias individuales y de grupo. Dentro de la ED, la línea de K.O Apel y de A. Cortina parece más preocupada por los contextos de aplicación que por el de fundamentación de las normas, razón por la cual esta línea nos resultó más útil para el tratamiento de la problemática que ofrece la pandemia de SIDA.

18) La parte a) de nuestra definición de discriminación ("una persona o grupo es discriminado cuando no se la reconoce como interlocutor válido") se relaciona con el consentimiento informado y éste con el principio de autonomía. Este principio forma parte, junto con el de beneficencia y el de justicia o no-maleficencia, de los tres principios cardinales de la bioética. El modelo médico paternalista enfatiza el principio de beneficencia; la tradición liberal pone el acento en el de autonomía. Por nuestra parte optamos, junto a D. Gracia

Guillén y A. Cortina, por una autonomía del paciente en equilibrio con la autonomía del médico y destacamos el principio de no-maleficencia.

19) La parte a) de la definición estipulada también se extiende al ámbito de la salud pública. "Considerar al otro como interlocutor válido" implica que todos los planes de salud deben ser consensuados por todos los potencialmente afectados.

20) La parte b) de la definición ("una persona o grupo es discriminado cuando el diálogo no se realiza en condiciones de simetría") establece que la participación dialógica de los afectados se realice en igualdad de condiciones. La realidad histórico-social de los países y grupos en los que prevalece el SIDA hace que éstos disten considerablemente de una situación ideal de diálogo. La discriminación social previa al SIDA representa el principal "factor de riesgo" de la enfermedad. Así, se origina una problemática de carácter circular: la discriminación previa favorece la aparición del SIDA y éste causa discriminación. Para romper el círculo se requiere, en primer lugar, la concientización de toda la población acerca de que las epidemias no son el producto de un agente infeccioso exclusivamente sino que también, y principalmente, dependen de un conjunto de circunstancias que favorecen su aparición y propagación. A partir de la toma de conciencia de esta realidad, se vuelve necesario trabajar para morigerar las asimetrías con el objeto de que cada persona alcance la capacidad

de articular argumentativamente sus demandas. Esta propuesta incorpora los reclamos elementales de nutrición, salud y educación, aunque ellos no estén presentes en las concepciones individuales del bien. No obstante, esta pequeña dosis de paternalismo se justifica únicamente hasta tanto se borren las asimetrías presentes.

21) Hemos advertido que, bajo los discursos que enfatizan la igualdad de todos frente al SIDA, pueden encubrirse posiciones cuyos intereses se centran en mantener el *statu quo*, es decir, las relaciones de poder y de explotación entre países centrales y periféricos, entre ricos y pobres, entre varones y mujeres, entre grupos e individuos hegemónicos y marginados.

22) Rescatamos como uno de los aportes más valiosos del posmodernismo su interés en respetar las diferencias. Sin embargo, rechazamos su propuesta teórica, en tanto fragmentaria y adversa a todo tipo de apelación a algún principio de racionalidad universal.

23) La parte c) de nuestra definición ("una persona o grupo es discriminado cuando no se le reconocen aquellos ideales de autorrealización que no atentan contra los ideales de los demás") prescribe que todos los proyectos de vida compatibles entre sí sean respetados. De este modo no se presenta una concepción material del bien y ella queda librada a la deci-

sión de cada individuo. Esta propuesta pluralista y respetuosa de las diferencias no debe confundirse con el individualismo liberal. Por el contrario, la parte c) de la definición propone una solidaridad universalista como condición necesaria para posibilitar una auténtica vida democrática.

Como he anticipado, mi propósito ha sido llevar a cabo una reflexión filosófica sobre el problema de la discriminación vinculada al SIDA. Esta enfermedad ha puesto sobre el tapete, una vez más, la inequidad de la que es víctima una gran parte de la humanidad. Convencida de la necesidad de un mundo en el que la libertad, la igualdad y la solidaridad no sean meras enunciaciones retóricas, creo haber encontrado en la ED un instrumento que permite concretar esta aspiración. Insisto en la importancia de respetar la pluralidad de ideas, creencias y estilos de vida, pero sin caer por ello en un relativismo extremo del "todo vale". La ED, en tanto ética procedimental, ofrece criterios para demarcar las preferencias y normas válidas de aquellas que no lo son. Se salva así la autonomía del sujeto y la universalidad ética.

No obstante, reconozco, como también lo he anticipado en la introducción de este trabajo, que la ED no es una *panacea* y que presenta dificultades tanto a nivel de su fundamentación como en su aplicación. Como ética formalista, corre el riesgo de "pseudofundamentar" normas, sobre todo porque el procedi-

miento se revela como justo y correcto sólo cuando se lleva a cabo en condiciones ideales.

Además, aún garantizando el conocimiento de los principios justos, de ello no se sigue necesariamente su práctica, puesto que no podemos desconocer la debilidad de la voluntad. Sin embargo, por esto no hemos de hundirnos en el escepticismo. Por el contrario, allí donde hay conflicto y discrepancia, la argumentación se muestra como nuestra arma más valiosa. Pero siempre teniendo presente la diferencia entre "acción comunicativa" y "acción estratégica": mientras en la segunda triunfa el argumento más persuasivo o seductor, en la primera lo hace el mejor argumento. Nuestra práctica dialógica ha de tender hacia la acción comunicativa. Esta situación ideal de diálogo puede parecer una utopía, y probablemente lo sea. Pero, nuevamente, el escepticismo ha de hacerse a un lado. El no poder resolver de una vez y para siempre los conflictos es lo que anima la reflexión filosófica. La vida humana y, por lo tanto, la ética, son conflictividad y no ataraxia. La comunicación ha de tender al consenso pero jamás a la uniformización. Sólo progresamos y nos enriquecemos con las diferencias de unos y otros.

Frente a los conflictos suscitados por el SIDA como frente a cualquier otro dilema moral, no cabe esperar una única respuesta razonable. Lo frecuente es que sean dos o más las alternativas posibles. Es aquí donde el pluralismo aparece éticamente justificado en la medida en que las preferencias individuales son pasibles de una discusión racional y compren-

siva, o sea, en cuanto se puede decir: "prefiero la opción A, aunque reconozco que la opción B que tú defiendes es también avalada por razones serias". Comprender y respetar no es necesariamente compartir.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, M.: Romero Muñoz, D.: *Relação Médico-Paciente e Paciente-Instituição na AIDS: o Direito a Informação e a Confidenciança; a Discriminação, o Abandono e a Coerção. Bioética (Rev. publicada pelo Conselho Federal de Medicina)*, vol. 1, n°1, 1994, 49-53.
- Amorós, C.: *Sartre*. En: Camps, V., op. cit.
- Apel, K.O.; Cortina, A.; de Zan, J. y Michelini, D.: *Ética comunicativa y democracia*, Barcelona, Crítica, 1991.
- Apel, K.O. (traduc. A. Cortina, J. Chamorro y J. Conill): *La transformación de la filosofía*, Madrid, Taurus, 1985.
- Apel, K.O.: *Una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia*, Bs. As., Almagesto, 1985.
- Apel, K.O.: *¿Límites de la ética discursiva?*. En: Cortina, A.: *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*, Salamanca, Sígueme, 1985.
- Atondo, R.U.: *Perspectivas Sociológicas*. En: Nájera, R., op. cit.
- Benrubi, G.I.: Confidentiality in the age of AIDS, *J. Reprod. Med.*, vol.37, n°12, December 1992, 969-72.
- Bonete, E.: *La ética en la filosofía española del siglo XX*. En: Camps, V., op. cit.
- Brattebo, G.; Wisborg, T.: HIV infection and health personal: health care workers' opinions concerning some ethical dilemmas, *Scand. J. Soc. Med.*, vol.18, n°3, 1990, 225-229.
- Camps, V.: *Historia de la Ética*, vol. III, Barcelona, Crítica, 1989.
- Camps, V.: *Por la solidaridad hacia la justicia*. En: Thiedbaut, C., op. cit.

Camps, V.: *Comunicación, democracia y conflicto*. En: Apel, K.O.; Cortina, A.; de Zan, J. y Michelini, D., op. cit.

Carracedo, J.R.: *La psicología moral (de Piaget a Kohlberg)*. En: Camps, V., op. cit.

Clotet, J.: El modelo utilitarista en la construcción y desarrollo de la bioética. *Télos. Rev. Iberoamericana de Estudios Utilitaristas*, vol. II, n°1, (junio, 1993), 101-124.

Cohen, C.; Segre Faiman, C.J.: AIDS: Ataque ao Sistema de Defensas Psíquicas, *Bioética (Rev. publicada pelo Conselho Federal de Medicina)*, vol. 1, n°1, 1994, 67-70.

Cortina, A.: *Ética aplicada y Democracia radical*, Madrid, Tecnos, 1993.

Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española, ed. 19°, Madrid, Espasa Calpe, 1970.

Erlen, J.A.; Lebeda, M.; Tamme, C.J.: Respect for persons: the patient with AIDS, *Orthop. Nurs. (United States)*, vol. 12, n°4, Jul-Aug 1993, 7-10.

Ernout, A.; Meillet, A.: *Dictionnaire étymologique de la langue latine. Histoire des mots*, 4eme. éd., Paris, Klincksieck, 1959.

Farreras Valentí, P. y Rozman, C.: *Medicina Interna*, Barcelona, Salvat, 1992.

Ferrater Mora, J.: *Diccionario de Filosofía*, Barcelona, Ariel, 1994.

Fineberg, H.V.: Dimensiones sociales del SIDA, *Investigación y Ciencia*, n°147, 1988, 122.

Foucault, M.: *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*, Bs. As., Siglo XXI, 1990.

Gatell Artigas, J.M. et al.: *Guía Práctica de SIDA (Clínica, diagnóstico y tratamiento)* 3.e., Barcelona, Mason-Salvat, 1994.

- Gesheker, CH.L.: Rethinking AIDS in Africa. *Reappraising AIDS*, vol. 3, n°2 (February 1995), 25-36.
- Gomá, F.: *Scheler y la ética de los valores*. En: Camps, V.: op. cit.
- Grace, E.G.; Cohen, L.A.: Attitudes of Maryland dentists towards AIDS and hepatitis patients, *Am. J. Dent. (United States)*, vol. 6, n°1, February 1993, 32-40.
- Gracia Guillén, D.: *Primum non nocere. El principio de no maleficencia como fundamento de la ética médica*, Madrid, Real Academia Nacional de Medicina, 1990.
- Greco, D.B.; de Castro Neves, M.: O Profissional de Saúde Infectado pelo HIV - Direitos e Deveres. *Bioética (Rev. publicada pelo Conselho Federal de Medicina)*, vol. 1, n°1, 1994, 39-48.
- Guariglia, O.: *Problemas de la universalización de la ética dialógica*, Rio Cuarto, Actas VII Congreso Nacional de Filosofía, 1993, 30-38.
- Guariglia, O.: El concepto normativo de "persona y los requisitos mínimos de justicia distributiva en una sociedad democrática, *Desarrollo Económico, Revista de Ciencias Sociales (separata)*, vol. n° 32, n° 125, abril-junio, 1992.
- Habermas, J.: *Justicia y solidaridad*. En: Apel, K.O.; Cortina, A.; de Zan, J. y Michelini, D., op. cit.
- Honneth, A.: *La ética discursiva y su concepto implícito de justicia*. En: Apel, O.K.; Cortina, A.; de Zan, J. y Michelini, D., op. cit.
- Illingworth, P.: *Aids and good society*, London and New York, Routledge, 1990.
- Kappenbach, A.: *Ética y posmodernidad*, Universidad de Alcalá de Henares, 1990.
- Kohn Loncarica, A.G.: Una visión del SIDA desde la óptica de la Historia de la Medicina, *Rev. Fundación Facultad de Medicina de la UBA*, vol. 3, n° 9, setiembre 1993, 24-30.

- Laporta, F.J.: *Ética y derecho*. En: Camps, V., op. cit.
- Levi Strauss, C.: *Antropología estructural: mito, sociedad, humanidades*, México, Siglo XXI, 1980.
- Levi-Strauss. *Polémica sobre el origen y universalidad de la familia*, Barcelona, Anagrama, 1976.
- Maliandi, R.: *Transformación y síntesis*, Bs. As., Almagesto, 1991.
- Malinowsky, B.: *La vida sexual de los salvajes del noroeste de la Melanesia*, 3 e., Madrid, Morata, 1975.
- Mann, J.: Salud y derechos humanos. *El Correo de la Unesco*. *SIDA: un estado de emergencia*, Junio 1995, 27-34.
- Manuel, C. et al.: The ethical approach to AIDS: a bibliographical review, *J. Med. Ethics*, vol. 16, n°1, 1990, 14-27.
- Martínez Contreras, J.: *La naturaleza de la naturaleza humana*. En: Thiedbaut, C., op. cit.
- Monti, E.J.: *El SIDA y el Hombre*, Buenos Aires, Alcotán, 1993.
- Nájera, R.: *SIDA. De la biomedicina a la sociedad*, Madrid, EUDEMA, 1990.
- Nino, C.S.: *Ética y derechos humanos*, Bs. As., Paidós, 1984.
- Nuñez, G.I.: *Ética y SIDA, un llamado a la dignidad del hombre*. Trabajo presentado en las Primeras Jornadas de la Sociedad de Ética en Medicina (AMA), Bs. As., setiembre 1993, 7-14.
- Outomuro, D.: Hacia un feminismo posmoderno, *Antichton*, n°2, 1995, 50-60.
- Rabossi, E.: *Derechos Humanos: El principio de igualdad y la discriminación*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales, 1990.
- Sartre, J.P.: *Crítica de la Razón Dialéctica*, tomo I, Buenos Aires, Losada, 1995.

Savater, F.: *La humanidad en cuestión*. En: Thiebaut, C., op. cit.

The Oxford English Dictionary, vol. 3, Oxford, Clarendon Press, 1933.

Thiebaut, C.: *La herencia ética de la ilustración*, Barcelona, Crítica, 1991.

Todorov, T.: *La conquista de América. La cuestión del otro*, México, Siglo XXI, 1982.

Valcárcel, A.: *Sobre la herencia de la igualdad*. En: Thiebaut, C., op. cit.

Vidal, M.: *Ética de la sexualidad*, Madrid, Tecnos, 1991.

APENDICE

ACTITUDES ETICAS FRENTE AL SIDA (ENCUESTA ANÓNIMA)

INTRODUCCION

El SIDA plantea innumerables interrogantes de índole médico- biológica pero también constituye, como dice el Dr. José A. Mainetti, una verdadera "epidemia bioética"¹ al punto de poner en jaque a toda nuestra sociedad. La vastedad y complejidad de los problemas y conflictos de valores que trae aparejados obliga a un exámen exhaustivo y a una reflexión profunda de los mismos. Desde hace tiempo, los profesionales de la salud no nos enfrentamos con una problemática semejante. A partir de la década de los 80, nuestro quehacer más o menos rutinario, se vió conmovido y el estado de incertidumbre en el que, a veces, tomamos decisiones diagnósticas y terapéuticas se ha trasladado al ámbito de la deontología médica.

Con el propósito de conocer algunas actitudes éticas de los médicos frente al SIDA, se decidió encuestar a un grupo de profesionales con distinta antigüedad en la profesión y con distintas especialidades.

MATERIALES Y METODOS

La muestra estuvo compuesta por 40 médicos de ambos sexos que se desempeñan profesionalmente en un centro asistencial privado y en hospitales públicos. Los mismos fueron seleccionados al azar. A cada uno se le entregó una encuesta conformada por 13 preguntas con respuestas estructuradas; excepto en las preguntas 1 y 2, en las restantes se requería una justificación adicional del por qué de la respuesta elegida. La encuesta era anónima y debía entregarse en sobre cerrado dentro de los 20 días de recibida.

De las 40 encuestas repartidas, fueron devueltas 26; de ellas, dos habían sido entregadas sin contestar. De las 24 restantes, 17 correspondían a especialidades clínicas (medicina interna, neumonología, cardiología, infectología, neurología y oncología) y 7 a especialidades quirúrgicas (traumatología, cirugía general) y terapia intensiva (UTI)².

La distribución en cuanto a sexo y antigüedad en la profesión se muestra en la siguiente tabla:

Antigüedad	< 5		6 a 14		> 15	
	M	F	M	F	M	F
Esp. Clínicas	1	3	4	2	6	1
Esp. Quirúrgicas	1		2		4	

RESULTADOS

Pregunta 1: ¿Ha tenido que asistir a pacientes HIV + ?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
SI	3	4	7	14
NO	1	2		3

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
SI	1	2	4	7
NO				

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 2: ¿Ha tenido que asistir a pacientes con SIDA ?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
SI	3	4	6	13
NO	1	2	1	4

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
SI	1	2	4	7
NO				

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 3: Cuando un paciente lo consulta por una patología relacionada con su especialidad y le dice que es HIV + :

(A) ¿Ud. le brinda asistencia como si se tratara de cualquier otro paciente?

(B) ¿Ud. le brinda asistencia tomando los recaudos necesarios para evitar una diseminación de la infección?

(C) ¿Ud. lo deriva a un centro especializado en la atención de pacientes con SIDA?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
A		2	4	6
B	4	4	3	11
C				

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
A				
B	1	2	4	7
C				

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 4: Para Ud., los pacientes HIV + que tienen que ser internados por patologías no relacionadas con el SIDA:

(A) ¿deben internarse en la misma sala que cualquier otro paciente?

(B) ¿deben internarse en una sala especialmente destinada para portadores y/o enfermos de SIDA?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
A	1	4	4	9
B	3	2	3	8

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
A		1	3	4
B	1	1	1	3

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 5: Para Ud, los pacientes con SIDA que requieren ser internados por esta enfermedad:

(A) ¿deben internarse en la misma sala que cualquier otro paciente?

(B) ¿deben internarse en una sala especialmente destinada para portadores y/o enfermos de SIDA?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
A	1	1	4	6
B	3	5	3	11

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
A		1	1	2
B	1	1	3	5

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 6: Haciendo abstracción de la Ley, ¿cree Ud. que el médico tratante tiene derecho a solicitar tests para HIV, dentro del plan diagnóstico, sin requerir la autorización del paciente?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
SI	3	5	4	12
NO	1	1	3	6

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
SI	1	2	4	7
NO				

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 7: Si su paciente es HIV +, ¿notifica Ud. este resultado:

(A) primero al paciente

(B) primero a la familia

(C) al paciente y a la familia en forma conjunta?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
A	3	4	6	13
B				
C	1	1	1	3

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
A		2	3	5
B				
C				

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 8: Si su paciente ya conoce que es HIV +, ¿cuál es su actitud respecto a la(s) pareja(s) del mismo? :

(A) Ud notifica este resultado sólo a la pareja estable del paciente.

(B) Ud notifica este resultado sólo a las parejas eventuales conocidas.

(C) Ud notifica este resultado tanto a la pareja estable como a las eventuales conocidas.

(D) Ud no notifica este resultado a la(s) pareja(s) del paciente.

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
A		3	2	5
B				
C	3	3	1	7
D	1		3	4

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
A	1		1	2
B				
C			1	1
D		2	2	4

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 9: ¿Considera que el chequeo obligatorio de toda la población a fin de conocer su estado inmunológico respecto al HIV sería útil para prevenir y/o controlar la enfermedad?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 A 14	> 15	
SI	1	4	2	7
NO	3	2	5	10

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 A 14	> 15	
SI		1		1
NO	1	1	4	6

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 10: ¿Considera que deberían practicarse test de HIV al salir y/o ingresar al país?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 A 14	> 15	
SI	1	1	2	4
NO	3	5	5	13

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 A 14	> 15	
SI				
NO	1	2	4	7

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 11: ¿cree Ud. que el paciente tiene derecho a saber si los profesionales de la salud que lo atienden son HIV + o - ?

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 A 14	> 15	
SI		2	2	4
NO	4	4	5	13

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 A 14	> 15	
SI			3	3
NO	1	2	1	4

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 12: Con el objeto de proteger al paciente de posibles contagios con el HIV, cree Ud. que:

(A) todos los profesionales de la salud deberían someterse periódicamente a un chequeo obligatorio

(B) sólo aquellos profesionales de la salud que se desempeñan en áreas de riesgo (UTI, guardia, quirófano, etc.) deberían someterse periódicamente a chequeo obligatorio

(C) no es necesario un chequeo obligatorio periódico de los profesionales de la salud.

ESPECIALIDADES CLINICAS

*	< 5	6 a 14	> 15	
A	1	1		2
B	3	3	2	8
C		2	5	7

ESPECIALIDADES QUIRURGICAS / UTI

*	< 5	6 a 14	> 15	
A			2	2
B			2	2
C	1	2		3

* años de egreso de la Facultad de Medicina

Pregunta 13: ¿Considera que las campañas de prevención llevadas a cabo en nuestro país han sido y/o son efectivas para controlar la infección?

SI : 1
 NO : 22
 No sabe: 1

DISCUSION

Casi todos los encuestados han tenido que asistir a algún paciente portador o enfermo de SIDA durante su práctica profesional. Asimismo, la mayoría parece cumplir con el deber de prestar atención médica tomando los recaudos necesarios para evitar la diseminación de la infección.

Si bien, como hemos dicho, en general no se asumen actitudes discriminatorias en lo que hace a la asistencia de los sidosos, las discrepancias comienzan a surgir cuando se plantea el lugar de internación. Casi el 50% de los encuestados optó por la internación de los seropositivos en salas especiales, mientras que un 70% eligió la misma opción para los enfermos de SIDA.

Cuando indagamos las razones que motivaban una u otra opción, sólo cuatro encuestados (con menos de 14 años en la profesión) de los que eligieron la internación de portadores en salas especiales, lo hicieron guiados por el principio de beneficencia. Aquellos que optaron por la internación común, fundamentaron su postura alegando que "no hay razón para el aislamiento siempre que se cumplan las normas de bioseguridad" o que "todos los pacientes deben considerarse potencialmente HIV +".

Creemos que no existe al menos al estado actual de nuestros conocimientos médicos ninguna base científica para considerar la seropositividad por sí misma, sin estar acompañada por otros estudios, como sinónimo de un estado de inmunodeficiencia actual. Por tal motivo, no hay razón alguna para internar a los portadores en salas especiales. No ocurre lo mismo cuando se trata de enfermos de SIDA. En este caso, el paciente tiene su sistema inmunitario comprometido y, por lo tanto, su internación junto a pacientes con dolencias infectocontagiosas, como por ejemplo tuberculosis, implicaría un serio riesgo para el sidoso. Aquí no podríamos hablar de discriminación, sino de respeto de principio de no-maleficencia.

Una abrumadora mayoría, tanto en las especialidades clínicas como en las quirúrgicas, sostuvo que el médico tiene el derecho de solicitar tests para HIV sin pedir el consentimiento informado. Esta actitud fue algo más acentuada entre los médicos jóvenes (con menos de 14 años de graduación). Las razones aludidas para tal elección fueron las siguientes: "por propia protección" (4 casos), "porque es importante para el diagnóstico" (6 casos), "es obvio" (2 casos), "porque si se pide autorización para este caso también habría que hacerlo para otros tests diagnósticos" (2 casos), "para evitar la diseminación y proteger a los familiares" (3 casos). Sólo cuatro encuestados consideraron que "siempre hay que pedir autorización" o que "hay que respetar la *intimidad* del paciente"; cabe destacar que uno de los que optó por no pedir autorización lo hizo bajo la condición de guardar secreto médico.

Es posible que la mayoría de los profesionales de esta muestra asuma la actitud de decidir la realización de tests, sin el consentimiento del paciente, en vistas de arribar a un diagnóstico. No podemos atribuir esta actitud al temor de un posible cuestionamiento médico-legal, dado que la pregunta que indagaba esta cuestión estaba condicionada ("Haciendo abstracción de la ley..."). Consideramos que ella tiene que ver más con el paternalismo que tradicionalmente ha caracterizado nuestro *ethos* profesional o bien con la interpretación de la existencia de un cierto consentimiento tácito por parte del paciente (si el enfermo viene a uno a pedir ayuda, "es obvio" que se debe hacer todo lo que está al alcance de uno para arribar al diagnóstico y eventual tratamiento).

Asimismo, llama la atención que ninguno de los encuestados haya tomado en cuenta las consecuencias discriminatorias que pueden derivarse de una serología positiva. Así, algunos han colocado los tests de HIV en el mismo nivel que la serología para sífilis y para otras enfermedades infecciosas no venéreas.

Sin embargo, una gran mayoría (65%) prefirió comunicar el resultado de la serología primero al paciente por considerar que éste "es el principal involucrado" o que "hay que respetar la privacidad del paciente". Aquellos que optaron por comunicarlo al paciente y a la familia simultáneamente, fundamentaron su decisión en la necesidad de proteger emocionalmente al paciente. Un encuestado respondió que "se le comunica a quien esté presente; los núcleos familiares de estos enfermos son patológicos; nada influye en la evolución posterior quien lo sepa primero", y otro sostuvo que "no lo comunic(a) a nadie y lo conect(a) con el consultorio de SIDA".

Sólo un 33% decidió no comunicar la serología positiva a la/s pareja/s del paciente (dos encuestados hicieron esta elección con reservas), apelando al secreto profesional. Esta tendencia fue más acentuada entre los médicos con más de 15 años en la profesión, mientras que los más jóvenes optaron por comunicar el resultado tanto a la pareja estable como a las eventuales conocidas, como medio para evitar la diseminación. Nuevamente se percibe una cierta predilección por proteger a la sociedad (al menos al entorno social del paciente) a partir de la comunicación del estado serológico de los pacientes. Para algunos autores³, con el objeto de evitar la discriminación en la práctica de la confidencialidad, las decisiones deberían tomar en cuenta las circunstancias individuales.

No obstante, el 66% consideró inútil, como medio de prevención, el chequeo obligatorio al entrar o salir del país (tres encuestados optaron por esta posición pero señalaron como excepción a los grupos de riesgo). Sólo uno consideró que una política sanitaria de este tipo traería consecuencias discriminatorias y la mayoría sostuvo su posición apelando a la existencia de otros medios de control y prevención: "no tiene ningún sentido dado que habría que estar chequeando continuamente (por el período ventana) y además, lo que importa es evitar las conductas de riesgo y cumplir con normas

universales de bioseguridad, independientemente del conocimiento del estado de portador del prójimo". Esta tendencia fue observada sobre todo entre los profesionales con más antigüedad.

Consideraciones similares caben para el testeo obligatorio de toda la población. En este sentido, frente a ciertas tendencias que propician dicha conducta basándose en el reciente incremento de tuberculosis entre enfermos de SIDA, se considera que el testeo obligatorio no está justificado como medida preventiva⁴.

Una significativa mayoría (sobre todo entre los médicos de más reciente graduación) consideró que el paciente no tiene derecho a saber si los profesionales que los asisten son o no seropositivos. Esta opción se fundamentó de diversas maneras: "el médico conoce las normas de bioseguridad que debe aplicar (en caso de ser positivo, para evitar contagiar)" (6 casos), "las probabilidades de contagio son escasas" (tres casos), "es algo personal" (tres casos), "implica discriminación" (dos casos). Entre los que optaron por conceder al paciente el derecho de saber el estado serológico de quienes los asisten, dos encuestados condicionaron esta elección a las especialidades médicas de riesgo (hemoterapistas, cirujanos, etc) y otros dos sostuvieron que "todos deben conocer el estado de todos".

Con respecto a si el chequeo periódico de los profesionales de la salud, tendería o no a proteger a los pacientes de posibles contagios, un 40 % se inclinó por la negativa argumentando que el riesgo de contagio es mínimo o que deben aplicarse normas de bioseguridad universales o que se trata de un estudio "personal". Entre aquellos que optaron por una respuesta afirmativa, tres lo hicieron con reservas y bajo la condición de que el testeo fuese voluntario.

Estos resultados son algo diferentes de los hallados en una encuesta⁵ realizada entre 359 profesionales de la salud suecos; ella reveló que el 75% de ellos no permitirían que un colega HIV positivo asistiera a uno de sus familiares y el 47% estuvo de acuerdo con un testeo rutinario para detectar HIV entre los profesionales con el objeto de proteger la salud del paciente.

Coincidimos con algunos autores⁶ que afirman que las evidencias actuales no justifican la práctica compulsiva de serología HIV en los profesionales de la salud, aún en aquellos envueltos en procedimientos invasivos. Tampoco se justifica el alejamiento de su lugar de trabajo del personal seropositivo, a no ser que la dolencia (como en cualquier otra enfermedad) afecte las facultades o la capacidad de trabajo de los profesionales. El establecimiento de precauciones *universales* al tratar la sangre u otros fluidos corporales resulta suficiente para evitar el contagio, tanto del médico hacia el paciente como en sentido inverso.

Finalmente, en lo que hace a la opinión sobre la eficacia de las campañas de prevención en nuestro país, un encuestado

dijo no tener opinión formada, uno consideró que habían ayudado a la toma de conciencia y el resto (22 casos) las consideran ineficaces. Las razones esgrimidas fueron las siguientes:

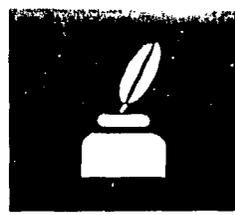
- "...la gente piensa que a ellos no les va a tocar y escucha sólo lo que quiere escuchar".
- "los jóvenes aún piensan que es problema del otro"
- "en general, los pacientes que atendí tienen una personalidad especial"
- "los mensajes no son claros"
- "falla la información sobre el tema"
- "son insustanciales e incompletas"
- "son confusas y prejuiciosas"
- no tienen continuidad, son ambivalentes; no están utilizando mensajes que puedan llegar a toda la población"
- en general no saben llegar a la población de mayor riesgo"
- "...el problema del SIDA es la drogadicción...no es un problema de todos, es sólo de algunos pocos".

CONCLUSIONES

- 1) El principio de beneficencia parece estar muy arraigado en la comunidad médica encuestada.
- 2) Existe cierta tendencia a no respetar la autonomía del paciente cuando se trata de solicitar tests de HIV, en aras de arribar al diagnóstico y de "proteger" el entorno social de un eventual contagio.
- 3) Dichos tests son considerados como una prueba diagnóstica más, al mismo nivel que otras relacionadas con otras patologías, y no se toman en cuenta las consecuencias que de ellas pueden derivarse (discriminación, alejamiento de los pacientes de los centros de asistencia médica, etc).
- 4) Paradójicamente, el principio de autonomía aparece con fuerza cuando se trata de comunicar el resultado de un test.
- 5) Los profesionales con más de 15 años de graduación son más proclives a respetar la confidencialidad, así como a considerar que el cumplimiento de las normas de bioseguridad resultan suficientes para evitar el contagio en el ámbito médico.
- 6) Las campañas de prevención llevadas a cabo en nuestro país son consideradas ineficaces. En algunos casos, esta ineficacia se relacionó con características de la población receptora, pero la mayoría responsabilizó al discurso publicitario considerándolo vago, ambiguo y centrado en la vía sexual de transmisión.

NOTAS

1. J.A. Mainetti. SIDA: epidemia bioética y desafío científico transcultural. Quirón, vol. 22, n°2 (1991) 63-67
Según el autor se distinguen tres epidemias entrelazadas en el SIDA: la epidemia de la infección, la epidemia de la enfermedad y la epidemia de la reacción social (cultural, económica y política). En el artículo citado, sostiene como tesis que el SIDA representa la enfermedad bioética por antonomasia.
2. Si bien "terapia intensiva" es una especialidad clínica, debido a que su ejercicio implica un mayor riesgo de contagio (transfusiones, extracción continua de muestras de sangre, canalizaciones, etc.) fue clasificada junto con las especialidades quirúrgicas.
3. K.H. Brown. Descriptive and normative ethics: class, context and confidentiality for mothers with HIV. Soc Sci Med (England), vol.36, n°3 (Feb 1993) 195-202
4. R. Bayer; N.N. Dubler; S.Landesman. The dual epidemics of tuberculosis and AIDS: ethical and policy issues in screening and treatment. Am J Public Health, vol. 83, n°5 (May 1993) 649-54
5. G. Brattebo; T. Wisborg. HIV infection and health personnel: health care workers' opinions concerning some ethical dilemmas. Scand J Soc Med, vol.18, n°3 (1990) 225-29
6. D.B. Greco; M. de Castro Neves. O Profissional de Saúde Infectado pelo HIV - Direitos e Deveres. BIOETICA. Rev publicada pelo Conselho Federal de Medicina, vol.1, n°1, (1993) 39-48



Educación como estrategia en la prevención del SIDA

Delia Outomuro *

Si tenemos en cuenta que alrededor del 80% de los casos de SIDA reconocen un contagio por transmisión sexual y, dado que hoy por hoy la educación parece ser la mejor estrategia para luchar contra el SIDA, ella se convierte en un imperativo moral para toda la sociedad. "... mientras la investigación para derrotar al virus HIV registra progresos inéditos, la epidemia también crece sin pausas. Y la disyuntiva planteada claramente por la OMS es que si no se toma el toro por las astas y la prevención pasa a ser el núcleo de la lucha contra el SIDA la enfermedad se vuelve incontrolable". (1)

A la hora de diseñar un plan profiláctico eficaz precisamos tener en cuenta tres aspectos:

- 1) conocer las vías y forma de transmisión de la enfermedad,
- 2) conocer cuáles son las conductas vinculadas a la transmisión que de hecho existen en nuestra sociedad, y en función de lo anterior
- 3) estipular el contenido educativo y las estrategias a implementar para alcanzar el objetivo: la prevención.

En lo que hace al primer punto, la teoría aceptada por la comunidad científica adjudica al HIV la etiología del SIDA. Decimos "la teoría aceptada" porque algunos como Peter Duesberg, de la Universidad de California, en Berkeley, sugieren que el HIV no es la causa del SIDA sino un mero oportunista

que irrumpe en el organismo una vez que el sistema inmunológico se ha derrumbado; ciertas experiencias que muestran cómo el sistema inmune se colapsa a pesar de que las personas infectadas parecen tener sólo muy pequeñas cantidades de virus en la sangre, parecen sustentar esta nueva teoría (2). Asimismo, el hecho de que muchas personas, a pesar de estar en contacto permanente con el virus, no sean afectadas y que algunos infectados tardan diez años mientras que otros sólo un año en desarrollar la enfermedad, son cuestiones que jaquean la teoría viral. No obstante, la etiopatogenia por HIV goza del consenso mayoritario y según esta teoría la transmisión viral se efectúa siempre que exista contacto entre un líquido infectante (sangre, semen) y la sangre de un individuo sano. De allí que las vías de transmisión sean: parenteral, sexual y placentaria.

Pasemos ahora a analizar el segundo punto. A partir de los años 60 se declara un cambio radical en las prácticas sexuales que tiene su origen en la llamada "revolución sexual" y que culmina, a mediados de los 80, con una "sexualidad recreativa" (prostitución, promiscuidad, etc.) fuertemente hostigada. "Y aunque, frente a este fenómeno, el santo furor de los apóstoles de la moralidad dominante no cesó en su cruzada contra el libertinaje sexual del nuevo desorden amoroso, la verdad es que no tuvo mayor éxito. Hizo falta la aparición de la amenaza del SIDA, para la actuali-

* Doctora en Medicina. Departamento de Humanidades Médicas. Facultad de Medicina. UBA.

divulgación de sus proclamas ideológicas, esta vez, con una norma de Salud Pública basada en una conducta reprimida y represora de la sexualidad de la forma más negativa, es como fuente poderosa y peligrosa de la que debe ser objeto de vigilancia, control y represión". (3)

En estos sectores se proclama a la abstinencia sexual como la única medida efectiva contra el SIDA, siendo el uso del preservativo y la pareja monogámica no infectada, alternativas paliativas para los "eróticos recurrentes".

En un trabajo anterior hemos impugnado la abstinencia y hemos destacado que la valoración negativa de toda sexualidad no ligada a la monogamia heterosexual reproductiva, carece de fundamentos antropológicos y filosóficos. Pero lo más importante a tener presente es que, en esta perspectiva conservadora, se plantea el problema de la existencia real de conductas riesgosas, las que difícilmente se justifican desde una posición que "bajo el contexto de la lucha contra la infección pretende actualizar el tabú conservador de la sexualidad". (4)

Las investigaciones realizadas en el ámbito de la educación (5) han señalado que los predictores más fuertes de la homofobia son las actitudes conservadoras en los roles sexuales y la identidad. Simultáneamente se conforma una representación social discriminatoria y estigmatizante ante el SIDA. Sin duda, esto constituye un sumamente peligroso puesto que estas

personas se autoexcluyen como potenciales sujetos de riesgo (la enfermedad sólo afecta a los "desviados") y no toman los recaudos necesarios.

Este panorama hace plausible la hipótesis de que una educación eficaz como medio de prevención, será aquella en la que no existan visos de discriminación, culpa-castigo o represión.

Sea o no del agrado de algunos sectores, el hecho concreto es que se dan en nuestra sociedad una serie de conductas riesgosas: la homosexualidad, la promiscuidad, las relaciones furtivas son una realidad que debemos admitir como tal. Muchas de estas conductas pueden estar descalificadas moralmente y no se discute la necesidad de tender hacia una sexualidad que responda a criterios éticos, pero entre tanto, *el uso del preservativo constituye la mejor medida preventiva que poseemos*. "Partiendo de que hoy hay unos 14 millones de infectados en el mundo (*), hay dos posibilidades. Si el conjunto de la sociedad asume el peligro y desarrolla intensas campañas de información, educación y lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y, como sugiere la OMS, sale a hacer un *mercado social del preservativo, la única vía que por ahora se conoce para frenar el contagio*, la cantidad de infectados al año 2000 estará entre 20 y 40 millones. Si, en cambio, todo eso no se hace, los cálculos hablan de 100 a 200 millo-

(*) Las cifras actuales ascienden a 17 millones (nota del editor).

Una tradición en pieles ...



Ropa de Cuero
Tejidos
Cámaras
frigoríficas

diagonal 80 N° 890 - tel. 21-5106 - la plata (1900)

nes" (6). Estas cifras alarmantes resultan suficientes per se para actuar con un criterio pragmático y hacer a un lado las confrontaciones ideológicas.

Asumiendo la realidad social y sexual, y sabiendo que el preservativo es el mejor medio preventivo que poseemos hasta el momento, nos parece de suma importancia indagar cuál es la respuesta de la población frente a esta recomendación. Como veremos, a partir de los datos obtenidos en una serie de estudios, resulta imperiosa la implementación de campañas educativas tendientes a una valoración más positiva del preservativo.

Una investigación (7) llevada a cabo en nuestro país (Capital Federal y Gran Buenos Aires) que comprendió a mujeres y hombres entre los 15 y 45 años arrojó los siguientes resultados:

- el 83% mantiene relaciones sexuales;
entre los 15 y 19 años, el 61%
20 y 25 74%
26 y 35 88%
36 y 45 96%

De este total, los que usan preservativos son:

15 y 19 68%
20 y 25 72%
26 y 35 52%
36 y 45 42%

Muchos autores coinciden en que los comportamientos inconstantes en relación al uso de profilácticos, se observan tanto entre los homo como entre los heterosexuales (8, 9). Una encuesta llevada a cabo en una zona de EE. UU. en la que se observa la mayor tasa de enfermedades de transmisión sexual (ETS), mostró que sólo un tercio de la población lo usaba en forma constante (tanto con las parejas fijas como con las esporádicas), otro tercio lo hacía en forma intermitente (sólo con compañeros esporádicos y/o nuevos) y el tercio restante nunca lo utilizaba. La principal razón argüida para el rechazo es la supuesta incompatibilidad entre placer y seguridad. Paralelamente, el deseo de evitar un

embarazo suele ser el factor determinante para su uso. Ni la historia previa de ETS ni el riesgo de reinfección parecen jugar un papel relevante.

La baja prevalencia del uso de preservativos se acentúa cuando la población en estudio corresponde a heterosexuales consumidores de droga (10). Ello podría explicarse según algunos autores (11) por un sentimiento tanatofílico: "...aquellos grupos con un tanatropismo (neologismo que empleó para sí un sociólogo alcoholista) acentuado -como aparentemente lo demuestran los alcoholistas- resultan más difíciles de controlar. El hedonismo requiere que las personas estén vivas, por ello, algunos homosexuales aterrizados limitan sus relaciones a la pareja estable y tratan de protegerse".

Diversos estudios también muestran cómo las mujeres son más proclives que los hombres a usarlo, sobre todo en las relaciones casuales. Estos resultados evidencian la necesidad de métodos de protección que puedan ser manejados personalmente por las mujeres (por ejemplo, el preservativo femenino) (8, 9).

Cabe destacar que las mujeres tienen un mejor conocimiento del SIDA y que esto se relaciona con actitudes globales más positivas hacia esta medida de prevención (12). No obstante, no nos parece legítimo limitar la tarea educativa a transmitir sólo una mayor información científica sobre el tema. Muchas otras variables, además del mayor o menor grado de conocimiento sobre el SIDA, influyen en la conservación o cambio de creencias y actitudes (13). "No conviene olvidar que la mejora en el conocimiento del SIDA no necesariamente conduce a un cambio en la conducta sexual, por lo que a todos estos estudios deben seguir otros que pongan más atención en los procesos que inhiben o estimulan las conductas de riesgo" (14).

El desconocimiento de las idiosincrasias culturales, por ejemplo, puede resultar en el fracaso de cualquier programa de prevención. Un curioso hecho ilustrará la importancia de hacer un relevamiento de las creencias popu-

lares:

El vudú es un sistema de creencias de muchos americanos de raza negra. Tiene sus orígenes en algunas culturas africanas cuyos representantes llegaron a América como esclavos, pero también existe entre algunos grupos blancos en las montañas Ozark de Arkansas, quizás por las relaciones de estos grupos con la cultura negra en su período de asentamiento en el país. El llamado "hígado blanco" es una entidad perteneciente a este folklore que posee un estrecho parecido con el SIDA. Consiste en una condición caracterizada por el exceso sexual y por un desgaste hasta la muerte de los compañeros sexuales.

"El hígado blanco se describe como un agotamiento generalizado físico y psíquico acompañado de demacración, debilidad externa, desaparición de la potencia sexual debido al excesivo apetito sexual de otra persona que abusa de la primera hasta matarla. Pueden padecerlo tanto los hombres como las mujeres y es fatal en un tiempo relativamente corto. La persona que lo padece se siente atrapada y reconoce la fatalidad de su situación como producida por un hechizo y cuya única posibilidad de cura puede obtenerla de un curandero vudú que pueda deshacer el embrujo" (15).

Muchas de las personas que creen en el vudú identifican al SIDA con la entidad relatada y son renuentes a adoptar las medidas preventivas adecuadas. El problema no es irrelevante si se tiene en cuenta la mayor incidencia de SIDA en la comunidad negra y, por tanto, el riesgo de una mayor posibilidad de diseminación.

"No obstante la mayoría de las personas que mantienen el sistema de creencias vudú también están influenciadas por la cultura occidental y aceptan la posibilidad del diagnóstico y cura por la medicina científica. Se trata para ellos de dos sistemas de creencias compatibles, uno en el plano cultural y otro en el plano sobrenatural. Así, no es infrecuente que acudan al médico con sus problemas y si éste no realiza un diagnóstico correc-

to y establece un tratamiento, deducen que la enfermedad se debe a un hechizo y, por lo tanto, que corresponde al sistema vudú al que deben acudir para solicitar ayuda" (14).

Este ejemplo pone de relieve la enorme trascendencia de conocer los sistemas de creencias de cada etnia, así como su influencia en la determinación de actitudes y comportamientos. Quienes ejercen las llamadas "medicinas heterodoxas" (curanderos, chamanes, etc.) no deberían estar excluidos a la hora de diseñar campañas preventivas puesto que pueden constituir un importante eje de articulación entre la civilización occidental y otras culturas.

Este caso concreto no debe considerarse como un hecho aislado o excepcional. Aún en países desarrollados, las creencias en lo sobrenatural y lo esotérico están presentes.

Pasaremos ahora a considerar cinco preguntas básicas relacionadas con la educación



TELECOLOR

José M. y Juan José Villabrille
Servicio Técnico Oficial

**SHARP - KENIA
FISHER - ITT
SERIE DORADA
T.V. COLOR
VIDEO Y AUDIO**

**18 N° 1531 e/63 y 64
Tel. 52-8402 - La Plata**

INDICE

	<u>Página</u>
* <u>Introducción</u>	1
Notas.....	8
* <u>Capítulo 1</u> : El SIDA como entidad gnoseológica.....	10
Figura 1.....	34
Tabla 1.....	35
Notas.....	36
* <u>Capítulo 2</u> : Actitudes frente al SIDA.....	38
Notas.....	76
* <u>Capítulo 3</u> : Concepto de discriminación.....	79
Notas.....	111
* <u>Capítulo 4</u> : SIDA, discriminación y ética discursiva.....	117
Notas.....	145
* <u>Conclusión</u>	149
* <u>Bibliografía</u>	163
* <u>Apéndice</u>	168
- Actitudes éticas frente al SIDA (encuesta anónima).....	169
- Educación como estrategia en la prevención del SIDA.....	