

## Comunicaciones breves

# El tema del Sida en un centro de consultas para toxicómanos

Dr. Jean-Pierre JACQUES

Proyecto Lama

Traducción: Ana Bogani

1. La exigencia moral de la abstinencia con respecto a los tóxicos, transmitida a nivel coloquial y a raíz de las declaraciones en las importantes Jornadas sobre la Droga (por ejemplo, en el Congreso de Viena, en el mes de junio de 1987) puede resultar *contraproducente* en lo relativo a la reducción de los riesgos de transmisión del virus del SIDA entre los heroínomanos y los usuarios de drogas. Las campañas preventivas sobre el SIDA deben diferenciarse de las campañas de prohibición de droga, con la finalidad de no contribuir a la exclusión social que sufren los toxicómanos y que contribuye a su desaliento, traducida en los hechos por comportamientos de alto riesgo.

La analogía con la falta de eficacia ligada a los discursos que preconizan la fidelidad en la pareja monógama debería examinarse con mayor detalle.

En la práctica, las campañas de prevención del SIDA en los heroínomanos no deben tener el objetivo de eli-

minar el consumo de los tóxicos, sino alentar las prácticas menos arriesgadas; especialmente debería facilitarse un fácil acceso a las jeringuillas personales, aunque esto parezca causar el uso de las drogas intravenosas.

2. También, *el acceso a los centros de acogida, de ayuda y de tratamiento para los toxicómanos* debería facilitarse, sin importar los juicios emitidos sobre algunos de los aspectos de dichos tratamientos, concretamente para los tratamientos de sustitución.

A este respecto, las listas de espera en los centros de tratamiento (hospitales, comunidades terapéuticas, curas de sustitución), aunque parezcan necesarias para elaborar una dinámica de la demanda para la desintoxicación, contribuyen a excluir a los toxicómanos seropositivos de una posible ayuda y pueden desalentar las demandas de admisión. El problema de una *prioridad de acceso* a estos centros para los pacientes seropositivos debería considerarse desde

una perspectiva de desamparo y pensando en el impacto positivo sobre la salud pública de la inserción en un centro de tratamiento. Es cada vez más evidente que la apertura a los toxicómanos más marginados y menos sociables en lo que respecta al contacto con las personas, terapeutas o no, desmiente las afirmaciones que dicen que estos sujetos son imposibles de "educar" o impermeables frente a cualquier consideración de supervivencia y de no proliferación del virus.

Las *limitaciones económicas* que originan los sectores de salud con respecto a los toxicómanos son una justificación *éticamente inadmisibles* de la puesta en marcha de los *numerus clausus*.

3. Las reacciones patológicas de la *negación* observadas en algunos de los miembros del equipo médico o en algunas de las instituciones (observada, por ejemplo, en el rol de la jeringuilla intercambiada en la transmisión del virus), deben ponerse frente a la *negación del*

*riesgo de la muerte*, observado en algunos pacientes, concretamente en los heroínómanos, y en algunos *padres de toxicómanos* en la dinámica inconsciente en los que el deseo de la muerte inexpresado cara a sus hijos renace como un desconocimiento del peligro mortal de la toxicomanía o de la seropositividad.

4. *El conflicto de valores* más grave, creado por la irrupción de esta epidemia, se relaciona con el *deber de mantener el secreto*, por un lado, y con los *imperativos de salubridad pública*, por otro lado. Las posturas de algunas asociaciones médicas (la Asociación Médica Mundial, por ejemplo) son especialmente inquietantes a este respecto, al privilegiar el interés colectivo sobre los derechos inalienables del secreto médico, sin tener en cuenta el juicio moral sobre la conducta del paciente.

La situación clínica más

representativa es cuando el paciente, debidamente informado de la posibilidad de contagio y de los riesgos para los demás en algunos comportamientos, dice a su médico o a su terapeuta que no ha renunciado a éstos, a pesar del riesgo de transmitir su infección.

Los *fantasmas totalitarios, de hacer el bien a pesar del enfermo*, en razón del interés prioritario del todo sobre una parte, están presentes en las sugerencias hechas a los médicos y a los terapeutas para denunciar a los recalcitrantes, para situarlos o internarlos de alguna forma. Es cierto que la colectividad tiene el derecho de defenderse de las actuaciones inadmisibles, pero los médicos y los terapeutas no pueden ejercer este control, a la vez que han jurado deontológicamente no traicionar el secreto que el paciente les ha confiado en un coloquio singular. La única respuesta de

su médico o de su terapeuta, que le ha puesto al corriente de los riesgos que existen en su paciente seropositivo por las relaciones sexuales, homosexuales o heterosexuales, gratuitos o por prostitución, o por los intercambios de su jeringuilla, es la de aprovechar el terreno en el que el paciente le hace compartir su secreto, en el diálogo en el que no cabe juicio alguno. Sólo de esta manera, y no cediendo a la impaciencia de una intervención muy argumentada, el paciente, al que se le respeta incluso en lo relativo a lo *inadmisibles de su comportamiento*, puede permitirse cuestionarse su práctica virtualmente homicida sin tener que vivir para siempre en la desconfianza.

El silencio del paciente llamado al orden por su médico, que ahora es el "sargento", no nos garantizará nunca que su comportamiento no nos hará correr ningún riesgo.

## CENTRO DE ESTUDIOS BIOETICOS

Informe de investigación n.º 4

### LA PROBLEMÁTICA DEL SIDA

TOMO 2

#### ASPECTOS SOCIALES

(1.ª parte)

Textos agrupados por Christine De Bauw

Septiembre 1988