



Coordinadora Estatal de Vih-Sida

EL VIH Y LAS PROFESIONES SANITARIAS: LA TRANSMISIÓN IATROGÉNICA DEL VIH

Miguel A. Ramiro Avilés
Profesor Titular de Filosofía del Derecho
Universidad de Alcalá

Irene Salas Muñoz
Estudiante de Derecho-ADE, Universidad Carlos III de Madrid
Voluntaria de CESIDA

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente informe es analizar la relevancia normativa que tiene la posible transmisión iatrogénica del virus de la inmunodeficiencia humana. Esto es, se trata de saber qué respuesta ética y jurídica debe tener la alteración del estado serológico respecto al VIH de una persona que se produce porque el personal sanitario que le atiende tiene una infección previa. Este análisis va a limitarse a establecer si los trabajadores que prestan servicios sanitarios (incluyendo tanto a personal médico como a personal de enfermería y a dentistas y a estudiantes de ciencias de la salud y odontología) pueden o no estar excluidos, limitados o condicionados en el desempeño de sus tareas asistenciales por razón de su estado serológico positivo respecto al VIH y la posible transmisión iatrogénica que pueda producirse.

¿Puede desempeñarse como médico o cirujano una persona con VIH? Si la respuesta es positiva, ¿puede esa persona ver limitadas las intervenciones u operaciones que realiza? Si la respuesta es negativa, ¿debe esa persona adoptar algún tipo de medida de protección especial o bastaría con las medidas de precaución universal? Y, en otro orden de cosas, ¿debe comunicar su estado serológico a los pacientes que vaya a atender o a los gestores de la institución en la que trabaja? Si la respuesta a la segunda cuestión es positiva, ¿debe la institución adoptar algún tipo de ajuste razonable que permita a la persona con VIH desempeñar su tarea asistencial? Se pretende determinar hasta qué punto las personas con VIH que trabajan en el ámbito sanitario pueden o no ser tratadas de forma diferenciada sin que sean discriminadas. No se van a analizar, por lo tanto, las cuestiones sobre los derechos que tienen las personas, en el hipotético caso de que se produzca la transmisión del VIH, a reclamar una indemnización por los daños y perjuicios que sufre. Ni tampoco serán analizadas las cuestiones que tienen que ver con los riesgos del personal sanitario de ser infectado con el VIH por manejar muestras biológicas contaminadas o por atender a pacientes con VIH.

La transmisión iatrogénica es sin duda un tema muy importante en el ámbito de los estudios sobre el VIH desde la perspectiva de los derechos humanos. Como ya



advertía la *National Commission on Aids* en 1992, «*the 'cure' for the risk of transmission in the health care setting must not be more damaging than the risk itself to the public health*» (citado por DiMaggio 1993: 497). Este es un ámbito que ha dado lugar a numerosas publicaciones en las que se han discutido temas tales como el derecho de los pacientes a conocer el estado serológico del personal sanitario que le atiende, la necesidad de hacer estudios retrospectivos para saber si el personal sanitario con VIH ha transmitido o no el virus a las personas que ha atendido, la obligatoriedad de que el personal sanitario se haga las pruebas de detección del virus, la limitación del derecho al trabajo en el ámbito sanitario de las personas con VIH. Obviamente se trata de un tema en el que los deberes deontológicos de los profesionales de la salud están muy presentes. En especial, en deber de no dañar, manifestado en el principio de no maleficencia, esto es, el principio por el cual no sólo no se puede dañar a los pacientes sino que tampoco se les puede poner en peligro o incrementar innecesariamente el riesgo de sufrir un daño. Aunque ya en 1991 los datos indicaban que el riesgo de transmisión del VIH desde un profesional sanitario a un paciente era bajo, la potencial transmisión plantea complejas implicaciones médicas, éticas, legales y sociales (Danila *et al.* 1991: 1406; Begg 1990: 5).

Desde el inicio de la epidemia en la década de 1980, las respuestas normativas a esas cuestiones antes mencionadas han sido de lo más variopinto debido a que estamos ante un virus cuya transmisión se produce más fácil y rápidamente por vía parenteral o a través de las membranas mucosas. Tanto una como otras son canales de transmisión que se encuentran muy expuestas en el ámbito sanitario. La identificación de las vías de transmisión ha hecho que los expertos unánimemente estén de acuerdo en que «el riesgo de transmisión [del VIH] desde un trabajador [sanitario] infectado a un paciente durante la provisión de cuidado sanitario de rutina que no supone un procedimiento invasivo es despreciable» (Henderson *et al.* 2010: 211). En esos casos se entiende que no puede haber ningún tipo de limitación para que la persona con VIH realice esas tareas. Si la hubiera, se trataría de un flagrante caso de discriminación ya que a la persona con VIH se le está tratando de forma diferente en comparación con una persona sin VIH y no existe una razón que lo justifique. Como veremos más abajo, la respuesta normativa cambia cuando se trata de realizar un procedimiento invasivo con riesgo de exposición (los denominados como *exposure-prone invasive procedures*) porque aunque «[los] riesgos [de transmisión] todavía son muy pequeños, (...) son claramente elevados cuando se comparan con [los riesgos de] otras actividades rutinaria de cuidado del paciente» (Henderson *et al.* 2010: 211). La posibilidad de que se produzca la transmisión iatrogénica del VIH exige que se haga una correcta evaluación del riesgo con el fin de evitar que las personas con VIH que desempeñan un trabajo asistencial en el ámbito sanitario, primero, causen un daño a las personas que están atendiendo, y, segundo, no sean injustamente excluidas de determinados puestos de trabajo en el ámbito sanitario. Una exclusión injustificada daría lugar, como en el caso anterior, a un trato discriminatorio prohibido por la Constitución Española de 1978 en su artículo 14, «los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social».

Una de las razones que explican la posible discriminación que todavía pueden sufrir los profesionales de la salud con VIH se debe a que en las respuestas normativas



se han visto reflejados los miedos y el desconocimiento que se tiene sobre el VIH, en muchas ocasiones amplificadas por los medios de comunicación (Ciesielski *et al.* 1994: 886; Brown *et al.* 1996: 1685). Así ocurre que el riesgo percibido de transmisión a menudo excede el riesgo real (Tuboku-Metzger *et al.* 2005: 300). A pesar de que desde 1991 la información acumulada ha demostrado que el riesgo global de transmisión del VIH por un profesional sanitario a un paciente es muy bajo, en un estudio realizado en 2005, el 89% de las personas entrevistadas quería saber si la persona que le prestaba la atención médica tenía VIH, el 82% estaba de acuerdo con que los profesionales sanitarios estuvieran obligados a informar sobre su estado serológico a los futuros pacientes y sólo el 38% pensaba que los profesionales sanitarios con VIH debían ser autorizados a prestar cualquier clase de cuidado a los pacientes (Tuboku-Metzger *et al.* 2005: 300-301). Estos datos muestran la necesidad de desarrollar una adecuada respuesta normativa que no sólo proteja los derechos de las personas con VIH sino que también eduque a los ciudadanos (Tuboku-Metzger *et al.* 2005: 302).

En el primer apartado del informe se describen los casos que han llegado a la clínica jurídica sobre esta materia a lo largo de 2013. Son cinco casos en los que el VIH y la posible transmisión iatrogénica han estado presentes a la hora de justificar comportamientos, actitudes y decisiones que han podido violar los derechos de las personas con VIH. Aunque como veremos, sólo tres de ellos afectan a profesionales sanitarios y en dos casos se ven afectados personas con VIH que trabajan como personal de administración y servicios en el ámbito sanitario. En el segundo apartado se hace una revisión retrospectiva de la literatura científica en la que se describen los casos en que se ha producido la transmisión del VIH. Aunque desde 2003 no se ha informado a nivel mundial de ningún caso de transmisión a un paciente del VIH por parte de una persona que presta servicios de salud y es seropositivo a dicho virus, y que sólo se han documentado 4 casos (uno en Estados Unidos, dos en Francia y uno en España), la respuesta normativa en España no ha cambiado desde 1998. De ahí que el tercer apartado se dedique a analizar las *Recomendaciones Relativas a los Profesionales Sanitarios Portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Otros Virus Transmisibles por Sangre, Virus de la Hepatitis B (VHB) y Virus de la Hepatitis C (VHC)* adoptadas en 1998 por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El cuarto de los epígrafes tiene como contenido el análisis de una nueva respuesta normativa en Estados Unidos y en Reino Unido que supone un cambio en el tratamiento del VIH y la transmisión iatrogénica. Dicha respuesta pasa por admitir que una solución basada en el *riesgo cero* es imposible de obtener en los procedimientos con riesgo de exposición. Lo máximo que se puede conseguir es que en dichos procedimientos el riesgo de transmisión sea extremadamente bajo si se adoptan las medidas de precaución universal.

Finaliza este informe con una serie de conclusiones y recomendaciones para que en España la respuesta normativa a los casos de VIH y transmisión iatrogénica sea más respetuosa con los derechos de las personas con VIH que desempeñan labores asistenciales sanitarias y no sufran discriminación en el ámbito laboral.

2. LOS CASOS DE LA CLÍNICA JURÍDICA



Coordinadora Estatal de Vih-Sida

Han sido cinco los casos que sobre transmisión iatrogénica han llegado a la clínica legal que CESIDA mantiene con la Facultad de Derecho de la Universidad de Alcalá. Antes de describir cada uno de los casos que han llegado a lo largo de 2013, conviene explicar brevemente en qué consiste una clínica jurídica.

Una clínica jurídica es un programa de enseñanza superior de Derecho basado en una metodología de aprendizaje mediante la prestación de un servicio de asistencia jurídica a personas o grupos en situación de vulnerabilidad. En la clínica jurídica se trata de trasladar a la formación jurídica el modelo de enseñanza que se sigue en otros estudios, lográndose una enseñanza práctica y real del Derecho. Con ello se pretende, en primer lugar, preparar mejor a los futuros abogados y, en segundo lugar, que desempeñen su práctica profesional teniendo en cuenta la justicia social. En la clínica jurídica los casos que se estudian son reales y de interés social o comunitario. Los profesores universitarios que participan en la clínica enseñan a los estudiantes a cómo ser *buenos* abogados mientras ayudan a personas, que no tienen recursos o están en una situación de vulnerabilidad, a defender sus derechos e intereses. Este método de enseñanza facilita a los estudiantes a meterse en el rol de abogado y así aprenden de su propia experiencia, facilitando que en el futuro tengan mayor habilidad para representar a sus clientes. La clínica jurídica tiene, pues, dos funciones, una educativa y una social, permitiendo a la Universidad tanto innovar en el método de enseñanza jurídica como involucrarse en los asuntos jurídicos que afectan a su comunidad.

Una clínica jurídica especializada en materia de VIH/Sida se justifica porque las personas con VIH/Sida, tanto si son sintomáticas como asintomáticas, se enfrentan a numerosos problemas sociales y jurídicos pues a pesar de los avances en el ámbito médico, la sociedad no ha evolucionado y se sigue discriminando a este colectivo. Los avances terapéuticos no se han traducido en un progreso en materia de derechos. La discriminación puede producirse a dos niveles: en primer lugar está la discriminación en contextos familiares o comunitarios; en segundo lugar está la discriminación en contextos institucionales plasmado en políticas y prácticas institucionales o en la falta de políticas antidiscriminatorias o de procedimientos de reparación. La protección de los derechos de este colectivo de personas es imprescindible para garantizar su dignidad, libertad e igualdad. Por otra parte, los (futuros) abogados defensores de clientes con VIH tienen acceso a una formación muy especializada que no se recibe en los estudios de Grado. En la actualidad, los abogados deben entender y hacer entender a un juez que el VIH no es un arma mortal, puesto que se han producido grandes avances en el tratamiento de la enfermedad y se han realizado numerosos estudios que explican cómo minimizar los riesgos de transmisión. Esto es clave para demostrar que en muchas ocasiones el trato que reciben estas personas es discriminatorio y supone una vulneración de sus derechos.

Las consultas llegaron por medio de la dirección de correo electrónico clinicalegal@cesida.org, que se puede encontrar en la página web de CESIDA, www.cesida.org. Una vez analizada por el profesor que hace de tutor y por el/los alumno/s encargado/s del caso, y una vez resueltas todas las dudas que el relato de los hechos pudiera plantear, se redacta para cada consulta una respuesta personalizada que se remite a las personas interesadas.



El primer caso llegó el día 13 de junio de 2013. En el texto se narran los siguientes hechos: *«Soy un chico de 29 años con una serología positiva para VIH desde hace aproximadamente 3 años. Durante el momento de mi diagnóstico cursaba el tercer año de residencia como médico interno residente en una especialidad medico-quirúrgica de un hospital de Madrid. Tras el conocimiento de la infección acudí voluntariamente al Servicio de Riesgos Laborales del hospital en que me formaba para informar del diagnóstico. Tras varias consultas, además de no respetar el secreto profesional (mi jefe de servicio se enteró de mi estado serológico, así como otras personas del hospital por información aportada sin mi permiso desde la consulta de Riesgos) desde dicho Servicio se me explicó que debía abandonar la especialidad quirúrgica en la que me formaba en ese momento. La propuesta alternativa que se me ofreció fue una plaza en una especialidad de carácter exclusivamente médico (sin habilidades quirúrgicas) en el hospital que yo quisiera, siempre y cuando mi nota de oposición MIR me hubiera permitido elegir en mi año de elección dicho hospital y dicha especialidad. Afortunadamente mi nota MIR fue buena y pude elegir una especialidad médica (sin práctica quirúrgica) y lo hice en el mismo hospital en el que cursaba la especialidad anterior, aprobado por el Ministerio de Sanidad.*

Actualmente llevo 2 años en mi nueva especialidad. Durante estos años mi evolución médica es excelente. En todo momento mantengo carga viral indetectable con buen nivel de inmunidad, gracias a un buen cumplimiento terapéutico. Realizo controles médicos cada 6 meses en otro hospital diferente al que trabajo por cuestiones de intimidad. Sin embargo, por otra parte, mantengo un seguimiento por parte del Servicio de Riesgos Laborales de mi hospital. Son estas últimas consultas con el Servicio de Riesgos laborales las que me plantean algunas legales.

Dichas consultas consisten en aportar un informe médico de las consultas de control médico donde me realizan el seguimiento de mi enfermedad, así como una pequeña entrevista clínica. No se me realizan pruebas de laboratorio ni examen físico, dado que las aporto en el informe del otro hospital.

Probablemente algunas de mis dudas e inquietudes no tengan otro sentido que las de esclarecer mis derechos legales. Algunas de ellas se relacionan con el pasado, otras a plantearme como organizar ciertos aspectos profesionales de mi futuro y mi carrera. Mis principales dudas, son:

- 1- ¿Es cierto que en su momento no podía continuar con mi formación en mi primera especialidad dadas sus prácticas quirúrgicas y el estado serológico que presento?*
- 2- ¿Es necesario realizar un seguimiento por parte del Servicio de Riesgos Laborales de mi hospital? En caso afirmativo, ¿es necesario que aporte mis informes médicos en dichas visitas?*
- 3- Continuamente en las visitas en Riesgos Laborales de mi actual hospital se me plantea la obligación de avisar de mi estado serológico en el servicio de Riesgos Laborales de un futuro hospital hipotético en el que trabaje. ¿Es eso cierto, teniendo en cuenta que no hago prácticas quirúrgicas en mi actual especialidad?*

La respuesta a esta consulta se remitió el 10 de julio de 2013 y en ella se indicaba que el caso era muy interesante y nos gustaría poder dedicarle más tiempo. En la respuesta se le preguntaba si no tenía inconveniente en que utilizásemos los hechos descritos para realizar un informe/estudio más detallado, manteniendo en todo momento



la confidencialidad de los datos. Respecto a la dudas que planteaba, las respuestas que se enviaron fueron las siguientes:

1. No es cierto que no pudiera continuar con su formación quirúrgica ya que se debe demostrar que su estado serológico es incompatible con su formación quirúrgica o con la especialidad que usted hubiera elegido. En la literatura sobre la materia se ha producido una evolución a partir de 1998 ya que hasta esa fecha, se seguían en la mayor parte de los casos las recomendaciones de la CDC que indicaban que los cirujanos (por limitarnos a su caso) podían practicar cierto tipo de cirugías que no fueran 'exposure-prone procedures' que se definen como "...those invasive procedures where there is a risk that injury to the worker could result in the exposure of a patient's open tissue to the blood of the worker (bleed-back). These include procedures where the worker's gloved hands may be in contact with sharp instruments, needle tips, or sharp tissues inside the patient's open body cavity, wound or confined anatomical space where the fingertips may not be completely visible at all times". No obstante, se ha publicado sobre un caso en Israel en el que no se limita al cirujano ningún procedimiento y se le imponen una serie de condiciones (seguimiento de precauciones estándar, doble guante, controles de salud...) pero no se le obliga a desvelar su estado serológico. Le adjunto el texto con las referencias. Por otro lado, la divulgación de sus datos de salud es una violación de la ley de protección de datos y de la legislación sobre intimidad personal.

Una persona con VIH que desarrolle una labor sanitaria puede ser apartada de la misma si se considera que representa un riesgo significativo para terceras personas (existe un test de cuatro pasos desarrollado por la jurisprudencia norteamericana) y no se pueden disponer ni de mecanismos de prevención universal ni de ajustes razonables específicos que eliminen dicho riesgo. Esto significa que una persona con VIH que desempeñe una labor sanitaria no debe ser considerada siempre y en toda ocasión como un riesgo significativo si es posible que en dicha labor se adopten las medidas de prevención general o, en caso de ser necesarios, una serie de ajustes razonables específicos para cada persona que no le impidan desarrollar las funciones esenciales del empleo.

2. Los controles de salud a los que debe someterse deben ser los mismos que a los que se someten el resto de sus compañeros y debe aportar exactamente la misma información/documentación que se les pide a ellos. Si, como usted dice, su actual labor sanitaria no supone un riesgo de transmisión, el VIH deja de ser relevante normativamente.

3. No tiene la obligación de informar de su estado serológico aunque es posible que se le someta a alguna prueba de salud (que podría incluir un análisis sobre el VIH). Las pruebas a las que se le sometan deben tener relación con el puesto de trabajo a desempeñar.

La trascendencia de este caso motivó que CESIDA encargase la redacción de este informe. Una vez enviada la respuesta, la persona interesada se puso en contacto de nuevo con la clínica jurídica. El día 16 de julio de 2013 contestó lo siguiente: «*Lo cierto es que en el ámbito sanitario, tener una serología positiva para el VIH no es fácil. El Servicio de Riesgos Laborales, que curiosamente debería velar por el bienestar y la salud de sus trabajadores, en mi caso lo que consiguen es una presión continua. En*



ningún momento he tenido un ápice de sensación de ayuda por su parte. Tengo la sensación de tener que respaldar legalmente cada paso que doy al respecto. De hecho estoy planteándome cubrir con un abogado personalizado mi caso. ¿Alguna sugerencia y/o referencia al respecto? Existe un miedo constante a que puedan alejarme de mi trabajo. Ya lo hicieron una vez, y no fue nada fácil asumirlo. Ningún problema respecto al informe. Me gustaría que nadie tuviera que pasar por lo mismo. Contad con mi ayuda para todo lo que queráis».

El segundo caso llegó el mismo día, el 16 de julio de 2013, y en el correo electrónico se relataba lo siguiente: *«Buenos días, me pongo en contacto con ustedes ya que necesito un consejo para un asunto muy delicado con el que me estoy confrontando. Estoy trabajando en una clínica dental desde hace 2 años, resulta que el otro día mis compañeros encontraron entre mis cosas personales un informe clínico en el que salía bien claro que soy portador del virus VIH y virus B. Por supuesto que todo esto llegó en manos de mi jefe y sin pedirme autorización se han hecho una fotocopia de dicha información. Mi compañera me llamó de todo, gritándome que soy una [se omite el insulto] que si he jugado con la salud de los demás. Esto pasó justo el día que salía de vacaciones, el jefe me comentó que está en una situación muy complicada y que si mis compañeras no me aceptan me echarán. Bueno sinceramente aunque a mi me afecta mucho la decisión que estoy segura se tomará, intentaré entenderlo. Pero lo que más miedo tengo es que todo esto no se les comente a los demás compañeros y me da mucho miedo que se entere más gente de la que debería saberlo, ya que una de mis compañeras me puso un mensaje un poco amenazante».*

Nos pusimos en contacto con esta persona y después de hacerla una serie de preguntas sobre las funciones que desempeñaba contestó el día 17 de julio de 2013: *«El trabajo que realizaba en la clínica es muy amplio pero aquí os dejaré un poco detallado para que os podáis hacer con la idea: mis funciones principales eran de administración y recepción: gestión de pedidos, estadísticas generales, contratación de servicios, organización de agendas, atención al paciente, comercial, estudio del mercado y depósitos dentales, y cuando se necesitaba hacia de auxiliar en gabinete, pero no habitual: esterilización de instrumental, reposición y preparación de material, auxiliar al doctor, asistir en las cirugías de implantología (...) en esta clínica también actué como paciente, pero no podía comentar mi caso ya que iba en contra de mi trabajo (pero he tenido el cuidado especial para que no pase nada). No obstante, tengo que decir que he cerrado ya el contrato con ellos el lunes día 15 de julio, se me ha prohibido volver a la clínica (digo esto porque tengo el tratamiento de ortodoncia empezado ahí, pero me ha comentado que me mandarán el estudio y que me tendré que buscar una clínica por cuenta propia para poder seguir el tratamiento), y aparte me dieron a firmar una declaración interna, especificando el motivo exacto de mi despido -por la infección-, una copia me la entregaron en mano. Pero en la gestoría, el motivo del despido que se especifica en la carta es por motivos de administración -reducción de personal (hemos llegado a un común acuerdo para que no me afecte a la hora de buscarme un nuevo trabajo)-. Lo que me comentó el gerente es que las referencias solo me las dará en caso que no trabaje en una clínica (...)».*

La respuesta se envió el día 18 de julio de 2013 y se indicaba que *«si el despido se ha debido al VIH, dicho despido es nulo. En Derecho Laboral se considera nula de*



pleno derecho cualquier actuación que implique una discriminación. Así se establece en el Estatuto de los Trabajadores cuando considera nulos y sin efecto los preceptos reglamentarios, las cláusulas de los convenios colectivos, los pactos individuales y las decisiones unilaterales del empresario que contengan discriminaciones directas o indirectas desfavorables por razón de edad o discapacidad o favorables o adversas en el empleo, así como en materia de retribuciones, jornada y demás condiciones de trabajo por circunstancias de sexo, origen, incluido el racial o étnico, estado civil, condición social, religión o convicciones, ideas políticas, orientación sexual, adhesión o no a sindicatos y a sus acuerdos, vínculos de parentesco con otros trabajadores en la empresa, y lengua. Serán igualmente nulas las órdenes de discriminar y las decisiones del empresario que supongan un trato desfavorable de los trabajadores. Esto último ha sido desarrollado por la jurisprudencia del Tribunal Constitucional en lo que se conoce como la “garantía de indemnidad”. Si guarda una copia del documento en el que se dice que la despiden por ser VIH, tiene una baza importante que jugar ya que el empleador está reconociendo la causa del despido (independientemente de lo que se diga en la gestoría). Debe guardarla como 'oro en paño'. Con ese documento puede reclamar ante la jurisdicción social e incluso se puede contemplar otro tipo de acciones legales».

El problema que existe en este caso es la falta de visibilidad ya que la persona afectada prefiere que no se sepa su estado serológico, lo cual puede ser lógico habida cuenta de las barreras sociales que existen para las personas con VIH. Respecto a si como paciente debería haber advertido su estado serológico, se contestó que *«nadie está obligado a declarar sobre su estado de salud salvo que se le pregunte expresamente y exista una razón que lo justifique. Habría que analizar qué tipo de intervención odontológica le hicieron para saber si en ese caso concreto las vías del VIH podrían estar o no comprometidas. No obstante, el odontólogo debería adoptar las medidas de prevención universal con todo el mundo y no sólo con las personas con VIH».*

En realidad no se trataba de un caso en el que se ve afectado un trabajador sanitario pues las principales labores que desempeña esta persona no permiten encuadrarle en esa categoría pero es un caso paradigmático de cómo los malentendidos y el desconocimiento sobre aspectos básicos del VIH afectan a los derechos de las personas con VIH.

El tercer caso llegó por correo electrónico el día 20 de noviembre de 2013. En el cuerpo del texto se decía lo siguiente: *«Me dirijo a ustedes para solicitar información sobre líneas de actuación ante personal trabajador seropositivo en ámbito sanitario. ¿Qué debe hacer el trabajador sanitario enterado de su estado serológico? ¿Existen limitaciones del ejercicio profesional para sanitarios seropositivos? ¿En qué consisten esas limitaciones? ¿A qué personal sanitario se le aplica/n? ¿En qué situaciones se dan? ¿Qué ocurre con los estudiantes seropositivos que están formándose para ser profesionales sanitarios? ¿Existe alguna limitación o autorización especial para éstos? La información que he encontrado relativo a esto es de hace bastante tiempo y no sé si está actualizada o es congruente con otras normativas (www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recomendaciones.htm). Ruego recibir toda la información relativa a esto, muchísimas gracias por su atención, espero su respuesta».*



Al igual que en otras ocasiones, solicitamos algunas aclaraciones pues la pregunta era muy general y se nos aclaró que se trataba de *«un estudiante de odontología seropositivo que está empezando a hacer prácticas entre compañeros (más adelante con pacientes) y no está bajo tratamiento; la carga viral ronda por 50 mil copias/ml pero la población de CD4 es normal, no necesitaría el TAAR porque lleva poco tiempo con el virus en el organismo y lo que necesitaría como paciente es llevar su seguimiento rutinario porque está bien. El médico que lleva el caso recomienda empezar un tratamiento a modo de profilaxis para evitar la transmisión por su situación como estudiante de dicha carrera. El estudiante no desea empezar el tratamiento antes sin necesidad. La pregunta sería ¿Puede seguir con sus estudios? ¿Tiene, en su situación, que empezar el tratamiento? ¿En qué problemas se vería involucrado de no empezar dicho tratamiento?»*

Mientras se estaba preparando la respuesta para este caso, llegó un nuevo caso el día 5 de diciembre de 2013. En el correo electrónico se decía lo siguiente: *«Buenos días, he sido diagnosticado recientemente junto a mi pareja, de la infección por el virus del VIH. Mi pareja es Médico Interno Residente y no sabemos hasta que punto le va a afectar en su puesto. Tiene una especialidad quirúrgica. La pregunta que quería hacerles es la siguiente ¿debe de comunicar tal situación en su centro? Legalmente, ¿hay alguna prohibición que impida ejercer en la Medicina siendo portador del VIH?»*.

El 11 de diciembre de 2013 se contestaron ambos casos pues, a pesar de las posibles diferencias que pueda haber entre ellos, las actividades sanitarias que puede realizar un estudiante de odontología o un Médico Interno Residente con especialidad quirúrgica estarán determinadas por su carga viral y su adherencia al tratamiento, por lo que sí sería conveniente que en ambos casos tuviesen un control exhaustivo para no sobrepasar el umbral que más adelante se señala. Pueden, por lo tanto, seguir con sus actividades pero deben ser plenamente consciente de que habrá determinadas actividades que no podrán hacer si su estado de salud empeora. Dicho empeoramiento haría que su estado de salud fuese un peligro para la salud de otras personas y cabría establecer algún tipo de restricción en tanto en cuanto no mejora la situación clínica. Por otro lado, sería recomendable que esta cuestión se tratase en la Comisión de Evaluación que señala la guía de recomendaciones del Ministerio, que es el órgano con competencia para asesorar cómo debe controlar el estado de salud, cómo debe realizar las intervenciones, qué intervenciones puede o no puede hacer dependiendo de su estado de salud. En ambos casos se decía que *«La relevancia normativa que tiene el VIH en el entorno sanitario (el VIH nosocomial) es de primer orden tanto si la persona seropositiva es quien recibe la asistencia sanitaria o, como es el caso que nos ocupa, si la persona con VIH es aquella que provee la asistencia sanitaria (incluimos dentro de este grupo tanto a las personas que ya tienen el título que les habilita a prestar el servicio como a aquellas que están estudiando). El principio ético de ‘no maleficencia’, que implica no producir daño ni de forma intencionada ni por negligencia a las personas a las que se presta la asistencia sanitaria, ocupa un lugar importante en la deontología de los profesionales de la salud.*

»El simple hecho de que una persona sea seropositiva al VIH no supone por sí mismo producir un daño a la persona que se está tratando porque las vías de



transmisión y los mecanismos de prevención son conocidos. Debe, por lo tanto, abandonarse la idea de que las personas con VIH no pueden ejercer ningún tipo de labor asistencial sanitaria. El hecho de que una persona sea seropositiva al VIH no supone por sí mismo un daño que sea normativamente relevante para el Derecho por lo que no existe la obligación de comunicar a los pacientes que alguna de las personas que va a atenderle sanitariamente tiene VIH.

»En España no hay ninguna norma que establezca una prohibición absoluta de que las personas con VIH desarrollen actividades relacionadas con la sanidad, ya sea de forma profesional o estudiando alguno de los Grados universitarios. No obstante, debe reconocerse que una persona seropositiva al VIH puede ser la fuente de la infección si desempeña labores asistenciales o realiza actividades en las que las vías de transmisión estén comprometidas y que, por lo tanto, pueden estar justificadas ciertas restricciones.

»La respuesta normativa que existe en nuestro país principalmente está diseñada por unas recomendaciones del Ministerio de Sanidad cuya segunda edición es de 1998. La guía está disponible en la página web del Ministerio www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recomendaciones.htm. En la guía se reconoce que las infecciones por virus transmisibles por sangre (entre los que estarían el VIH, el VHB y el VHC) son poco frecuentes, que el riesgo de la transmisión depende de cada tipo de virus, y que el riesgo se puede minimizar de forma significativa mediante la aplicación de los procedimientos generales de control de la infección y de las llamadas 'precauciones universales', por las que se asume que la sangre y los fluidos corporales de todas las personas son potencialmente infecciosas. Por lo que respecta al VIH, se dice en la guía que el riesgo de transmisión es excepcional y notablemente improbable, y que han sido muy pocos los casos documentados en los que un profesional sanitario con VIH ha transmitido el VIH a sus pacientes (no hay casos nuevos documentados desde 2003).

»De igual forma se recuerda que la mayoría de los procedimientos realizados en las instituciones sanitarias no plantean riesgos pues las vías de transmisión no estarían comprometidas o aunque lo estén el riesgo de transmisión es improbable. Sólo serían potencialmente arriesgadas aquellas intervenciones con probabilidad de punción o de cortes accidentales. Son los denominados como exposure-prone procedures que se definen como «todos aquellos procedimientos invasores en los que las manos enguantadas del trabajador pueden estar en contacto con instrumentos cortantes, puntas de aguja, o fragmentos de tejidos punzantes o cortantes (espículas de huesos, dientes) situados en el interior de una cavidad abierta del cuerpo, herida o espacio anatómico, o aquellos en los que las manos o las puntas de los dedos pueden no estar completamente visibles durante todo o durante una parte del procedimiento». Son estos casos donde, según la guía del Ministerio de Sanidad, se podría justificar algún tipo de restricción ya que, en aplicación del artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, la salud del trabajador podría constituir un peligro para la salud de otras personas.

»Esto determina que la respuesta normativa debe ser particular en cada caso teniendo en cuenta si el persona sanitario que es seropositivo al VIH realiza o no



procedimientos como los descritos anteriormente y de cómo sea el tratamiento contra el VIH que esté llevando. Si el profesional sanitario realizase ese tipo de procedimientos, la guía del Ministerio señala que el asunto debe ser discutido por la Comisión de Evaluación del centro hospitalario o, en su caso, del ámbito geográfico que corresponda.

»Esta guía normativa del Ministerio no prohíbe de forma tajante que las personas con VIH trabajen en el ámbito sanitario o se matriculen en estudios superiores relacionados con el ámbito sanitario. Únicamente establece una restricción cuando los procedimientos en que se interviene pueden ser encuadrados en la definición anterior. No obstante, los aspectos positivos se ven ensombrecidos por el hecho de que se trata de una guía del año 1998 y que no tiene en cuenta la situación clínica de cada persona, o al menos no hace un desarrollo pormenorizado. Esto supone que, dados los avances que ha habido tanto en el tratamiento del VIH cuanto en los procedimientos quirúrgicos y en los materiales utilizados (desde operaciones robotizadas hasta guantes más resistentes a los cortes), algunas personas puedan ser excluidas de la realización de dichos procedimientos sin constituir un peligro para la salud de terceras personas. Esto afectaría a su derecho a no ser discriminado, esto es, a no ser tratado de forma diferente sin que haya una causa que lo justifique.

»Es remarcable la guía publicada en 2010 por la Society for Healthcare Epidemiology of America, disponible en inglés en la página oficial de dicha institución www.shea-online.org/assets/files/guidelines/bbpathogengl.pdf. En ella es posible encontrar una clasificación en tres categorías de las actividades que se pueden o no realizar dependiendo del estado de salud del profesional sanitario con VIH. Las únicas restricciones se establecen para las actividades de la tercera categoría siempre que la carga viral sea igual o superior a 5×10^2 GE/ml. Si la persona está por debajo de esta cifra no debería haber restricciones de ningún tipo (ni para los exposure-prone procedures) aunque se le impone el seguimiento de las recomendaciones de un experto en el control de la infección y la adhesión a una serie de procedimientos (uso rutinario de doble guante en los procedimientos de la segunda y tercera categoría, cambio frecuente de guantes, uso de guantes resistentes a pinchazos, uso de técnicas hands-free, etc).

»En esta guía se vuelve a reiterar que los datos obtenidos de los casos que ha habido, las investigaciones retrospectivas y la vigilancia epidemiológica muestran que el riesgo es extremadamente remoto. Los nuevos tratamientos pueden reducir la carga viral en plasma a niveles muy bajos y hay procedimientos fiables para medir correctamente la carga viral. Se afirma incluso que el riesgo de transmisión de una enfermedad transmisible por la sangre es menor que el riesgo al que se enfrentan los pacientes de sufrir un error médico. Esto hace que la guía se decante por una posición mucho más flexible ya que si bien los riesgos son inapreciables, las restricciones de derechos no son triviales.

»A la hora de valorar si una persona constituye un riesgo para la salud de la persona, que es lo que exige la legislación sobre riesgos laborales para justificar una restricción, se deben valorar cuatro elementos: naturaleza del daño, probabilidad del daño, severidad del daño y duración del daño. Estos elementos tienen el mismo peso y



son acumulativos por lo que si uno de ellos puede reducirse, entonces la salud de una persona dejaría de ser un peligro para la salud de otras. En el caso del VIH, se puede incidir sobre la naturaleza del daño ya que es una enfermedad transmisible y se conocen las vías (determinando la transmisibilidad intrínseca del patógeno), y sobre la probabilidad del daño mediante la formación (reduciendo la frecuencia con la que el profesional sanitario sufre daños que podría representar un riesgo de transmisión al paciente), la intervención farmacológica sobre la persona con VIH (reduciendo la carga viral circulante) y mediante el uso de materiales y de técnicas más seguras (reduciendo la frecuencia y la magnitud con la que ocurre la exposición al agente patógeno). Obviamente no se puede actuar ni sobre la severidad pues se trata de una enfermedad que sin tratamiento es mortal ni sobre la duración pues el virus se instala de forma permanente en el organismo de una persona.

»El problema de la guía, reconocido por los autores, es que las recomendaciones no están basadas en la evidencia científica sino en una evidencia deficiente debido a los bajos niveles de vigilancia e información. La mayor parte de los datos provienen de casos documentados de transmisión y muchas de las conclusiones de los estudios de estos casos son inferenciales. Este mismo problema se podría achacar a la guía con recomendaciones del Ministerio de Sanidad.

»A continuación se incluyen las tablas 1 y 2 de la guía de recomendación de la SHEA en las que se señalan dependiendo del tipo de virus y de la carga viral, las categorías de actividades que se pueden o no realizar y cuantos controles deben hacerse anualmente».

El día 9 de diciembre de 2013 se recibió la última de las consultas. En el correo electrónico se narraba lo siguiente: *«Soy seropositivo desde el 88 en el 91 entré a trabajar de conductor con contratos de suplencias y así fui renovando contratos hasta que en el 2001 aprobé una oposición de conductor en la misma empresa que era de seguridad social y para poder tomar posición de la plaza el medico de cabecera sabedor de mi condición de seropositivo me hizo el correspondiente informe médico en el que especificaba que era apto para desarrollar el oficio de conductor y con las reestructuraciones me han trasladado a otro centro hospitalario en el cual me obligan a pasar un reconocimiento médico. Mi pregunta es si me puedo negar a pasarlo, o en el caso de que lo pase que consecuencias me puede repercutir, le recuerdo que soy funcionario con plaza fija, y que si bien antes me dedicaba a llevar ropa, ahora me dedico a llevar pruebas médicas».*

La respuesta se envió por correo electrónico el día 11 de diciembre de 2013: *«En su puesto de trabajo, por las actividades que desempeña, el VIH no es relevante ya que las vías de transmisión no están comprometidas de ninguna forma. El examen médico no debería incluir, por lo tanto, la prueba del VIH porque no es pertinente. Si el examen médico la incluye, se puede negar a hacerlo. Debe ser informado de si se incluye o no dicha prueba. No puede hacerse sin informarle y sin su consentimiento».*

Al igual que se vio anteriormente, este caso no afecta a un trabajador sanitario pues las tareas que desempeñan no permiten encuadrarle en esa categoría pero muestra



el miedo a ser descubiertas y el desconocimiento que sobre sus derechos pueden llegar a tener las personas con VIH.

En estos cinco casos que han llegado a la clínica jurídica se puede observar cómo las personas con VIH que prestan servicios sanitarios, desde los médicos que están haciendo sus años de residencia hasta el conductor y pasando por el estudiante de odontología y la secretaria de una clínica odontológica, todos ellos han sido discriminados y sus derechos han sido violentados. Esto se debe a muchos factores, desde el desconocimiento (¿por qué se le dice a una secretaria que ha puesto en peligro la vida de todos o por qué tiene miedo un conductor que se dedica a transportar pruebas médicas?) a la respuesta normativa incorrecta (¿en qué se basa el Servicios de Riesgos Laborales para apartar de una especialidad médico-quirúrgica a uno de los médicos que nos ha consultado?). Las actitudes y las opiniones que se tienen sobre los profesionales sanitarios con VIH no son diferentes hoy de las que existían hace dos décadas (Tuboku-Metzger *et al.* 2005: 301). Sin duda, como veremos a continuación, la existencia de unas recomendaciones desfasadas en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha podido contribuir a que personas e instituciones se sientan legitimadas a desposeer de sus derechos a las personas con VIH.

3. REVISIÓN RETROSPECTIVA

Desde 2003 no se ha informado a nivel mundial de ningún caso de transmisión a un paciente del VIH por parte de una persona que presta servicios de salud que es seropositivo a dicho virus (Henderson *et al.* 2010: 205). El primer caso del que se tiene noticia es de 1990 y ocurrió en la consulta de un dentista de Florida, Estados Unidos. A este caso le siguieron otros 3 más, dos casos ocurrieron en Francia y uno en España. Estos casos motivaron que, como veremos en el siguiente apartado, se dictaran una serie de guías y recomendaciones sobre cómo se debía actuar en aquellos supuestos en que el trabajador sanitario tuviera una infección con un agente patógeno que se transmitiera por la sangre.

La cohorte norteamericana involucró a un dentista que tenía el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (en adelante Sida). Después de haber sido diagnosticado con Sida y de tener una inmunodepresión severa, el dentista continuó desarrollando procedimientos invasivos e infectó a seis de sus pacientes con el VIH, lo cual fue determinado tanto epidemiológicamente como por la secuenciación del ADN del virus pero no se pudo determinar los mecanismos de transmisión (Ciesielski *et al.* 1992: 803). En este caso la transmisión pudo verse favorecida por un recuento muy bajo de linfocitos CD4+, lo cual se asocia a un carga viral en sangre muy alta y a una mayor probabilidad de transmisión. La inmunodepresión severa hacía que experimentara más fatiga, la cual es un factor que incrementa la frecuencia de las heridas durante la realización de los procedimientos invasivos (Ciesielski *et al.* 1992: 803).

El segundo caso ocurrió en Francia en 1995, cuando un cirujano ortopédico transmitió el VIH a una paciente. El cirujano no era consciente de su propia infección, que pudo producirse en 1983 cuando se pinchó con una aguja mientras estaba operando a una persona cuyo estado serológico no se conocía pero que había recibido múltiples



trasfusiones (Lot *et al.* 1999: 1-6) Se hizo un estudio retrospectivo hasta 1983 con 3004 pacientes; se pudo contactar con 2458 pacientes y 983 pacientes se hicieron la prueba de detección. Solamente 1 una paciente resultó haber sido infectado con el VIH. Se especula que la larga duración de la primera intervención quirúrgica en junio de 1992 (10 horas) y la más que probable alta carga viral del cirujano, pues no recibía tratamiento y la enfermedad estaba muy avanzada, contribuyeron a la transmisión (Henderson *et al.* 2010: 210). El VIH fue detectado en 1994 durante la realización de unas pruebas de preoperatorio.

El tercer caso también ocurrió en Francia y es considerado como inusual (Henderson *et al.* 2010: 210) pues fue de una enfermera a un paciente y no pudo identificarse claramente el mecanismo de transmisión (Goujon *et al.* 2000: 2525-2532). Se realizó un estudio retrospectivo con 7580 pacientes a los que la enfermera había atendido; se pudo contactar con 5308 pacientes y 2293 pacientes fueron testados serológicamente. No se encontró ningún caso adicional de infección. La enfermera estaba coinfectada de VIH y VHC, en ambos casos la carga viral era muy alta, y la enfermedad estaba muy desarrollada. El VHC no fue transmitido (Astagneau *et al.* 2002: 242-245). La enfermera no era consciente de ninguna de las dos infecciones aunque estuvo hospitalizada dos semanas antes de la fecha en que se sospecha que se produjo la transmisión (Henderson *et al.* 2010: 210).

El cuarto caso ocurrió en España cuando una mujer fue infectada con el VIH por un ginecólogo durante un parto por cesárea. El procedimiento se llevó a cabo en 2001 y no fue hasta 2003 cuando se hizo público el caso pues se filtró que otra mujer había sido llamada para realizarse la prueba del VIH. El ginecólogo no sabía que era seropositivo al VIH. Al igual que en casos anteriores, se hizo un estudio retrospectivo con 275 casos; fueron testados 250 personas y no se hallaron transmisión adicionales (Bosch 2003: 261)

Existe evidencia de que en algunos de estos casos fue la no adopción de las medidas de prevención universal las que favorecieron la transmisión iatrogénica del VIH (DiMaggio 1993: 498; Gostin 2002: 72).

A los estudios retrospectivos a los que antes se aludía hay que añadir otros estudios retrospectivos que se han realizado para evaluar el estado serológico de pacientes que han recibido atención sanitaria o dental por parte de un trabajador sanitario infectado con VIH (Roberts *et al.* 1995: 653-657). En ninguno de esos estudios, en los que se han estudiado más de 70.000 pacientes atendidos por dentistas, médicos y cirujanos infectados con VIH, se ha detectado caso alguno de transmisión iatrogénica (Henderson *et al.* 2010: 211). Si el VIH fuera fácilmente transmisible cuando un profesional sanitario con VIH realiza un procedimiento invasivo con riesgo de exposición, entonces los estudios retrospectivos deberían haber mostrado una evidencia más clara (Robert *et al.* 1995: 656). Esto ha llevado a considerar que los estudios retrospectivos tienen una utilidad muy baja para la salud pública pues, además de ser muy costosos, la probabilidad de identificar a un paciente infectado con VIH es muy baja (Danila *et al.* 1991: 1410)



4. LA RESPUESTA NORMATIVA INICIAL

Fue a partir de 1987 cuando se publicaron las primeras guías sobre cómo había que gestionar la prevención de la transmisión del VIH en el ámbito sanitario. El *Center for Disease Control and Prevention* (en adelante CDC) publicó ese año las *Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings* (accesible en la página www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00023587.htm). En esas recomendaciones se insistía en el incremento del riesgo que los trabajadores sanitarios tenían de estar expuestos a fluidos corporales en los que había evidencia epidemiológica de transmisión del VIH (sangre, semen, secreciones vaginales y leche materna). La transmisión iatrogénica también se contemplaba como una posibilidad porque, aunque en ese momento todavía no se había informado de ningún caso, la experiencia con los casos de transmisión del VHB demostraba que era posible (Danila *et al.* 1991: 1406). En la guía se estimaba que en 1987 un 5,6% de las personas con VIH trabajaban prestando servicios de salud o en un laboratorio.

En esta primera guía de 1987 se señala que riesgo de transmisión, tanto de paciente a profesional sanitario como de profesional sanitario a paciente, se podía minimizar si se adoptaban las medidas de precaución universal. Estas medidas suponían, y suponen, que *la sangre y los fluidos corporales de todos los pacientes se deben tratar como potencialmente infectados*. Por tal motivo, todos los trabajadores sanitarios deberán usar rutinariamente precauciones apropiadas de barrera para evitar el contacto de sangre y fluidos potencialmente infectados con membranas mucosas (guantes, mascarillas, gafas protectoras, batas...); las manos y otras partes de la piel deberá ser lavadas inmediatamente y de forma concienzuda; deberán tomarse precauciones para evitar heridas causadas por agujas, escalpelos u otros instrumentos afilados; etc. Además, en la guía se dedica un apartado específico para referirse a las precauciones específicas que debían adoptarse cuando los profesionales sanitarios y los odontólogos con VIH realizasen procedimientos invasivos, los cuales se definen como «*surgical entry into tissues, cavities, or organs or repair of major traumatic injuries 1) in an operating or delivery room, emergency department, or outpatient setting, including both physicians' and dentists' offices; 2) cardiac catheterization and angiographic procedures; 3) a vaginal or caesarean delivery or other invasive obstetric procedure during which bleeding may occur; or 4) the manipulation, cutting, or removal of any oral or perioral tissues, including tooth structure, during which bleeding occurs or the potential for bleeding exists*».

La decisión sobre si podía permitirse a los profesionales sanitarios con VIH la realización adecuada y con seguridad de las tareas de atención a los pacientes, especialmente a aquellos que realizaban procedimientos invasivos, debía determinarse caso a caso (*on individual basis*). Dicha decisión debía tomarse conjuntamente por el médico que atendiese al personal sanitario afectado y los directores médicos y el servicio de riesgos laborales de la institución sanitaria.

La aparición en 1990 del caso de Florida, Estados Unidos, en que se produjo la transmisión del VIH a un paciente durante un procedimiento invasivo dental, puso sobre la mesa la necesidad de contar con una guía de actuación específica que, por un lado, garantizase la seguridad de los pacientes y, por otro lado, limitase al máximo las



restricciones que podrían sufrir los profesionales sanitarios con VIH (DiMaggio 1993: 498; Gostin 2002: 67).

En julio de 1991 el CDC publicó las *Recommendations for Preventing Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B to Patients During Exposure-Prone Invasive Procedures* (el documento es accesible en la página www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00014845.htm). Se produjo así un caso típico de *dinámica reactiva* al producirse un hecho escandaloso, que se expone de manera sensacionalista, lo cual genera indignación popular, y hace que el gobierno reaccione dictando normas o creando instituciones que tratan de evitar que vuelva a producirse. Se produjo una epidemia legal sobre el VIH (Begg 1990: 10). La cuestión ulterior que debe debatirse es si la regulación es la solución o el problema. Como señalaba Susan DiMaggio, «*because of the extremely low risk of HIV transmission from a seropositive HCP [health care professional] to a patient, this isolated cluster of transmission does not warrant such a heightened level of concern. In effect, these proposals are reacting to a problem that does not exist, thereby creating the problem. Stringent regulation of HCP's for HIV infection will do a disservice to public health. Instead, simple adherence to universal precautions is the best medicine for the prevention of HIV transmission by seropositive HCP's*» (DiMaggio 1993: 499).

La guía de la CDC de 1991 señala que el riesgo de transmisión iatrogénica del VIH durante un procedimiento invasivo es pequeño, aunque reconoce que «todavía no está disponible una evaluación precisa del riesgo». En la guía ya se diferencia entre, por un lado, aquellos procedimientos invasivos que tienen riesgo de exposición (*exposure-prone*) porque, a pesar de usar las medidas de precaución universal, suponen un riesgo pequeño de transmisión y, por otro lado, los procedimientos que no tienen riesgo de exposición si se usan las medidas de precaución universal. Esta guía no define cuáles son los procedimientos invasivos con riesgo de exposición sino que se remite a la definición de procedimiento invasivo de la guía del CDC 1987, aunque sí se señalan algunos ejemplos (aquellos en los que haya más riesgo de una herida percutánea) y se indica que las organizaciones e instituciones médicas/odontológicas/quirúrgicas serán las encargadas de identificarlos. Esto último nunca llegó a producirse (DiMaggio 1993: 503; Gostin 2002: 68).

Los profesionales sanitarios con VIH que no realicen procedimientos con riesgo de exposición no pueden ver restringida su práctica asistencial siempre que cumplan con las medidas de precaución universal. Por el contrario, los profesionales sanitarios con VIH que realicen esos procedimientos con riesgo de exposición deberán conocer su estado serológico respecto al VIH; deberán recibir consejo por parte de un comité de expertos (*Expert Review Panel*); y deberán ser advertidos bajo qué condiciones pueden continuar la realización de estos procedimientos, siendo una de esas condiciones la de notificar a futuros pacientes de su seropositividad al VIH antes de someterse a la intervención (a favor de la misma se han pronunciado McIntosh 1996: 315-364; Cloisen 1997: 57-139). Esta última condición, actualmente considerada como innecesaria, inefectiva e inapropiada (Reitsma *et al.* 2005: 1666), suponía *de facto* que los profesionales sanitarios con VIH tuvieran que abandonar la práctica médica.



La guía norteamericana de 1991 que, debido a la incertidumbre científica, optó por una solución de precaución y evitó correr riesgos (Gostin 2002: 68), se convirtió en uno referentes de los principales referentes de la guía normativa española, cuya segunda edición es de 1998, que se titula *Recomendaciones Relativas a los Profesionales Sanitarios Portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Otros Virus Trasmisibles por Sangre, Virus de la Hepatitis B (VHB) y Virus de la Hepatitis C (VHC)*. Otros referentes normativos importantes de la guía española fueron los documentos del *Department of Health* del Reino Unido que llevan por título *AIDS-HIV Infected Health Care Workers: Practical Guidance on Notifying Patients* de 1993 (el texto completo se puede consultar en la página www.heart-intl.net/HEART/011507/AIDS-HIVInfectedHealth.pdf), *Protecting Health Care Workers and Patients from Hepatitis B* de 1993 (el texto se puede consultar en la página <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Healthserviceguidelines/DH4084234>) y *AIDS/HIV Infected Health Care Workers: Guidance on the Management of Infected Health Care Workers* de 1994 (el texto completo se puede consultar en la página http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consumdh/groups/dhdigitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh4116416.pdf). Es precisamente de este último de donde se extrae la definición de procedimiento invasivo con riesgo de exposición que incorpora la guía española.

Con respecto a la guía española, en la introducción se señala que la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida tiene entre sus actividades prevenir la transmisión del VIH, del VHB y de otros microorganismos que se transmiten por la sangre. Esta tarea de prevención llevó en su momento a que se emitieran una serie de recomendaciones sobre las *precauciones universales* que, siguiendo lo establecido por el CDC, deberían adoptarse para minimizar el riesgo de que los pacientes transmitan el VIH a los profesionales sanitarios (médicos, odontólogos, enfermeras y estudiantes de Medicina, Odontoestomatología o Enfermería) o que éstos se lo transmitan a aquéllos. La adopción de estas precauciones universales supone asumir que «la sangre y los líquidos corporales de [todos] los pacientes y de [todos] los profesionales sanitarios han de ser considerados, en general, como potencialmente infecciosos». Estas precauciones están descritas en el documento *Recomendaciones para el Control de la Infección por VIH, VHB y otros microorganismos de transmisión sanguínea en el medio laboral sanitario y Prevención de la Transmisión de VIH, VHB y VHC en Odontoestomatología* (el texto puede consultarse en la página www.euskadi.net/r33-2288/es/contenidos/informacion/enfersida/eu4225/adjuntos/infoprofc.pdf). En el capítulo 1, apartado 3, se dice que la sangre, fluidos contaminados con sangre y los fluidos corporales (líquidos cefalorraquídeo, pleural, sinovial, amniótico, peritoneal y pericárdico, semen, secreciones vaginales y leche materna) de todos los pacientes deben considerarse potencialmente infecciosos para VIH, VHB, VHC y otros patógenos transmitidos por sangre. Esto obliga a adoptar medidas para evitar la transmisión, como por ejemplo medidas de higiene personal, utilización de elementos de protección de barrera, normas de cuidado con los objetos cortantes, métodos de esterilización y desinfección correcta de instrumentos y superficies.

La guía española de 1998 se marca, pues, como un objetivo tratar de prevenir la posible transmisión del VIH desde los profesionales sanitarios a los pacientes sometidos



a procedimientos invasivos. Los autores de la guía son conscientes de que el riesgo de transmisión iatrogénica plantea una serie de problemas laborales, personales, sanitarios, éticos y sociales, los cuales se pretenden gestionar con las recomendaciones. En este sentido, se reconoce que «los trabajadores sanitarios no tienen mayor riesgo de infección por VIH que la población general» y que la finalidad de la guía es «facilitar el trabajo de estos profesionales [con VIH] y de los equipos directivos de los centros en los que trabajan (...) con recomendaciones técnicas y éticas que permitan una aproximación objetiva al problema». El riesgo de transmisión iatrogénica se considera que «no es desdeñable, muy especialmente con los [infectados con VHB] que son portadores del antígeno e». Con esta guía también se buscaba «actualizar la información disponible y los avances del conocimiento científico» y «poner de manifiesto el nuevo contexto legal surgido con la entrada en vigor de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (...) que podría obligar a reconsiderar los problemas derivados de la posible transmisión del VIH, VHB y VHC en el medio sanitario».

En la guía española de 1998 se destacan cinco aspectos generales: (1) necesidad de proteger a los pacientes y salvaguardar la confidencialidad de los profesionales sanitarios y su derecho al trabajo; (2) cada virus se aborda de forma individualizada dependiendo de su grado de infectividad, las características de cada infección y los riesgos de transmisión; (3) la aplicación sistemática de las precauciones universales es esencial para prevenir las infecciones nosocomiales de transmisión sanguínea, tanto del personal sanitario al paciente como a la inversa; (4) no está éticamente justificado hacer pruebas obligatorias de detección de VIH y VHC ni en el personal sanitario ni en los pacientes, aunque todos los profesionales sanitarios deberían estar vacunados contra el VHB, salvo que haya alguna contraindicación; (5) las recomendaciones se actualizarán periódicamente en función de la aparición de nuevos conocimientos científicos.

Todos y cada uno de esos aspectos se pueden valorar muy positivamente ya que se trata de velar por los derechos tanto de los profesionales sanitarios como de los pacientes y además se trata de obtener una respuesta individualizada dependiendo del tipo de virus. Los problemas que plantea esta guía es que la solución normativa se ha quedado obsoleta pues desde 1998 han ido apareciendo nuevos conocimientos científicos sobre el VIH, se han ido desarrollando nuevos tratamientos farmacológicos, así como nuevas pruebas para medir la carga viral en sangre. Además, no se garantiza una respuesta individualizada pues en ningún momento se hace alusión a la carga viral de la persona o a su actitud o comportamiento. Como se ha visto en los casos que llegaron a la clínica a lo largo de 2013, el desfase de la normativa ha supuesto que pueda haber un trato discriminatorio hacia los profesionales sanitarios con VIH al no individualizarse la respuesta teniendo en cuenta la carga viral, la actitud de la persona o el cumplimiento del tratamiento. La respuesta normativa que se justificaba en la década de 1990 pretendía ser individualizada pero en realidad era genérica.

La guía española de 1998 recoge una estimación del riesgo de transmisión del VIH de un profesional sanitario a un paciente y al respecto señala que «toda la información epidemiológica de que disponemos hoy día confirma que las infecciones por virus transmitidos por sangre desde los trabajadores sanitarios a los pacientes, en la realización de procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales, son muy infrecuentes»; que el riesgo es diferente según cada tipo de virus; y que el riesgo «se puede minimizar



de forma muy significativa mediante la aplicación sistemática de los procedimientos generales de control de la infección y de las Precauciones Universales». En el caso del VIH, la guía señala que «el riesgo de transmisión del VIH de trabajadores sanitarios a pacientes en la realización de procedimientos médicos, quirúrgicos y dentales es excepcional y notablemente improbable». Esta afirmación se apoya en el hecho de que «la evidencia que suministra la literatura y la experiencia de bastantes años de epidemia de infección por VIH permiten afirmar que el riesgo de transmisión del VIH de un trabajador sanitario es muy remoto y no justifica en absoluto el que pudiese realizarse un cribado serológico del personal sanitario como teórica medida de protección de los pacientes». De igual modo se señala que en la mayoría de los procedimientos no existe riesgo de transmisión del VIH (p.e. los procedimientos en los que las manos o las puntas de los dedos están visibles o fuera del cuerpo del paciente, durante todo el tiempo que dura el procedimiento, ni tampoco los exámenes internos o procedimientos que no requieran el uso de instrumentos cortantes, como pueden ser la extracción de sangre, la colocación de vías intravenosas y las suturas superficiales). Sólo existe tal riesgo en aquellos procedimientos «con probabilidad de punción o cortes accidentales, en los que un accidente en el profesional durante un acto quirúrgico o/e invasor puede producir contaminación de los tejidos expuestos del paciente con la sangre del profesional sanitario». Así, y siguiendo lo establecido en el documento *AIDS/HIV Infected Health Care Workers: Guidance on the Management of Infected Health Care Workers*, emitido en 1994 por el Department of Health del Reino Unido, se define como *procedimiento invasor con riesgo de exposición accidental a los virus de transmisión sanguínea* aquel en el que «las manos enguantadas del trabajador pueden estar en contacto con instrumentos cortantes, puntas de aguja, o fragmentos de tejidos punzantes o cortantes (espículas de huesos, dientes) situados en el interior de una cavidad abierta del cuerpo, herida o espacio anatómico, o aquellos en los que las manos o las puntas de los dedos pueden no estar completamente visibles durante todo o durante una parte del procedimiento».

La guía propone que los trabajadores sanitarios con VIH sean clasificados en tres grupos: (1) trabajadores sanitarios que no realizan procedimientos invasores y que aplican en su trabajo las precauciones universales; (2) trabajadores sanitarios que realizan procedimientos invasores no incluidos entre los que pueden predisponer a exposiciones accidentales y que aplican en su trabajo las precauciones universales; (3) trabajadores sanitarios que realizan procedimientos invasores con riesgo de exposiciones accidentales. En los dos primeros supuestos, el trabajador podrá continuar con su labor habitual y deberá pasar los controles médicos adecuados. En el segundo caso se añade además la posibilidad de que el médico que hace el seguimiento clínico de la infección consulte a la Comisión de Evaluación, manteniendo en todo momento la confidencialidad del trabajador sanitario con VIH. En el tercer grupo, la guía diferencia los trabajadores dependiendo del tipo de virus (VHB, VHC o VIH). Esa es una estrategia que comienza a adoptar la guía de la *Society for Healthcare Epidemiology of America* (en adelante SHEA) de 1997 a la que luego se hará referencia.

En el caso de los trabajadores sanitarios con VIH, la guía española de 1998 señala que la evidencia científica sobre la transmisibilidad del VIH del personal sanitario a los pacientes no respalda «una recomendación generalizada de que todos los profesionales con esta infección dejen de realizar todos los procedimientos (...) por sí



sola, la infección por el VIH (...) no justifica, a priori, la modificación o limitación sistemática de las actividades profesionales de un trabajador sanitario en la gran mayoría de los casos». Cuando sean necesarias algunas limitaciones, se recomienda tomar una decisión particularizada, teniendo en cuenta «el tipo de actividades de cada profesional, sus condiciones físicas y psíquicas, y su actitud personal».

Como puede observarse, en la guía española de 1998 un nivel bajo en el riesgo de transmisión sólo se utiliza como justificación de la ausencia de un cribado serológico generalizado del personal sanitario pero no se utiliza para justificar que no puedan imponerse medidas de restricción en las labores asistenciales que se desarrollan. Al igual que la guía norteamericana de 1991 y la británica de 1994, y posiblemente como consecuencia del conocimiento que se tenía en ese momento, la guía española de 1998 va a limitar las intervenciones en las que el personal sanitario con VIH puede intervenir. Se adopta una posición de proscripción sobre la realización de procedimientos invasivos por parte de los profesionales sanitarios con VIH. Paradójicamente, aunque en la guía española de 1998 se menciona la guía norteamericana de la SHEA de 1997 en la que ya se señalaba que la infección por VIH no constituye una base para excluir a un profesional de realizar procedimientos invasores, la respuesta normativa está más en la línea del documento de 1997 del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona en el que se recomendaba que los profesionales sanitarios con VIH se abstuvieran de realizar procedimientos invasores. O con la guía británica de 1993 (actualizada en 1998 y 2005) que recomendaba que los profesionales sanitarios con HIV no pudieran realizar procedimientos invasivos con riesgo de exposición (Department of Health 2011: 7-8).

Quizás ese criterio restrictivo pudiera parecer necesario y proporcional en 1998, aunque la lectura de la guía de la SHEA de 1997 (el texto está disponible en la página www.inicc.org/guias/HCW-BBP97.pdf) ya lo cuestionaba, pero en 2014 los avances médicos en torno al VIH han hecho que dicha necesidad y proporcionalidad hayan desaparecido. La evidencia científica y los datos demuestran que es necesaria una nueva política nacional (Gostin 2002: 68; Miller Tereskerz 1999: 513). En este sentido, es muy positiva la guía *Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles en Atención Primaria* de la Consejería de Sanidad de la Comunidad, publicada en 2009, cuando afirma que los trabajadores sanitarios con VIH pueden realizar los procedimientos invasivos con riesgos de exposición dado el riesgo mínimo de transmisión existente y que deben desarrollar su actividad con cumplimiento estricto de las precauciones universales. En dicha guía se recomienda que los trabajadores sanitarios sean conscientes de su serología VIH y que tengan una atención especializada (Consejería de Sanidad 2009: 109).

En otro orden de cosas, la guía española de 1998 señala que los trabajadores sanitarios tienen la posibilidad de realizarse, de forma anónima, los test de determinación de anticuerpos acudiendo tanto a la Unidad de Salud Laboral/Medicina Preventiva de su centro de trabajo como a cualquier centro autorizado dentro de la red sanitaria. Este test debe llevarse a cabo respetando la confidencialidad y la intimidad a las que tienen derecho todos los ciudadanos. Esta determinación de anticuerpos se configura como un deber del trabajador si ha sufrido una exposición accidental a fluidos potencialmente contaminados con VIH, VHB o VHC, o si cree que ha tenido prácticas de riesgo mediante las cuales pudiera contraer estas infecciones. Si se confirma que la



persona es seropositiva al VIH, VHB o VHC, el seguimiento clínico se hará por un médico elegido por el propio trabajador sanitario y se deberá informar a la Comisión de Evaluación.

En la guía española de 1998, al igual que en la norteamericana de 1991, se establece un procedimiento de evaluación y seguimiento del trabajador sanitario en relación con el VIH mediante la creación de una Comisión de Evaluación. La Comisión de Evaluación es un órgano encargado del estudio individualizado de los casos. Su ámbito de actuación puede limitarse al propio centro sanitario o tener un mayor ámbito territorial (provincial o autonómico). Sus funciones son las de servir de órgano de consulta sobre los problemas relativos a la transmisión de los virus a través de la práctica profesional de los trabajadores sanitarios infectados; evaluar periódicamente a los trabajadores sanitarios con VIH, VHB o VHC que realizan procedimientos invasores con riesgo de exposiciones accidentales y recomendar modificaciones o limitaciones en sus prácticas laborales; proponer la adopción de medidas ante casos de incumplimiento grave de las modificaciones o limitaciones recomendadas.

Termina la guía española de 1998 con una serie de recomendaciones para las instituciones hospitalarias. Se subraya, en primer lugar, que «basándose en los conocimientos científicos actuales, [la Comisión asesora que elabora la guía] considera que no se justifican los estudios serológicos retrospectivos en los pacientes sometidos a exploraciones invasoras por un profesional sanitario seropositivo». Igualmente, tampoco considera necesaria «una información generalizada e indiscriminada a los pacientes a quienes se ha practicado procedimientos invasores por profesionales infectados». No obstante, se recomienda «el archivo de cepas de VIH de los profesionales sanitarios VIH positivos que pudiesen realizar procedimientos invasores de riesgo de exposiciones, como medio más objetivo de establecer o descartar una posible relación causal en una hipotética transmisión a sus pacientes». En segundo lugar, la guía recomienda que los profesionales sanitarios con VIH no sean «sistemáticamente excluidos de la realización de [procedimientos invasivos] salvo que existiesen circunstancias físicas o psíquicas añadidas que lo justificasen o existiesen evidencias de que un determinado profesional está implicado en concreto en algún caso de transmisión de estas infecciones».

Esto último deberá determinarse a la luz del artículo 22 de la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales, que obliga a «verificar si el estado de salud del trabajador puede constituir un peligro para el mismo, para los demás trabajadores o para otras personas relacionadas con la empresa». De forma críptica se afirma en la guía que la legislación sobre riesgos laborales trata cuestiones relativas a las relaciones entre empresarios y trabajadores mientras que la guía se ocupa de consideraciones científicas y técnicas. Con dicha declaración parecería que quieren desvincularse, por un lado, la verificación del estado de salud del trabajador y su posible peligrosidad y, por otro lado, las consideraciones científicas y técnicas sobre el VIH. Los autores de este informe entienden que dicha desvinculación no es posible y que la legislación sobre riesgos laborales deberá tener en cuenta los conocimientos científicos sobre el VIH, su tasa de transmisibilidad, los estudios epidemiológicos, los casos que ha habido de transmisión, para llegar a determinar la peligrosidad de la salud del trabajador. Obviamente dicha peligrosidad también dependerá de otros factores de carácter personal, como pueden ser



la actitud y el comportamiento del trabajador, pero qué duda cabe que las características propias de la infección también influyen.

Sobre el significado del artículo 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales se ha pronunciado el Tribunal Constitucional en su Sentencia 196/2004, fundamento jurídico 6, señalando que la vigilancia de la salud sólo podrá ser exigida al trabajador en la medida en que se vincule indisolublemente a una finalidad preventiva. De ese modo, la prevención de los riesgos laborales graves e inminentes justificarán la adopción de medidas de restricción de los derechos de los trabajadores (p.e. imponiendo reconocimientos médicos o limitando las tareas que pueden desempeñarse) si existe una situación real de riesgo que no pueda ser eliminada o atenuada a través de la adopción de otras medidas que exijan mejores sacrificios y molestias o a través de la dotación de equipos de protección individual. En el caso del VIH, la situación real de riesgo puede ser eliminada o atenuada con la adopción de las medidas de precaución universal. Las restricciones de los derechos serían, pues, injustificadas pues su estricto cumplimiento, y dada la baja tasa de transmisibilidad del VIH en los casos que estamos viendo, se puede obtener el mismo resultado. Así, puede concluirse que las restricciones que se imponen en la guía española de 1998 no cumplen con el juicio de necesidad ni con el juicio de proporcionalidad exigido por el Tribunal Constitucional pues pueden imponerse otras medidas para obtener el mismo resultado (proteger la salud de terceras personas) sin limitar o perjudicar los derechos de los trabajadores (no excluir la participación en procedimientos invasivos).

Así, el Tribunal Constitucional ha optado por considerar que a la hora de evaluar la existencia de ‘peligro’ no es suficiente con la existencia de un ‘peligro material’ sino que debe ser un ‘riesgo significativo’. La primera opción juega contra los profesionales sanitarios con VIH pues el virus siempre será un peligro material pues se trata de una enfermedad que de forma objetiva pone el peligro la vida de las personas. La segunda opción considera, por el contrario, que el peligro no debe ser meramente hipotético sino real. En este sentido, se argumenta que el VIH no es un peligro real porque la transmisión de patógenos por la sangre es extremadamente rara si se utilizan las precauciones universales. Así, los factores que deberían tenerse en cuenta a la hora de considerar la significancia del peligro son su naturaleza (modo de transmisión), su probabilidad (posibilidad de la transmisión), su severidad (magnitud del daño en caso de que la infección se transmita) y su duración (durante cuánto tiempo la persona permanece infectada). Estos factores determinan la severidad del riesgo, el cual debe ser real y no meramente hipotético (Gostin 2002: 73-4). Si se pudiera actuar sobre algunos de esos elementos, entonces el riesgo dejaría de ser significativo (Rhodes *et al.* 1995). En el caso del VIH se puede actuar, al menos, sobre dos de ellos: la naturaleza, pues el modo de transmisión es conocido y se pueden adoptar las medidas de prevención universal, y la probabilidad, pues un nivel bajo de virus en sangre hace que la infectividad se reduzca. Cabe discutir si se considera una actuación aceptable sobre la severidad el hecho de que existan, por un lado, un tratamiento profiláctico postexpositivo y, por otro lado, un tratamiento farmacológico eficaz que evita el deterioro de la salud y concede una esperanza de vida equivalente a la que podría tener un enfermo de diabetes.



La actual respuesta normativa no mejora la seguridad del paciente pues no promueve que los profesionales sanitarios quieran conocer su estado serológico respecto al VIH. La manera de mejorar la seguridad del paciente es mediante la insistencia en la necesidad de implementar las medidas de prevención universal. De igual forma, debe tenerse en cuenta que bajo una serie de circunstancias determinadas, el trabajador sanitario con VIH no supone un peligro para la salud de otros trabajadores o de otras personas relacionadas con la empresa (los pacientes).

Como ya se ha adelantado, la conclusión a la que llega la guía española de 1998 se contradice con la citada guía de la SHEA de 1997, que fue publicada en el número 5 del volumen 18 de la revista *Infection Control and Hospital Epidemiology*. En esta guía ya se hacen eco de la crítica que desde diversos sectores estaban recibiendo las regulaciones que proscribían a los profesionales sanitarios con HIV de realizar procedimientos invasivos (DiMaggio 1993: 499). E incluso ya en 1995, en Estados Unidos, el *Presidential Advisory Council on HIV/Aids* solicitó que las guías del CDC fuesen revisadas con el fin de evitar las restricciones arbitrarias que soportaban los profesionales sanitarios con VIH (citado por Gostin 2002: 68). En ambos casos se argumentaba que los estudios epidemiológicos demostraban que las medidas para prevenir la transmisión del VHB y del VIH debían singularizarse debido a la diferente naturaleza vírica de cada uno de ellos y que un uso adecuado de las medidas de precaución universal hacía que el riesgo de transmisión iatrogénica del VIH fuera extremadamente pequeño. En este sentido, en la guía de la SHEA de 1997 se decía que los pacientes estarían más y mejor protegidos si se asegurase el cumplimiento de los procedimientos de control de la infección recomendados (SHEA 1997: 353). Las prohibiciones sobre los profesionales sanitarios con VIH de realizar procedimientos invasivos no estaban justificadas (SHEA 1997: 354), salvo que la persona afectada no pudiera realizar las tareas asignadas, se documentasen eventos inesperados de transmisión a un paciente o no se cumpliesen las recomendaciones (SHEA 1997: 355). Por tal motivo, las restricciones en los derechos eran una carga demasiado pesada y resultaba injustificada.

5. LA NUEVA RESPUESTA NORMATIVA

La guía de la SHEA de 1997 fue actualizada en 2010 y proporciona una serie de recomendaciones sobre cómo se debe gestionar la presencia de trabajadores sanitarios con VHB, VHC y VIH. Debe advertirse que, a diferencia de la guía británica de 2011 que veremos más abajo, estas recomendaciones no forman parte de una política nacional, y que en la guía se reconoce que «por la propia naturaleza de los temas que se discuten, una hipótesis obtenida directamente de la experimentación es virtualmente imposible (...) la mayor parte de los datos que tenemos sobre este asunto provienen de casos documentados de transmisión. Muchas sino la mayoría de las conclusiones de estos estudios son inferencias. Alguna evidencia proviene de estudios o modelos experimentales de laboratorio. Por tal motivo, esta guía no tiene la base de evidencia científica que se encuentra en otras guías. En todo caso, tenemos una amplia experiencia trabajando con estos patógenos en el ámbito de la salud y la base científica es mucho más robusta de lo que era cuando fue publicada la última guía de SHEA en 1997» (Henderson *et al.* 2010: 205-207).



Desde que en 1991 el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos publicase la primera guía diseñada para prevenir la transmisión del VIH y del VHB desde el trabajador sanitario al paciente, se ha avanzado mucho en el conocimiento que se dispone sobre «los factores que contribuyen a los riesgos para la salud asociados a la transmisión de esos patógenos; [ha habido un] progreso sustantivo en la gestión de la infección por VHB, VHC y VIH; [se han desarrollado] test moleculares diseñados para medir la carga viral circulante de estas infecciones; y [se han implementado] una variedad de estrategias de intervención diseñadas para reducir estos riesgos» (Henderson *et al.* 2010: 212). De igual forma, el acceso al tratamiento antirretroviral de gran actividad (en adelante TARGA) influye en el riesgo de transmisión (Henderson *et al.* 2010: 213). Así se ha demostrado en el ensayo clínico HPTN052 (Cohen *et al.* 2012).

En la guía de 2010 se ofrece información actualizada sobre cada virus y los riesgos para la salud que están asociados a la labor desempeñada por las personas con VHB, VHC y VIH que prestan servicios sanitarios. En la guía se señala que es apropiado mantener estrategias distintas con los trabajadores sanitarios dependiendo de qué tipo de infección tienen y se afirma que «los trabajadores que proveen asistencia sanitaria no deberían estar totalmente vetados de participar en actividades de cuidado del paciente exclusivamente sobre la base de una infección patógena transmisible por la sangre» (Henderson *et al.* 2010: 203). Las posibles restricciones que pueda haber dependerán de los niveles de carga viral que tenga cada persona (Henderson *et al.* 2010: 205).

En la guía se señala que existen distintas variables que influyen en la frecuencia de la transmisión (Henderson *et al.* 2010: 211). El **primer factor** que influye en el riesgo de transmisión es «la transmisibilidad intrínseca del patógeno específico» (Henderson *et al.* 2010: 211). En el caso del HIV, el riesgo de transmisión asociado a una exposición percutánea (por ejemplo, con una aguja) ha sido estimado en un 0,3% (Henderson 1990 *et al.*: 740-746; Chamberland *et al.* 1992: 871-2), y debe tenerse en cuenta que «con excepción de los estudios sobre VHB (los cuales hacen una distinción entre los pacientes fuente que son HBeAg-positivo y HBeAg-negativo), ninguno de los estudios sobre la transmisión del VHC y del VIH consideran la carga viral del paciente fuente en el cálculo del riesgo» (Henderson *et al.* 2010: 211). El **segundo factor** que influye en el riesgo de transmisión es «la frecuencia con la que el trabajador sanitario sufre heridas que podrían representar un riesgo de transmisión para sus pacientes» (Henderson *et al.* 2010: 211). En ese ámbito se pueden adoptar numerosas estrategias e intervenciones diseñadas para reducir el riesgo de exposición ocupacional y muchas de las cuales ya han mostrado ser eficaces. En este caso hay que tener en cuenta tanto la experiencia (*experience*) como la pericia (*expertise*) del personal sanitario. Por lo que se refiere a la experiencia, estudiantes y aprendices tienen más probabilidad de sufrir tales exposiciones potencialmente peligrosas para la transmisión (Henderson *et al.* 2010: 211). En los casos en que el estudiante o aprendiz sea una persona con VIH, se señala en la guía que «la institución debería ayudar al aprendiz a seleccionar la senda profesional que mejor se adapte a su situación específica y debería proveer ajustes razonables a los estudiantes y a los aprendices que tengan la condición de discapacitado» (Henderson *et al.* 2010: 211). Por lo que respecta a la pericia, se advierte



en la guía que puede medirse de forma indirecta «evaluando las tasas de infección, sangrado y de otras complicaciones que ocurren después del procedimiento» (Henderson *et al.* 2010: 211-212). Un **tercer factor** que incide en la tasa de riesgo de transmisión es «con qué frecuencia ocurre ese tipo de exposición y es seguida de exposición a un paciente (por ejemplo, el llamado ‘recontacto’)» (Henderson *et al.* 2010: 212). En dos estudios sobre heridas intraoperatorias de trabajadores se estimó que entre el 11,4% y el 29% de los objetos puntiagudos que hirieron al trabajador ‘recontactaron’ con el paciente. El recontacto también puede producirse cuando el trabajador sanitario es herido por espículas óseas o materiales permanentemente incrustados en el cuerpo del paciente (Henderson *et al.* 2010: 212). En esos casos, la solución pasa por el reemplazo inmediato de la aguja de sutura contaminada o de otros objetos puntiagudos antes de reutilizarlos, así como el uso de guantes reforzados, de doble guante, de revestimiento de guantes (*glove-liners*) o de otros aparatos o materiales para proteger las manos del trabajador (Henderson *et al.* 2010: 212). De igual forma, el uso de agujas de sutura despuntadas ha demostrado que disminuye el riesgo de heridas percutáneas para el cirujano (Henderson *et al.* 2010: 212). El **cuarto factor** a considerar es «la carga viral circulante del trabajador infectado». A pesar de que es probable que aumente el riesgo de transmisión si la persona con VIH tiene una carga viral elevada, ninguno de los estudios en que se ha analizado la transmisión del VIH ha incluido este dato en el cálculo del riesgo de transmisión (Henderson *et al.* 2010: 212). Un **quinto factor** es «la magnitud del riesgo de transmisión de patógenos que se transmiten por la sangre dependiendo de los varios tipos de exposición» (Henderson *et al.* 2010: 212). En el caso del HIV, ese riesgo se ha estudiado extensamente. El promedio de riesgo de transmisión asociado con exposiciones percutáneas por objetos afilados contaminados con sangre que han sido usados en personas infectadas con VIH es 0,32% (21 infecciones en 6498 exposiciones) (Henderson *et al.* 2010: 212). Por otra parte, el riesgo estimado de transmisión del VIH asociado con una exposición mucocutánea es 0,03% (1 infección en 2885 exposiciones), aunque esta estimación puede estar distorsionada ya que la única transmisión ocurrió antes de que los datos prospectivos fueran recopilados en la institución implicada (Henderson *et al.* 2010: 212). Por último, el riesgo de infección asociado con la exposición de piel intacta a sangre de una persona infectada con VIH no es apreciable según los estudios que han intentado medirlo (Henderson *et al.* 2010: 212).

A la vista de estos factores, en la guía de la SHEA de 2010 se recomienda que los trabajadores sanitarios que están infectados con el VIH y tengan una carga viral en sangre mayor que o igual a 5×10^2 GE/mL, deben usar de forma rutinaria doble guante para todos los procedimientos invasivos, para todos los contactos con membranas mucosas o piel no intacta, y para todas las intervenciones en el cuidado del paciente para las que el uso de guantes es recomendado. De igual forma, no pueden realizar aquellas actividades de Categoría III (véanse las tablas más abajo) que han sido identificadas como asociadas a un riesgo de transmisión trabajador-paciente de una infección de patógenos que se transmiten por sangre a pesar del uso de procedimientos apropiados de control de la infección (Henderson *et al.* 2010: 204-205). Si, por el contrario, el trabajador sanitario infectado con VIH tiene una carga viral en sangre menor a 5×10^2 GE/mL, no debe ser excluido de ningún aspecto del cuidado de pacientes y puede realizar los procedimientos de Categoría III (véanse las tablas más abajo) (Henderson *et al.* 2010: 205). En este caso, el trabajador deberá (1) no haber



transmitido nunca la infección a pacientes; (2) obtener asesoramiento de un grupo de expertos (*Expert Review Panel*); (3) someterse a revisiones rutinarias en un servicio de Medicina Ocupacional o de Salud Pública, que examinará al trabajador dos veces al año para comprobar que el nivel de carga viral se mantiene por debajo de 5×10^2 GE/mL; (4) someterse a seguimiento por parte de un médico personal que tenga experiencia en el manejo de la infección por VIH y que esté autorizado a comunicarse con el grupo de expertos acerca del estado clínico del trabajador; (5) consultar con un experto sobre los procedimientos óptimos de control de la infección (y adherirse estrictamente a los procedimientos recomendados, incluido el uso rutinario de doble guante para las intervenciones de Categoría II y Categoría III y el cambio frecuente de guantes durante las mismas, particularmente si se sabe que la ejecución de las tareas de la técnica pueden comprometer la integridad de los guantes); (6) aceptar recibir y compartir información con el grupo de expertos y firmar un acuerdo con dicho Grupo en el que se delimiten las responsabilidades.

La carga viral es el factor determinante para medir la peligrosidad pues se entiende que una persona con VIH con una carga viral igual o superior a 5×10^2 GE/mL, independientemente de que use las medidas de precaución universal, supone un riesgo o una exposición al riesgo que es excesivo para los pacientes. En ese caso se aconseja limitar los procedimientos que el profesional sanitario con VIH puede realizar sin constituir un riesgo para la salud del paciente.

TABLE 1. Summary Recommendations for Managing Healthcare Providers Infected with Hepatitis B Virus (HBV), Hepatitis C Virus (HCV), and/or Human Immunodeficiency Virus (HIV)

Virus, circulating viral burden	Categories of clinical activities ^a	Recommendation	Testing
HBV			
<10 ⁴ GE/mL	Categories I, II, and III	No restrictions ^b	Twice per year
≥ 10 ⁴ GE/mL	Categories I and II	No restrictions ^b	NA
≥ 10 ⁶ GE/mL	Category III	Restricted ^c	NA
HCV			
<10 ⁴ GE/mL	Categories I, II, and III	No restrictions ^b	Twice per year
≥ 10 ⁴ GE/mL	Categories I and II	No restrictions ^b	NA
≥ 10 ⁶ GE/mL	Category III	Restricted ^c	NA
HIV			
<5 × 10 ² GE/mL	Categories I, II, and III	No restrictions ^b	Twice per year
≥ 5 × 10 ² GE/mL	Categories I and II	No restrictions ^b	NA
≥ 5 × 10 ³ GE/mL	Category III	Restricted ^c	NA

NOTE. These recommendations provide a framework within which to consider such cases; however, each such case is sufficiently complex that each should be independently considered in context by the expert review panel (see text). GE, genome equivalents; NA, not applicable.

^a See Table 2 for the categorization of clinical activities.

^b No restrictions recommended, so long as the infected healthcare provider (1) is not detected as having transmitted infection to patients; (2) obtains advice from an Expert Review Panel about continued practice; (3) undergoes follow-up routinely by Occupational Medicine staff (or an appropriate public health official), who test the provider twice per year to demonstrate the maintenance of a viral burden of less than the recommended threshold (see text); (4) also receives follow-up by a personal physician who has expertise in the management of her or his infection and who is allowed by the provider to communicate with the Expert Review Panel about the provider's clinical status; (5) consults with an expert about optimal infection control procedures (and strictly adheres to the recommended procedures, including the routine use of double-gloving for Category II and Category III procedures and frequent glove changes during procedures, particularly if performing technical tasks known to compromise glove integrity [eg, placing sternal wires]), and (6) agrees to the information in and signs a contract or letter from the Expert Review Panel that characterizes her or his responsibilities (see text).

^c These procedures permissible only when viral burden is <10⁴ GE/mL.

^d These procedures permissible only when viral burden is <5 × 10² GE/mL.



D Henderson, SHEA Guidelines.pdf

5 / 31 150%

Herramientas Comentar

TABLE 2. Categorization of Healthcare-Associated Procedures According to Level of Risk for Bloodborne Pathogen Transmission

Category I: Procedures with de minimis risk of bloodborne virus transmission

- Regular history-taking and/or physical or dental examinations, including gloved oral examination with a mirror and/or tongue depressor and/or dental explorer and periodontal probe
- Routine dental preventive procedures (eg, application of sealants or topical fluoride or administration of prophylaxis¹), diagnostic procedures, orthodontic procedures, prosthetic procedures (eg, denture fabrication), cosmetic procedures (eg, bleaching) not requiring local anesthesia
- Routine rectal or vaginal examination
- Minor surface suturing
- Elective peripheral phlebotomy²
- Lower gastrointestinal tract endoscopic examinations and procedures, such as sigmoidoscopy and colonoscopy
- Hands-off supervision during surgical procedures and computer-aided remote or robotic surgical procedures
- Psychiatric evaluations³

Category II: Procedures for which bloodborne virus transmission is theoretically possible but unlikely

- Locally anesthetized ophthalmologic surgery
- Locally anesthetized operative, prosthetic, and endodontic dental procedures
- Periodontal scaling and root planing⁴
- Minor oral surgical procedures (eg, simple tooth extraction [ie, not requiring excess force], soft tissue flap or sectioning, minor soft tissue biopsy, or incision and drainage of an accessible abscess)
- Minor local procedures (eg, skin excision, abscess drainage, biopsy, and use of laser) under local anesthesia (often under bloodless conditions)
- Percutaneous cardiac procedures (eg, angiography and catheterization)
- Percutaneous and other minor orthopedic procedures
- Subcutaneous pacemaker implantation
- Bronchoscopy
- Insertion and maintenance of epidural and spinal anesthesia lines
- Minor gynecological procedures (eg, dilatation and curettage, suction abortion, colposcopy, insertion and removal of contraceptive devices and implants, and collection of ova)
- Male urological procedures (excluding transabdominal intrapelvic procedures)
- Upper gastrointestinal tract endoscopic procedures
- Minor vascular procedures (eg, embolectomy and vein stripping)
- Amputations, including major limbs (eg, hemipelvectomy and amputation of legs or arms) and minor amputations (eg, amputations of fingers, toes, hands, or feet)

D Henderson, SHEA Guidelines.pdf

5 / 31 150%

Herramientas Comentar

- Bronchoscopy
- Insertion and maintenance of epidural and spinal anesthesia lines
- Minor gynecological procedures (eg, dilatation and curettage, suction abortion, colposcopy, insertion and removal of contraceptive devices and implants, and collection of ova)
- Male urological procedures (excluding transabdominal intrapelvic procedures)
- Upper gastrointestinal tract endoscopic procedures
- Minor vascular procedures (eg, embolectomy and vein stripping)
- Amputations, including major limbs (eg, hemipelvectomy and amputation of legs or arms) and minor amputations (eg, amputations of fingers, toes, hands, or feet)
- Breast augmentation or reduction
- Minimum-exposure plastic surgical procedures (eg, liposuction, minor skin resection for reshaping, face lift, brow lift, blepharoplasty, and otoplasty)
- Total and subtotal thyroidectomy and/or biopsy
- Endoscopic ear, nose, and throat surgery and simple ear and nasal procedures (eg, stapedectomy or stapedotomy, and insertion of tympanostomy tubes)
- Ophthalmic surgery
- Assistance with an uncomplicated vaginal delivery⁵
- Laparoscopic procedures
- Thoracoscopic procedures⁶
- Nasal endoscopic procedures⁶
- Routine arthroscopic procedures⁶
- Plastic surgery⁷
- Insertion of, maintenance of, and drug administration into arterial and central venous lines
- Endotracheal intubation and use of laryngeal mask
- Obtainment and use of venous and arterial access devices that occur under complete antiseptic technique, using universal precautions, "no-sharp" technique, and newly gloved hands

Category III: Procedures for which there is definite risk of bloodborne virus transmission or that have been classified previously as "exposure-prone"

- General surgery, including nephrectomy, small bowel resection, cholecystectomy, subtotal thyroidectomy other elective open abdominal surgery
- General oral surgery, including surgical extractions,¹ hard and soft tissue biopsy (if more extensive and/or having difficult access for suturing), apicoectomy, root amputation, gingivectomy, periodontal curettage, mucogingival and osseous surgery, alveoplasty or alveoectomy, and endosseous implant surgery



D Henderson, SHEA Guidelines.pdf

Herramientas Comentar

6 / 31 150%

TABLE 2. (Continued)

- Cardiothoracic surgery, including valve replacement, coronary artery bypass grafting, other bypass surgery, heart transplantation, repair of congenital heart defects, thymectomy, and open-lung biopsy
- Open extensive head and neck surgery involving bones, including oncological procedures
- Neurosurgery, including craniotomy, other intracranial procedures, and open-spine surgery
- Nonelective procedures performed in the emergency department, including open resuscitation efforts, deep suturing to arrest hemorrhage, and internal cardiac massage
- Obstetrical/gynecological surgery, including cesarean delivery, hysterectomy, forceps delivery, episiotomy, cone biopsy, and ovarian cyst removal, and other transvaginal obstetrical and gynecological procedures involving hand-guided sharps
- Orthopedic procedures, including total knee arthroplasty, total hip arthroplasty, major joint replacement surgery, open spine surgery, and open pelvic surgery
- Extensive plastic surgery, including extensive cosmetic procedures (eg, abdominoplasty and thoracoplasty)
- Transplantation surgery (except skin and corneal transplantation)
- Trauma surgery, including open head injuries, facial and jaw fracture reductions, extensive soft-tissue trauma, and ophthalmic trauma
- Interactions with patients in situations during which the risk of the patient biting the physician is significant; for example, interactions with violent patients or patients experiencing an epileptic seizure
- Any open surgical procedure with a duration of more than 3 hours, probably necessitating glove change

NOTE. Modified from Reitsma et al.¹

^a Does not include subgingival scaling with hand instrumentation.

^b If done emergently (eg, during acute trauma or resuscitation efforts), peripheral phlebotomy is classified as Category III.

^c If there is no risk present of biting or of otherwise violent patients.

^d Use of an ultrasonic device for scaling and root planing would greatly reduce or eliminate the risk for percutaneous injury to the provider. If significant physical force with hand instrumentation is anticipated to be necessary, scaling and root planing and other Class II procedures could be reasonably classified as Category III.

^e Making and suturing an episiotomy is classified as Category III.

^f If unexpected circumstances require moving to an open procedure (eg, laparotomy or thoracotomy), some of these procedures will be classified as Category III.

^g If moving to an open procedure is required, these procedures will be classified as Category III.

^h If opening a joint is indicated and/or use of power instruments (eg, drills) is necessary, this procedure is classified as Category III.

ⁱ A procedure involving bones, major vasculature, and/or deep body cavities will be classified as Category III.

^j Removal of an erupted or nonerupted tooth requiring elevation of a mucoperiosteal flap, removal of bone, or sectioning of tooth and suturing if needed.²

En el documento avalado por la SHEA, se enfatiza la importancia que tiene tanto el derecho a la seguridad del paciente como también el derecho a la privacidad y a la confidencialidad de los datos médicos del trabajador sanitario con VIH (Henderson *et al.* 2010: 205). No obstante también subraya que aquellos trabajadores sanitarios con VIH que estén desempeñando su labor en una institución están obligados éticamente a informar de su infección a los responsables de la medicina ocupacional de su institución y a cumplir con las condiciones antes expuestas. De igual modo, y dado que en Estados Unidos todas las personas con VIH son consideradas personas con discapacidad protegidas por la *American with Disabilities Act*, independientemente de si son sintomáticos o son asintomáticos (Wisner 2008: 217-263; Mayer 2000: 179-208; Rohlfen 2000: 127-146), los trabajadores sanitarios con VIH tienen derecho a que se realicen aquellos ajustes razonables que sean necesarios para que puedan realizar su trabajo, siempre y cuando no sean desproporcionados, no afecten al desempeño de las tareas esenciales del puesto de trabajo y no supongan un riesgo para terceras personas (Rohlfen 2000: 130, 137; Henderson *et al.* 2010: 205). Esta opción debería también ser estudiada en España pues se ha firmado y ratificado en 2007 la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad, lo cual obliga a interpretar las normas de derechos humanos teniendo en cuenta el modelo social de discapacidad que allí se impone (Barranco Avilés 2013: 85-110; Cuenca Gómez 2013: 111-135; Ramiro Avilés 2013: 137-166).

En general, el enfoque del VIH/Sida desde el modelo social de la discapacidad aspira a que el tratamiento que se da a las personas con VIH se base en la búsqueda de la inclusión, respetando el principio de igualdad de oportunidades. El modelo social de discapacidad debe lograr la normalización de las personas con VIH para que puedan acceder a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona. La normalización significa que a las personas con VIH se les deben ofrecer formas de vida y condiciones de existencia tan parecidas como sea



posible a las circunstancias habituales de la sociedad a la que pertenecen, y que, al mismo tiempo, estén en condiciones de aprovecharlas en la mayor medida posible para su desarrollo y máximo nivel de autonomía (Asís Roig *et al.*, 2007: 24).

La adopción del modelo social de discapacidad debe llevar consigo un *concepto amplio de discapacidad* que incluya todas las situaciones caracterizadas por la limitación o imposibilidad (1) de ejercitar adecuadamente una función corporal o una parte del cuerpo; (2) de poder percibir adecuadamente la realidad, emociones o juicios; (3) de poder participar en la sociedad, como consecuencia de una deficiencia o de la construcción del entorno social, o de la interacción de ambos. El concepto amplio de discapacidad incluiría tanto a las personas que tienen una discapacidad, como consecuencia de una deficiencia física, sensorial, intelectual y mental, cuanto a las personas que la sociedad les atribuye o considera que tienen una discapacidad y, por ende, una deficiencia física, sensorial, intelectual y mental. Desde la óptica del modelo social y el concepto amplio de discapacidad, se tiene en cuenta la interacción entre las personas con VIH y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas. La persona con VIH está condicionada por un complejo conjunto de factores, muchos de los cuales son creados por el contexto social y muchos de los cuales no son reales sino simples estereotipos. Esa barrera actitudinal dificulta el acceso a la justicia y al disfrute de sus derechos.

En este enfoque del VIH desde la discapacidad coincide la guía británica de 2011 del Department of Health titulada *Management of HIV-infected Healthcare Workers. The Report of the Tripartite Working Group April 2011* (Department of Health 2011: 24). Se insiste en la guía en que el riesgo de transmisión es bajo (Department of Health 2011: 17-18) y que a ello contribuyen los tratamientos disponibles (Department of Health 2011: 22). Esto hace que se recomiende «una relajación de la política sobre los profesionales sanitarios con HIV [para que] les esté permitido realizar cualquier procedimiento con riesgo de exposición [siempre y cuando] el nivel de carga viral sea ‘no detectable’» (Department of Health 2011: 3). Las recomendaciones clave de la guía son (1) los profesionales sanitarios con HIV pueden realizar procedimientos con riesgo de exposición si siguen un TARGA y tienen una carga viral en plasma continuada por debajo de 200 copias/ml, lo cual deberá demostrarse en dos analíticas consecutivas, y deberán realizarse pruebas cada tres meses; (2) los profesionales sanitarios con VIH estarán bajo supervisión conjunta de un experto en medicina ocupacional (riesgos laborales) y de su médico personal; (3) corresponde a un experto en medicina ocupacional, asesorado por expertos, tomar la decisión de si un profesional sanitario puede o no empezar a realizar procedimientos con riesgo de exposición, de si es necesario notificar a los pacientes en el caso de una exposición accidental, o de cuando puede reiniciarse la práctica de los procedimientos con riesgo de exposición. Si un profesional sanitario no cumple con las obligaciones de seguimiento médico conjunto o su carga viral en plasma supera significativamente las 200 copias/ml, entonces se podrá restringir su actividad laboral (Department of Health 2011: 3, 27).

Según ha comunicado el National Aids Trust (en adelante NAT), esta guía británica, que forma parte de una política nacional, va a implementarse a partir de abril



de 2014: «From April 2014 people living with HIV who are on effective treatment will be allowed to become surgeons, dentists and midwives, or work in any other healthcare profession involving 'exposure-prone procedures.' The change in guidance is the result of an evidence based review conducted by the Expert Advisory Group on AIDS (EAGA), the Advisory Group on Hepatitis (AGH) and the UK Advisory Panel for Healthcare workers Infected with Blood borne viruses (UKAP). NAT was represented as the lay representative on the Expert Advisory Group. The review showed the risk of transmission to a patient from an HIV-infected Healthcare worker on effective treatment was extremely low, if non-existent».

La noticia también ha sido recogida en *The Lancet* el 24 de agosto de 2013: «On Aug 15, 2013, the UK Department of Health recommended that restrictions on procedures done by health-care professionals with HIV in England should be lifted. At present, UK health-care workers with HIV have been banned from doing exposure-prone procedures that would increase the risk of transmitting infection—effectively preventing any medical professional with HIV from practising dentistry or surgery, and affecting many other specialties, such as obstetrics and emergency medicine. As it stands, the ban is “at odds with contemporary medical opinion and has no scientific basis”, according to the British Dental Association. Worldwide, only four cases of transmission of HIV from health-care workers to patients have ever been recorded, all of which involved health-care workers who were not receiving antiretroviral therapy. In the event of a breach of infection control, the risk of transmission of HIV from an untreated health-care worker to a patient is tiny; for a health-care worker whose viral load is under control, it is so small (one in 5 million) as to be negligible. Beyond the small number of professionals directly affected, such restrictions have a pernicious effect on the entire medical system. They encourage fear, shame, and stigma towards providers of care and patients living with HIV. The new measures proposed by the Department of Health are not perfect. The testing routine—once every 3 months—is burdensome, and central registration of health-care workers with HIV poses privacy concerns. Whether local occupational health services and the UK Advisory Panel for Healthcare Workers Infected with Bloodborne Viruses can provide adequate and timely implementation and oversight of these measures remains to be seen. The restrictions will be lifted in England only from April, 2014, although outcomes of similar consultations in Scotland, Wales, and Northern Ireland are awaited. Stigma remains one of the major barriers to providing an effective response to HIV. The Lancet welcomes the overdue lifting of this ban».

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A la vista del informe anterior, los autores de estas páginas concluyen que las investigaciones retrospectivas comprensivas, los datos epidemiológicos, los nuevos TARGA con capacidad para reducir la carga viral en plasma hasta niveles 'indetectables', la posibilidad de medir de forma fiable la carga viral, la adopción de las medidas de prevención universal, el desarrollo de nuevas técnicas y nuevos materiales en el ámbito quirúrgico, son razones que deben utilizarse para fundamentar una respuesta normativa que no restrinja los derechos del personal sanitario con VIH mediante la exclusión de la realización de determinados procedimientos invasivos. La



nueva política nacional debe poder proteger los derechos de los pacientes sin restringir indebidamente los derechos de los profesionales sanitarios con VIH. Las restricciones estarían justificadas, si el trabajador sanitario fuese un peligro serio para la salud de terceras personas. En la actualidad, si la carga viral en plasma es baja, se sigue un tratamiento con éxito y se siguen las medidas de prevención universal, el riesgo de transmisión es inapreciable y, por tanto, las restricciones a los derechos son desproporcionadas.

El decálogo de recomendaciones que podrían hacerse es el siguiente:

1. Los derechos de los profesionales sanitarios con VIH deben respetarse en todo momento por lo que las restricciones a los mismos deben limitarse al máximo. Junto a los derechos van una serie de deberes que los profesionales sanitarios con VIH deberán cumplir para no violar el principio de no maleficencia.
2. Las restricciones generalistas son limitaciones desproporcionadas de los derechos de los profesionales sanitarios con VIH debido a que, si nos atenemos a los estudios epidemiológicos, el riesgo de transmisión es extremadamente bajo. Es preciso, tal y como se reconoce en varias guías normativas, ofrecer una respuesta individualizada que tenga en cuenta la carga viral de cada persona, su comportamiento y actitud.
3. La minimización del riesgo de transmisión iatrogénica del VIH es posible adoptando tanto las precauciones universales como ciertas medidas de ajuste individualizadas cuando sea preciso. La nueva respuesta normativa debe enfatizar el uso de las medidas de precaución universal como instrumento para garantizar la seguridad del paciente. La forma más sensible y menos intrusiva de reducir el riesgo extremadamente bajo de transmisión del VIH es mediante la adhesión a las precauciones universales.
4. Si se sobrepasa el umbral establecido de carga viral en sangre, si hay constancia de que se ha producido transmisión iatrogénica del VIH, si se detecta en el profesional sanitario con VIH un comportamiento peligroso, si se fracasa en el tratamiento y la carga viral deja de ser indetectable, o si no se cumplen con las obligaciones de seguimiento terapéutico de la infección, entonces estaría justificado establecer algún tipo de restricciones que afectasen a las actividades laborales que se desempeñan pues podría convertirse en un peligro para la salud de terceras personas.
5. Los estudiantes de ciencias de la salud deben ser informados adecuadamente de las medidas de precaución universal, de la importancia de mantener un estado serológico controlado en todo momento, de solicitar consejo de los expertos de salud laboral y de VIH.
6. Se debe respetar la privacidad del profesional sanitario con VIH por lo que no es preciso revelar su estado de salud a las personas que vaya a atender. La obligación de revelar el estado serológico respecto al VIH violaría el derecho a la intimidad del profesional sanitario y podría tener un efecto negativo catastrófico pues las personas a las que se debería revelar, los pacientes, no están obligadas a guardar la confidencialidad. Debe tenerse en cuenta que una adecuada protección de los pacientes no se consigue con la apelación a la información y al consentimiento.



7. Se debe comunicar inmediatamente toda exposición accidental al VIH para que puedan adoptarse las medidas oportunas de prevención de la infección. En ese caso, los pacientes que hayan sido expuestos deben ser notificados. Sólo en casos extremos (p.e. cuando haya constancia de que la transmisión iatrogénica se ha producido y hay evidencia de una violación flagrante de las medidas de precaución universal) tiene sentido la realización de un estudio retrospectivo pues se trata de estudios cuya utilidad para la salud pública es mínima por ser muy costosos y tener una probabilidad extremadamente baja de identificar a pacientes infectados con VIH.
8. La legislación sobre prevención riesgos laborales debe tener en cuenta los nuevos datos científicos para determinar la peligrosidad que supone la salud del profesional sanitario para otros trabajadores u otras personas relacionadas con la empresa.
9. Las personas con VIH, ya sean sintomáticas o asintomáticas, deberían ser consideradas legalmente como persona con discapacidad.
10. La respuesta normativa debe actualizarse y renovarse periódicamente a la luz de la nueva información científica que se vaya generando y de la experiencia que se vaya acumulando. De igual forma, la nueva guía debe difundirse entre los profesionales sanitarios, los servicios de prevención de riesgos laborales y los gestores o administradores de centros hospitalarios. La educación es esencial para que construir una respuesta inteligente.

REFERENCIAS

- Astagneau, P. *et al.* (2002), 'Lookback investigations of patients potentially exposed to HIV Type 1 after a nurse-to-patient transmission', *American Journal of Infection Control*, 30 (4): 242-5.
- Barranco Avilés, M.C. (2013), 'VIH y Discapacidad', *VIH y Accesibilidad en Tiempos de Crisis*, M.A. Ramiro (ed.), Dykinson, Madrid: 85-110.
- Begg, R.T. (1990), 'Legal ethics and AIDS: An analysis of selected issues', *Georgetown Journal of Legal Ethics*, 3: 1-56.
- Bosch, X. (2003), 'Second case of doctor-to-patient HIV transmission', *The Lancet Infectious Disease*, 3: 261.
- Brown, J. *et al.* (1996), 'Infinitesimal risk as public health crisis: News media coverage of a doctor-patient HIV contact tracing investigation', *Social Science & Medicine*, 43 (12): 1685-95.
- Center for Disease Control and Prevention (1987), 'Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 36, Supplement 2S: 1-18.
- Center for Disease Control and Prevention (1991), 'Recommendations for Preventing Transmission of Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis B Virus to Patients During Exposure-Prone Invasive Procedures', *Morbidity and Mortality Weekly Report Morbidity and Mortality Weekly Report*, 40 (RR08): 1-9.



Coordinadora Estatal de Vih-Sida

- Chamberland, M.E. *et al.* (1992), 'HIV transmission from health care worker to patient: What is the risk?', *Annals of Internal Medicine*, 116 (10): 871-3.
- Ciesielski, C. *et al.* (1992), 'Transmission of Human Immunodeficiency Virus in a Dental Practice', *Annals of Internal Medicine*, 116 (10): 798-805.
- Ciesielski, C. *et al.* (1994), 'The 1990 Florida Dental Investigation', *Annals of Internal Medicine*, 121 (11): 886-8.
- Closen, M.L. (1997), 'HIV-Aids, infected surgeons and dentists, and the medical profession's betrayal of its responsibility to patients', *New York Law School Law Review*, 41: 57-139.
- Cohen, M.S. *et al.* (2012), 'Establishing HIV treatment as prevention in the HIV Prevention Trials Network 052 randomized trial: an ethical odyssey', *Clinical Trials*, 9 (3): 340-7.
- Consejería de Sanidad (2009), *Prevención y Control de las Enfermedades Transmisibles en Atención Primaria*, Madrid.
- Cuenca Gómez, P. (2013), 'Accesibilidad, ajustes razonables y barreras de acceso de las personas con VIH a la función pública', *VIH y Accesibilidad en Tiempos de Crisis*, M.A. Ramiro (ed.), Dykinson, Madrid: 111-35.
- Danila, R.N. *et al.* (1991), 'A look-back Investigation of patients of an HIV-infected physician. Public health implications', *New England Journal of Medicine*, 325 (20): 1406-11.
- De Asís Roig R. *et al.* (2007), *Sobre la Accesibilidad Universal en el Derecho*, Dykinson, Madrid.
- Department of Health, *Management of HIV-infected Healthcare Workers. The Report of the Tripartite Working Group April 2011*, texto accesible en la página www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216126/dh131574.pdf.
- DiMaggio, S. (1993), 'State Regulations and the HIV-Positive Health Care Professional: A Response to a Problem that Does Not Exist', *American Journal of Law and Medicine*, 19 (4): 497-521.
- Gostin, L.O. (2002), 'Rights and Duties of HIV Infected Health Care Professionals', *Health Care Analysis*, 10: 67-85.
- Goujon, C.P. *et al.* (2000), 'Phylogenetic analyses indicate an atypical nurse-to-patient transmission of human Immunodeficiency virus type 1', *Journal of Virology*, 74 (6): 2525-32.
- Henderson, D.K. *et al.* (1990), 'Risk for occupational transmission of human Immunodeficiency virus type I (HIV-a) associated with clinical exposures. A prospective evaluation', *Annals of Internal Medicine*, 113 (10): 740-6.
- Henderson, D.K. *et al.* (2010), 'SHEA Guideline for Management of Healthcare Workers Who Are Infected with Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, and/or Human Immunodeficiency Virus', *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 31 (3): 203-32.
- Lot, F. *et al.* (1999), 'Probable transmission of HIV from orthopedic surgeon to a patient in France', *Annals of Internal Medicine*, 130 (1): 1-6.
- Mayer, C. (2000), 'Is HIV a disability under the American with Disabilities Act: Unanswered questions after *Bragdon v. Abbott*', *Journal of Law and Health*, 14: 179-208.
- McIntosh, P.L. (1996), 'When the surgeon has HIV: What to tell patients about the risk of exposure and the risk of transmission', *Kansas Law Review*, 44: 315-64.



- Miller Tereskerz, P. *et al.* (1999), 'Infected physicians and invasive procedures: National policy and legal reality', *The Millbank Quarterly*, 77 (4): 511-29.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, *Recomendaciones Relativas a los Profesionales Sanitarios Portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Otros Virus Trasmisibles por Sangre, Virus de la Hepatitis B (VHB) y Virus de la Hepatitis C (VHC)*, texto accesible en la página www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTrasmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/recomendaciones.htm.
- Ramiro Avilés, M.A. (2013), 'El VIH como barrera de acceso a la función pública: dos casos de clínica legal', *VIH y Accesibilidad en Tiempos de Crisis*, M.A. Ramiro (ed.), Dykinson, Madrid: 137-66.
- Reitsma, A.M. *et al.* (2005), 'Infected Physicians and Invasive Procedures: Safe Practice Management', *Clinical Infectious Diseases*, 40: 1665-72.
- Rhodes, R.S. *et al.* (1995), 'Bloodborne Pathogens Transmission from Health-care Workers Infected with HIV', *Surgical Clinics of North America*, 75, 1205-17.
- Robert, L.M. *et al.* (1995), 'Investigations of patients of health care workers infected with HIV', *Annals of Internal Medicine*, 122 (9): 653-7.
- Rohlfen, R.J. (2000), 'HIV-Infected Surgical Personnel Under the ADA: Do They Pose a Direct Threat or Are Reasonable Accommodations Possible?', *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 16: 127-46.
- SHEA (1997), 'Management of Healthcare Workers Infected with Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, Human Immunodeficiency Virus or Other Bloodborne Pathogens', *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 18 (5): 349-63.
- Tuboku-Metzger, J. *et al.* (2005), 'Public attitudes and opinions toward physicians and dentists infected with bloodborne viruses: Results of a national survey', *American Journal of Infection Control*, 33: 299-303.
- Wisner, J. (1998), 'Asymptomatic HIV disease as disability under the American with Disabilities Act: A contrast between *Bragdon v. Abbott* and *Runnebaum v. NationsBank of Maryland*', *New England Law Review*, 33 (1): 217-63.