

Según el informe *Vigilancia Epidemiológica del VIH y Sida en España 2021*, el 49,8% de los diagnósticos de VIH fueron tardíos. El diagnóstico tardío afecta tanto a la salud individual (incrementa mortalidad y morbilidad, [May, Gompels, Delpesch et al 2011]) como a la salud pública (incrementa riesgo de transmisión a terceras personas [Hass, Radin et al 2022]).

Un objetivo de SALUD PÚBLICA debe ser reducir los diagnósticos tardíos. La consecución del objetivo debe ser con la **medida idónea menos invasiva** en los DERECHOS [Allen, Selgelid 2017]. La salud pública y los derechos humanos no son necesariamente divergentes [Gruskin 2004]. La cuestión es cómo pueden reducirse los diagnósticos tardíos invadiendo lo mínimo los derechos a la intimidad personal y a la integridad física.

¡¡EL EXCEPCIONALISMO HA MUERTO!!

El EXCEPCIONALISMO de la prueba de VIH exige (1) realizar *counselling* previo y posterior a la prueba y (2) obtener un consentimiento informado explícito por escrito [Bayer 1991]. El desarrollo del TAR modifica la prognosis de la infección [Penisi, Cohen 1996]. Desde finales de 2001, la OMS propone aumentar el número de pruebas diagnósticas [OMS 2001, 2003]. El carácter excepcional de la prueba dificulta su realización; la prueba del VIH debe normalizarse [De Cock, Johnson 1998; De Cock, Mbori-Ngacha, Marum 2002; Bayer, Fairchild 2006; Blain, Wallace, Tuegel 2021].

Los criterios de consistencia, beneficio al paciente, beneficio a terceras personas y beneficio comunitario justificarían la superación del excepcionalismo [Chadwick, Page, Wilkinson, Savulescu 2021].

¡¡LARGA VIDA AL CONSENTIMIENTO INFORMADO!!

Normalización no significa prescindir de INFORMACIÓN o de CONSENTIMIENTO. En España, la legislación vigente no exige que en la prueba del VIH la información o el consentimiento sean por escrito, pueden ser orales dejando constancia en la historia clínica [Ley 41/2002, arts. 4 y 8].

Cuestiones a debatir: ¿es éticamente aceptable el sistema *opt-out* [Jaffe 2009; Chadwick, Page, Wilkinson, Savulescu 2021] o es preferible el sistema *opt-in*? [Bayer, Edington 2009]; ¿sería aceptable ética y jurídicamente consignar la información en carteles situados en lugares prominentes indicando que se va a realizar la prueba, advirtiendo de que se tiene derecho a rechazarla y aceptando un consentimiento implícito? [Hill-Tout 2023]; ¿se debe solamente realizar esta intervención en el servicio de urgencias de zonas con alta prevalencia?; ¿cómo se produciría la comunicación de un resultado positivo: llamada telefónica, correo electrónico, SMS...?; ¿qué tipo de formación debería recibir el personal sanitario para reducir las pérdidas de diagnóstico?; ¿qué papel deben jugar las asociaciones de personas con VIH?

BIG BROTHER IS WATCHING YOU

Si la prueba de detección del VIH se realiza sin consentimiento informado, se vulneran (1) el derecho a la integridad física [STC 37/2011, FJ 7] y (2) el derecho a la intimidad personal, especialmente si la prueba aporta “datos sensibles que pueden provocar un juicio de reproche o desvalorización ante la comunidad” [STC 196/2004, FJ 9], produciendo (3) daños morales indemnizables (60.000€) [STSJ CAT 12721/2012].

PARADOJA: En caso de accidente biológico (pinchazo con aguja o salpicadura de fluidos), ¿es necesario tener el consentimiento informado del paciente para extraer analítica para serología del VIH? En el *Documento de Consenso sobre Profilaxis Postexposición Ocupacional y No Ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños de 2015* se dice expresamente que si no se conoce si el paciente fuente es positivo, el caso se considerará de alto riesgo y se recomendará iniciar la PPE. ¿Por qué se acepta en este caso que el paciente fuente no consienta dar a conocer su estado serológico?

