

Enfermedades de transmisión sexual: de la epidemiología a la ética

Madrid, 12 de noviembre de 2015

Carlos Pose

Departamento de Filosofía. Universidad de Santiago de Compostela

Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) han sido compañeras fieles de la humanidad a lo largo de su historia. Han contribuido significativamente a los cambios de la misma y siguen constituyendo una oportunidad permanente para mejorar la salud de los seres humanos. En años recientes, asistimos a un aumento de la incidencia de algunas de ellas, como la sífilis, como consecuencia de un cierto relajamiento de los hábitos y las conductas tras el pánico creado desde la aparición y expansión del SIDA. El mejor conocimiento de algunas de las ETS, como las causadas por Papilomavirus Humanos, ha permitido conocer mejor su relación con lesiones tumorales y su control mediante vacunas. En el mundo del laboratorio, la revolución del diagnóstico inmediato, basado tanto en técnicas moleculares como en otros procedimientos como la identificación mediante técnicas de espectrometría de masas, están cambiando considerablemente las posibilidades de proporcionar un diagnóstico casi instantáneo, con una sensibilidad mejor que las técnicas de cultivo más convencionales. Tampoco algunos agentes causales de ETS son ajenos al problema del desarrollo de las resistencias frente a antimicrobianos lo que obliga a la búsqueda de tratamientos alternativos. Todo lo anterior se complica por los aspectos psicológicos y psicopáticos que estas enfermedades producen tanto en el paciente como en su entorno. Con frecuencia, estos aspectos condicionan más la vida del paciente que la infección en sí misma y los conflictos se extiende mucho más allá de la erradicación del microorganismo causal y de sus consecuencias. No hay duda de que las ETS son uno de los mejores ejemplos de enfermedades que se adquieren en grupo y que deben ser tratadas en grupo. Estas conexiones del paciente con terceras personas son una fuente inagotable de potenciales conflictos éticos en la relación médico-paciente que los clínicos, con frecuencia, no saben bien como resolver.

Todo lo anterior, a juicio del Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, el Prof. D. Diego Gracia, justificó la jornada celebrada en Madrid el 12 de noviembre de 2015 en la Fundación Rafael del Pino, en la que los aspectos epidemiológicos, clínicos, psicológicos y éticos de las ETS se discutieron en un ambiente multidisciplinar e interactivo.

La jornada se dividió en dos partes. La primera mesa, que incluyó una ponencia inicial sobre la historia de las enfermedades venéreas, se centró en los aspectos clínicos y los aspectos epidemiológicos de las enfermedades de transmisión sexual más importantes, incluidos ciertos aspectos novedosos de diagnóstico de laboratorio con la nueva tecnología molecular. La segunda parte, que coincidió con la segunda mesa, estuvo dedicada a los aspectos éticos y psicológicos de estas enfermedades.

En la primera parte, moderada por el doctor Emilio Bouza, Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud y Jefe del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM, Madrid), hubo dos tipos de intervenciones. La primera, más histórica, corrió a cargo del Prof. D. Javier Puerto, Patrono de la Fundación de Ciencias de la Salud y Catedrático de Historia de la Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid, con una ponencia titulada “El mal de bubas o sífilis: cinco siglos de drama humano y reto científico”. Tras esta inicial ponencia comenzó la primera mesa redonda, que se centró más en los aspectos clínicos y que por eso se tituló “Epidemiología y clínica”. En esta mesa intervino, en primer lugar, la D^a Marta Kestler del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (HGUGM, Madrid) con la ponencia “Sífilis y Gonorrea: Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento en el momento actual”. A la Dra. Kestler siguió el Dr. D. Francisco Bru, Médico Especialista en Dermatología y Venereología, Consulta de Prevención de ITS/VIH (Ayuntamiento de Madrid), con la ponencia “ETS causadas por virus y Chlamidias y otros agentes. Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento”, y la Dra. Dña. Almudena Burillo del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (HGUGM, Madrid) con la ponencia “El presente y el futuro del diagnóstico de laboratorio de las ETS”. En la segunda parte, titulada “Psicología y ética”, intervinieron, en primer lugar, el Prof. D. Diego Gracia, Presidente de la Fundación de Ciencias de la Salud, y el Dr. D. Pedro Montilla, del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas (HGUGM, Madrid) con la ponencia “Preguntas del Clínico sobre aspectos éticos”. Una segunda intervención estuvo a cargo del Dr. D. Juan Madrid con la ponencia “Aspectos psicológicos y relacionales del paciente con ETS”.

El mal de bubas o sífilis: cinco siglos de drama humano y reto científico

La primera intervención estuvo a cargo del Dr. D. Javier Puerto con una ponencia titulada “El mal de bubas o sífilis: cinco siglos de drama humano y reto científico”. El primer problema que planteó fue el del origen de esta enfermedad. Durante siglos han existido dos tesis, la “americanista”, para la que la sífilis la trajeron a Europa los españoles desde América, y la “europeísta”. Hoy esa polémica está superada, aunque es cierto que el descubrimiento de América no sólo supuso un intercambio de personas sino también de gérmenes. Desde España a América se trasladaron objetos como la rueda; especies de ganado, plantas, pero también la religión, la lengua y

enfermedades como la viruela. El más importante intercambio fue el pensamiento occidental iniciado en Grecia y que consiguió la inclusión de esos territorios en el desarrollo científico-técnico occidental. Es un factor fundamental.

Desde América se llevaron a España cantidades de plata y oro, las plantas que hoy forman la dieta mediterránea, algunos medicamentos, de los cuales el más importante es la quina. Sin embargo, también regresaron a España algunas enfermedades, entre ellas la sífilis. La transmisión de la sífilis por Europa empezó con las guerras de Nápoles. En 1496, durante el asedio de Atella, estalló una peste (que no significa necesariamente peste negra, sino cualquier brote de una enfermedad contagiosa) que obligó a 5000 soldados a salir desde el golfo de Nápoles hacia Francia. Estos soldados recorrieron Europa, llevando consigo las enfermedades, incluida la sífilis, que en los primeros 500 años fue una enfermedad muy violenta y mortal.

Desde este momento empezó “la guerra de los nombres”: se le llamó “el mal francés” – por ser las tropas francesas las que comenzaron a llevar la sífilis por Europa. Los franceses lo llamaron “el mal italiano o napolitano” o “la sarna española”. Sin embargo, el nombre más común fue “bubas” o “el mal de bubas”, que apareció con más frecuencia en los libros de terapéutica del tiempo.

El inicial mecanismo de contagio fue galenista-humoralista, lo que no tiene por qué suscitar la sonrisa hoy en día, pues fue gracias a los paradigmas hipocráticos-galenicos que empezó a pensar la humanidad en forma lógica sobre la enfermedad, apartando la enfermedad del pensamiento mágico y de los dioses. El desarrollo de este pensamiento nos ha llevado adonde estamos hoy. Se ha tardado tanto en llegar al punto en el que estamos hoy porque el descubrimiento del mundo microbiológico se hizo solamente en el siglo XIX y fue un descubrimiento tan importante como el de las Américas, o mayor. Sin embargo, era tan desconocido como eran desconocidas las Américas. La medicina del futuro, dentro de un siglo, probablemente mirará a la medicina actual de la misma forma que miramos nosotros los problemas que estos médicos tuvieron que resolver a otro nivel. No se creía en el contagio; la peste se debía a la putrefacción de un humor, por lo que se ponía al mismo nivel el ayuntamiento y la conversación con mujeres infectadas. Luis Lobera de Ávila en su *Libro de las cuatro enfermedades cortesananas* (1544) indica que el contagio se producía por “haber tenido conversación con mujeres echándose con ellas o con hombres” (durmiendo en el mismo ambiente), “hablando” o “comiendo juntos en un plato, o bebiendo en una copa, o sudando juntos”.

Los remedios contra este contagio fueron los mismos que para la peste negra. La peste se consideraba voluntad y castigo de Dios; aunque en casos de enfermedad individual ya no se consideraba que era voluntad divina, en las enfermedades colectivas siempre se vía como castigo de Dios. Por tanto, había una serie de oraciones para curar esta enfermedad. En segundo lugar, otro factor era la influencia astral, estudiada por los médicos en las universidades. El tercer factor los constituían los fenómenos naturales, movimientos en el elemento tierra o en el aire, por lo cual cualquier médico que abandonara corriendo el lugar de contagio no era cobarde, sino que hacía lo que tenía que hacer. La terapéutica, por tanto, era huir rápido, lejos y volver lo más tarde posible. En cuanto a la farmacología, se trataba de purgas de humores y sangrías. En el caso de la sífilis, se considera una enfermedad nueva, por

lo cual no se debía de purgar y sangrar tanto. Lobera de Ávila recomendaba sahumeros, punciones, esparadrapos y exudación. También se debía tener en cuenta que Dios no deja enfermedad sin remedio, así que, siendo esta enfermedad americana, se pensó que el remedio también debía venir de América, por lo cual se trajeron el guayaco y la zarzaparrilla. Un dato curioso es que los Fúcares (Fugger), los banqueros, prestamistas de los Austrias, son los que monopolizaron el guayaco y el mercurio. Es decir, al poco tiempo después de la aparición de la enfermedad, aparecieron también las personas que se ocuparon de sus aspectos más “comerciales”.

El primero que proporciona una idea diferente sobre el contagio es Girolamo Fracastoro. En un brote de peste que aparece en Italia, Fracastoro se encierra en Bolonia y, de la misma manera en que aparecen obras literarias relacionadas con las pestes (el *Decamerón* o las historias de Chaucer), este médico escribe el poema *Syphilis sive morbus gallicus*, que dedica a Síphilus, personaje de *La Metamorfosis* de Ovidio que reta a Apolo y este le castiga. A partir de este momento la enfermedad se llama sífilis. Fracastoro establece por primera vez una teoría del contagio, afirmando que los humores crean una forma de sustancia viva, que llama *seminaria*, que se puede trasladar de una persona a otra.

Otro personaje importante que se ocupa de la sífilis es Paracelso que, a diferencia de los galenistas que consideraban que los minerales eran veneno y no se podían utilizar, afirma que se pueden utilizar como medicamentos si se “dulcifican” mediante la alquimia. Propone el mercurio como tratamiento de la sífilis.

Solo empiezan a ponerse remedios reales a esta enfermedad cuando aparece la microbiología. A partir de los trabajos de Louis Pasteur y Robert Koch, se pueden conocer las bacterias y los virus, conocer la manera en que estos se propagan y, por tanto, prevenir y tratar las enfermedades con todos sus vectores. En el s. XIX, Alfred Fournier hace una descripción metódica de la sífilis, pero todavía se desconoce su origen. En 1905, el zoólogo Fritz Schudinn y el médico Erich Hoffman descubren el *treponema pallidum* y un año después Wassermann-Neisser ponen a punto una reacción específica de anticuerpos. Ehrlich inventó el concepto de “bala mágica”, inspirándose en la ópera *El Cazador furtivo*. “La bala mágica” era una bala que podía matar al parásito, pero sin dañar al huésped. Esto era lo que buscaban los microbiólogos, y es lo que Ehrlich hace con el Salvarsán (606), un compuesto de arsénico orgánico. Le siguió el Neosalvarsán en 1910.

En 1913, Hideyo Noguchi propuso una modificación de la reacción Wasserman con luteína. El que acabó fundamentalmente con el problema de la sífilis fue Alexander Fleming, con el descubrimiento de la penicilina. La producción industrial de la penicilina se hizo con Florey y Chain, que retomaron la investigación de Fleming y fabricaron la penicilina con motivo de la Segunda Guerra Mundial. En España fue durante la dictadura cuando se repartió la fabricación de la penicilina en varios laboratorios.

En definitiva, la reflexión que se puede hacer es que las mejoras siempre se realizan en el ámbito de la razón. Después de cuatro siglos de estancamiento, por varias razones no solo científicas, sino también sociales, las terapéuticas de disparan y este

problema deja de ser grave. Es decir, “cualquier tiempo pasado nunca fue mejor, cualquier tiempo futuro será mejor sin lugar a dudas.” Lo que nos dice la historia, concluyó el Prof. Javier Puerto, es que hemos de utilizar siempre la razón y hemos de tener en cuenta que siempre habrá problemas paradigmáticos, sociales y de índole ética. Porque es siempre mucho más fácil investigar lo que a las personas les gusta más, que es el universo, que investigar cosas que atañen al ser humano.

Sífilis y Gonorrea: Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento en el momento actual

La primera mesa redonda versó sobre Epidemiología y clínica. En ella intervino, en primer lugar, la Dra. Marta Kestler del Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. El agente causal de la sífilis, el microorganismo *treponema pallidum*, comienza provocando una proliferación local en diferentes tejidos (sífilis primaria), a la que sigue una sífilis secundaria caracterizada por exantema y adenopatías generalizados que, posteriormente, se traduce en una sífilis latente que, en un 75% de los casos se resuelve, pero en un 25% resulta en otras afecciones, como la neurosífilis o las afecciones cardiovasculares. La primera fase tiene lugar a los 90 días de la exposición y la segunda entre 6 semanas y 6 meses. Esta fase tarda entre 4 y 12 semanas en resolverse y es seguida por la fase latente, a 2 años de la fase inicial, y finalmente por la tercera fase.

En cuanto a la epidemiología, en 2013 se habían reportado 5,4 casos/100000 habitantes en la UE. En la actualidad, España ocupa el tercer puesto en la lista de países con mayor número de casos de sífilis, seguido únicamente por Malta y Lituania. La mayoría de los casos se encuentran en pacientes mayores de 25 años, y un 14% en pacientes entre 15 y 24 años. Por género, en los últimos años parece que en hombres la tendencia es a una ligera alza, mientras que en mujeres está en descenso. En España, la tendencia es al alza. En cuanto a orientación sexual, un 58% de los casos se encuentran en varones homosexuales.

El *treponema pallidum* es un microorganismo no cultivable, por lo cual para su diagnóstico se deben usar técnicas clásicas como la microscopía y el diagnóstico serológico, con dos tipos de métodos, treponémicos y no treponémicos. Los métodos treponémicos son automatizables y no cuantificables, por lo cual solo dan un resultado de positivo o negativo. Los métodos no treponémicos no detectan antígenos no específicos, sino que miden los anticuerpos producidos en los tejidos dañados por el *Treponema*. Se utilizan como marcadores de actividad y para monitorizar el tratamiento.

El diagnóstico clásico utilizaba primero métodos no treponémicos, seguidos por métodos treponémicos, con el inconveniente de que los primeros daban tanto falsos positivos, como falsos negativos (un 30%). En 2008, se introdujo un nuevo algoritmo diagnóstico que invertía el orden de las técnicas.

El tratamiento sigue siendo la penicilina, la dosis depende del grado de la infección. En alérgicos se puede utilizar la doxaciiclina o la tetraciiclina. Después del tratamiento, se recomienda una monitorización de 1 año para la negativización en la sífilis primaria, de

2 años en la sífilis secundaria, de 4 años en la sífilis latente y entre 2 y 6 años en la neurosífilis.

En el caso de la gonorrea, se trata de un patógeno exclusivo de humanos, con un crecimiento fastidioso, dependiendo de las temperaturas, el grado de desecación y las condiciones ácidas o alcalinas. La epidemiología ha tenido un cambio importante: desde 2008 la tasa de casos por 100000 habitantes ha aumentado en un 79% en Europa, hasta llegar a 17 casos/100000 habitantes en 2013. España está en un término medio, con 5-10 casos/100000 habitantes. En los grupos etarios, el 39% de los casos se reportan en adultos jóvenes. Por tendencia en hombres y mujeres, la tendencia es al alza, más acentuada en hombres que en mujeres. En la categoría de transmisión y género, los datos son equilibrados, casi un 50%.

En cuanto al diagnóstico, aunque la tendencia es mayor en hombres tanto hetero- como homosexuales, puesto que en mujeres es asintomático, se recomienda hacer un *screening* anual en todas las mujeres de menos de 25 años o en mujeres mayores de 25 años con factores de riesgo y en varones homosexuales con factores de riesgo. El diagnóstico microbiológico consta de tres métodos: tinción Gram, el cultivo de medios selectivos y el diagnóstico molecular. Es importante tener en cuenta ciertas condiciones específicas de recogida y procesamiento de las muestras.

Con respecto al tratamiento, se cree que en hasta un 50% de los casos puede existir una coinfección con *Chlamydia*. En infecciones no complicadas se recomienda el tratamiento con Ceftriaxone/Azithromycin o Cefixime/Azithromycin. En las infecciones complicadas, se recomienda aumentar la dosis. Desde el año 2009, se ha creado un comité de vigilancia acerca de la resistencia antibiótica del gonococo.

Se recomienda un seguimiento y re-evaluación después de 3 meses, y las guías americanas recomiendan el tratamiento de las parejas sexuales de los últimos 60 días (*patient delivered partner therapy*).

ETS causadas por virus y Chlamidias y otros agentes

La segunda intervención de la primera mesa estuvo a cargo del Dr. Francisco Bru, con la ponencia "ETS causadas por virus y Chlamidias y otros agentes. Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento". Según el Dr. Bru, hay varias otras infecciones, aparte de las descritas anteriormente, algunas únicamente de transmisión sexual, otras en parte. Entre las más importantes, la chlamidia, el linfogranuloma venéreo, las ETS víricas, como el herpes genital, el Virus Papiloma Humano, etc.

Estas enfermedades son extremadamente frecuentes, afirmó el Dr. Bru. Aproximadamente, cada día más de 1 millón de personas contraen una infección de transmisión sexual. Anualmente, unos 500 millones de personas contraen algunas de las cuatro infecciones de transmisión sexual siguientes; chlamidiasis, gonorrea, sífilis o tricomoniasis. Más de 530 millones de personas son portadoras del virus que provoca el herpes genital tipo 2 (HSV2). Más de 290 millones de mujeres están infectadas con el virus del papiloma humano (VPH). La mayoría de las ETS son asintomáticas y algunas ETS pueden triplicar el riesgo de infección con el VIH.

Según los datos recolectados de los laboratorios microbiológicos españoles, dijo el Dr. Bru, se puede observar un incremento especialmente en la frecuencia de la gonorrea y de la clamidia con respecto al 2000-2001.

El linfogranuloma venéreo era muy raro en países industrializados (incluido España) y endémico en zonas como India, África, Sudeste asiático y Caribe. No obstante, se ha observado un incremento de casos en esta primera categoría de países. La enfermedad tiene tres fases, al igual que la sífilis: una lesión primaria que puede pasar desapercibida, la segunda fase es una inflamación de los ganglios linfáticos y la tercera fase da lugar a deformaciones importantes en la zona genital y rectal. Esta última fase es muy infrecuente.

En España se ha observado un brote de linfogranuloma venéreo como causa de proctitis dolorosa en pacientes varones homosexuales infectados con VIH. La conclusión, afirmó el Dr. Bru, es que el mundo de las infecciones venéreas es muy variado y donde pueden aparecer cambios y emerger enfermedades infrecuentes.

El diagnóstico del linfogranuloma venéreo se realiza por serología, la identificación de *Chlamydia* en las muestras patológicas y la PCR. El tratamiento recomendado es con Doxiciclina o Eritromicina.

Las infecciones de transmisión sexual por *Chlamydia* pueden provocar complicaciones para la salud sexual y reproductiva de la mujer. Es una infección muy frecuente entre jóvenes y adolescentes en los países occidentales. El 75% de los casos son asintomáticos, por lo cual se aconseja una detección anual para mujeres menores de 25 años. En España, en un estudio efectuado dentro del Programa de Prevención de HIV y SIDA se observó que la tasa de infección entre adolescentes era del 6,4% mientras que entre los demás pacientes era del 2%. El tratamiento de esta infección se realiza con Doxiciclina o Azitromicina, aunque hay regímenes alternativos.

El herpes genital no ha tenido muchos cambios en los últimos años. Existen dos tipos de herpes simple, el tipo I, normalmente en la zona labial y el tipo II, más recurrente y que normalmente está en localización genital.

La infección de transmisión sexual más frecuente son los condilomas, una de las manifestaciones de la infección por virus del papiloma humano. Se clasifican según su potencial oncogénico. Su prevalencia es muy alta (30 millones de casos anuales a nivel mundial), aunque en más del 90% de los casos es autolimitada. La prevalencia aumenta en los jóvenes en los 1-2 años posteriores al inicio de las relaciones sexuales, con un pico de prevalencia entre los 15-25 años, luego disminuye progresivamente con la edad. En mujeres asintomáticas, existen estudios que muestran que la frecuencia de esta infección es del 10%-17%. En hombres entre 18 y 40 años activos sexualmente se encontró una frecuencia del virus del 65,4%.

Las verrugas genitales son una de las manifestaciones del virus del papiloma humano. Son más frecuentes en jóvenes.

El Dr. Bru concluyó afirmando que algunas de las formas clínicas han cambiado con el tiempo. El diagnóstico del virus del papiloma humano es fundamentalmente clínico. El

tratamiento de las infecciones por virus del papiloma humano se puede aplicar por el paciente o por el médico.

El presente y el futuro del diagnóstico de laboratorio de las ETS

A la intervención del Dr. Bru siguió, por último, la Dra. Burillo con una ponencia sobre “El presente y el futuro del diagnóstico de laboratorio de las ETS”. Las enfermedades de transmisión sexual afectan a más de 500 millones de personas en el mundo y más de 1 millón de personas adquieren una ETS diariamente. Para identificar y tratar correctamente las ETS, es importante el diagnóstico etiológico, porque las mismas manifestaciones clínicas pueden ser causadas por microorganismos diferentes. Especialmente en los países en vías de desarrollo, el diagnóstico sintomático es sencillo, asegura la administración de tratamiento en el mismo día y evita el uso de pruebas diagnósticas caras o no disponibles, pero de este modo no se diagnostican las ETS asintomáticas, que son la mayoría. Los factores de riesgo que se deben tomar en cuenta para el *screening* son varios: edad, minorías raciales/étnicas, orientación sexual. El diagnóstico tradicional se realiza mediante varias pruebas. El diagnóstico molecular se ha desarrollado en los últimos 20 años y ha reemplazado a algunos de los métodos tradicionales por tener alta sensibilidad y especificidad, así como un tiempo de respuesta rápido. Este tipo de diagnóstico es asequible por su coste por los países en vías de desarrollo. Sin embargo, sus desventajas son los falsos positivos y los problemas de interpretación clínica, así como el hecho de que no detectan resistencias antimicrobianas. El diagnóstico molecular se realiza en pacientes sintomáticos y en mujeres de menos de 25 años activas sexualmente. En los demás tipos de pacientes se hace un cribado según práctica sexual (ex pareja, nueva pareja, múltiples parejas etc.). Se debe retestar a los 3 meses para evitar nuevas infecciones.

La consulta del hospital trata cada mes una media de 50 pacientes sintomáticos, con factores de riesgo o con contactos diagnosticados, remitidos desde la atención primaria.

En conclusión, dijo la Dra. Burillo, las pruebas moleculares han mejorado significativamente la sensibilidad, especificidad y el acceso al diagnóstico de las ETS. Se tiene que recordar que no todos los tests son iguales y ninguno es perfecto. Hay que seleccionarlos, validarlos y hacer control de calidad con las pruebas que se emplean. El “*Point of care*” de la OMS permitiría diagnóstico más rápido y mejor y permitiría un mejor estudio de los contactos. Es necesario evaluar el impacto económico del uso de estas tecnologías.

Con estas cuatro intervenciones terminaron las ponencias de la primera parte de la jornada sobre ETS, lo que fue seguido de una serie de preguntas y comentarios que generaron un tiempo de coloquio y debate entre los miembros de la mesa y el público. Se abundó en el tema del tratamiento de los tipos de gonorrea (complicada y no complicada), las diferencias entre las recomendaciones del CDC y las recomendaciones europeas del 2012; las incidencias y la falta de comunicación de datos; las ETS en el grupo de mujeres que tiene sexo con mujeres; la posibilidad de enviar a distancia algunas muestras de diagnóstico en personas que tratan de evitar acudir al centro o perder el día laboral; etc.

Psicología y ética

La segunda mesa, titulada “Psicología y ética”, se inició con la intervención del Prof. D. Diego Gracia, que permitió aclarar algunas ideas sobre la moralidad de las ETS, sobre los criterios clásicos de toma de decisiones en relación a las ETS, sobre la distinción actual entre ética de la sexualidad y ética de la reproducción, etc. Según el Prof. Gracia, las ETS han tenido una característica que las ha distinguido de todas las demás, y que ha hecho que se las denominara con ciertos nombres peculiares: secretas, vergonzosas, etc. Lo cual plantean muchos problemas, porque son enfermedades que no se exhiben y resulta mucho más complicado diagnosticar y tratar. Por otra parte, si se trata de enfermedades vergonzosas es porque los seres humanos pensamos que no son puros hechos clínicos, sino que tienen que ver con otras dimensiones de la vida que normalmente resguardamos en nuestra intimidad. ¿Cómo se han manejado, cómo se han categorizado estas enfermedades tradicionalmente?

Cuando se plantean estas cuestiones relacionadas con el uso de la sexualidad el criterio que siempre ha utilizado la cultura occidental desde sus inicios es el criterio naturalista. La idea es que la naturaleza tiene un orden y el ser humano también. Cuando los griegos trataban de analizar el cuerpo humano, distinguían las partes similares y partes disimilares. Las partes similares, que hoy llamaríamos tejidos, son homogéneas. Hasta el siglo XIX eran los componentes básicos. Las partes disimilares son los órganos, partes dispuestas de tal manera que se definen por su función. Esto le pasa al hígado, ojo, brazo, etc. Con lo cual la ética de la utilización de esos órganos iba en relación a su función. Eso continúa hoy, en la cultura popular, y quizá no sólo en ella. Esas funciones están determinadas por la propia naturaleza. La naturaleza no sólo tenía carácter ontológico, sino también deontológico o moral. Las cosas no sólo son así, sino que deben ser así. En el siglo XVIII Hume puso en duda que el orden ontológico pueda convertirse sin más en orden deontológico. Es lo que hizo que Moore llamara a esto falacia naturalista.

Por lo tanto, en primer lugar, la ética más clásica en relación al ejercicio de la sexualidad es la naturalista, que pasa sin solución de continuidad del ser al deber ser y considera que los órganos sexuales, como cualquier otro órgano, tienen su función. Todo lo que vaya en orden a esa función es correcto, y lo que vaya en contra es erróneo. Esta idea ha durado hasta el siglo XVIII. El Prof. Gracia tomó como paradigma lo que se dice en la *Suma Teológica* Tomás de Aquino cuando se habla de pecados, que son mayores o menores en función de que contravengan más o menos este orden natural. Y pone varios ejemplos. Y dice: ¿qué es más grave, lo que llamaban onanismo (la masturbación) o la violación? Y, por más que pueda hoy sorprendernos, afirma que es más grave la masturbación porque es más antinatural. En consecuencia, la ética de la sexualidad y reproducción se ha manejado con el criterio naturalista.

En segundo lugar, en los años 50 se vivió la revolución sexual. Por varias razones. Hubo cambios de valores. Pero hubo también un fármaco que cambió los hábitos sexuales. Desde el punto de vista de la ética esto llevó a distinguir por primera vez entre sexualidad y reproducción, de tal manera que hoy existe una ética de la sexualidad y otra ética de la reproducción, cosa que antes no sucedía. Y además se

han distinguido los valores de cada ámbito: hay valores de disfrute y valores de descendencia. Ahora para hacer los juicios morales e intentar definir qué es lo que debemos hacer, en vez de basarnos en la naturalidad de las prácticas, tendremos que ver los valores implicados en cada caso. El deber es intentar promocionar todos los valores o lesionarlos lo menos posible. Esto es complicado, porque hay conflictos de valores. El deber moral sólo consiste en promover los valores positivos. Por lo tanto, los problemas de la sexualidad se gestionan viendo los valores implicados, identificándolos y tratando de promoverlos.

En tercer lugar, hay que tener cuidado con los valores, porque los seres humanos tenemos sesgos en la valoración. La palabra “discapacitado”, por ejemplo, lleva una valoración negativa, de discriminación familiar, social, etc. Otro ejemplo: los documentos de instrucciones previas. Nuestras decisiones de futuro pueden estar muy sesgadas. Las valoraciones en escopetazo suelen ser falsas. Los valores hay que analizarlos, hay que deliberar sobre ellos. Por lo tanto, nuestras valoraciones sobre prácticas sexuales distintas a las nuestras hay que analizarlas, deliberar sobre ellas, y no emitir juicios en escopetazo. La relación clínica, o es una relación de deliberación sobre valores, o no es correcta.

Por último, aclaró el Prof. Gracia, en relación a la sexualidad hay otro problema, que es la culpa. Hay que sustituir este término por el de responsabilidad. Hay culpa, existe, es un sentimiento y hay otros tipos de culpa. Pero es claro que hay que desculpabilizar. La culpa inhibe. En ética hay que evitar la palabra y hablar de responsabilidad de las consecuencias. Hay que deliberar sobre valores, porque la culpa también es una valoración.

Preguntas del clínico sobre aspectos éticos

La segunda intervención de la segunda mesa estuvo a cargo del Dr. Montilla, con una ponencia titulada “Preguntas del clínico sobre aspectos éticos”. Según el Dr. Montilla, el problema de las ETS no es un problema solamente del individuo, ni solamente de la comunidad. Es un asunto por lo menos de tres. No es solo una batalla que se libe en el laboratorio, ni solamente en la microbiología, sino que es una batalla que se libra “en la tierra del medio”, en la tierra de lo clínico. Es allí donde se deben interpretar los resultados de las pruebas, los signos, los síntomas, etc. Pero esto es solamente una parte; otra parte, muy importante, tiene que ver con la relación del médico con el paciente y la relación del paciente con otras personas. De estas relaciones surgen infinidad de problemas de las cuales el Dr. Montilla ha seleccionado tres para presentar en esta sesión.

Una primera cuestión es la del “secreto médico” frente a la “obligación de proteger a terceros”, que son cuestiones que siempre mueven a reflexión. El secreto médico no solo protege aquello que el paciente le dice al médico, sino también lo que el médico imagina, supone, deduce de su paciente y que tiene que ver con la esfera íntima de este, que es un concepto sobre el cual no existen definiciones, que cada paciente define para sí mismo. A la vez, existen enfermedades transmisibles que pueden afectar la salud y la vida de otras personas. En estas situaciones, los clínicos nos planteamos si tenemos el derecho o incluso el deber, y en qué medida, de violar

nuestra obligación de secreto con el paciente cuando está en juego la vida o la salud de terceros que no pueden evitar el daño si no se proporciona la información necesaria. Desde el punto de vista legal, nos encontramos ante leyes que pueden entrar en conflicto. En cualquier caso, afirmó el Dr. Montilla, lo que está claro es que los médicos no debemos hacer todo lo que podemos hacer, sea técnicamente, sea legalmente. Normalmente hay varias formas de hacer las cosas, y en eso está el nudo gordiano de las decisiones.

A continuación, el Dr. Montilla presentó los datos del primer caso y el primer problema ético que quería plantear a los asistentes. Un paciente de 30 años, agente comercial de profesión, acude a Urgencias por fiebre, adenopatías, rash maculopapuloso que afecta a palmas y plantas, y una discreta hepatomegalia. Entre las pruebas que se le realizan destacan una serología a VIH, que es negativa, y un test serológico de sífilis (RPR) que resulta positivo. Ante el diagnóstico afirma que tiene pareja estable desde hace 10 años con la que tuvo dos hijos, todavía pequeños y sanos. Con su pareja utilizan métodos anticonceptivos hormonales. A partir de este punto empieza a preocuparse y, tras solicitar que la información que proporcione se mantenga en secreto, reconoce dos relaciones sexuales ocasionales en los últimos años. Al paciente se le administra una primera dosis de Penicilina Benzatina IM y se remite a su médico de cabecera para continuar el tratamiento.

La pregunta que se plantea en este momento es: ¿qué debe hacer su médico? ¿Debe informar a la pareja o debe mantener el secreto?

Las respuestas de los asistentes a esta pregunta destacan la necesidad, por una parte, de sensibilizar y responsabilizar al paciente con respecto a las posibles consecuencias de su silencio, pero también de las consecuencias que tendría sobre la relación médico-paciente la quiebra del secreto profesional. El Prof. Gracia tomó la palabra e comentó varias cuestiones, entre ellas, aspectos procedimentales importantes para la gestión de estos casos clínicos. En primer lugar, debe identificarse los valores en conflicto. ¿Qué valores están en conflicto en esta situación? Primero, ¿qué son los valores? Lo que nos importa, lo que nos parece valioso. Y muchas veces estos valores son implícitos, por lo cual hay que sacarlos a la luz. ¿Cuáles son los valores que están en juego en esta situación? El conflicto de valores siempre lo tiene una persona, en este caso, el paciente que no quiere que su pareja se entere de sus infidelidades. Pero lo que ha planteado el Dr. Montilla no es el conflicto del paciente, sino su propio conflicto, y eso es importante. Cuando hablamos de conflictos de valores, lo primero es saber qué conflicto de valores queremos identificar. Como esta situación se ha planteado en un contexto clínico, hay que ponerse en el lugar del médico y comprender sus valores. ¿Cuáles serían sus valores? Primero, la confidencialidad. Este valor es muy curioso, porque es un valor muy nuevo. La confidencialidad no es el secreto médico, por ejemplo. El secreto es un deber del profesional correlativo a un derecho de los ciudadanos, que es el derecho de la confidencialidad de los datos. Un valor, por tanto, es la confidencialidad de los datos que el paciente ha revelado en la relación profesional. Sin embargo, solamente eso no genera un conflicto; tiene que haber más valores en juego, no solamente uno, sino varios que se colocarán de un lado o del otro del problema, y entre los cuales hay que identificar los que más importancia tienen. Por ejemplo, más que la efectividad del

tratamiento, los valores que más “pesan” en este caso son la salud de la tercera persona y la confidencialidad.

Una vez identificados los valores, se pueden buscar las salidas para la situación que se examina. Si hay dos valores en juego, hay por lo menos dos salidas: optar por el valor A lesionando el valor B, u optar por el valor B lesionando el valor A. Esto representa un dilema: elegir entre dos posibles salidas. No obstante, en la opinión del Prof. Gracia, la mayoría de los dilemas son falsos. Algunos dilemas están muy estudiados, como el dilema del prisionero, pero son dilemas teóricos, casos artificiales. En la realidad no suele haber dilemas sino problemas. Los problemas no tienen dos únicas salidas, sino varias. Los dilemas son fatales, porque entre los varios cursos de acción, los cursos de acción extremos significan siempre optar por un valor lesionando otro, lo que es inaceptable. Nuestra primera obligación es intentar promover todos los valores, o intentar lesionarlos lo menos posible. Es posible que no haya cursos de acción intermedios y se tenga que elegir un curso extremo. Aun así, a los cursos extremos no se debe llegar voluntariamente, sino solo después del fracaso de los cursos intermedios. Esta es una gran diferencia entre ética y derecho, por ejemplo. Cuando los problemas llegan ante un juez, los cursos intermedios ya no pueden, por lo general, elegirse, por lo que este ha de recurrir a otro sistema en el cual, por ejemplo, un valor es más importante que otro si aparece antes en el texto de la Constitución, etc. En ética cualquier decisión que no sea óptima es mala. Y una decisión óptima es la que consigue optimizar los valores en juego.

Por tanto, en el caso presentado, los cursos de acción extremos son muy claros. Uno dicta que el secreto es una obligación profesional absoluta, sin excepciones, y, por tanto, no hay que avisar a la pareja del paciente, independientemente de las consecuencias. En el curso de acción opuesto, lo más importante es la salud de la pareja, por lo que no se tendrá en cuenta la obligación de secreto. Lo que se tiene que buscar son cursos intermedios, ver cómo es posible salvar la confidencialidad y proteger a la tercera parte.

A continuación el Prof. Gracia invitó a los participantes a deliberar conjuntamente para poder llegar al mejor curso de acción posible. No sería correcto intentar huir de la responsabilidad y pedir que el problema lo solucionara otra agencia, como un juez o, en este caso concreto, el departamento de Salud Pública, puesto que la sífilis es una enfermedad de registro obligatorio.

Una de las soluciones propuestas por los asistentes fue ofrecerle al paciente ayuda psicológica para tratar su miedo, así como trasladar la responsabilidad de informar a la pareja al propio paciente. Es decir, deliberar con el paciente y, de este modo, poder preservar la confidencialidad y a la vez empoderar al paciente en la toma de decisiones. Una pregunta del público fue: ¿sería correcto tratar a la pareja enmascarando de algún modo el diagnóstico? También se planteó la cuestión de quién debe proteger a los médicos en tales situaciones.

El Dr. Montilla intervino para reafirmar que, en estos casos problemáticos, los conflictos de valores no son solamente del médico, sino también del paciente. Estudiando a fondo estos conflictos pueden encontrarse las vías intermedias. El Dr. Montilla continuó la exposición del caso aclarando que, aunque todos los asistentes

habían supuesto que el paciente era un varón (sin haberse especificado eso en la exposición del caso), de hecho era una mujer. Su pareja podía estar infectada sin saberlo y haber sido la “fuente” o haber resultado infectado a partir de ella. En estos casos, se carga de responsabilidad (y de culpabilidad) a la “fuente”, cuando de hecho debería pensarse en ella más como en un eslabón de una cadena. En este caso concreto, la paciente no creía ser capaz de localizar a sus dos contactos sexuales ocasionales y, aunque entendía la importancia del tema, veía difícil hablar con su pareja sobre la situación. La solución que se alcanzó tras deliberar con la paciente fue avisar a la pareja del posible contagio con una enfermedad de transmisión sexual, pero sin ofrecer un diagnóstico en concreto y afirmar que no se podía saber cuándo se había producido la infección, ni quién había infectado a quién.

El Prof. Gracia subrayó que los cursos de acción son siempre concretos, es decir, aplicables a casos particulares después de una deliberación con el objeto de madurar los valores. Los cursos de acción deben tomar en cuenta las circunstancias del caso y prever sus consecuencias.

Un comentario interesante del público planteó otro problema. Una vez que la pareja de la paciente viene a la consulta, se convierte ella misma en paciente. ¿Es correcto no aplicar los principios básicos relacionados con este segundo paciente (mintiéndole, ocultándole el diagnóstico), para preservar los valores relacionados con el primero? Al final, parece que el problema no se resuelve en su totalidad. Pero la respuesta del Prof. Gracia a esta pregunta retomó la idea de que deben salvarse todos los valores o lesionarse lo menos posible.

La segunda situación que planteó el Dr. Montilla está relacionada con el consentimiento del paciente. A menudo, con el objeto de llegar al diagnóstico lo más precoz posible de enfermedades graves y tratables, los clínicos entienden que cuentan con el consentimiento implícito del paciente para actuar en su beneficio, y por tanto solicitan pruebas complementarias sin otro tipo de autorización expresa. A partir de esta posición se realizan test de sífilis a pacientes asintomáticos con otras enfermedades transmisibles por vía sexual, sin autorización expresa. En estas situaciones, no se busca solamente el beneficio del paciente, sino también el beneficio de la comunidad y la reducción de la transmisión. En este caso, se trata de una situación contraria al caso anterior: el paciente no ha buscado el diagnóstico, pero este tendrá consecuencias importantes sobre su vida.

En respuesta, el Prof. Gracia observó que aquí el derecho juega un papel fundamental. La única enfermedad de transmisión sexual que exige una petición especial para realizar la prueba diagnóstica es el VHI. Pruebas diagnósticas para el resto de enfermedades se pueden pedir en controles rutinarios. No obstante, el problema es qué hacer luego con esta información.

La tercera cuestión que planteó el Dr. Montilla tiene que ver con el tratamiento dispensado a la pareja por el propio paciente. Esto es un procedimiento recomendado en las guías desde hace años. No nos preocupan en este momento las cuestiones que tienen que ver con la efectividad, aunque están discutidas. El problema está en que a los clínicos les cuesta mucho recurrir a este tipo de procedimiento, por tratarse de

pacientes cuya historia clínica se desconoce, que no han sido vistos por un médico, etc.

El Prof. Gracia comentó que este curso de acción no es ordinario, sino más bien extraordinario. Los cursos de acción han de hacerse siempre evaluando circunstancias concretas y previendo consecuencias. La suposición es que, al recurrir a este procedimiento, el clínico considera que es el curso óptimo. Es decir, que por alguna razón al clínico le es imposible ponerse en contacto con el paciente y lo más que puede hacer por él es esta solución. En estos casos, por tanto, este es el curso óptimo. Como última observación, el Prof. Gracia puntualizó que es muy importante aprender un método, porque “un método lo resuelve todo” y por consiguiente reduce la angustia y evita las malas decisiones. Al igual que un método clínico, en la ética el método puede ser la base para la resolución de conflictos.

Aspectos psicológicos y relacionales del paciente con ETS

Por último el Dr. D. Juan Madrid abrió su charla con una historia, una metáfora. Había una vez un hombre que quería solucionar todos los problemas del mundo. Este hombre reflexionó y leyó mucho para resolver estos problemas. Al mismo tiempo, este hombre tenía un hijo que solo quería jugar con él y siempre insistía, pero el padre nunca podía, porque estaba demasiado ocupado intentando resolver los problemas de la humanidad. Finalmente, para que su hijo lo dejara en paz, el padre decidió ponerle un puzzle: cogió un mapa del mundo, lo cortó en pedazos, puso los pedazos en una caja y se los dio a su hijo, diciéndole que resolviera el problema. El hijo no dudó y se puso a resolver. Al cabo de un par de horas el niño volvió con el puzzle resuelto. El padre, asombrado, le preguntó cómo lo había hecho y el hijo le contestó que se había fijado en que, al dorso del mapa, había la figura de un hombre. Arreglando el hombre, se dio cuenta de que había arreglado el mundo.

La charla planteada por el Dr. Madrid se articuló según tres aspectos o objetivos. En primer lugar, hay que trabajar con personas y no con casos. Los casos ayudan a reflexionar sobre nuestros estereotipos y cómo nos condicionan, pero cuando se tiene a una persona delante, no es un paciente. Es una persona que trae una biografía, muchas cosas que él mismo desconoce, y el proceso terapéutico es un proceso de descubrimiento para todos los participantes. Otro asunto es la importancia de escuchar y validar; en el ámbito educativo, lo más fácil es moverse entre el blanco y el negro, entre tener razón y no tener razón. Evidentemente, la realidad es mucho más compleja. La última idea es que este tipo de encuentro es una oportunidad de que nuestras biografías se enriquezcan a través de un encuentro deliberativo en el que se reformulan significados, valores, sin negárselos, sino, desde un modelo de entrevista motivacional, clarificar cosas, aportar nuevos argumentos, generar procesos de balance decisonal, etc. Desde esa oportunidad, si no se llena de tiempo, de significado y de importancia, hay cosas profundas que no se terminan de resolver.

Dentro de los diferentes modelos de intervención, la pregunta que se debe hacer es si este asunto exige una entrevista al uso, si es un problema normal, habitual, una consulta como otras. Luis Álvarez, un enfermero del Centro Joven afirmó que este tipo de consultas es “especial” porque “la persona que acude a este tipo de consultas viene

habitualmente con sentimientos, miedos, dudas encontradas y hay que saber detectar en qué fase del duelo (con respeto a la relación/es sexual realizada) se encuentra en el momento de acudir a la cita, es decir, si se encuentran en la fase de negación, ira, negociación, depresión o aceptación y, una vez detectado, poder trabajar con él esos sentimientos, miedos y resolver sus dudas.”

En este punto de su exposición, el Dr. Madrid invitó a los médicos asistentes a delimitar su “rol” profesional y, como simples personas, ponerse en el lugar del paciente en una consulta de ETS y hacerse las siguientes preguntas: “¿Os habéis hecho las pruebas alguna vez? ¿Habéis pasado alguna vez miedo pensando en haberos infectado o por haber tenido una relación sexual? ¿Cómo te sientes? ¿Qué te preocupa? ¿Qué te gustaría encontrar en la consulta? ¿Cómo te gustaría que te trataran?” El Dr. Madrid ilustró esta idea con un material vídeo en el que médicos tomaban el lugar de los pacientes para poder tomar consciencia de la enorme vulnerabilidad y necesidad que una persona tiene cuando está en una situación de pérdida de intimidad y de autonomía, de miedo y preocupaciones.

Quizás el tema fundamental de la entrevista y la relación médico paciente es “¿cómo comunicarnos para generar un proceso de ‘abre ostras’?” Es decir, cómo puede el médico hacer permeable su biografía con la de la persona que tiene delante, para que esta se abra. Los pacientes solamente se abren si sienten que están delante de una persona que acepta y que puede ofrecer responsabilidad, es decir, que está dispuesta a ofrecer respuestas y guiar hacia una solución. En este tipo de consultas puede haber una variedad de dificultades, desde ponerse en el lugar del paciente, a hablar de sexualidad –por la propia educación del médico, los estereotipos asociados a la sexualidad y los géneros, a la sexualidad y el placer, etc.–, a la transferencia de vínculos familiares (médico versus padre/madre y las actitudes asociadas con estos roles), a los prejuicios (homofobia, transfobia, doble moral, valores morales tradicionales) y hasta la falta de competencias en comunicación y otros aspectos psicológicos.

Otro asunto importante es el tema de la sexualidad y los adolescentes. “¿Se les hace caso a los adolescentes? ¿Se les reconoce la sexualidad y el hecho de tener relaciones sexuales?” El contexto no facilita ni la educación sexual, ni los recursos adaptados a sus necesidades. Entonces, es importante ofrecerles a los adolescentes un lugar en que no se les trate como niños, sino que se les dé responsabilidad, se les empodere.

Está claro que existen potenciales y fortalezas en la relación médico-paciente en la consulta de ETSs. Es importante ponerse en el lugar del paciente, aceptar a la persona independientemente de lo que pensamos, hablar de sexualidad con normalidad, validar lo que la persona siente, empoderar a la persona para que tome conciencia. Un factor importante en este proceso es la escucha activa, validar y reflejar sus sentimientos, generar espacios donde la confianza que se deposita hace que la persona se abra. En estas consultas se trata de sexo, pero en un sentido más amplio de la sexualidad, que no se centra solo en los tipos de prácticas y los riesgos asociados a estas, sino en los afectos, la autoestima, la intimidad, el cuerpo, la vida y sus relaciones. Tiene que ver, naturalmente, con las emociones, pues el tema de la sexualidad está cargado de miedo, vergüenza, confusión, dudas, enfado y culpa.

Entonces, a través de la entrevista el objetivo del médico no es solamente dar un tratamiento, sino también, a través del *counselling*, conseguir transformar el miedo en tranquilidad, la vergüenza en normalidad, la confusión en claridad, las dudas en respuestas, el enfado en empatía y la culpa en comprensión. Debajo del iceberg, del problema de la ETS, están las relaciones del paciente, todo lo que tiene que ver con el contexto relacional, el temor a un estigma, a ser juzgados por la institución y por la sociedad.

Otro tema importante es el que tiene que ver con la perspectiva de género. No se trata necesariamente de como abordan el tema los hombres y las mujeres, sino de la forma tan desigual y perjudicial en que se construye el mundo para una parte de la sociedad, en este caso las mujeres. En un reciente estudio sobre sexualidad en adolescentes, afirmó el Dr. Madrid, se observó que los estereotipos de género siguen fuertemente arraigados, lo que puede ser una razón de por qué no se erradica la violencia de género.

Con estas observaciones sobre la perspectiva de género finalizó la intervención del Dr. Madrid. En el breve turno de preguntas y respuestas que siguió, los asistentes recalcaron los problemas descritos en la sesión, especialmente los relacionados con la sexualidad en general y la educación sexual en particular en los adolescentes, así como la influencia de las drogas en la misma categoría poblacional. Otro problema relacionado con los adolescentes fue el vacío estructural que existe entre la atención primaria y las consultas necesarias para los jóvenes.

Y con esto concluyó esta media jornada dedicada a los hechos, los valores y los cursos de acción en relación a los casos de Enfermedades de Transmisión Sexual. Si las intervenciones comenzaron por aclarar la historia y los datos clínicos de estas enfermedades, todo ello tuvo como objetivo particular resolver los conflictos de valores que generan en profesionales y pacientes concretos y, consecuentemente, proponer los mejores cursos de acción. De esto último es de lo que se ocupa la ética. Por eso, pensar este recorrido, aclarar bien los hechos para luego pasar a los deberes, tiene su lógica, pero puesto que se trata de un camino, tiene también su método, como el Prof. Gracia ha explicado. De ahí el título que puede servirnos ahora para resumir el objetivo general de las sesiones: de la epidemiología a la ética.