

ARTICULO ESPECIAL

NEUROLOGIA E INFECCION POR EL VIH-SIDA: PROBLEMAS ETICOS

Jorge Nogales-Gaete

NEUROLOGY AND HIV INFECTION-AIDS. ETHICAL ISSUES

Human immunodeficiency virus infection raises ethical issues in medical practice. This work presents several problems with ethical connotations related to HIV infections, observed by a neurologist during his medical practice. Patient-physician relationships, confidentiality, the request of patient consent to perform diagnostic procedures and reports to third parties are analyzed. The need for education and patient counseling about risk factors for infections is emphasized. Some features of clinical research in HIV infection such as the urging by the patients to simplify study protocols and limit sample sizes in clinical trials, are mentioned. Finally the possible solutions to these problems are discussed (Key words: HIV infections; AIDS; Neurology; Ethics, medical).

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha generado diversos desafíos en muchos aspectos de la práctica médica; el ámbito ético es uno de ellos.

El objetivo principal de este trabajo considera presentar en forma sucinta algunos de los problemas de controversia ética originados por la infección por el VIH, en la práctica cotidiana de un médico clínico, neurólogo, en la idea de sensibilizar a la comunidad médica respecto de su ocurrencia,

así como motivar el análisis de los caminos de solución de los mismos.

Para dar un marco de referencia general a esta presentación, primero comentaremos cuál es la magnitud del problema de la infección por VIH en el ámbito neurológico. Queremos definir en este punto la frecuencia potencial con que los neurólogos clínicos podemos tomar contacto con el paciente con infección por VIH, así como mencionar los tipos de compromiso que generan

Recibido el 16 de diciembre, 1993. Aceptado el 3 de abril, 1994.

Trabajo parcialmente financiado por el Fogarty International Center, National Institutes of Health Fogarty International AIDS Research Program at UCLA, TW-00003. USA.

Departamento de Neurología, Facultad de Medicina (Campus Sur) Universidad de Chile. Santiago de Chile.

estos encuentros y, por ende, los momentos evolutivos de la infección en que estos pueden ocurrir. En segundo lugar, enunciaremos algunas de las características que en nuestra opinión causan que la infección por el VIH sea generante con mucha frecuencia de situaciones de controversia ética. En tercer lugar, mencionaremos y comentaremos algunas situaciones cotidianas en la asistencia neurológica de pacientes con infección por VIH que generan problemas de connotación ética. Finalmente, comentaremos sobre los caminos o instancias de solución para los conflictos éticos.

Magnitud del problema: infección por VIH en neurología

El compromiso neurológico en la infección por VIH no sólo es frecuente, sino que, además, puede ser la expresión clínica conducente al diagnóstico como la primera y única manifestación de la infección.^{1, 2} En forma general, si consideramos globalmente a la población con infección por el VIH, que en Chile bordea los 2.000 casos, 40 a 60% presentan en algún momento alteraciones neurológicas clínicas.³ En aquellos pacientes seropositivos para el VIH, asintomáticos y clínicamente normales, 60% presentan diversas alteraciones en el LCR.^{4, 6} Por otro lado, si consideramos ahora a los pacientes en etapa SIDA, 70-80% presenta alteraciones histopatológicas en el SNC en estudios de material necrótico.⁷

El VIH afecta al sistema nervioso mediante varios tipos de compromiso, sin embargo, con un sentido didáctico, se les puede resumir genéricamente en dos: primario y secundario. El compromiso primario, incluye, tanto a los efectos directos del virus sobre las células del sistema nervioso, como al daño indirecto causado por productos tóxicos de la respuesta del sistema inmunitario contra el VIH. El compromiso secundario considera los daños producto, tanto de infecciones oportunistas o tumores, debidos a fallas del sistema inmune y de vigilancia tumoral, como a los daños derivados de trastornos sistémicos asociados al proceso mórbido, como son las carencias de vitaminas o electrolitos y los efectos secundarios de los tratamientos contra el VIH. Todos estos mecanismos hacen que los momentos de encuentro entre el paciente portador de una infección por VIH con los médicos

neurólogos clínicos sean potencialmente diversos y múltiples, haciéndoles partícipes de los problemas éticos propios, tanto de las etapas de diagnóstico, como de la de manejo de la enfermedad.

Características generales de la infección por VIH con impacto ético

¿Cuáles características generales de la infección por el VIH podemos identificar como gestoras de conflictos de connotación ética? La infección por VIH consiste en una enfermedad, valga la redundancia, de tipo infeccioso, actualmente con una difusión mundial de carácter epidémico, transmisible por mecanismos claramente identificados, algunos de los cuales se asocian a conductas que generan algún grado de reprobación social y cuyo curso en la actualidad es irremediamente fatal. Ninguno de los elementos mencionados que caracterizan la enfermedad en forma aislada genera conflictos éticos mayores, pero la conjunción de ellos resulta en una entidad llena de fuentes de conflicto. La base global de éstos, sin embargo, puede resumirse en el miedo, por un lado de los no infectados por el riesgo de transmisión de una enfermedad de fatal curso clínico y, en segundo lugar, el temor de los pacientes quienes, además de tener el miedo por la infección misma, temen ser culpados, discriminados y violentemente aislados de la convivencia social en todas sus dimensiones, incluyendo la asistencia de salud.

Situaciones de controversia ética en la infección por VIH: participación de neurólogos

El diagnóstico de infección por VIH resulta técnicamente fácil y muy accesible gracias a la simpleza y rendimiento de la tecnología empleada; sin embargo, la connotación del diagnóstico de la infección VIH hacen de este momento algo complejo y delicado en muchos aspectos: médico, psicológico, social, cultural, etc. Existen actitudes y responsabilidades por parte del médico que solicita el examen que son ineludibles en la medida que están ligadas a ese momento y dependen de esta oportunidad para su mejor rendimiento. Algunas de estas actitudes y responsabilidades son: secreto profesional, notificación de terceros,

consentimiento, información, educación y consejo.

Secreto profesional o confidencialidad. El secreto profesional es uno de los pilares más estables en los cuales se fundamenta la relación médico-paciente. Este principio no se limita a mantener la confidencia a nivel personal, sino se extiende a propiciar y cautelar una actitud en tal sentido dentro de todo el equipo de salud y/o de todos aquellos relacionados con la información sobre pacientes.

Actualmente, la sola sospecha de ser portador de una infección por el VIH se asocia a serios problemas que trascienden el campo de atención médica, generando conflictos de relación social en: vivienda, educación y empleo. El miedo a esta patología, genera actitudes descontroladas límites en la histeria. Según algunos investigadores en los EEUU de Norteamérica, una cuarta parte de la población cree que la gente con infección por VIH debe ser excluida de escuelas, trabajos y lugares públicos. Una cuarta parte piensa, además, que los pacientes con esta infección no deben ser tratados con compasión.⁸ Por todo esto, resulta fundamental la educación sobre la realidad de la infección por el VIH, en la búsqueda de lograr en el equipo de salud la discreción responsable sobre la información ligada al riesgo y/o confirmación del carácter de ser seropositivo para el VIH.

Los informes de los expertos en salud pública, epidemiología, infectología, educación sanitaria, psicología, sociología, e incluso de aspectos legales, concluyen que el respeto por los derechos humanos de los enfermos (incluyendo el derecho a la privacidad) no es sólo una condición normal o ética sino el único camino de combatir eficazmente la extensión del SIDA.⁹ La razón parece lógica, si la población visualiza el diagnóstico de la infección como fuente casi segura de discriminación, el miedo de perder familia, casa, empleo, colegio, mucho antes de perder la vida misma -lo que puede demorar 8, 10 ó más años en ocurrir- motivará una tendencia negativa a la evaluación diagnóstica, impidiendo la educación y consejo médico-social del infectado, uno de los aspectos fundamentales para reducir el riesgo de difusión de la infección. Considerando que el riesgo de transmisión del VIH en la mayor parte de las situaciones comunes de la vida es remoto, y las personas con la infección por ese virus pueden desempeñar sus funciones de manera normal cuando no experimentan síntomas graves, no existen razones aceptables para discriminarlas.¹⁰

Debemos asumir, entonces, como médicos y comunidad en general, que el evitar estigmatizar y discriminar a los pacientes con infección por el VIH no sólo tiene una justificación de solidaridad humana básica, sino que es una medida de modificación de la extensión de la enfermedad. Por eso, es deber ético del médico que participa de esta etapa evitar ser una de las fuentes que lleva estos pacientes a sufrir una despiadada discriminación y estigmatización general.

Notificación a terceros. Como la condición de ser portador de una infección por el VIH se trata de una infección con mecanismos de transmisión conocidos, el derecho al secreto profesional ya discutido en el punto anterior, debe conciliarse con la responsabilidad de velar por los derechos de los otros individuos expuestos al riesgo real e inminente de ser contagiados por el desconocimiento del diagnóstico de la infección. Por otro lado, existe consenso que el principio del secreto no se contrapone absolutamente con la necesidad y exigencia legal de la notificación a las instituciones de salud pública encargadas de la vigilancia epidemiológica.

El aspecto ético más delicado del secreto profesional reside en la notificación de los terceros en riesgo inmediato. Por qué y con qué derecho informar, a quién y cuándo informar, y, finalmente, quién debe informar, son las interrogantes más frecuentes al respecto. Bayer en uno de sus trabajos presenta una interesante y orientadora información sobre la situación de estos aspectos en la realidad de los EEUU.¹¹ Este investigador menciona que muchos tribunales en los EEUU han reconocido el imperativo moral de proteger a terceros en peligro inmediato, así como explícita que el interés protector se debe limitar a terceros identificables, expuestos a un peligro real y probable. Respecto del cuándo y quién debe informar, existe consenso en el área médica en compartir las sugerencias de la Asociación Médica Americana respecto de estimular o convencer a los propios pacientes de su obligación moral de notificar a los individuos en riesgo inminente, y, en especial, a la pareja, reservando la posibilidad de notificación para las autoridades públicas o el propio médico sólo ante la negativa de la notificación por el paciente.^{12, 13} Es interesante mencionar que la autoridad otorgada por la ley en muchos de los estados de los EEUU a los médicos, para la notificación de infección a terceros, ha propiciado más el otorgar al médico

la facultad de notificar por sobre el imponerle el deber de hacer la notificación.⁹

Los problemas éticos de la confidencialidad o secreto profesional no se circunscriben al individuo vivo sino trascienden luego de su muerte; así es también un problema ético la notificación del resultado de la autopsia y la certificación de la causa de muerte.¹⁰

Problemas difíciles de afrontar resultan la notificación del diagnóstico de infección por VIH o SIDA en las licencias médica y en los informes a las compañías de seguro de salud (ISAPRES), por los resultados directos que suelen generar de pérdidas de empleo y seguro médico.

Consentimiento, información, educación y consejo. La solicitud del médico a su paciente de una autorización para realizar el examen diagnóstico de infección por VIH, es un punto de controversia ética que nos lleva a revisar necesariamente nuestras concepciones de la relación médico paciente con toda su implicancia cultural. En la relación médico paciente se reconocen, en general, dos grandes estilos: el paternalista y el de responsabilidad compartida.¹¹ El paternalismo está basado en dos argumentos: primero, que el profesional médico tiene un mejor conocimiento de la medicina que el paciente; segundo, la condición mórbida del paciente puede ser directa o indirectamente restrictiva respecto de impedirle tomar sus propias resoluciones en forma adecuada. El principal argumento en contra de este estilo de relación médico-paciente reside en la violación del principio o derecho de autonomía y autodeterminación de los individuos. El estilo de responsabilidad compartida se basa en la información completa y el diálogo abierto entre el médico y su paciente, de tal manera que les permita una gestión compartida en la toma de decisiones, basada en el mutuo respeto y reconocimiento de la autoridad de cada uno de ellos; esta última posibilidad de relación debería ser siempre ofrecida al paciente y nunca impuesta por el médico.¹² El gran problema de este estilo reside en cómo ponderar la real capacidad del paciente para entender todos los alcances del problema, así como el gran consumo de tiempo que requiere dar una información adecuada al paciente en todos sus aspectos y en cada momento para cada decisión.¹³

Atendiendo tanto a la repercusión psicológica y social que significa establecer el diagnóstico de infección por VIH, como a la mejor oportunidad

de realizar información, educación y consejo sobre la infección, parece ser que lo más recomendable es la solicitud formal y explícita de autorización para realizar el examen de diagnóstico de infección por VIH.¹⁴ Como argumentos favorables para esta posición encontramos, además, del derecho propio de cada individuo a conocer y decidir en cuanto le aluda directamente, el riesgo que significa que el paciente conozca el diagnóstico o su sospecha por otros canales sin que exista la información adecuada, generando problemas de suicidio, depresión, o agresividad.

La solicitud de autorización o consentimiento informado para realizar el examen diagnóstico de la infección por VIH o para cualquier otra instancia de la relación médico-paciente requiere que la información sea entregada en un lenguaje adecuado al nivel cultural de la persona y en extensión suficiente para servir realmente a la libertad de optar de la persona. Para ser válido el consentimiento informado, además de las características mencionadas, éste debe ser siempre una opción voluntaria del paciente.¹⁵

¿Qué se debe informar al momento de solicitar el examen? Primero, el paciente debería conocer el por qué se le está pidiendo el examen. Si la solicitud está relacionada con alguna conducta de riesgos, es el momento oportuno para prestar el consejo e información apropiada sobre mecanismos de transmisión de la infección y su responsabilidad ante ellos. Segundo, se debe explicar el significado de un resultado positivo en la determinación de anticuerpos anti VIH, mencionando que si bien los falsos positivos son escasos es necesario confirmar el diagnóstico final mediante el examen de Western Blott. Es necesario informar, además la diferencia entre infección por VIH y SIDA. El sentido del diagnóstico precoz de la infección por VIH parece estar cambiando en la medida que el uso de la zidovudina (AZT) en sintomáticos ha resultado esperanzador.^{16, 17} Por otro lado, también se debe informar del significado de un resultado negativo, en el sentido que éste no excluye definitivamente la existencia de infección, debiendo mencionarse a las denominadas ventanas silentes o periodos de infección no demostrable mediante la determinación de anticuerpos.^{14, 18} Algunos autores recomiendan, además, que es beneficioso establecer, al momento de solicitar el examen, la oportunidad en que se comunicará su resultado, sugiriendo como mejor a la jornada de la mañana

y evitar los días próximos a los fines de semana; todo esto para facilitar el acceso de la asistencia en caso necesario.¹⁴

La solicitud de autorización por el médico al paciente para realizar el estudio diagnóstico de una infección por VIH no es siempre válida; existen situaciones en que el estudio es ineludible, como son los donadores de sangre y órganos.⁹

¿Cuál es nuestra realidad en Chile respecto de la información y la solicitud de autorización al paciente para realizar el examen de anticuerpos anti VIH? Aun cuando no tenemos estudios que objetiven el comportamiento médico nacional al respecto, creemos (basados en nuestra observación de casos aislados) que la realidad local es mala y muy probablemente se aproxima a la situación comunicada por investigadores estadounidenses en los inicios del acceso clínico al examen mencionado, en 1985. Entonces, se analizó en 275 pacientes, retrospectivamente, la solicitud de examen y actos relacionados. La determinación de anticuerpos anti VIH (ELISA) fue (+) en el 9%. Es de interés destacar que sólo 10% de los pacientes fueron informados y se obtuvo formal consentimiento para la realización del examen; sólo en 3% este consentimiento fue escrito. El estudio de las fichas clínicas determinó que en 44% de los pacientes examinados no se identificaron factores de riesgo que motivaran la solicitud del examen, así como en el 41% de los casos no se encontró en la ficha clínica mención de la solicitud del examen.¹⁹

Consideramos válida esta oportunidad para llamar la atención sobre la necesidad de realizar un diagnóstico de nuestra realidad, así como discutir estos problemas generando proposiciones acordes con nuestra particular cultura y sociedad.

Problemas de connotación ética en la etapa posterior al diagnóstico o de manejo de la infección

En esta etapa siguen siendo válidas todas las consideraciones sobre secreto profesional, notificación de terceros, consentimiento, información, educación y consejo; no obstante, el acento estará centrado en las nuevas necesidades del paciente, especialmente sobre información y consejo sobre forma y oportunidad del inicio del tratamiento anti retroviral específico; profilaxis de los compromisos secundarios; información sobre

el sentido de participar en protocolos de investigación; consejo e información sobre problemas de exámenes diagnósticos de complicaciones, incluyendo la indicación de biopsia cerebral; consejo sobre la necesidad de definir oportunamente una posición respecto del empleo de técnicas de soporte vital invasivas ante momentos vitalmente críticos.^{17, 20} En cada una de estas situaciones, nos encontramos con aspectos de controversia con connotación ética; en todas el médico debe asumir una importante parte de la responsabilidad, incluso en aquellos casos con relaciones médico-paciente marcadas por un estilo de responsabilidad compartida, la gran pregunta es cuánto nos hemos preparado para asumirla.

Investigación. En el área de la investigación clínica, las características de la infección por el VIH han generado también controversia en el ámbito ético; los ensayos clínicos de tratamientos han modificado su rígida y estandarizada formulación general, en base a las inquietudes de los pacientes participantes, introduciendo así un elemento hasta ahora poco considerado en la planificación de las investigaciones, como es la opinión directa y organizada de los pacientes participantes.²¹ Así, los estadísticos e investigadores clínicos que realizan ensayos clínicos de la efectividad de nuevos tratamientos han debido proponer nuevos enfoques respecto del diseño y control de estos estudios en la infección por el VIH.²¹⁻²³

Estas modificaciones han llevado a preguntarse a algunos investigadores si estos cambios no vulneran, relativizan, o contraponen en algún sentido, algunos de los principios de la declaración de Helsinki.¹² En esta idea, el primero de los dos principios revisados de la declaración de Helsinki es "la investigación que involucre seres humanos debe ser conforme a los estándares científicos generalmente aceptados"; al respecto, debemos mencionar el consenso que actualmente existe sobre el ensayo clínico randomizado como el estándar más aceptado, en cuanto al tipo de investigación para evaluar efectividad de un tratamiento.^{17, 24} El segundo de los principios es "el interés de la persona (en estudio) debe prevalecer por sobre los intereses de la ciencia y la sociedad"; al respecto, la otra gran pregunta es si es ético invitar a pacientes con una enfermedad sin solución a participar de ensayos clínicos randomizados para evaluar un nuevo tratamiento.

La respuesta en la perspectiva inmediata y personal de cada enfermo es difícil, a pesar de la consistente justificación técnica de estos estudios. Los pacientes en el fondo, y en un sentido estricto, en sus "consentimientos informados" no están aceptando realmente al principio de la randomización, sino que solamente están jugando a la suerte la posibilidad de acceder a una nueva posibilidad terapéutica. En los últimos años, los pacientes con infección por VIH y SIDA, que se han organizado por lo demás en forma muy exitosa, han criticado este sentido de los ensayos clínicos, presionando a la autoridad sanitaria y los investigadores a buscar estrategias alternativas. Es importante recordar que el AZT, el único tratamiento potencialmente efectivo, al menos en modificar transitoriamente la evolución de la enfermedad, inicialmente estaba disponible sólo para los participantes en ensayos clínicos de tipo placebo-control. Los pacientes están deseosos de recibir cualquier alternativa que resulte potencialmente eficaz y presionan por disminuir los tiempos y número de casos en estudio randomizados.¹²

El criterio del imperativo de solicitar autorización para realizar el examen para determinar anticuerpos para el VIH en cada individuo también ha producido impacto en las estrategias de investigación epidemiológica de seroprevalencia. Así, dentro de las posibilidades de estos tipos de estudios, estos consideran respecto de la notificación al paciente diferentes alternativas; entre ellas, de notificación obligada, notificación opcional, estudio anónimo y estudio ciego; este último tipo de estudio, aunque ha llegado a ser el más aceptado, no está exento de crítica ética.^{25, 26} Estos estudios de seroprevalencia tipo ciegos suponen que las muestras deben ser anónimas, el motivo de atención de las muestras debe ser por otros exámenes de rutina, sólo se consignan datos epidemiológicos del paciente y asumen que, como no se ha requerido el consentimiento del paciente, no se le puede comunicar a éste el resultado del examen aunque sea positivo. Sin lugar a dudas que, conocer el diagnóstico de infección de un individuo asintomático y no decírselo para que pueda buscar alternativas de tratamiento y cautelar su riesgo de contagio respecto de otros, resulta un punto de gran controversia, aun en un sistema ético como el estadounidense en donde el consentimiento informado parece ser el punto cardinal de referencia.

Búsqueda de caminos de solución para los problemas éticos

A lo largo de esta presentación, hemos enunciado numerosas situaciones de controversia ética originadas por la infección por el VIH en el área neurológica clínica; la pregunta natural que resulta entonces es: ¿cuáles son los caminos para buscar solución o al menos orientación en estos casos? En los últimos años se ha reconocido que cada vez resulta más difícil resolver aisladamente los complejos problemas de connotación ética que se deriva de la práctica de la medicina contemporánea.

A nivel de la comunidad en general, los tribunales de justicia y legisladores tienen la misión de crear y/o actualizar un marco de referencia legal dinámico que permita formalizar y oficializar a los entes para recoger y canalizar las inquietudes, necesidades, juicios técnicos, y proposiciones de toda la comunidad en los problemas éticos.

A nivel de la práctica médica, los caminos de solución, en los países desarrollados de occidente, mayoritariamente se han alejado de las soluciones propias de la antigua actitud paternalista e individualista del médico y se han aproximado a las orientaciones de la responsabilidad compartida médico-paciente, asignando una participación destacada al paciente en todas las decisiones.²⁷ Por otro lado es importante destacar que, para las soluciones ante los conflictos éticos, existe una creciente opinión que favorece las regulaciones médicas institucionales por sobre las personales.²⁷ Así emergen como alternativas para la regulación respecto de los problemas éticos, los comités revisores institucionales o comités de ética institucional, cuyo funcionamiento había sido reglado y establecido con anterioridad a la crisis del SIDA.^{15, 28, 29} Otro camino ha sido el nacimiento de especialistas consultores en el campo específico de la ética neurológica clínica.^{30, 31} Otro auspicioso camino de solución en EEUU ha sido la proposición de pautas de conductas elaboradas por comisiones de ética de asociaciones o sociedades médicas.³² ³⁴ Estas recomendaciones y modelos extranjeros nos podrían proporcionar un buen marco de referencia para orientar nuestras soluciones a nivel nacional; sin embargo, no es sencillo asumir como adecuadas y acordes con nuestra cultura y realidad médico-social las sugerencias éticas específicas de otras culturas. Por esto, es necesario a nivel nacional, primero, definir diferentes instancias o

niveles de consulta y orientación ética para luego discutir ampliamente el tema. En Chile, el Colegio Médico tradicionalmente ha participado en el debate bioético nacional como ente técnico natural de referencia y desde lo '80 ha realizado formalmente jornadas anuales de Ética Médica. La Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía ha creado recientemente un comité de ética para servir de instancia de referencia en problemas relacionados con la ética y las especialidades conformantes. Por otro lado, las Universidades y especialmente sus Facultades de Medicina, también han comenzado a crear centros de bioética. Pienso que estos centros están llamados a jugar un rol determinante en la orientación general de estos problemas, ya que a la ventaja natural de la alta reflexividad y experiencia que, por lo general, exhiben sus miembros, los que suelen detentar las más altas categorías académicas, se suma la posibilidad de una conformación multidisciplinaria y multiprofesional, permitiendo así una visión más integral de la ética, cultura, práctica médica y realidad médico-social.

REFERENCIAS

- 1.- BURGER J R. The neurological complications of HIV infection. *Acta Neurol Scand Suppl* 1988; 116: 40-76.
- 2.- NAVIA B, PRICE R. The acquired immunodeficiency dementia complex as the presenting of sole manifestation of human immunodeficiency virus infection. *Arch Neurol* 1987; 44: 65-9.
- 3.- KIEBURTZ K, SCHIFFER R B. Neurologic manifestations of human immunodeficiency virus infections. *Neurologic Clinics* 1989; 7: 447-68.
- 4.- MARSHALL D W, BREY R L, CAHILL W T et al. Spectrum of cerebrospinal fluid findings in various stages of HIV infection. *Arch Neurol* 1988; 45: 945-58.
- 5.- NOGALES-GAETE J, SYNDULKO K, TOURTELLOTTE W. Cerebrospinal fluid (CSF) analysis in HIV-1 primary neurological disease. *Ital J Neurol Sci* 1992; 13: 667-83.
- 6.- SYNDULKO K, SINGER E J, NOGALES-GAETE J, CONRAD A, SCHMID P, TOURTELLOTTE W W. Laboratory evaluations in HIV-1 associated cognitive/motorcomplex. *Psychiatr Clin NA* 1994; 17: 91-123.
- 7.- NOGALES-GAETE J. Compromiso de tipo primario del sistema nervioso central (SNC) en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) *Rev Chil Neuro-Psiquiatr* 1992; 30: 229-40.
- 8.- BAYER R, GOSTIN L. Aspectos legales y éticos relativos al SIDA. *Bol of Sanit Panam* 1990; 108: 473-88.
- 9.- CONNOR S S. AIDS: social, legal and ethical issues of the "third epidemic". *PAHO Bulletin* 1989; 23: 95-107.
- 10.- Council on ethical judicial affairs AMA. Confidentiality of human immunodeficiency virus status on autopsy reports. *Arch Pathol Lab Med* 1992; 116: 1120-3.
- 11.- BARCIA D. Ethical aspects of the doctor-patient relationship. *Eur J Med* 1993; 2: 301-4.
- 12.- Institute of medical ethics working party on the ethical implications of AIDS. AIDS, ethics, and clinical trials. *Br Med J* 1992; 305: 699-701.
- 13.- Institute of Medical Ethics Working Party on the Ethical Implications of AIDS. AIDS and the ethics of medical care and treatment. *Quart J Med* 1992; 83: 419-26.
- 14.- GAZZARD B. HIV testing-practical and ethical issues. *Practitioner* 1991; 235: 418-22.
- 15.- NAVEILLAN P. Participación en investigaciones y ensayos clínicos: aspectos éticos y consentimiento informado. *Rev Hosp Clin U Chile (Santiago)* 1992; 3: 133-44.
- 16.- LEVINE C, BAYER R. The ethics of screening for early intervention in HIV disease. *AJPH* 1989; 79: 1661-7.
- 17.- SIMBERKOFF M. Ethical aspects in the care of patients with AIDS. *Neurologic Clinics* 1989; 7: 871-82.
- 18.- SHERER R. Physicians use of the HIV antibody test. The need consent, counseling, confidentiality, and caution. *JAMA* 1988; 259: 264-5.
- 19.- HENRY K, MAKI M, CROSSLEY K. Analysis of the use of HIV antibody testing in a minnesota hospital. *JAMA* 1988; 259: 229-32.
- 20.- WACHTER R, LUCE J, HOPEWELL P C. Critical care of patients with AIDS. *JAMA* 1992; 267: 541-7.
- 21.- MERIGAN T C. You can teach an old dog new tricks. How AIDS trials are pioneering new strategies. *N Engl J Med* 1990; 323: 1341-3.
- 22.- BYAR D P, SCHOENFELD D A, GREEN S B et al. Design considerations for AIDS trials. *N Engl J Med* 1990; 323: 1342-8.
- 23.- FOA R P. AIDS, ethics, and the neurologist. In *American Academy of Neurology. Annual Course N° 143; ethical issues in neurology. New York, USA* 1993.
- 24.- PASSAMANI E. Clinical trials - Are they ethical. *N Engl J Med* 1991; 324: 1589-92.
- 25.- Federal Centre for AIDS working group on anonymous unlinked HIV seroprevalence. Guidelines on ethical and legal considerations in anonymous unlinked HIV seroprevalence reserch. *Can Med Assoc J* 1990; 143: 635-7.
- 26.- Federal Centre for AIDS working group on anonymous unlinked HIV seroprevalence. Revised guidelines on ethical and legal considerations in anonymous unlinked HIV seroprevalence research. *Can Med Assoc J* 1992; 146: 1743-4.
- 27.- ROY D J. Ethical issues in the treatment of cancer

- patients. WHO Bulletin 1989; 67: 341-6.
- 28.- AVINS A L, LO B. To tell or not to tell: the ethical dilemmas of HIV test notification in epidemiologic research. *AJPH* 1989; 79: 1544-8.
- 29.- WELLS F O, GRIFFIN J P. Ethics committees for clinical research. Experience in the United Kindom. *Drugs* 1989; 37: 229-32.
- 30.- CRANFORD R. The neurologist as ethics consultant as a member of the institucional ethics committee. *Neurologic Clinics* 1989; 7: 697-713.
- 31.- CRANFORD R E. The neurologist as ethics consultant. In *American Academy of Neurology, Annual Course N° 143: ethical issues in neurology*. New York 1993.
- 32.- American College of Physicians and the infectious diseases society of america. *The acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and infection with the human immunodeficiency virus (HIV)*. *Ann Intern Med* 1988; 108: 460-9.
- 33.- American College of Physicians. *American College of Physicians Ethics Manual*. Third edition, *Ann Intern Med* 1992; 117: 947-60.
- 34.- Ethics and humanities subcommittee of American Academy of Neurology. *The ethical role of neurologists in the AIDS epidemic*. *Neurologic* 1992; 42: 1116-7.

Reprints requests:

Dr Jorge Nogales-Gaete
Dr Pedro L Ferrer 2803-E
Santiago de Chile