

SIDA Y TRABAJO

ASPECTOS ETICO-LEGALES

Dr. CARLOS ESPINO**

RESUMEN

Se relaciona el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) al riesgo biológico del trabajador de la salud y los efectos físicos y psicológicos en cualquier otro sitio de trabajo, desde el enfoque de la ética médica y según los aspectos legales nacionales e internacionales. En el ambiente laboral, la toma de decisiones frente a la posible exposición, las personas infectadas y las que sufren de SIDA, requieren la integración de conocimientos médico-científicos, legales y sico-sociales. Se propone que la comprensión, prevención y el control de esta enfermedad puede ser posible a través de la educación objetiva en el lugar de trabajo.

INTRODUCCION

El Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida no está entre nuestras principales causas de morbilidad general o infantil, ni debe ser nuestra prioridad asistencial en materia de salubridad nacional, tal vez tampoco amerite el centimetrage periodístico que posee y posiblemente la actual preocupación psicopatológica exceda sus propias limitaciones epidémicas (1). Sin embargo, aún compartiendo algunos de estos principios, manteniéndonos ajenos a su desarrollo, considerarla una enfermedad exportada e incluso en algunos casos menospreciarla, significa no comprender la trascendencia de un problema definitivamente grave en salud. Tal afirmación no pretende radicalizar una postura, si observamos la evolución de esta enfermedad desde su aparición al comienzo de la década de los ochenta, apreciaremos sutiles pero importantes diferencias en el patrón de comportamiento entre los países del mundo "desarrollado" y los países en "vías de desarrollo" (2) (3). La promiscuidad y los heterosexuales infectados son un factor de riesgo que se hace cada vez más importante en nuestros países, siendo despreciable en los de economías más avanzadas, obligante es entender que tal promiscuidad va y está estrechamente ligada a las condiciones de vida de estas sociedades. No es difícil prede-

cir que a vuelta de pocos años la homosexualidad no será el principal factor de riesgo de los llamados países del tercer mundo. Esta simple característica a diferencia de los EEUU y Europa puede darnos a nosotros y no a ellos condiciones de endemicidad, aceptando que en esos países controlar, vigilar y si se quiere "cercar" sus grupos de riesgo es relativamente sencillo si lo comparamos con la tarea que significaría en Venezuela controlar el factor de riesgo pobreza o más objetivamente, promiscuidad. En definitiva el SIDA se convertirá en nuestros países y no en el de ellos en un grave problema de salud pública.

Aparte de este primer elemento que pudieramos llamar de orden socio-político y sin dejar a un lado los bien estudiados aspectos médico-biológicos dentro de los avances científicos de esta enfermedad quiero rescatar otra categoría no menos importante a las anteriores que considera los efectos psicológicos, éticos y morales no solo de los enfermos y portadores del virus de la inmunodeficiencia humana sino también de todas las personas vinculadas directa o indirectamente al SIDA.

Aproximándonos más al tema que nos atañe, comenzaremos por precisar que en dicho tema, SIDA y Trabajo; aspectos Éticos y Legales, podemos tener dos consideraciones diferentes, una referida al riesgo biológico directo del trabajador de la salud y una segunda consideración dirigida más bien a los posibles efectos físicos y psicológicos del SIDA en cualquier otro contexto laboral, es en esta segunda vertiente de análisis donde desarrollaremos el presente trabajo, sin que por ello se excluya o se deslinde al ambiente y a los trabajadores de la salud.

Hágamos una abstracción de nuestra condición técnica y asumamos con empatía las posibles incógnitas de nuestros trabajadores;

- **yo trabajador**, aceptaría tranquilamente "trabajar 8 horas diarias con un compañero portador o enfermo de SIDA?"
- me siento con derecho a conocer su enfermedad y evitar su "posible contagio"?

- yo trabajador portador del VIH, tengo derecho a negar mi condición?
- puede esta condición retringir mi empleo en una empresa?
- que me conviene más, detectar mi enfermedad y soportar el escarnio y la discriminación o mantenerme incógnito aún a costa de mi salud?, con el consuelo de mantener mi empleo y mi privacidad.

De igual manera;

- **puedo yo empresario** mantener enfermos del SIDA en mi empresa?
- incrementará mis gastos en salud el trabajador con SIDA? (4)
- perjudicará la producción tener un "sidoso" en la empresa?
- puedo exigir al médico de mi empresa informes de pruebas o casos positivos?

Además;

- **puedo yo médico** negarme a informar resultados a mis superiores?
- puedo negar el ingreso de un trabajador portador o sintomático por el VIH, presentando adecuadas condiciones físicas y mentales?
- puedo ingresar a trabajar a un sujeto con sospechas epidemiológicas de SIDA?
- hasta donde puedo permitir el trabajo de un portador o sintomático por VIH?

Con toda seguridad el contestar estas preguntas es tarea difícil no sólo para los interlocutores nombrados sino también para nosotros médicos y profesionales que asomamos nuestros criterios en estos campos de la Medicina del Trabajo y del Derecho Laboral.

Una condición para esas respuestas, si está clara, la misma no puede ser aislada, requiere necesariamente de una integración de conocimientos que contemple los aspectos médicos-científicos, epidemiológicos, legales; de derecho social y derecho individual, psicológicos y sociológicos, sustentar esta afirmación es uno de los principales objetivos de este trabajo.

Nuestro lento proceso legislativo y normativo no nos permite en Venezuela tener actualizados los criterios y las conductas (buena o malas) dirigidas a controlar las consecuencias legales, laborales y éticas generadas de un concreto problema de salud, en este caso, el SIDA. Sin embargo y como detallaremos más adelante tenemos una Legislación Médica y un Código de Deontología Médica, además disponemos de importantes individualidades que asumen seriedad y objetivamente estos problemas, buen ejemplo es el Doctor Augusto León, Presidente de la Academia Nacional de Medicina.(5).

SIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO: POSIBILIDAD DE CONTAGIO?

La Organización Mundial de la Salud establece en relación a este punto:

"Los estudios epidemiológicos llevados a cabo en todo el mundo han demostrado que el VIH se transmite únicamente de tres maneras:

- a) por medio de las relaciones sexuales (incluida la inseminación artificial con semen infectado);
- b) por medio de la sangre (principalmente transfusión sanguínea y equipo de inyección no estéril; también se incluye el trasplante de órganos o tejidos);
- c) de la madre infectada a su hijo (transmisión perinatal).

No se ha demostrado que el VIH se transmita por medio de insectos, alimentos, agua, estornudos, tos, retretes, orina, piscinas, sudor, lágrimas, ni por compartir utensilios de comida o bebida, u otros como ropa o teléfonos. No hay pruebas del que el VIH pueda transmitirse por el contacto ordinario de persona a persona en cualquier situación" (6).

Este conocimiento ha permitido en los EEUU definir categorías de trabajo dependiendo del riesgo (7)

Categoría I;

tareas que implican exposición a sangre, fluidos corporales y tejidos.

Categoría II;

tareas que no implican exposición a sangre, fluidos y tejidos pero que eventualmente puede requerir tareas de la categoría I.

Categoría III;

tareas que no implican exposición a sangre, fluidos corporales y tejidos y donde las tareas de la categoría I no son condiciones del empleo (como en la categoría II).

Fácilmente observamos que el mayor número de empresas y sitios de trabajos corresponden a la tercera categoría, de todo esto podemos concluir que la gran mayoría de lugares de trabajo no constituyen un factor de riesgo de contagio, es decir esta tercera categoría no significa ni siquiera con ocasión al trabajo, la promoción de SIDA como enfermedad profesional, por lo tanto mientras el aspirante a empleo (portador del VIH) esté física y mentalmente apto, no constituirá un impedimento para su ingreso, una prueba HIV positiva. Más aún sobre la base de este conocimiento tal prueba no requiere ser realizada o incluida como examen de pre-selección.

La Asociación Americana de Medicina Ocupacional establece:

"Excepto en ciertas circunstancias tales como el ambiente de salud, el SIDA no es transmitido en el curso del trabajo... los test de pre-empleos o pre-colocación están indicados solamente si existe un reconocido beneficio para el trabajador o si existe necesidad de prevenir enfermedades que puedan transmitirse a otros trabajadores o al público". (8)

En un estudio Norteamericano (9) entre 1987 y 1988 se evaluaron 67 corporaciones industriales encontrándose infecciones por VIH en 66 de ellas, en ninguna el test para VIH es requisito de pre-empleo, pero en 5 de las empresas el laboratorio dispone su realización, y cuyo servicio debe asegurar confiabilidad.

En Venezuela el test para el VIH sólo es requisito de pre-empleo para la industria de los alimentos (sin justificación científica-epidemiológica).

SIDA: NOTIFICACION OBLIGATORIA

Tanto en Venezuela como en la mayoría de los países evaluados a través de la publicación de la OMS "Internacional digest of Health Legislation" de los años 1987, 1988, 1989 y 1990 (10); en Unión Soviética, Noruega, España, Yugoslavia, Checoslovaquia, la RDA, China, La República de Korea, EEUU, Paraguay, Costa Rica, Guatemala y Panamá, la notificación del SIDA es de carácter obligatorio. A pesar de la universalidad de este criterio de vigilancia, el mismo ha encontrado serios controversistas (11,12). El paciente afectado, ante la posibilidad de ser notificado a un tercero (en estos casos los organismos de salud pública) y de esta manera perder la intimidad y la seguridad de la relación médico-paciente, podría generar un efecto contrario al buscado, que esconde en el fondo un miedo a la discriminación, criterio que no deja de tener "justificación" si entendemos que estas generaciones han estado acostumbradas a vivir sin el miedo a la muerte por contagio. Susan Scholle resume muy bien estas ideas:

"...la razón es por demás clara. Si las personas que se encuentran en riesgo, aparte del temor de perder su vida en cualquier momento, temen también perder sus empleos, viviendas, colegios y su participación en las actividades sociales normales, no acudirán a examinarse o a solicitar orientación..." (12)

Una conducta internacional plausible y única es la adoptada por el grupo asesor del Reino Unido (11) que ha recomendado que el SIDA no se notifique por ley.

Los señalamientos del Dr. Augusto León podrán aclarar más la situación:

"...son bien conocidos los conflictos suscitados al enfrentarse el "bien individual" (bienestar privado) y el "bien común" (bienestar público). El bien común, en forma pragmática, adquiere precedencia en determinadas circunstancias, sobre el "bien individual"... (5)

Aún cuando en ocasión del trabajo, como señalábamos antes (6,7) Categoría III, tal circunstancia aparentemente no existiría.

Llama la atención que mientras en otros países se discute la obligatoriedad de la notificación a los Institutos de Salud Pública de los Estados, nosotros aún dudamos acerca de la notificación o no, a entes no sanitarios, como por ejemplo las gerencias administrativas de nuestras empresas, que de ser efectivas tales notificaciones (test + al VIH) irremediablemente afectarían las condiciones de estabilidad de nuestros trabajadores (despido, cambio, discriminación, etc) A. León cuando desarrolla; SIDA y Medicina Ocupacional, nos habla de tres conductas del empleador: 1-permisiva, 2-no permisiva e 3-intermedia;

"...La conducta intermedia es más frecuente entre nosotros: el rechazo del candidato a empleo y la actitud tolerante con el empleado. En las tres circuns-

tancias nos referimos a los portadores del VIH y no propiamente a los enfermos de SIDA. En esta última condición priva la actitud no permisiva de parte del empleador". (5)

EL SECRETO MEDICO

La desventajosa situación del trabajador, la frágil posición mediadora del médico y el reconocimiento de nuestro débil sustento normativo, nos obligan a buscar alternativas o atenuantes al peso de esta realidad objetiva, desde mi óptica médica, nutrida de herramientas legales es posible modificar conductas que nos permitan rescatar el Acto Médico, quitarle un poco ese halo de pureza y de distancia y hacerlo más pragmático y útil a nuestros intereses.

Como hemos visto hasta ahora la CONFIDENCIALIDAD ha sido el elemento clave y tácito de este trabajo, que nos permitirá decidir sobre la base de elementos científicos y éticos. Es aquí donde el Secreto Médico sería una invalorable herramienta para nuestro trabajo.

– Constitución Nacional: Artículo 59 (13)

"Toda persona tiene derecho a ser protegida contra los perjuicios a su honor, reputación o vida privada".

– Código de Deontología Médica; (14)

De los derechos y deberes de los enfermos.

Artículo 69: el enfermo tiene derecho a: ...6) Que se respeten sus confidencias y a que las discusiones concernientes a la información que ha suministrado, exámenes practicados y estado de salud, se conduzcan con discreción y carácter confidencial.

– Código de Deontología Médica:

TITULO IV, Capítulo Primero, Del Secreto Profesional y del Uso de las Computadoras en Medicina.

Artículos: 123-124-125-126-127-128-129-131-132-134.

Artículo: 170-172 Capítulo Segundo.

Artículo 123.- Todo aquello que llegue a conocimiento Médico con motivo o en razón de su ejercicio. no podrá darse a conocer y constituye el Secreto Médico. El secreto médico es inherente al ejercicio de la medicina y se impone para la protección del paciente...

– Ley de Ejercicio de la Medicina (15)

Capítulo VI, Del Secreto Médico

Artículos: 46-47-48-50-52

La lectura de la Ley y el Código, demuestra que existe interés por complementar estos dos instrumentos, artículos muy parecidos, por ejemplo, el artículo 126 de la Ley de Ejercicio de la Medicina

"Artículo 126.- ...los médicos que incurran en infracciones del Código de Deontología Médica en cuanto a la Ética... serán sancionados..."

El Artículo 47 de la Ley de Ejercicio de la Medicina muy parecido al artículo 125 del Código de Deontología Médica, ambos en su numeral 3 vinculan al médico con la estructura de empresa o institución.

"Artículo 47.- no hay violación del secreto médico en los siguientes casos: ...3.-cuando el médico, en su calidad de experto de una empresa y previo con-

sentimiento por escrito del paciente, rinde su informe sobre las personas sometidas a exámenes al Departamento Médico de aquella..."

Nótese en este artículo que el informe mencionado nunca puede abandonar el eje médico, y aún vaya dirigido a otro médico debe ser previamente autorizado por el paciente.

Pero aún tenemos otro recurso el artículo 131 del Código de Deontología Médica:

"Artículo 131.- El médico puede compartir su secreto con los otros médicos que intervienen en la elaboración del diagnóstico y en el tratamiento del enfermo, obligándose éstos a su vez, a mantener el secreto profesional. Aún así la información necesaria no debe ser revelada a menos que dicha revelación se considere esencial para los intereses del enfermo".

Es decir, no necesariamente los médicos de rango superior pero de función administrativa empresarial deben ser informados de nuestros confidenciales conocimientos, a menos que se ajusten a los requisitos de este artículo, (intervenir en la elaboración del diagnóstico y tratamiento), o en solicitud de informe, apegado al artículo 47 de la LEM.

El secreto médico está sustentado además por normas internacionales, ha resistido el paso del tiempo y se mantiene muy semejante al enunciado por Hipócrates en su famoso juramento, el cual parcialmente cito a continuación, en el último de sus seis principios:

"Juramento Hipodrático

...Callaré todo cuanto vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiere a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto".

El Código Internacional de Ética Médica, adoptado en 1949 y enmendado en 1968 y 1983; (16)

"...El médico debe, aún después de la muerte de su paciente, preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado".

Declaración de Ginebra de Asociación Médica Mundial (Juramento de Fidelidad Profesional) (16)

"...guardar y respetar los secretos a mi confiados..."

Carta de Derechos del Paciente. (16)

Declaración de Lisboa. Adoptada por la Asamblea Médica Mundial (Lisboa, 1981)

"Un médico debe actuar siempre de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente cuando se le presenten dificultades prácticas, éticas o legales.."

"...d)El paciente tiene derecho a confiar en que su médico respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen".

- Si nosotros los médicos respetáramos y aplicáramos estos deberes;
- si los pacientes (trabajadores), exigieran su cumplimiento, y además, solicitaran las pruebas que hemos mencionado como un beneficio preventivo para su propia salud;
- si los organismos oficiales de salud pública garantizaran su confidencialidad;

La situación sería otra, los esfuerzos estarían dirigidos a mejorar las condiciones de estos trabajadores y sus familiares, a evitar la transmisión de la enfermedad, y no, como es la tendencia a mantener conductas policiales de dudosa efectividad.

La investigación epidemiológica necesaria para diseñar las estrategias sanitarias y distribuir adecuadamente los recursos del estado, obtendrían datos mucho más confiables sobre el comportamiento de la enfermedad. (Quiero acotar, que el Reino Unido aprobó la detección de VIH en sangre anónima para establecer su prevalencia) (17)

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud recoge muchas de estas consideraciones, a través de su informe "SIDA y Lugar de Trabajo" y dentro de este, en el punto; "Políticas relacionadas con los empleados", de estas políticas citaré el numeral 7, comentado luego por A. León:

OMS:.. 7-La infección por el VIH, por sí misma no se asocia a una limitación en la aptitud para trabajar. Cuando dicha aptitud se halla alterada por una enfermedad relacionada con el VIH, hay que hacer modificaciones razonables para que el empleado pueda seguir trabajando. (6)

A. León: Cuando la aptitud se halla alterada la persona no deberá seguir trabajando. La presencia de síntomas constituye un elemento incapacitante y difícilmente pasarían inadvertidos los mismos para los compañeros de trabajo. Cabe imaginar las reacciones que se desencadenarían. Por otra parte, no se precisan en que consistirían esas "modificaciones razonables para que el empleado pueda seguir trabajando" Lo "razonable" por humanitaria sería la actitud de propender a la elaboración de políticas de ayuda moral y material para los enfermos y sus familiares en tan lamentable situación". (5).

Comparto la segunda parte del comentario de A. León; no se precisan esas "modificaciones razonables . . .", disiento respecto a la capacidad del trabajador, ya que la misma, en mi concepto puede variar, dependiendo del momento o período de la enfermedad, el tratamiento recibido y la propia voluntad del paciente. Si bien no se ha logrado un tratamiento curativo de la enfermedad, el uso de la Azidotimidina ha logrado mantener por cortos períodos sin infección a los pacientes sintomáticos (18) y actualmente se investiga el uso de AZT en épocas tempranas de la enfermedad, que podría alargar dichos períodos y no necesariamente incapacitar al paciente desde el punto vista laboral.

Para los que preferimos, (en determinados casos), la tendencia del bienestar individual como elemento indispensable para obtener el bienestar común, la primera y más efectiva medida de prevención y control, (apartando métodos discriminatorios), es la EDUCACION (19) (18), y es allí verdaderamente, en el lugar de trabajo, más que a través de los medios de comunicación masiva y generalmente amarillistas, donde deberían divulgar, enseñar y combatirse los problemas del SIDA.

Un estudio norteamericano (19) en 1988, sobre más de 3000 trabajadores encuestados, encontraron diferencias significativas, en cuanto a su conocimiento del SIDA, antes y después de un programa educativo.

Estudios en San Francisco, EEUU, (18) han demostrado que la enseñanza y organización de los grupos de riesgo (homosexuales) han producido resultados beneficiosos en el control de la enfermedad.

Por último, la Asociación Americana de Medicina Ocupacional a través de su Reporte de Comité, definió a la Educación como el método más efectivo para la defensa, en contra del avance de la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, y emplazó a los médicos ocupacionales asumir el papel de líderes en ese propósito.(8).

Como epílogo del presente trabajo quisiera exponer los comentarios de H. Keilau, del Centro de los Derechos Humanos en Ginebra, Suiza, durante el Foro y debate sobre aspectos éticos del SIDA, coordinado por la Organización Mundial de la Salud en Ginebra, 1988, y específicamente sobre la utilidad en el SIDA de las pruebas de detección obligatorias o voluntarias.

“Yo creo que ninguna prueba o examen médico, sean obligatorios o voluntarios, atentan en sí mismos contra los derechos humanos porque, generalmente hablando, todo tratamiento médico es en cierto modo una prueba. Si creyéramos que el tratamiento médico menoscaba los derechos humanos, no deberíamos tener ningún servicio médico. **Lo importante a mi juicio, desde el punto de vista ético, es; que se hará con los resultados? ¿cómo se tratará a los que resulten positivos?** En la actual situación hay dos tipos de personas: las infectadas por el VIH o que tienen el SIDA y las no infectadas o no infectadas aún. Todas ellas son seres humanos y todas tienen los mismos derechos humanos. Tenemos que tener cuidado en no crear una nueva minoría, singularizando a las personas infectadas por el VIH o que padecen el SIDA. **Tenemos que proteger la dignidad, los derechos humanos y el comportamiento humano de todas ellas. Esta es para mí la esencia de la cuestión...**”

ABSTRACT

Biological risks for health workers and the physical and psychological effects in other workplaces where Acquired Immunodeficient Syndrome (AIDS) is or may be present, are examined from the standpoints of medical ethics and national and international laws.

When facing possible exposition, infected persons and those suffering from AIDS in the work environment, decision making requires the integrated skills of the medical, scientific, legal, and psycho-social fields. It is suggested that objective education carried out in the workplace may lead to comprehension, prevention and control of this disease.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- A. LANGMUIR, Se han exagerado los pronósticos sobre el SIDA, presentado en una Mesa Redonda sobre el SIDA, fue publicado en la revista *Newsday* en 1987, en SIDA Perfil de una Epidemia, pp 185 - 192. Organización Panamericana de la Salud en 1989.
- 2.- J. KREISS AND K. CASTRO, Special Considerations for Managing suspected VIH Infection and AIDS in patients from Developing Countries, tomado de la revista *The Journal of Infectious Diseases*, 1990; 162: páginas 955 hasta la 960.
- 3.- D. BASSETT, J. NARAIN, El patrón cambiante de la transmisión del VIH en El Caribe, SIDA, perfil de una Epidemia, desde la página 207 a la 211. OPS.

- 4.- L. POSTOL, Handicap Discrimination Considerations in treating the impaired worker: Drugs, Alcohol, Pregnancy and AIDS in the Workplace. *Journal of Occupational Medicine*, vol. 30 #4/April 1988. páginas 321 a 327.
- 5.- AUGUSTO LEON. EL SIDA: Aspectos Etico-Legales, con especial referencia al Medio Ocupacional, Trabajo de 15 páginas presentado como ponencia en las III Jornadas de Salud Ocupacional de PDVSA, Maracaibo Mayo-Junio de 1990.
- 6.- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. "AIDS in the Workplace, consensus Statement from the WHD consultation in Assocation with International Labor Organization, Geneva 27-29 June 1988 tomado del libro; SIDA: Perfil de una Epidemia, de la página 303 hasta la 307.
- 7.- DEPARTMENT OF LABOR AND THE DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Categorías de trabajo, según exposición al VIH. 1987, del American Industrial Hygiene Association, Enero 1991 páginas A-14, A-15 y A-16.
- 8.- AMERICAN OCCUPATIONAL MEDICAL ASSOCIATION, COMMITTEE REPORT, tomado del *Journal of Occupational Medicine* / vol. 30 #7/July 1988 páginas 578 y 579.
- 9.- W. SCHNEIDER, AIDS in the workplace, *Journal of Occupational Medicine*/vol. 31 #10 Octubre 1989. páginas 839, 840 y 841.
- 10.- INTERNATIONAL DIGEST OF HEALTH LEGISLATION; CHECOSLOVAQUIA; VOL 41(1) 1990, PAGES. 48 y 49. NORUEGA; VOL. 39 (3) 1988, PAG. 630. ESPAÑA; VOL. 39 (3) 1988, PAG. 630. YUGOSLAVIA; VOL. 41 (1) 1990, PAGES. 65 Y 66 PANAMA; VOL. 39 (1) 1988, PAG. 40. REPUBLICA DE KOREA; VOL. 39 (1), PAG. 41, 42 y 43 REPUBLICA FEDERAL ALEMANA; VOL. 39 (1) 1988, PAG. 28, 29 Y 30
- 10.- INTERNATIONAL DIGEST OF HEALTH LEGISLATION; PARAGUAY; VOL. 38 (4) 1987, PAG. 768. URSS; VOL. 38 (4) 1987, PAGINAS 769 Y 770. USA; VOL. 38 (4) 1988, PAG. 833-834-835. VOL. 38 (4) 1987, PAG. 771. VOL. 39 (3) 1988, PAG. 633. GUATEMALA; VOL. 39 (1) 1988, PAG. 34-35-36-37. FRANCIA; VOL 40 (3) 1989, PAG. 583. CHINA; VOL 39 (3) 1988, PAG. 623-624-625-626 COSTA RICA; VOL. 41 (1) 1990, PAG. 39. COUNCIL OF EUROPE; VOL. 41 (1) 1990, PAG. DESDE LA 39 A LA 48.
- 11.- R. BAYER Y L. GOSTIN, Aspectos Legales y Eticos Relativos al SIDA. *Bol. Oficina Panamericana de Salud*, 108 (5-6) 1990, desde la página 473 hasta la 487.
- 12.- SUSAN CONNOR, SIDA; Aspectos Sociales, Jurídicos y Eticos de la "Tercera Epidemia", en SIDA, perfil de una Epidemia, OPS, páginas de la 141 hasta la 161.
- 13.- CONSTITUCION NACIONAL DE VENEZUELA, ART. 59, DERECHOS INDIVIDUALES. PAG. 17, 1983.
- 14.- ALFREDO CASTILLO V., CODIGO DE DEONTOLOGIA MEDICA 1985, en Etica y Legislación Médica, desde la página 267 hasta la 330. 1990.
- 15.- LEY DE EJERCICIO DE LA MEDICINA, Gaceta Oficial, #3002 23/Agosto de 1982. pág. 15-16-17 Secreto Médico.
- 16.- CODIGOS INTERNACIONALES, Tomados del Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud, 108(5-6), 1990, páginas 619-620-621 y la 642.
- 17.- J. DAWSON, El virus del SIDA: pruebas obligatorias o voluntarias, en revista *Foro Mundial de la Salud*, vol. 10, 1989, de la pág. 435 hasta la 441, el comentario de DAWSON en la pág. 436.
- 18.- OMS, Teleconferencia, tomado del libro SIDA, Perfil de una Epidemia, páginas, desde la 259 hasta la 283. El punto específico en la página 276.

- 19.- T. FELDMANN, Outcomes of AIDS Training for Supervisory and Nonsupervisory Personnel in the Workplace. en Journal Occupational Medicine, vol 32 #2 February 1990. desde la pág. 103 hasta la 109.
- 20.- J. NARAIN, A. KIMBALL, La lucha contra el SIDA en El Caribe: un enfoque subregional coordinado, en Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud. 109 (2) 1990. Desde la pág. 105 hasta la 109. (INFORME ESPECIAL).
- 21.- ALFREDO CASTILLO V., Los Derechos de las Personas Enfermas, 1987.
- (1) A.Langmuir. Se han exagerado los pronósticos del SIDA. OPS 1987.
- (2) J. Kreiss, K. Castro. The Journal of Infectious Disease 1990.
- (3) D. Bassett. El patrón cambiante de la transmisión del VIH en El Caribe. OPS. 1988.
- (4) L. Postol, Journal of Occupational Medicine 1988, vol. 30 No. 4 costo médico de un paciente con SIDA; 50.000\$ anuales en Massachusetts, EEUU. Considerar en Venezuela las áreas del régimen parcial del Seguro Social.
- * VIH; Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida.
- (5) A. León, El SIDA: Aspectos ético-legales con especial referencia al medio ocupacional. III Jornadas de Salud Ocupacional, PDVSA y sus empresas filiales. Maracaibo 30 Mayo 1990.
- (6) Organización Mundial de la Salud. El SIDA y el lugar de trabajo, Consensus Statement from the WHO Consultation in Association with the international Labor Organization, Ginebra Junio 1988.
- (7) Department of Labor and the Department -of Health and Human Services EEUU October 1987. En del American Industrial Hyg. Assoc. J. Enero 1991. Prevention of HIV transmiss, in the Workplace.
- (8) American Occupational Medical Association, Commithe Report AIDS in the Workplace, March 1988. Journal of Occupational Med. vol. 30 No. 7 Julio 1988.
- (9) W. Schneider, AIDS in the Workplace, Journa of Occp. Med. vol. 31 No. 10 October 1989.
- (10) OMS, International Digest of Health Legislation, 1987, 1988, 1989, 1990.
- (11) R. Bayer, L. Gostin, Aspectos Legales y Eticos relativos al SIDA. Boletín de la Oficina Panamericana de Salud, 1990.
- (12) S. Scholle Connor, Aspectos Sociales, Jurídicos y Eticos de la "Tercera Epidemia", SIDA, Perfil de una Epidemia. 1989.
- (5) A. León, EL SIDA: Aspectos Etico-Legales. Junio 1990
- (6) OMS, SIDA, lugar de trabajo. 1988.
- (7) DOL/DHHS October 1987. AM. Ind. HYG. Assoc. January 1991.
- (13) Constitución Nacional, promulgada 1961, Enmienda No. 2 1983.
- (14) Código de Deontología Médica, 1985, en Alfredo Castillo Valey, Etica y Legislación Médica.
- (15) Ley de Ejercicio de la Medicina, Gaceta Oficial No. 3002, 1992
- (16) Códigos Internacionales de Etica, en boletín de la Oficina Panamericana de Salud, 1990, 108 (5-6).
- (17) Dr. J. Dawson, El virus del SIDA: pruebas obligatorias o voluntarias? Foro Mundial de la Salud. vol. 10, 1989.
- (6) OPS, SIDA en el Lugar de Trabajo...
- (18) OPS, SIDA, Perfil de una epidemia, 1989.
- (19) T. Feldmann, R. Bell, Outcomes of AIDS Training for Supervisory and Nonsupervisory Personnel in the Worclplace, Journal of Occupational Medicine, vol. 32, No. 2 / February 1990.
- (1) A. Langmuir. Se han exagerado los pronósticos del SIDA. OPS 1987.
- (2) J. Kreiss, K. Castro. The Journal of Infectious Disease 1990.
- (3) D. Bassett. El patrón cambiante de la transmisión del VIH en el Caribe. OPS. 1988.
- * TRABAJO PRESENTADO EN LA ASIGNATURA LEGISLACION Y SALUD DE LOS TRABAJADORES DEL POSTGRADO DE SALUD OCUPACIONAL.
- ** MEDICO, ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL