

Secreto, anonimato y confidencialidad de los donantes de sangre con VIH

Newton Key Hokama¹, Pedro Bonequini Junior², Paula de Oliveira Montandon Hokama¹

1. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Botucatu/SP, Brasil.

Resumen

En caso de resultado positivo para VIH en cribado serológico para donación, el servicio de hemoterapia debe desechar la bolsa de sangre y remeter el donante a un servicio de salud de referencia. Esta situación, sin embargo, conlleva dilemas éticos implícitos que los profesionales del ramo enfrentan cada día. Así, el objetivo de este estudio es revisar en detalle la legislación sobre la materia, desarrollando reflexiones necesarias. Tengo en cuenta que la condición de ser portador de VIH/sida conlleva prejuicios, discriminación y repercusiones sociales negativas, es fundamental que el profesional de hemoterapia encargado de comunicar la inaptitud sea consciente del secreto y de la confidencialidad de la información y también debidamente capacitado para actuar en esta situación. Este artículo defiende la plena comunicación de inaptitud serológica al donante.

Palabras-clave: Seroprevalencia de VIH. Donantes de sangre. Confidencialidad.

Resumo

Sigilo, anonimato e confidencialidade de doadores de sangue com HIV

Na ocorrência de resultado positivo para HIV em triagem sorológica para doação, o serviço de hemoterapia deve, além de descartar a bolsa de sangue, encaminhar o doador ao serviço de referência. A situação, no entanto, traz dilemas éticos implícitos, vivenciados cotidianamente pelos profissionais da área. Assim, o objetivo do presente estudo é revisar pormenorizadamente a legislação sobre o assunto, desenvolvendo reflexões necessárias. Tendo em vista que a condição de ser portador de HIV/aids está envolta em preconceitos, discriminações e repercussões sociais negativas, é fundamental que o profissional da hemoterapia responsável por comunicar a inaptidão esteja ciente do sigilo e da confidencialidade das informações e devidamente capacitado para atuar nessa situação. O artigo defende a comunicação plena da inaptidão sorológica ao doador.

Palavras-chave: Soroprevalência de HIV. Doadores de sangue. Confidencialidade.

Abstract

Secrecy, nonymity and Confidentiality in blood donors with HIV

A recent article published in this journal on confidentiality in the care of HIV/aids patients reports that, in the event of a positive result in the Screening Tests for the virus, the Blood Bank must, in addition to disposing of the blood bag, refer the donor to the reference service. Due to the implicit ethical dilemmas we have experienced, this led us to a detailed review of the respective Brazilian legislation and critical analysis of the issue. People with HIV/aids are surrounded by prejudices, discrimination and negative social repercussions, so it is essential that the Blood Bank professional who will communicate this news is fully aware of the issues involving secrecy and confidentiality, and fully trained and capable to proceed adequately. We present and discuss the fundamental points of the current Brazilian legislation the theme and how we must communicate to the donor about the detection of HIV serodiagnosis.

Keywords: HIV seroprevalence. Blood donors. Confidentiality.

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

Breve historia del sida

Los profesionales de la salud han sido testigos *in loco* de los avances significativos en la identificación, diagnóstico y tratamiento del sida desde la aparición de los primeros casos en la década de 1980¹. Inicialmente, se creía que la enfermedad afectaba solo a hombres homosexuales², pero los mismos eventos clínicos comenzaron a observarse en usuarios de drogas inyectables, pacientes hemofílicos y hombres y mujeres heterosexuales. Se hizo evidente que tales eventos provenían de una inmunodeficiencia adquirida, que fue llamada “acquired immunodeficiency syndrome” (aids) —el “síndrome de inmunodeficiencia adquirida”, en español.

La identificación del *human immunodeficiency virus* (HIV), o virus de la inmunodeficiencia humana, como agente causal del sida, según se informó en mayo de 1983³, desencadenó una serie de logros tecnológicos y científicos que impulsaron el desarrollo de toda la medicina. Desde entonces hemos visto tanto la propagación epidémica de la enfermedad como los sucesivos logros terapéuticos, comenzando con la azidotimidina (AZT), pasando por cócteles, y alcanzando la carga viral indetectable como blanco terapéutico, con el actual y mucho más simplificado esquema antirretroviral. A pesar de esto, y a pesar de que Brasil es uno de los países cuyo sistema de salud pública proporciona todos los medicamentos necesarios el monitoreo clínico y de laboratorio, el estigma de ser portador del VIH permanece.

El sida y la legislación sobre la actividad hemoterapéutica en Brasil

Un efecto directo de la aparición del sida fue acelerar la reestructuración de los servicios de hemoterapia en Brasil a través del Programa Nacional de Sangre y Hemoderivados, creado en 1980 por el Gobierno Federal, pero cuya efectividad solo se sintió después de la presión popular generada por la aparición de casos de sida transfusional⁴.

Las pruebas serológicas para la detección del VIH en donantes de sangre fueron implementadas en 1985 en centros de sangre, pero solo a partir de 1988 pasaron a ser obligatorias para todo el

territorio brasileño⁵, incluso para los servicios privados de hemoterapia, a través de la Ley Federal 7.649/1988⁶. Esta ley, que tenía por objetivo prevenir la propagación de enfermedades por transfusión, establecía el registro obligatorio de los donantes de sangre, incluido el registro del documento de identidad, haciendo de la donación de sangre un acto de responsabilidad civil.

En el mismo año de 1988 se promulgó la Constitución brasileña⁷, que en su artículo 199, párrafo 4, prohibía toda comercialización en la recolección, el procesamiento y la transfusión de sangre y sus derivados. Este párrafo fue regulado por la Ley 10.205/2001⁸, que estableció el orden institucional de la actividad hemoterapéutica en el país. La ley, en el inciso VII del artículo 3°, al referirse al cuidado del donante de sangre, determina que proteger y orientar al candidato a donante no apto incluye remitirlo a unidades que promuevan la rehabilitación o el apoyo clínico, terapéutico y de laboratorio necesario para su bienestar físico y emocional. El artículo 14, que se refiere a los principios y directrices de la Política Nacional de Sangre, garantiza, entre otros, el derecho al secreto de los resultados e información del candidato donante sobre cualquier anomalía identificada en las pruebas de laboratorio y sobre los procedimientos que se seguirán.

La Ordenanza de Consolidación 5/2017, del Ministerio de Salud⁹, redefinió la regulación técnica de los procedimientos hemoterapéuticos entonces vigentes, con base en la Resolución 34/2014 de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria¹⁰. Esta ordenanza es la fuente jurídica última que regula los temas tratados en este estudio: los procedimientos del donante y la donación de sangre y cómo hacer frente a la ineptitud serológica, especialmente en la prueba positiva para el VIH. El artículo 30 establece que la donación de sangre *debe ser voluntaria, anónima y altruista*, y el artículo 31 asegura que *la confidencialidad de la información brindada por los donantes antes, durante y después del proceso de donación debe ser absolutamente preservada, respetándose otras determinaciones previstas en la legislación vigente*.

De acuerdo con la misma ordenanza⁹, para detectar la presencia del VIH en los donantes, son obligatorias las pruebas serológicas (que detectan anticuerpos o complejo antígeno-anticuerpo) y moleculares (que, mediante tecnología de ácido

nucleico, detectan directamente la presencia del virus). La presencia de un resultado positivo o no concluyente después de repetir pruebas duplicadas en la misma muestra implicará la convocatoria del donante para recoger nuevas muestras u orientación, de acuerdo con el artículo 129, que trata de la obligación de pruebas de laboratorio en toda donación para identificar enfermedades infecciosas transmitidas por la sangre⁹.

El artículo 32 de la Ordenanza 5/2017⁹ determina que el donante debe firmar un formulario de consentimiento libre e informado autorizando la realización de pruebas de laboratorio requeridas por las leyes y normas técnicas vigentes. El mismo artículo establece que, en caso de resultados reactivos o no concluyentes, los servicios de hemoterapia y la agencia de vigilancia sanitaria están autorizados a realizar una “búsqueda activa” para repetir las pruebas. En este sentido, el artículo 68 de la ordenanza dispone que el servicio de hemoterapia debe comunicar mensualmente a la autoridad sanitaria competente los datos de los donantes, con los resultados de las pruebas de laboratorio de enfermedades de transmisión sanguínea, reactivos repetidos por duplicado y ausencia de los convocados para recoger nuevas muestras o recibir orientación⁹. Complementando la ordenanza, el artículo 99 de la citada Resolución 34/2012¹⁰ aclara que el regreso del donante considerado no apto para el servicio de hemoterapia tiene como objetivo la aclaración, la repetición de pruebas y la remisión a los servicios de salud de referencia.

Donante de sangre y detección clínica y serológica del VIH

En un artículo reciente, Salvadori y Hahn¹¹ presentaron resultados de una amplia revisión integradora de la literatura sobre el tema de la confidencialidad médica en el cuidado de pacientes con VIH/sida. Los aspectos de la hemoterapia abordados por los autores (en particular la comunicación al donante sobre la ineptitud serológica debido al VIH) alentaron la reflexión que resultó en este artículo. El objetivo es profundizar en este punto, especialmente en lo que se refiere a la legislación y su reflejo en las acciones profesionales.

Como ya se ha señalado, la hemoterapia debe gran parte de su estado actual a los avances

tecnológicos derivados del estudio del sida. Debido al papel estratégico de la transfusión en la terapia médica, fue esencial garantizar la seguridad con respecto a la no transmisión del sida y otras enfermedades infecciosas a través del procedimiento. Por lo tanto, había un desafío: ¿cómo garantizar la seguridad de la transfusión si esta es una de las principales vías de transmisión del sida?

Sin embargo, a pesar de los avances en los métodos de laboratorio, el cribado clínico de los donantes sigue siendo una de las principales medidas de seguridad de la transfusión. El cribado incluye la aplicación de un cuestionario que aborda los antecedentes del donante, incluido su comportamiento sexual. Este cuestionario está estandarizado de acuerdo con los manuales de procedimientos operativos cuya existencia está determinada por el artículo 237 de la Ordenanza de Consolidación 5/2017⁹.

Dependiendo del contenido de las respuestas al cuestionario de cribado clínico, el entrevistador puede rechazar la donación, según lo previsto en el artículo 67 de la Ordenanza de Consolidación 5/2017⁹. En este caso, el profesional debe informar el motivo de la incapacidad, que puede ser temporal o permanente. Dado que el donante busca altruista y voluntariamente el servicio de hemoterapia, el rechazo puede ser una fuente de frustración, por lo que la decisión debe ser comunicada adecuadamente, con las justificaciones adecuadas.

Hay una segunda estrategia que tiene como objetivo aumentar la seguridad del cribado clínico: el voto de autoexclusión¹². Si el entrevistado, por sentirse avergonzado por las preguntas, ha omitido información relevante, al final de la donación puede indicar, por medio de un llenado electrónico o manual, sin ninguna intermediación humana, que considera la donación inapropiada para transfusión, impidiendo el uso de la bolsa por parte del servicio de hemoterapia.

Incluso con todos los cuidados mencionados anteriormente, la ineptitud serológica en las pruebas (resultado positivo o dudoso de una o más pruebas para el VIH) es factible. En esta situación, los servicios de hemoterapia deben proceder de acuerdo con la legislación¹⁰. El donante será convocado, comunicado sobre la causa de la incapacidad y sometido a la recogida de una nueva muestra para confirmar o no la presencia del VIH. En esta comunicación, el paciente debe ser informado de

que la donación no se ha completado (la bolsa ha sido desechada), ser remitido al SUS para el tratamiento con antirretrovirales (si se confirma positividad) y recibir orientación sobre los riesgos de transmisión a través de las relaciones sexuales, del embarazo y futuras donaciones de sangre.

Secreto y confidencialidad

Los seres humanos se comunican, en persona o virtualmente, independientemente de la distancia, el tiempo y las palabras: la comunicación es inherente a la condición humana¹³. A través de la comunicación, obtenemos información verbal y no verbal, parte de la cual debe ser conocida solo por los participantes del diálogo. Se trata de información sensible o, como en el sentido común se la llama, "secreta".

Sin embargo, como seres comunicantes, guardar un secreto no nos parece natural. Por lo tanto, los mecanismos de comportamiento, legales y éticos son necesarios para salvaguardar la información que no debe divulgarse. Las relaciones profesionales se basan principalmente en la comunicación, y la información que se deriva de ella es, en principio, confidencial. El secreto profesional¹⁴, es decir, que involucra información del asistente sobre la persona asistida (por ejemplo, el médico y el paciente), es éticamente complejo y no se limita a un solo precepto, considerando que hay varias situaciones y dilemas que amenazan su preservación.

La asistencia sanitaria no se limita a la relación entre asistente y asistido (médico y paciente, o médico y donante) sino que involucra otras dimensiones. Es necesario considerar que la información obtenida es compartida institucionalmente (en la historia clínica, en los sistemas de registro epidemiológico, etc.) y socialmente (informes médicos de personas ilustres en tratamiento hospitalario, por ejemplo). Por lo tanto, el concepto de secreto profesional debe entenderse de manera que abarque estas dimensiones.

El secreto profesional en salud ya se abordaba en el juramento de Hipócrates, hasta hoy utilizado en la ceremonia de graduación de la mayoría de los cursos de medicina: *Lo que en el ejercicio o fuera del ejercicio de la profesión y en la convivencia de la sociedad, he visto u oído, que no es necesario revelar, lo mantendré totalmente en secreto*¹⁵. El respeto a la confidencialidad es también uno

de los principios fundamentales del Código de Ética Médica, salvo las excepciones previstas en la ley¹⁶. En estas dos formulaciones se requiere que el profesional pueda juzgar lo que debe o no debe divulgarse, es decir, la confidencialidad no es absoluta, depende de las circunstancias, y por lo tanto es una cuestión ética.

El elemento decisivo en la relación entre asistente y asistido es la confianza mutua, que hace posible el diálogo y la comprensión. El secreto es una premisa para que esta confianza se desarrolle. Sin embargo, como depende de las circunstancias, el pacto de confidencialidad no siempre es explícito o formalizado. Un buen ejemplo es la formación práctica de los futuros profesionales de la salud, que implica muchas situaciones complejas de secreto profesional. Los estudiantes y residentes, al final de la atención, informan al paciente que se reunirán con preceptores y profesores para analizar el caso (chequeo). En esta situación, la relación incluye, además del paciente y el estudiante/residente, el profesor/preceptor.

Asimismo, la información de la historia clínica, aunque pertenezca al paciente, estará a disposición de otros profesionales que tengan permiso institucional para acceder a ella (y es probable que la mayoría de los pacientes no conozcan este hecho). La presentación de los pacientes en las visitas de alumnos a la enfermería o la discusión de casos también es un momento en el que se comparten datos clínicos. Y fuera del ámbito académico, cuando se solicita la evaluación de otro profesional, la carta de referencia, debidamente protegida de la lectura por terceros, también contiene datos clínicos.

Las situaciones citadas muestran que la extensión del secreto a terceros es consecuencia de la necesidad de opinión o actuación de otros profesionales. Las actividades exclusivamente didácticas son también situaciones en las que se divulgan datos clínicos. Sin embargo, en estas actividades, es muy recomendable utilizar seudónimos, siglas o solo el nombre del paciente, sin apellido, preservando el anonimato. En el entorno de la formación profesional, el secreto debe ser constantemente enseñado, citado, recordado y preservado, como una forma de educación continua de estudiantes, residentes y profesionales.

En las publicaciones científicas, debido a que son de acceso público, incluso si el anonimato o

un seudónimo es obligatorio, el secreto profesional aún puede ser violado. Por lo tanto, para publicar los datos, es esencial, excepto en caso de imposibilidad definitiva, obtener la autorización del paciente o tutor legal mediante la firma de un formulario de consentimiento libre e informado. En resumen, el secreto profesional, por estar acordado (implícita o formalmente), es inseparable de las relaciones profesionales, y debe preservarse al máximo, dentro de los límites de las circunstancias.

Cuando se asume que el mantenimiento del secreto es objeto de juicio por parte del profesional, ante la posibilidad de violación frente a situaciones extraordinarias, se hace evidente la necesidad de preceptos éticos. En cuanto al diagnóstico de VIH/sida, hay algunos supuestos: mantener el secreto puede amenazar directamente la integridad física de otras personas que tienen relaciones sexuales o comparten jeringas (en el caso de usuarios de drogas inyectables ilícitas) con el paciente.

En este caso, se sigue el principio del mal menor, señalado por el Consejo Federal de Medicina (CFM) ya en los primeros años del sida como una razón para violar el secreto del paciente infectado¹⁷. Por lo tanto, se acepta que la pareja sexual de un individuo infectado por el VIH sea informada de este hecho siempre que el paciente, debidamente alertado del riesgo de contaminación, se niegue a comunicar el diagnóstico a las personas potencialmente infectadas¹⁸.

En este punto, es necesario distinguir los conceptos de secreto y confidencialidad. El secreto profesional, restringido a los implicados, se refiere a la información obtenida en las relaciones interpersonales y en los documentos relativos a esas relaciones. Su naturaleza, por lo tanto, es relacional, intersubjetiva. Se trata de un pacto construido entre individuos y grupos o instituciones, y que es producto de las circunstancias. La confidencialidad, por otro lado, se refiere a los datos o sistemas de información. Según lo definido por la Asociación Brasileña de Normas Técnicas en la norma ISO/IEC 17799:2005, la confidencialidad es la garantía de que la información es accesible solo a personas e instituciones autorizadas¹⁹. Por lo tanto, su naturaleza es objetiva, lo que la hace susceptible de una regulación completa. Institucional y social, la confidencialidad es el resultado de la planificación, la legislación y el monitoreo y la vigilancia constantes.

El secreto está regulado, reglamentado, regimentado por la confidencialidad. Al ser un pacto, depende de una decisión final: preservarlo o no. Cuando se trata de romper el secreto, el siguiente paso es decidir quién más tendrá acceso a la información, y si eso requerirá repeticiones, y así sucesivamente, en una secuencia de decisiones y acuerdos. Por lo tanto, el secreto profesional es siempre una decisión ética. La confidencialidad, por el contrario, contiene un conjunto predeterminado de normas que garantizan que el acceso a la información solo esté disponible para quienes tengan derecho a ello. Se puede concluir que la confidencialidad es de carácter institucional, mientras que el secreto está en el marco de las relaciones personales: la primera es objetiva (a partir de la información) y la segunda es subjetiva (a partir de los sujetos involucrados).

Se puede abordar la misma información en diferentes contextos institucionales. Por ejemplo, un hombre, que se sabe que tiene VIH, tiene relaciones sexuales con su pareja (a quien no ha comunicado los resultados de las pruebas), sin la protección adecuada (uso preservativos). Tanto el médico de la Unidad Básica de Salud (responsable del diagnóstico) como un sacerdote de la parroquia (por confesión) son conscientes de este hecho. Ambos se enfrentan al secreto, pero el profesional de la salud ya ha dado el ultimátum: si el paciente no le dice a su pareja en 24 horas que es VIH positivo, el hecho se comunicará *in absentia*, con el apoyo del Código de Ética Médica y las leyes que instituyeron el Código Sanitario (Vigilancia Epidemiológica y Sanitaria). El sacerdote, sin embargo, no puede revelar el hecho por el inviolable secreto de la confesión²⁰. Así, aunque la información sea confidencial tanto para el sacerdote como para el médico, las confidencialidades, y por lo tanto las actitudes, son distintas.

Confidencialidad de la donación de sangre

La donación de sangre debe ser voluntaria, anónima y altruista¹⁰. Sin embargo, el donante no es anónimo, ya que debe presentar un documento de identidad cuando se presenta como candidato y que se le llama por su nombre durante toda la estadía en el entorno de la donación. Los que reciben la transfusión tampoco son anónimos, ya que ser identificado

y tratado por nombre y apellido en los servicios médicos es un derecho del paciente²¹. El anonimato es solo un concepto posible por el hecho de que a partir de la recolección de sangre, las bolsas y tubos de ensayo recolectados se identifican con numeración o código de barras. Todo el proceso de separación, almacenamiento, exámenes y liberación de las bolsas se lleva a cabo con esta identificación codificada y confidencial. No hay posibilidad de que el paciente o el personal identifique al donante a través de los tubos de ensayo y las bolsas de sangre.

Si el paciente se siente motivado a mostrar su gratitud de alguna manera (con gratitud o entrega de regalos), esto no será posible, al igual que al donante no se le permite conocer la identidad del receptor. Si, por iniciativa libre, el donante o el paciente decide publicar la imagen donando o recibiendo la transfusión en las redes sociales, no hay violación de secreto. Lo que ocurre en este caso es la revelación del acto de donar o recibir transfusión. El anonimato, por lo tanto, está asociado con el proceso de donación de sangre, y no con el acto de donar o recibir transfusión. La codificación de los tubos de ensayo y de las bolsas de sangre es un mecanismo de protección para que la información permanezca confidencial.

En el momento de la aprobación en el cribado clínico, cada candidato a donante de sangre debe firmar, después de haber sido informado sobre todo el contenido del documento, un formulario de consentimiento libre e informado (artículo 32 de la Ordenanza de Consolidación 5/2017)⁹ en el que declara expresamente su consentimiento para realizar todas las pruebas de laboratorio requeridas por las leyes y normas técnicas vigentes. Mediante el término, el candidato también acepta que su nombre se incorpore al archivo de donantes local y nacional, y que en caso de resultados reactivos o no concluyentes en exámenes de laboratorio, o en situaciones de revisión retrospectiva, el servicio de hemoterapia o la agencia de vigilancia pueda convocarlo o realizar una búsqueda activa para repetir pruebas. Así, cuando el candidato es convocado, no puede evitar que se le comunique el motivo de la no aptitud serológica, es decir, la presencia del VIH, ni negar esta presencia. En vista de la posibilidad de derivación a otros servicios para iniciar el tratamiento antirretroviral y los riesgos de contaminación por sexo, gestación o lactancia, cualquier omisión en la notificación del resultado de las pruebas no sería aceptable.

Una vez que se detecta el VIH u otro agente infeccioso en un donante, es necesario investigar sus posibles donaciones anteriores. Por lo tanto, todas las donaciones de sangre están sujetas a revisión retrospectiva si es necesario. Este concepto computacional, denominado "trazabilidad"²², garantiza que se pueda identificar, en determinadas circunstancias previstas en la legislación, a partir de la violación del secreto de la identidad del donante, los respectivos componentes sanguíneos y sus receptores. La trazabilidad es bidireccional, es decir, desde un receptor que sospecha que ha adquirido sida o otra enfermedad a través de una transfusión también se pueden identificar los componentes sanguíneos recibidos y sus donantes. Por lo tanto, al revisar la ruta de los componentes sanguíneos en las situaciones previstas, los donantes y los pacientes pueden ser convocados para recoger muestras de sangre y para que sean informados de los resultados de la revisión retrospectiva.

La confidencialidad de la donación de sangre, aunque no se mencione de esta manera, puede entenderse por medio de leyes y normas técnicas vigentes que regulan el secreto profesional en las distintas etapas del proceso: cribado clínico (entrevista, firma del consentimiento informado, voto de autoexclusión), incapacidad serológica (convocatoria del donante, comunicación de la causa de la incapacidad, recogida de nuevas muestras y remisión al servicio de referencia para confirmación o tratamiento) y trazabilidad. La confidencialidad, un supuesto fundamental e inquebrantable en la donación de sangre, asegura que solo los profesionales directamente involucrados con el donante no apto podrán conocer su identidad.

Un estudio con donantes de sangre con reactivo serológico para sífilis, hepatitis viral y VIH mostró que alrededor del 40% asumió haber omitido información en el cribado clínico. La posibilidad de autoexclusión al final de la donación tampoco fue considerada por la mayoría absoluta de los donantes (98,1%)²³. La condición de seropositivo al VIH se detectó en el 0,03% de las donaciones. Estos resultados indican que, además del cribado clínico, el voto de autoexclusión y el cribado serológico, la estrategia más importante para reducir el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas por transfusión sigue siendo y siempre será la concienciación y educación de la población. No habrá transfusión absolutamente segura sin la conciencia de que esto es un acto de ciudadanía y amor.

Consideraciones finales

El estigma del VIH/sida es real, debilitante y todavía resiste hoy, cuando ya se sabe que no hay “grupos de riesgo” (la posibilidad de infectarse no depende de edad, género, orientación sexual o nivel educativo) y el SUS ofrece un tratamiento eficaz para la enfermedad.

Con respecto a la donación de sangre, procedimientos como el cribado clínico y serológico y el voto de autoexclusión son esenciales para reducir los riesgos de transmisión de la enfermedad. Las leyes y los estándares técnicos determinan cómo los servicios de hemoterapia deben realizar estos procedimientos. Los donantes con una prueba de VIH positiva o dudosa son convocados y comunicados del resultado, se someten a una nueva

recolección de sangre para repetir las pruebas y reciben orientación y derivaciones.

La confidencialidad es un fundamento ético del área de la salud que se esfuerza por la preservación de la integridad de la persona, con especial atención a los pacientes con VIH o sida, debido al estigma social de la enfermedad. El secreto profesional es un pacto construido sobre las relaciones entre asistente y asistido, basado en preceptos éticos y legales y regido por la confidencialidad. En ese sentido, la incapacidad por la condición de seropositivo se debe comunicar al donante con total respeto, precisión y claridad. A pesar de todos los avances técnicos y tecnológicos en el cribado, los esfuerzos por educar y sensibilizar a la población siguen siendo fundamentales tanto para disminuir la transmisibilidad del VIH a través de la transfusión como para combatir el prejuicio social que rodea a los portadores de este virus.

Referencias

1. Greene WC. A history of AIDS: looking back to see ahead. *Eur J Immunol* [Internet]. 2007 [acceso 10 fev 2021];37:94-102. DOI: 10.1002/eji.200737441
2. Centers for Disease Control. Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among homosexual men: New York City and California. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet]. 1981 [acceso 10 fev 2021];30(25):305-8. Disponível: <https://bit.ly/33LZ89F>
3. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J *et al.* Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* [Internet]. 1983 [acceso 10 fev 2020];220(4599):868-71. DOI: 10.1126/science.6189183
4. Santos LAC, Moraes C, Coelho VSP. Os anos 80: a politização do sangue. *Physis* [Internet]. 1992 [acceso 10 fev 2020];2(1):107-49. DOI: 10.1590/S0103-73311992000100005
5. Basílio FPS. Evolução das políticas de hemoterapia no Brasil: o sistema público de hemoterapia do Ceará [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2002.
6. Brasil. Senado Federal. Lei nº 7.649, de 25 de janeiro de 1988. Estabelece a obrigatoriedade do cadastramento dos doadores de sangue bem como a realização de exames laboratoriais no sangue coletado, visando a prevenir a propagação de doenças, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 27 jan 1988 [acceso 10 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2RreDRD>
7. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 5 out 1988 [acceso 10 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2yjVK9X>
8. Brasil. Lei nº 10.205, de 21 de março de 2001. Regulamenta o § 4º do art. 199 da Constituição Federal, relativo à coleta, processamento, estocagem, distribuição e aplicação do sangue, seus componentes e derivados, estabelece o ordenamento institucional indispensável à execução adequada dessas atividades, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 21 mar 2001 [acceso 10 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2SXjOJB>
9. Brasil. Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* [Internet]. Brasília, 29 set 2017 [acceso 10 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3wfPrMV>

10. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 34, de 11 de junho de 2014. Dispõe sobre as boas práticas no ciclo do sangue. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, 16 jun 2014 [acesso 10 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/2S044VO>
11. Salvadori M, Hahn GV. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/aids. Rev. bioét. (Impr.). [Internet]. 2019 [acesso 10 fev 2021];27(1):153-63. DOI: 10.1590/1983-80422019271298
12. Arruda ABL, Gomes FVBAF, Carneiro TRM, Moreira LM, Menezes FF, Souza LF *et al.* Importância do voto de autoexclusão na triagem dos doadores de sangue. Braz J Health Rev [Internet]. 2019 [acesso 10 fev 2021];2(6):5091-107. DOI: 10.34119/bjhrv2n6-017
13. Feil GS. Comunicação: condição ou impossibilidade humana? Galaxia [Internet]. 2013 [acesso 25 fev 2021];26:48-59. Disponível: <https://bit.ly/33PeWbK>
14. Sampaio SS, Rodrigues FW. Ética e sigilo profissional. Serv Soc Soc [Internet]. 2014 [acesso 10 fev 2020];117:84-93. DOI: 10.1590/S0101-66282014000100006
15. Juramento de Hipócrates. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2001 [acesso 10 fev 2020]. Disponível: <https://bit.ly/3bH1VEr>
16. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília, nº 211, p. 179, 1 nov 2018 [acesso 10 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/33R6lj8>
17. Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro. Parecer CREMERJ N. 16/92 [Internet]. 1992 [acesso 16 maio 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3fpTgYP>
18. Zanco G, Gonçalves ME, Bonamigo EL. Implicações do sigilo médico em caso de HIV positivo. Anais de Medicina [Internet]. 2018 [acesso 10 fev 2021];1:61-2. Disponível: <https://bit.ly/3hvRFDF>
19. Associação Brasileira de Normas Técnicas. ABNT NBR ISO/IEC 17799:2005. São Paulo: ABNT; 2005.
20. Penitenciária Apostólica reitera inviolabilidade do sigilo sacramental. Vatican News [Internet]. Sacramentos; 1 jul 2019 [acesso 10 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3buLCeT>
21. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo Lei nº 10.241, de 17 de março de 1999. Dispõe sobre os Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Estado. Diário Oficial do Estado de São Paulo [Internet]. 18 mar 1999 [acesso 10 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3tPfskp>
22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual técnico de hemovigilância [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2003 [acesso 17 fev 2021]. Disponível: <https://bit.ly/3uSW8UO>
23. Ferreira O. Estudo de doadores de sangue com sorologia reagente para hepatites B e C, HIV e sífilis no hemocentro de Ribeirão Preto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

Newton Key Hokama – Doctor – newton.hokama@unesp.br

 0000-0001-7555-7215

Pedro Bonequini Junior – Magister – pedro.bonequini@unesp.br

 0000-0001-9228-1337

Paula de Oliveira Montandon Hokama – Doctora – paula.hokama@unesp.br

 0000-0003-3474-4422

Correspondencia

Newton Key Hokama – Avenida Professor Mário Rubens Guimarães Montenegro, s/n, Campus Universitário de Rubião Junior CEP 18618-687. Botucatu/SP, Brasil.

Participación de los autores

Newton Key Hokama idealizó la investigación y fue el autor principal del artículo. Pedro Bonequini Junior colaboró en la discusión del estudio y en la redacción del texto, especialmente en lo referente a la práctica hemoterapéutica. Paula de Oliveira Montandon Hokama también participó en la discusión y revisó el texto final.

Recibido: 12.3.2020

Revisado: 4.5.2021

Aprobado: 5.5.2021