La orientación sexual como criterio de exclusión para la donación de sangre en Colombia

Tesis de grado para optar al titulo de Magister en Derecho con Orientación en Derecho Constitucional y Derechos Humanos

Autor: Martín Humberto Casadiegos Santana

Director de Tesis: Demian Zayat

Universidad de Palermo

Maestría en Derecho Constitucional y Derechos Humanos.

Buenos Aires

Septiembre - 2014

Tesis de grado para optar al titulo de Magister en Derecho con orientación en Derecho Constitucional y Derechos Humanos

La orientación sexual como criterio de exclusión para la donación de sangre en Colombia

Autor: Martín Humberto Casadiegos Santana

Mail: martincasadiegos@gmail.com - Teléfono: 11 668 20238

Legajo: 70222

Director de Tesis: Demian Zayat

_____	_____
DEMIAN ZAYAT	**MARTIN H CASADIEGOS**
Firma del Director	**Firma del Alumno**

Universidad de Palermo

Maestría en Derecho Constitucional y Derechos Humanos.

Buenos Aires

Septiembre – 2014

Dedicado a:

Mi Madre, por acompañarme con sus oraciones
Mi Esposa, por toda su contención e infinito amor
Mi Hijo, porque con sus sonrisas llena mi vida de motivación

Abstract

El presente estudio en grado de conocimiento ***deductivo y descriptivo***, procura examinar, la problemática jurídica que surge al cuestionar los criterios de prevención sanitaria de la encuesta para la selección de donante de sangre, o formulario de autoexclusión para la donación de sangre en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a la luz de los principios de igualdad no discriminación regulados por la Constitución Política Nacional y la línea jurisprudencial de la Corte Constitucional Colombiana.

La normativa de prevención sanitaria en Colombia, propone una política de hemovigilancia epidemiológica con base en reducción del ámbito de donantes a grupos de bajo riesgo mediante formularios de autoexclusión, y tamizaje de las muestras de la sangre obtenida por donantes.

Se le cuestiona a estas políticas sanitarias, que el criterio de la homosexualidad en hombres para diferir la donación de sangre, se basa en prejuicios de arrastre histórico, originados en los años en que se conocía poco sobre la naturaleza del VIH y el SIDA, y no en criterios científicos actualizados.

Actualmente, ha quedado demostrado que una de las formas de transmisión de la enfermedad son las prácticas sexuales inseguras, y no la orientación sexual de las personas.

La restricción de donar sangre a las personas con orientación sexual diversa constituye, por tanto, una medida que no es considerada conducente para identificar a los donantes que configuran un riesgo, ya que va dirigido, no a los comportamientos sexuales riesgosos, que son los que realmente están

expuestos a una transmisión de VIH, sino a una calidad íntima de la identidad del donante, que *per se* no identifica riesgo alguno.

Palabras Clave

Medicina Transfusional

Donación de Sangre

Orientación sexual

Derecho constitucional

Criterio de prevención

Encuesta para la selección de donante de sangre

Grupo de Riesgo

Conducta Riesgosa

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

República de Colombia

Algunas Precisiones Conceptuales

En atención a que el presente trabajo tiene como objetivo implícito, la reducción de los índices de discriminación y estigmatización, existentes y empotrados en nuestra cultura. Consideramos procedente realizar dos (2) precisiones conceptuales, en procura de darle un contexto al lector, desde el inicio del abordaje de la presente investigación académica.

Grupos de Riesgo: Al hacer referencia a este término, lo haremos entre comillas (“”), como forma de mantener presente la cautela en el lector, ya que la finalidad de su cita, no es incrementar un factor estigmatización y discriminación existente, frente a las comunidades afectadas, si no establecer una clara y didáctica diferenciación entre los considerados “grupos de riesgo” y conductas riesgosas.

Homosexualidad / Homosexuales: los presentes términos de “homosexual y homosexualidad”, están referenciados como “termino problemático” en las recomendaciones de la UNESCO, sobre terminología y redacción del material relativo a el VIH y el SIDA. En este orden el referido documento sugiere como “termino recomendado” el de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), si se trata de análisis epidemiológicos.

“En general si no se esta seguro del uso apropiado conviene hablar de HSH y no de homosexuales. Sin embargo muchos HSH, no se definen así mismos como homosexuales. En conclusión los términos Homosexuales y HSH remiten a identidades sociales diferentes.” (UNESCO, 2008)

Para los miembros de la comunidad se debe hacer uso explicito acorde a la orientación sexual de su preferencia como: gay, lesbiana, bisexuales, transexuales e intersexuales.

En el desarrollo del presente trabajo procuraremos el correcto uso de la terminología, acorde a cada una de las situaciones descritas, y solo haremos referencia al palabra homosexual, cuando está este enmarcada en un contexto histórico, a fin de mantener la connotación e implicancias que el uso del término devenía para su época.

Por lo demás, tomaremos el recaudo necesario para atender las recomendaciones terminológicas de la UNESCO y así evitar el uso de “términos problemáticos”, a fin de utilizar un lenguaje homogéneo y desprovisto de prejuicios por razones de la orientación sexual.

Tabla de contenido

Abstract **4**

Palabras Clave **6**

Algunas Precisiones Conceptuales **7**

Introducción **1**

Objetivos de la investigación **4**

General 4

Específicos 4

Aspectos metodológicos de la investigación. **5**

Antecedente **6**

Inicio del Proceso Investigativo 6

A–Contexto Histórico **7**

I. Origen de la Prohibición de la Donación de Sangre por parte de homosexuales. 9

a. La Homosexualidad como enfermedad. 14

b. El VIH y sus incidencias sociales. 18

c. El VIH y sus incidencias normativas 21

B- Discusiones Conceptuales y Empíricas ¿La Homosexualidad como "Grupo de Riesgo" o Conducta Riesgosa? **27**

I. Aportes de la Medicina Transfusional y la Epidemiologia a la Búsqueda de una Solución. 29

II. "Grupos de Riesgo" y Conductas Riesgosas 32

III. Estudios que sustentan las posturas a favor y en contra de la exclusión de HSH como donantes de sangre 36

a. Observación de "grupos de riesgo" y conductas de riesgo en las encuestas consultadas 42

C - Marco Constitucional, Normativo y Jurisprudencial para la donación de sangre en Colombia **54**

I. Aportes a la discusión del Derecho Constitucional y Derechos Humanos..... 55

a- Línea Jurisprudencial de la Corte Constitucional Colombiana..... 59

b- Principio de Igualdad y No Discriminación como parte del *iuscogens* internacional. 62

II. Normas reguladoras de la actividad ejercida por los bancos de sangre 65

III. Test de Proporcionalidad y Criterio sospechoso como herramienta de síntesis..... 76

IV. Leading case. 78

Conclusiones Finales..... 83

Glosario de Siglas 90

Referencias de Consulta..... 91

Bibliografía..... 92

Anexos 112

Anexo I..... 112

Anexo 2..... 114

Anexo 3..... 118

Introducción

El presente trabajo académico está encaminado a analizar la orientación sexual como criterio de exclusión para la donación de sangre, delimitando geográficamente a la República de Colombia, basándonos en los parámetros constitucionales y la línea jurisprudencial marcada por la Corte Constitucional Colombiana (en adelante: La Corte), con énfasis en los principios de igualdad y no discriminación .

Para ello, en nuestro país, se ha implementado la práctica de un formulario de autoexclusión para la donación de sangre, mediante una encuesta para la selección del donante, que procura minimizar los riesgos de contagio de enfermedades infecciosas, con especial énfasis en el VIH y el SIDA.

La contradicción que encierra dicha postura, es que, del modo que se ha implementado en nuestro país la instrumentación preventiva, para salvaguardar el bien jurídicamente tutelado a la salud y la vida, de mayor entidad, avanza sobre los principios de igualdad y no discriminación.

En este sentido surge la antinomia entre la preservación de la vida, que goza de una jerarquía jurídica fundamental y el daño moral o la discriminación que sufriere el donante.

En su contrapuesto, se erigen argumentos que sostienen que los formularios de autoexclusión, al considerar como “grupos de riesgo” a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (En adelante HSH[1]), lo hacen con

[1] El termino hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSM o por su sigla en ingles MSM), fue acuñado en la década de los 90, por algunos epidemiólogos que estudiaban la propagación de las

base en criterios científicos vetustos, superados por los indicadores de las nuevas investigaciones epidemiológicas, que reflejan un avance de la epidemia VIH hacia otros grupos, no siempre considerados de riesgo, como heterosexuales con conductas sexuales promiscuas.

Se agrega que el formulario induce a los HSH a mentir sobre sus preferencias sexuales, a fin de poder cumplir con su deseo altruista de donar sangre, en especial cuando se trata de familiares.

En esta postura, se considera a la encuesta para la selección de donante de sangre, orientada hacia sectores de manera discriminatoria, ya que no hace hincapié en las conductas de riesgo, sino que estigmatiza a partir de la orientación sexual del posible donante.

Por consiguiente el presente trabajo académico traza como objetivo general de la investigación el analizar la orientación sexual como criterio de exclusión para la donación de sangre en Colombia a la luz de los principios de igualdad y no discriminación de la Constitución Política Nacional (En adelante: CPN).

Para alcanzar dicho objetivo realizaremos un abordaje inicial desde el contexto histórico que nos permita valorar la evolución que el tema ha venido presentando, desde un contexto social y científico.

Dado que esta problemática requiere de una revisión multidisciplinar, versa sobre la vida e implica la aplicación de criterios medico-científicos, se valoraran conceptos y procedimientos para contar con una base teórica sólida que permita encuadrar la discusión en términos que impidan los sesgos y

infecciones de transmisión sexual en varones. http://sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_1/Vitoria_Isusi_1/documentos/lenguajes.htm

reduccionismos simplistas, apoyados en discusiones conceptuales y empíricas que nos permitan tener una mejor visión de la problemática examinada.

En este orden nos apoyaremos en los principios y derechos fundamentales consagrados en la CPN y en los avances de La Corte, como criterio orientador encaminado a establecer aquellas contraposiciones normativas que establezcan un trato diferenciado fundado en la orientación sexual.

Para ello el presente trabajo tendrá un carácter ***descriptivo***, dado que se pretende únicamente recoger información y conceptos de manera independiente. (Sampieri, Collado, & Lucio, 2008, pág. 102) Su finalidad, será ***aplicada***, dado que se espera que sirva para tomar acciones, establecer políticas y estrategias, o resolver jurídicamente el problema expuesto.

Con un abordaje que recorre distintas perspectivas de una misma problemática, busca proporcionar aportes significativos para futuros estudios; provenientes de distintas disciplinas y fuentes, que permitan obtener una visión ordenada y profunda de los valores en discusión.

Objetivos de la investigación

A fin de dar respuesta pertinente al interrogante científico, se procura, en este estudio, dar cumplimiento a los siguientes objetivos propuestos:

General

- Analizar la orientación sexual como criterio de exclusión para la donación de sangre en Colombia según los principios de igualdad y no discriminación de su constitución

Específicos

- Analizar el contexto histórico de los diferentes hechos y fenómenos sociales que dieron nacimiento a la prohibición de la donación de sangre en comunidades homosexuales en el orden nacional e internacional.
- Revisar las diferentes discusiones conceptuales y empíricas a fin de establecer con claridad la diferenciación existente entre “Grupos de Riesgo” y Conductas Riesgosas.
- Desarrollar un estudio de la normatividad constitucional, legal y jurisprudencial referida a la donación de sangre en Colombia como criterio de desigualdad.

Aspectos metodológicos de la investigación.

Se aplicará el método ***deductivo*** de carácter ***descriptivo*** y con una finalidad ***aplicada,*** al efectuar análisis de la Constitución Nacional, legislación, jurisprudencias y estudios previos a esta investigación, buscando establecer las situaciones que se han dado en Colombia frente a temas tan sensibles como la orientación sexual.

Para ello, se evaluarán los criterios de hemovigilancia en Colombia a la luz del derecho a la igualdad de grupos y minorías sexuales, así como el abordaje y línea jurisprudencial dado por la Corte, para llegar a un análisis crítico en la materia, a partir de lo analizado, estudiado y evaluado, buscando especialmente el respeto de los derechos fundamentales.

En este orden se analizara el marco normativo que regula la actividad de los bancos de sangre y las disposiciones que hacen alusión a los criterios de exclusión de donantes, en concordancia con la carta constitucional.

Asimismo, se recopilarán los aportes científicos y epidemiológicos que sustenten las posturas en pugna, y se tomarán en cuenta los aportes de la medicina transfusional,

Antecedente

Inicio del Proceso Investigativo

Se cuenta como antecedente, con el estudio de la misma autoría que el presente: Casadiegos Santana, M. H. (2012)que versa sobre “El Trato Desigual para los Homosexuales en la Donación de Sangre en Colombia” y se ha desarrollado en el curso de Estudios Empíricos sobre Desigualdad en la Universidad de Palermo, bajo la dirección del Dr. Demian Zayat.

En dicho estudio se analiza el marco normativo pertinente a la luz de los acontecimientos históricos, los avances científicos y la evolución epidemiológica del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), a fin de determinar “si la exclusión como donantes de sangre de los hombres que han tenido relaciones sexuales masculinas constituye una medida adecuada para evitar que a los receptores de sangre se les transfiera sangre infectada con VIH/SIDA.” (Casadiegos Santana, 2012, pág. 6)

El estudio concluye que el formulario de autoexclusión para la donación de sangre (Encuesta para la selección de donante de sangre en Colombia) posee un enfoque discriminatorio y propone medidas inadecuadas de criterio preventivo, que induce a comportamientos de ocultamiento del hecho de haber sostenido relaciones homosexuales por parte del donante, afectando la finalidad de dicho formulario.

A–Contexto Histórico

La transfusión de sangre ha llevado problemáticas al ámbito normativo desde sus inicios. La primera transfusión a un humano documentada, ha sido en 1667 por el filósofo, matemático y médico de Luis XIV, Jean Baptiste Denis, quien transfundió sangre de animal al humano. Lamentablemente el resultado fue fatal, por lo que intervino la justicia prohibiendo dichas prácticas, que no se retomaron sino hasta el siglo XIX. (Torres Fabios, 2008, pág. 9)

Este es el primer antecedente en el cual, ante el riesgo que significaba para la vida humana la consecución de ciertas prácticas en materia de transfusión sanguínea, el derecho ha debido intervenir, a fin de proteger los derechos fundamentales del sujeto humano.

Tras el aporte de distintos científicos, en especial el de Karl Landsteiner, Jansky y Moss, quien realizan importantes avances inmunológicos, entre ellos el descubrimiento de los grupos sanguíneos, en 1910 se incorporó la transfusión sanguínea a la práctica médica habitual. (Torres Fabios, 2008, pág. 18)

Durante las siguientes décadas previas a 1984, los riesgos que ocupaban la atención de la comunidad médica para los receptores de transfusiones de sangre y derivados sanguíneos, consistían en reacciones febriles y urticarias, y otros de escasa relevancia clínica.

Casos más severos, como sepsis transfusional, infección viral y errores administrativos, se daban raramente, por lo que no se modificaron los hábitos clínicos en función de reducir esos riesgos.

El cambio se dio en 1984, en forma dramática y abrupta en las prácticas transfusionales, como una transición precipitada por la relación epidemiológica del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), con la transfusión de sangre y derivados sanguíneos.

Esta nueva enfermedad, inmediatamente recibió la calificación de “peste” que atacaba a la humanidad. El conocimiento de la relación de la transmisión de la infección con la sexualidad, la sangre y las drogas, produjo lo que Grmek llama, “reacciones histéricas colectivas”.

Ello llevó a que la enfermedad, desde un principio fuera vista como extraña, como una invasión procedente de países subdesarrollados y subgrupos marginales y moralmente reprensibles, que irrumpía en un mundo ordenado: “un virus extraño venido de afuera” (Grmek, 1992, pág. 25).

Desde un principio la enfermedad se vio asociada a la marginalidad social y a la pobreza, lo cual se sostiene desde las cifras que señala la evolución de la enfermedad en la población mundial, dado que continúan siendo los sectores más afectados. (de la Torre Díaz, 2013, pág. 26)

> El sida apareció como una enfermedad de transmisión sexual ligada más bien a la perversión sexual y acompañada como es obvio de una fuerte condena moral que aún hoy persiste. En efecto, se consideraba que era una enfermedad de homosexuales y de prostitutas, y de aquellos que mantenían relaciones sexuales anónimas sin medidas de protección. Es así como homosexuales, prostitutas y promiscuos llegaron a configurar un grupo de riesgo que a la vez es un "grupo culposo". (von Engelhardt, Mainetti, Amatriain, & Meyer, 2004, pág. 223)

En este proceso, en el que la sangre es un bien escaso, el donante continúa siendo vital, ya que no puede ser reemplazado, por lo que las controversias en relación a los efectos adversos asociados al donante, resultan altamente

perjudiciales, lo que motivo el inicio de medidas preventivas, conducentes a evitar la propagación de la enfermedad y a su vez garantizar el suministro de sangre como recurso de alto valor.

> Con el fin de prevenir los riesgos asociados a la transfusión, se han tomado distintas medidas, entre ellas la aplicación de criterios para la selección de los donantes, la aplicación de pruebas de tamizaje y la inactivación de virus. La selección de la población de donantes es la medida que ha tenido mayor impacto sobre la seguridad de la sangre. Se ha demostrado que una alta población de donantes voluntarios está asociada con una baja tasa de transmisión de los agentes infecciosos que suelen vincularse con la transfusión. (García Gutiérrez, Sáenz de Tejada, & Cruz, 2003, pág. 86)

Ello se ha plasmado en la búsqueda de donantes voluntarios y provenientes de grupos poblacionales de bajo riesgo, preferentemente, y de ser posible, que donen a repetición, como modo de reducir las posibilidades de contagio y aumentar los estándares de calidad de la sangre, hechos que motivaron a el origen de la prohibición de la donación de sangre por parte de hombres homosexuales, como parte de una estrategia de exclusión de “grupos de riesgo” conocidos.

I. Origen de la Prohibición de la Donación de Sangre por parte de homosexuales.

> “El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH”. (OMS, pág. 1)

Existen mares de tinta que relatan los diferentes orígenes del VIH, desde posiciones científicas, religiosas y matizadas con temas políticos relacionados a la dominación del orden mundial como arma biológica.

Persisten las teorías que la enfermedad esta íntimamente relacionada, a la producción deliberada de un virus alterado genéticamente con la finalidad de acabar con los grupos homosexuales y no blancos en Estados Unidos, así como también la reducción de los niveles de población en los países de tercer mundo.

Estas posturas fueron respaldadas en el escenario internacional por la bióloga Wangari Maathai, premio nobel de paz en el año 2004 y por el prestigioso científico epidemiólogo alemán Jakod Segal quien descubrió la semejanza entre el VIH y una hibridación del VISNA[2] cruzado con el HTLVI[3].

El VIH y el SIDA, son posiblemente una de las más grandes tragedias de la historia epidemiológica de la humanidad, y los interrogantes sobre su origen no han sido claramente establecidos.

Para el año 1989, en pleno corazón de África, fue hallado un chimpancé presentaba manifestaciones patológicas de un virus, de una notable similitud con el VIH, el cual fue llamado Virus de Inmunodeficiencia Símica (VIS).

[2] La infección de ovinos con el virus de Maedi-Visna (MVV) se caracteriza por artritis de progresión lenta, neumonía, mastitis y encefalomielitis. El agente causante de la enfermedad es un virus clasificado como un lentivirus, un subgrupo de retrovirus. La infección por MVV se encuentra en todas partes del mundo. http://www.idexx.es/livestock-poultry/ruminant/caev-mvv.html tomado el 15 de septiembre del 2014

[3] Forma de leucemia que raramente resulta fatal pero altamente contagiosa.

Pero el epicentro de la enfermedad para los humanos, esta a noroeste de Uganda, cuando un grupo de investigadores Estadounidenses y Belgas, recopilaron alrededor de dos mil muestras de sangre en adultos, de los cuales se encontró una de ellas como cero positivo.

Para el mundo científico esta es la primea muestra registrada del virus, la cual fue denominada L70, y tomada en el año 1959, en la comunidad de Leopolville, antigua capital del Congo Belga, 20 años antes de la aparición de la enfermedad en Norte América.

Estos eventos dan origen a la teoría de "Transmisión Temprana," que sostiene que el virus pasa de los primates a los humanos gracias a la caza y consumo de carne de los simios[4].

La segunda teoría menos desarrollada[5], es aquella que apunta a la utilización de simios como instrumento facilitador para la aplicación y desarrollo de vacunas contra la poliomielitis y la hepatitis B (Multimedia France, 2010)

El hecho de que las prácticas sexuales homosexuales estén consideradas dentro de los grupos de alto riesgo, nace el 5 de junio de 1981 en el Centro para el Control de Enfermedades de los Ángeles (EEUU), donde se reporto la aparición de varios casos neumonía y sarcoma de Kaposi, dentro de los mismos pacientes, hecho que llamo la atención de la comunidad científica, y

[4] Para muchos científicos dicha teoría no explica la aparición del virus del VIH en nuestros tiempos, ya que la casa y consumo de carne de simio se produce en estas regiones desde tiempos inmemorables.

[5] Esta teoría, no tuvo mucho desarrollo por las connotaciones sociales y de salud publica que ella sobrellevaba, ya que al estar íntimamente ligado al desarrollo y aplicación de la vacuna contra la poliomielitis, muchas madres dejaron de vacunar a sus hijos contra esta terrible enfermedad, sumado al hecho que el descubrimiento y desarrollo de la vacuna anti-polio, fue considerado en su momento un éxito científico.

llevo a establecer un patrón del paciente infecto contagioso, conocida como VIH, concluyendo así que la enfermedad era propia de los hombres homosexuales, a causa de lo cual fue llamada la “Peste Rosa” o “El Cáncer Gay”.

Esta medida se introdujo para prevenir la transmisión del VIH, en un período de gran incertidumbre científica y un importante pánico moral sobre esta enfermedad. Al mismo tiempo el virus empezó a afectar desproporcionadamente a la población homosexual sexualmente activa, lo cual produjo una crisis humanitaria al interior de esta comunidad y un importante activismo para hacer frente a la problemática.

Sin importar que posteriormente se lograran ubicar otros grupos de contagio como las mujeres dedicadas al trabajo sexual y los usuarios de droga por vía intravenosa, el estigma solo crecía sobre la comunidad homosexual, sumada a las altas estadísticas de contagio reportadas por las diversas organizaciones de salud.

Esta concentración de la epidemia en la comunidad homosexual, creó un ambiente de hostilidad y estigma por parte de la población en general y de los fundamentalistas políticos. Muchas personas culparon a los homosexuales como los causantes de la enfermedad, lo cual tuvo impactos en sus vidas y en muchos casos en su salud. Se creó una retórica homofóbica que asociaba el SIDA con los homosexuales para estigmatizarlos, humillarlos y sacarlos de la vida social, tal y como ocurre hoy en países como Uganda.

Como lo recuerda Susan Sontag “toda enfermedad epidémica es temida, pero especialmente aquellas que se asocian con la licencia sexual, genera una distinción preocupante entre los portadores putativos de la enfermedad y los que se definen como “la población en general”… el SIDA ha resucitado las mismas fobias y miedos de contagio entre quienes, con respecto a esta enfermedad, caen bajo la definición de la “población general”. (Sontang, 2012)

La comunidad de hombres homosexuales, fue culpada de la aparición de la enfermedad y hasta se considero que era una forma de limpieza y exterminio de las minorías sexuales. Sin faltar algunas iglesias exclamaron en el nombre de Dios, un castigo divino por sus prácticas sexuales.

Todo esto ayudó a generar una mayor discriminación y rechazo de los grupos homosexuales, aunado al notable encubrimiento de la enfermedad y la propagación del virus, bajo la errónea creencia de que la heterosexualidad seria el escudo salvador de vidas.

Reconocer esta historia y la compleja relación entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, el VIH y el SIDA[6] es importante para identificar los prejuicios que hoy se mantienen en la legislación y en las ideas sociales.

A las personas con orientación homosexual se les trató por años como “portadores putativos” del VIH-SIDA lo cual afectó la vida social de miles de personas que vivían su sexualidad de forma distinta a la mayoritaria, y además

[6] Dicha diferenciación entre VIH y el SIDA se hace a efectos de evitar la confusión entre VIH (referido al virus) y sida (referido al síndrome clínico).Ver: Documento “Orientaciones termilogicas de la ONUSIDA. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf

creó una falsa seguridad en la población heterosexual con la consecuente despreocupación de la prevención y protección de la infección. (Sontang, 2012)

a. La Homosexualidad como enfermedad.

La homosexualidad ha sido objeto de estudio en diferentes y variados campos, biológicos, educativos, psicológicos y por varias especialidades médicas, que la abordan desde un punto de vista funcional, hereditario, hormonal y genético.

Con el descubrimiento de la testosterona en 1934, se trató de dar una explicación referente a las personas con orientación homosexual, presumiendo que se hallaba en pocas cantidades o no se producía, sin embargo se evidenció que esta hormona, encargada de fijar los caracteres sexuales masculinos como el tono de voz, la configuración corporal, la aparición de vello en el cuerpo y otras características, no está ausente en homosexuales.

Bajo estos parámetros un considerable número de notables médicos, psicólogos y psicoanalistas, que han dedicado gran parte de sus estudios a la homosexualidad, llegando a catalogarla como una enfermedad. Hecho que robusteció de una u otra forma el estigma social que recae sobre esta población minoritaria.

Hasta los años 70, la homosexualidad era considerada una enfermedad mental y se encontraba presente en el manual de psiquiatría DSM[7], a pesar de que nunca existió prueba alguna que clínicamente demostrara que la homosexualidad era una patología.

[7]Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales. Psiquiatría.

> La mayor parte de los problemas que tenían los homosexuales no eran debidos a su particularidad biológica (homosexualidad) sino a la presión mayoritaria del resto de la sociedad (heterosexual) intentando eliminar tal anomalía de la curva, mediante discriminación o promulgación de leyes contra los homosexuales y finalmente ser considerados enfermos mentales. (Vidal & Lantigua, 2002)

La homosexualidad ha sido tratada como una enfermedad durante muchos años. A tal punto fue intensa la polémica, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha debido publicar un posicionamiento técnico el 17 de mayo de 2012, en el que hace un llamado a los gobiernos, las instituciones académicas, asociaciones profesionales y medios de comunicación a reconocer que la homosexualidad no es un trastorno o enfermedad, y que por lo tanto no requiere cura.

El documento técnico de la OPS señala que existe consenso profesional en considerar a la homosexualidad como una variación natural de la sexualidad humana, y no una condición patológica. Asimismo, llama a la denuncia de las terapias de “reconversión” y a las clínicas que ofrezcan este tipo de tratamientos que pretenden cambiar la orientación sexual de los no heterosexuales. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2012).

Resulta inaudito, que ante los avances de la ciencia, se deba llamar a la sensatez a los supuestos servicios de curación de personas con orientación sexual no heterosexual, lo cual carece de justificación médica, y representa una grave amenaza para la salud y en bienestar de las personas afectadas.

A lo largo de los años, los tratamientos de “reconversión” han sido variados, desde descargas eléctricas o inyecciones que inducían al vómito para asociar la conducta homosexual a algo negativo, terapia psicoanalítica, que procuraba encontrar las razones del conflicto y sacarlo a la luz para dejar de ser

homosexual, tratamientos hormonales, terapias religiosas y hasta cirugía cerebral que consistía en destruir una parte del hipotálamo para eliminar el deseo sexual de la persona, etc. No hubo un solo caso de éxito en toda la historia de este tipo de terapias. (Vidal & Lantigua, 2002)

A pesar de carecer de fundamento científico, subsisten sectores que sostienen la homosexualidad es una enfermedad, perpetuando la polémica. (Ojo Científico, 2013) (Olivares Alonso, 2013) (El Mundo, 2014) (Antena 3, 2014) (Aciprensa, 2003)

> La asociación americana de psiquiatría define la orientación sexual como la atracción romántica, emocional o sexual de una persona hacia otra. Si esa persona es del sexo contrario se dice que es heterosexual, si es del mismo sexo se dice que es homosexual y si esa persona cae en el espectro continuo de atracción tanto a hombres como a mujeres se dice que es bisexual. (Vaqué, 2013)

Como se puede observar, la homosexualidad no se refiere solo al comportamiento sexual, sino también a los sentimientos y a la identidad. Es una cuestión identitaria que recibe tratamientos muy diversos en distintos países.

Esto incluye, desde matrimonio igualitario hasta pena de muerte, como se puede apreciar a continuación.

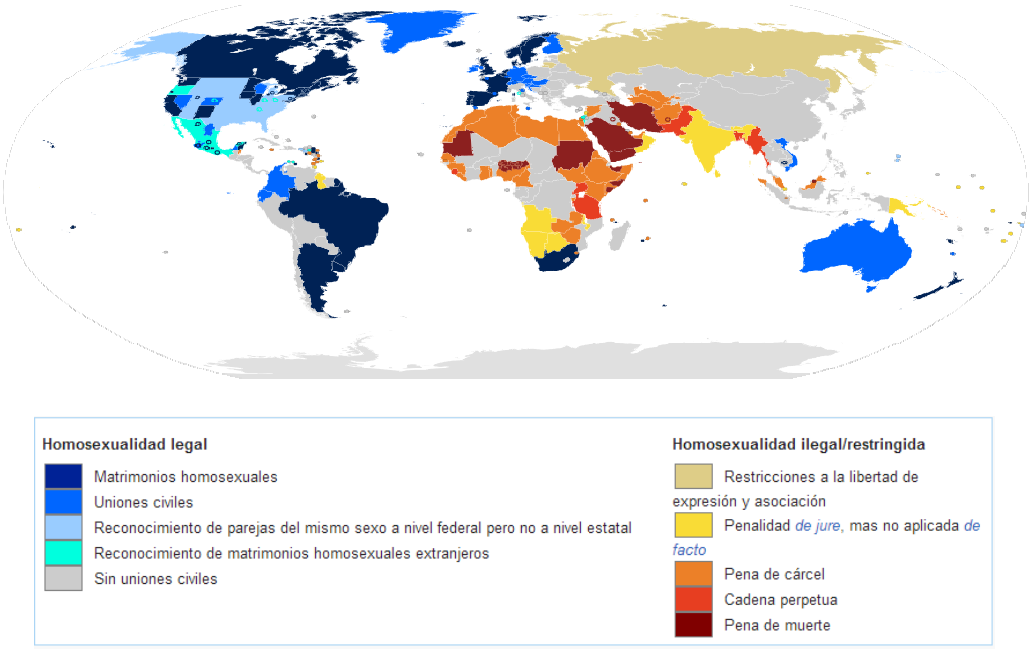


Gráfico: 1. "Estatus legal de relaciones homosexuales" Fuentes: (Wikimedia commons, 2014) (World, 2014)

La amplia diversidad que existe en el tratamiento que se da a la homosexualidad, como se puede apreciar, no procede del ámbito científico, sino del cultural y social, en el que muchas decisiones normativas se nutren de ideologías, ignorancia y prejuicios, profundizados por la asociación del VIH a la comunidad homosexual.

Señalan los investigadores (Haro Morando, 2010), (Vaughan, 2010, pág. 366), que el temor que rodea al SIDA, ha sido utilizado para justificar la discriminación contra los homosexuales, y sustentados en el desconocimiento existente frente a la enfermedad y la alta prevalencia en la población homosexual que para el año 1988, en EEUU, el 63% de los casos correspondía a HSH.

Todos estos factores vinculantes entre el virus y la población homosexual, dio lugar al surgimiento de un contorno cultural, que nos lleva a la necesidad de

analizar las incidencias sociales del VIH y el modo en que esto se relaciona con la comunidad homosexual y heterosexual.

b. El VIH y sus incidencias sociales

El VIH es una pandemia que, a pesar de los esfuerzos médicos y sanitarios para contenerla y combatirla, ha crecido en *incidencia* y *prevalencia*[8] desde sus inicios hasta la actualidad. Se discute largamente acerca de los motivos, y es un tópico común el argumento de que resulta especialmente difícil contrarrestar la expansión del virus, porque ello depende, en gran medida, de decisiones de conducta personales del individuo.

> El SIDA ha creado una extraordinaria gama de problemas éticos y morales. Como enfermedad mortal que se propaga en el ámbito de las relaciones más íntimas ha hecho surgir difíciles interrogantes particularmente, sobre la doble función del Estado (cuando verdaderamente la cumpla) de fomentar la salud pública y proteger a los débiles e indefensos atrapados en esta enfermedad. Del desempeño de estas funciones dependerá en gran parte la conducta de la sociedad en comprender asimilar y apoyar el respeto de los derechos humanos elementales y la dignidad de las personas que viven con el VIH. (Cordero Ruiz, Díaz Luis, Emelina, Peraza Correa, José, González, Boris, & Cruz Picorn, Virginia, 2003)

La expansión de la epidemia en un contexto de gran incertidumbre, producto de la falta de información existente en los comienzos de la enfermedad, relacionada con sus causas y formas de contagio. A prueba de ello, muchas personas han sufrido despidos, prisión, expulsiones, destierro, negación de libertad de tránsito, abandono de los servicios de salud, aislamiento, rechazo y ocultamiento.

[8]La incidencia es una medida del número de nuevos casos de VIH/SIDA en cada año. La prevalencia es el porcentaje de individuos afectados, en relación a la población total, y define el nivel de riesgo de contagio de la población.

La ciencia ha avanzado y los conocimientos se han incrementado, sin embargo, las actitudes discriminatorias persisten, y la solidaridad y el respeto, así como el respeto por los derechos de las personas infectadas, se encuentran lejos de instalarse en la sociedad. (Cordero Ruiz, Díaz Luis, Emelina, Peraza Correa, José, González, Boris, & Cruz Picorn, Virginia, 2003).

Existen sobre determinados grupos sociales diferentes señalamientos o estigmas, que marcan sobre una persona o grupo social un parámetro de desigualdad o anormalidad. Estas diferenciaciones construidas en múltiples niveles, científicos, sociales, económicos, religiosos y políticos, han sido en la historia unas marcas que entorpecen y dificultan el desarrollo social o económico de un individuo o grupo poblacional, restringiendo el acceso aquellos derechos básicos de todo ser humano, como lo son la educación, salud y trabajo entre otros. (Parker & Aggleton, 2012)

De dicha problemática no han escapado las personas que viven con VIH, quienes se han convertido en las "portadoras putativas" de "un atributo significativamente desacreditador" que socialmente sirve para degradar a la persona que lo posee". (Parker & Aggleton, 2012, pág. 1)

La discriminación y el señalamiento comúnmente se presentan acompañados de factores de opresión y limitaciones al sistema social[9] , por ello debemos de ejercer una dinámica pensada en descubrir e identificar el verdadero daño ocasionado al sostener e implementar un parámetro discriminatorio por simple que este parezca, ya que su trasfondo tiene connotaciones más relevantes que

[9] Dichas limitaciones sociales deben ser entendías como la falta de accesos a el sistema educativo, de salud y el libre acceso al trabajo.

la misma causa que lo origina, y como ejemplo de ello están las personas que viven con el VIH.

El proceso de discriminación en el cual involucramos a diferentes grupos como el Lesbianas- Gay- Transexuales –Bisexuales –Intersexuales,(en adelante LGTBI) llega denotar un señalamiento implícito como “portadores de VIH”, sin pensar en los niveles de exclusión a los cuales estamos sometiendo a una persona que vive con el VIH o no, aumentando así el trato discriminatorio y desigual.

En una sociedad cada vez más competitiva, empotrar factores discriminatorios de clase, genero, edad, raza, sexualidad u orientación sexual, implica el aumento de factores de exclusión, que crea grupos de poder que terminan imponiendo su voluntad frente a el grupo minoritario que generalmente goza de exclusión, los cuales a su vez terminan aceptado aquellas limitantes.

En la medida en que la sociedad acentúe sus desigualdades, solo estaremos limitando el acceso social a estas minorías y creando problemas aun mayores a la causa primaria que lo origina y que en la mayoría de los casos es desconocida total o parcialmente. (COLOMBIA DIVERSA, 2004)

El estigma del VIH y el SIDA, ha generado un camuflaje del individuo frente a la sociedad que los señala, como una forma de protección, por causa del rechazo y la discriminación dentro de su círculo social y familiar, impidiendo el control individual de una enfermedad altamente tratable y la evaluación, control y seguimiento por parte de los diferentes organismo que buscan regular el tema. Por tal motivo se evidencia que:

> “Gran parte de la información que tenemos sobre el estigma ligado al VIH y la consecuente discriminación de las personas seropositivas es anecdótica o parcial. Las encuestas demuestran que aunque nadie duda de esta influencia del estigma, no hay una visión clara de su magnitud real. El estigma y la discriminación que lo acompaña son barreras importantes que impiden que los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH lleguen a aquellos que más los necesitan. Será imposible conseguir el acceso universal a estos servicios vitales si no se ofrece una acción coordinada para eliminar este problema” (UNAIDS, 2008)

c. El VIH y sus incidencias normativas

Al analizar las representaciones sociales en torno al VIH que existen, Maglio (2011), señala cómo éstas dan cuenta de los prejuicios que la comunidad sostiene. El autor encuentra en las representaciones sociales vigentes, un instrumento de observación de los conflictos, entre valores e intereses en pugna, en los que se enfrentan quienes observan determinado orden impuesto, y quienes portan la afección y son excluidos, muchas veces en aspectos sociales tan relevantes, como el marco de la institución asistencial.

En tal sentido, VIH ha sido regulado normativamente desde dos puntos algo distantes, el primero de ellos, es la regulación jurídica tendiente a la creación de sanciones y penas producto de la transmisión del VIH, focalizada en estándares penales y de responsabilidad civil, aplicado a los individuos como sujetos de derechos y responsabilidades así como también a las personas jurídicas.

Para otros, dichas responsabilidades no dejan de ser una carga negativa que una persona con VIH positivo debe llevar a cuestas, frente a un sistema discriminatorio y excluyente que en la mayoría de los casos solo ha dado la

espalda a un hecho que exige más acompañamiento y control, y no el acrecentamiento de factores de estigmatización, tal es la postura von Engelhardt, Mainetti, Amatriain, & Meyer, (2004), Cordero Ruiz, Díaz Luis, Emelina, Peraza Correa, José, González, Boris, & Cruz Picorn, Virginia, (2003), etc.

El desafío que enfrentamos es que, si bien es cierto que pueden presentarse casos de contagio que al ser valorada su responsabilidad estén excluidos de culpa o dolo, así como de responsabilidad civil contractual o extra-contractual; el legislador debe salvaguardar todos aquellos casos que no se encuentren circunscritos en los anteriores parámetros y que encierren responsabilidad, mediante reglamentación, control, seguimiento, y sanción sin que ello implique acrecentar los factores de discriminación y desigualdad.

En este orden el tema que ocupa especialmente, la presente investigación, es la regulación del VIH en el marco de los principios y actuaciones desarrollados e implementados por los Estados para proteger los Derechos Humanos bajo la senda de la eliminación de la discriminación de las personas con el VIH y el SIDA.

Por tal sentido, solo un fuerte esquema de los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH, puede funcionar como dique de contención ante las fuertes tendencias discriminatorias y estigmatizantes instaladas en la representatividad social.

Con el desmedido crecimiento de la pandemia en la población mundial, sumada a la desinformación de los gobiernos para manejar la problemática, se

ve la necesidad de generar directrices orientadas a promover, proteger y respetar los derechos humanos en el contexto de la epidemia del VIH[10].

Para ello en el año de 1989 en Ginebra, el Centro de Derechos humanos y la Organización Mundial de Salud, organiza conjuntamente la primera consulta internacional sobre el VIH-SIDA y Derechos Humanos, con el fin evaluar la posible elaboración de directrices para realizar una formulación de políticas y orientar el cumplimiento de normas internacionales a fin de crear un entorno en el que se respeten los derechos humanos y se logre disminuir la vulnerabilidad

[10] Ante esta postura, existen autores que acusan a la doctrina dominante de hacer excesivo hincapié en los derechos humanos, "dejando en segundo plano los deberes y sin considerar adecuadamente el límite, fundamento y fin de los derechos" (Morelli, 2010, pág. 217) Por ejemplo, la Dra. María Isabel Pérez de Pio (2011), la Federación de Médicos Suizos Information Suisse – SIS, fundada en 1989 y Bayer, R. (1991) sostienen que ante la epidemia de VIH, por insistencia de voceros de la comunidad homosexual y defensores de los derechos humanos, se elaboraron políticas sanitarias en las cuales se colocaba la libertad del individuo por encima de su responsabilidad ante terceros. Con la concesión al VIH de un estatus particular, sostienen los autores, que los conocimientos y normas de epidemiología por los cuales gran parte de las epidemias han sido controlas o erradicadas, no han podido ser aplicados en la pandemia del VIH. Especialmente, se oponen al resguardo del secreto y la defensa primordial de la identidad del afectado ante todo acto que pudiere ser considerado como discriminación, lo que, al ser el VIH una enfermedad infecciosa de transmisión sexual en un 80% de los casos, presenta la paradoja de permitir discriminar para evitar ser discriminado. Finalmente, los autores sostienen que este estatus particular del VIH, resulta violatorio de los derechos humanos, concebidos éstos como derechos de todas las personas y de los principios de salud pública. (Pérez de Pio, Dilemas éticos, Jurídicos y Científicos en la pandemia del VIH/SIDA, 2011, pág. 4) Por ello concluyen que se ha ignorado el riesgo de contagio y la extensión de la epidemia, para evitar a todo precio una eventual discriminación de los portadores del VIH (Pérez de Pio, Dilemas éticos, Jurídicos y Científicos en la pandemia del VIH/SIDA, 2011, pág. 4) (Bayer, 1991) (SIDA Information Suisse, 2014)Sostiene (Pérez de Pío, 2008) que el VIH/Sida ha modificado la vida social y la relación con el Estado, siendo éste último garante de los derechos fundamentales y su rol determinante para que no se violen los derechos humanos, lo que lleva a una revisión permanente de las normas jurídicas, a fin de verificar que la ley se adecue al concepto de justicia. La autora, se cuestiona, en este marco, si en pos de la no discriminación, no se justifican otras desigualdades de mayor gravedad, dado que implican poner en peligro la salud y vida de terceros. La autora sostiene que las campañas de prevención vigentes, perjudican a la pareja homosexual receptor y a la mujer en las relaciones heterosexuales, particularmente, dado que da lugar a que uno de ellos infecte al otro sin ninguna responsabilidad. Es en este sentido que la autora se cuestiona si en la protección de la homosexualidad y los derechos de género, solo es sujeto de derechos humanos uno de la pareja. Es en función de ello, que cuestiona fuertemente el abandono de los principios de la epidemiología y las leyes que regulan los problemas causados por epidemias, dando al VIH un status especial a fin de no discriminar a los colectivos afectados. (Pérez de Pío, 2008, pág. 23)

de las personas con VIH logrando atenuar las condiciones de discriminación y disminuir los efectos personales y sociales de la enfermedad tal como reza en el párrafo primero de la citada directriz.

> "Cada vez se comprende mejor que muchas veces la salud pública constituye una nueva y cabal justificación para salvaguardar los derechos humanos, aparte del respeto, la protección y el cumplimiento que éstos merecen por sí mismos. En el contexto del VIH/SIDA, un entorno en el que se respeten los derechos humanos disminuye la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, las personas infectadas y afectadas por el VIH y el SIDA viven una vida digna sin estar sometidas a discriminación y se atenúan los efectos personales y sociales de la infección por el VIH." (Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, 1996-1997, pág. 1)

La incidencia del VIH y el SIDA, es abordado dentro del contexto de los derechos humanos a partir de la declaración de Paris de 1994, en donde los Estados firmantes establecieron el deber de *"velar por que todas las personas que viven con el VIH/SIDA puedan ejercer plenamente y en pie de total igualdad sus derechos y libertades fundamentales, sin distinción alguna y en toda circunstancia"*

Tan solo en el año 1996, dieciséis años después de la primera aparición de casos de VIH, se celebro la segunda consulta Internacional sobre el VIH - SIDA y Derechos Humanos, con el fin de establecer prácticas concretas a fin de acabar con la discriminación en personas que viven con la patología.

Esta intención gestada en París en año 1994, fue materializada en 12 puntos estratégicos consagrados en las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, Ginebra, 23 a 25 de septiembre de 1996, U.N.C.H.R. res. 1997/33, U.N. Doc. E/CN.4/1997/150." (Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, 1996-1997)

A través de 103 puntos, la Asamblea General de las Naciones Unidas para el año 2001, emite la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH y el SIDA, dedicando uno de sus capítulos a la injerencia del VIH y los derechos humanos, consagrando la necesidad de:

> "Promulgar, fortalecer ó hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros y grupos vulnerables y asegurarles el pleno disfrute de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales" (Naciones Unidas, 2001, pág. 24)

Sobre este desarrollo normativo que partió desde año 1996, se logro desarrollar una herramienta fundamental para evaluar y determinar los parámetros de discriminación sufridos por parte de las personas con VIH, a través del protocolo para identificación de discriminación contra las personas que viven con VIH, definiendo la "discriminación arbitraria" como "*cualquier medida que acarree una distinción arbitraria entre las personas por razón de su estado de salud o su estado serológico respecto al VIH, confirmado o sospechado*." (UNAIDS, 2000)

Alimentados por el criterio de ser personas que viven con el VIH y el SIDA, es como sean visto influenciados algunos ordenamientos jurídicos para generar juicios de estigmatización y discriminación no solo focalizados a las personas que viven con el VIH, si no a grupos señalados como "portadores de la enfermedad", basados en posturas infundadas, tal es el caso de los miembros de las comunidad LGTBI.

Para ello vemos necesario traer a colación la distinción existente entre "grupos de riesgo" y conductas riesgosas, así como el conocer un poco más a fondo los diferentes avances científicos para la identificación efectiva de persona(as) VIH

positiva(s) de VIH y eliminar de tajo cualquier “sospecha” que genere un factor de exclusión, principalmente en la donación de sangre como tema focalizado del presente trabajo académico.

B- Discusiones Conceptuales y Empíricas ¿La Homosexualidad como "Grupo de Riesgo" o Conducta Riesgosa?

El conocimiento que se ha adquirido durante los últimos 34 años, no solo en aquellos aspectos medico científicos para la prevención, tratamiento y control de la enfermedad, ha marcado un cambio frente a las políticas públicas de control y vigilancia, así como las educativas, sino que al unisonó también ha despertado una visión general frente a los considerados "grupos de riesgo".

Así por ejemplo ser una persona que vive con el VIH, ha dejado de ser correlativamente igual a un hombre gay y por ello el abanico de personas o grupos que son VIH positivo, corresponde a un espectro más amplio.

Si hoy apeláramos a los comerciales publicitarios[11] implementados a lo largo y ancho de occidente, durante los años 90, para la prevención del VIH, enfocados a "grupos de riesgo" que eran vistos como afectados exclusivos de la enfermedad, no tendríamos ningún resultado positivo.

A partir de dichas estrategias publicitarias se logro la implementación del preservativo como forma de protección y no como mecanismo anticonceptivo para las parejas heterosexuales, postura que inicialmente contribuyo en gran medida al notable crecimiento de la enfermedad en los HSH. Al igual dichas

[11] Durante los años 90 fueron variadas las campañas de prevención focalizados en la población homosexual, como ejemplo de ello encontramos en España la campaña "Si-da No-da", donde unos dibujo animados explicaban gráficamente las formas de contagio de el virus, sobre un grupo determinado, que hoy no son los mayores portadores del VIH. https://www.youtube.com/watch?v=b16XM59df3s

campañas educativas fueron fundamentales para prevenir el uso de la jeringuilla compartida como medio efectivo de contagio.

Gran parte de la población que durante la historia del VIH, se ha visto afectada por esta enfermedad, son los niños hijos de padres afectados, quienes después de lograr sortear los estragos del virus y la propia muerte tienen que enfrentarse a sus condiciones de orfandad.

Tras años de estudios ONUSIDA, considera clave los trabajos en prevención con grupos como niños, poblaciones indígenas y rurales, reclusos, refugiados y desplazados internos, mujeres, niñas y jóvenes, sin llegar a perder de vista aquellos grupos con una alta prevalencia en la enfermedad. (UNAIDS, UNICEF, OMS, 2013)

Para algunos autores ya no existen “grupos de riesgo”, dado que la enfermedad se ha extendido a todo tipo de población. Sin embargo, hacia los considerados “grupos de riesgo”, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables y trabajadores(as) sexuales, ha incrementando la estigmatización, la discriminación y el rechazo, asumiéndose la enfermedad como justificación suficiente para la marginalización de algunos grupos sociales, sin darse cuenta que con ello, profundizan las causas que empeoran las condiciones propicias para la expansión de la epidemia. Pintos Valluerca, J. y otros (2003) sostienen que:

> El SIDA es una enfermedad infecciosa que no responde a los modelos tradicionales que de este tipo de enfermedades teníamos y a las que antes con tanta eficacia se hizo frente. Muchas de las estrategias que entonces se usaron para combatir las enfermedades infecto-contagiosas resultan irrelevantes para la prevención del SIDA, pues el contagio de esta enfermedad no depende tanto de factores ambientales, como de comportamientos personales que por ser libres y voluntarios si pueden ser objeto de predicción y autocontrol por parte de la personas. Esto quiere decir

> que el SIDA, responde a modelos diferentes a los tradicionales y, por consiguiente, propicia otras formas de intervención diversas a aquellas (Pintos Valluerca, Cepero Abreu, Irene, & Díaz Castellón, María, 2003).

Es con base en este hecho, que la mayoría de los programas preventivos insisten en medidas centradas en influir sobre la conducta humana, dado que el modo más directo y eficaz de contener el problema, es modificar los hábitos de comportamiento implicados en el contagio del VIH. (Pintos Valluerca, Cepero Abreu, Irene, & Díaz Castellón, María, 2003)

Para ello y antes de entrar a desarrollar la diferenciación entre “grupos de riesgo” y conductas riesgosas, se hace necesario conceptualizar en torno a los parámetros medico-científicos, relativos a los periodos de incubación del VIH no detectables.

I. Aportes de la Medicina Transfusional y la Epidemiologia a la Búsqueda de una Solución.

El riesgo potencial de transmisión de enfermedades infecciosas por transfusión sanguínea, ha disminuido significativamente, de acuerdo a las observaciones de Pérez Ferrer (2010), gracias a dos factores que han hecho la transfusión de sangre cada vez más segura:

- La selección de donantes
- Las pruebas serológicas de detección de ácido nucleico que han reducido el periodo ventana de identificación viral. (Pérez Ferrer, Medicina Transfusional, 2010, pág. 7)

Las pruebas, sin embargo, han encarecido esta práctica médica, por lo que la selección de donantes posee una doble función, de previsión sanitaria y de reducción de costos.

La sangre es un recurso caro y escaso, por lo cual toda acción conducente a su cuidado, resulta en beneficio de la sociedad. Es por ello, que la Organización Mundial de la Salud promueve, para la calidad y seguridad sanguínea “La recolección de la sangre únicamente de donantes voluntarios y no remunerados provenientes de poblaciones de bajo riesgo” y “el tamizaje de toda la sangre donada por las infecciones transmisibles por transfusión”, así como la Reducción de transfusiones innecesarias. (Organización Mundial de la Salud, 2001, págs. 5-6) Naturalmente, los avances científicos ayudan a minimizar riesgos, en especial, en materia de tamizaje y de estudios sobre la conducta humana.

Tipos de prueba de VIH.

En el caso del VIH positivo, cuanto antes la persona tenga conocimiento de su afección e inicie su tratamiento, mayor expectativa y calidad de vida tendrá. Por ello, detectar la presencia de anticuerpos al VIH, resulta de fundamental importancia para la labor médica y sanitaria. Las pruebas más difundidas son:

Pruebas de anticuerpos al VIH	
Prueba EIA o ELISA	Es la primera prueba que se hace debido a que es la más sensitiva de las pruebas disponibles. También es la más utilizada. Esta prueba de cribado analiza una muestra de sangre para detectar anticuerpos contra el VIH. Si los resultados son positivos y demuestran la presencia de anticuerpos contra el VIH, se realiza una inmunotransferencia. (Western Blot).
Inmunotransferencia	Si la prueba EIA o ELISA es positiva, los resultados se confirman con otra prueba denominada inmunotransferencia. Si ambas pruebas son positivas, queda prácticamente confirmado que la persona está infectada con el VIH.
Pruebas rápidas	Las pruebas rápidas son la alternativa rápida a las pruebas EIA y ELISA y son igual de precisas. Mientras que los resultados de un análisis de sangre normal pueden tardar entre una y dos semanas, una prueba rápida está lista en unos 20 minutos.
Pruebas caseras	Son pruebas del VIH caseras que pueden adquirirse sin receta médica o por Internet. Solo una de ellas, el "Home Access Kit", está aprobada por la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) de EE.UU., país donde puede adquirirse en la mayoría de establecimientos de venta de medicamentos.

Gráfico: 2. Tipos de pruebas de VIH” Elaboración Propia. Fuentes: (NEAHIN, 2008) (Recursos para la detección del VIH, 2014)

> En caso de infección por VIH, el organismo comienza a elaborar anticuerpos, que son proteínas que el cuerpo produce en respuesta a la infección. "Normalmente le toma al cuerpo de dos semanas a seis meses para desarrollar anticuerpos al VIH. En muy pocos casos, los anticuerpos tardan hasta más de un año en desarrollarse, así que es importante recordar que una persona que haya contraído VIH recientemente, podría dar negativo a la prueba de anticuerpos. Sin embargo, cualquier persona que esté infectada sí puede transmitir el virus a otros, independientemente de que haya desarrollado anticuerpos al VIH o no." (NEAHIN, 2008, pág. 1)[12]

Durante ese periodo, las pruebas no detectarán anticuerpos, por lo que darán resultado negativo, a pesar de que la persona se encuentra infectada. Esto es lo que se conoce como **periodo de ventana**. Este periodo, se corresponde con el primer estadio de la infección. A pesar del resultado negativo de las pruebas de VIH, la persona puede estar infectada, y, por lo tanto, transmitir el virus. "El período ventana, entonces, se extiende desde el ingreso del virus al organismo hasta el momento en que éste genera el número de anticuerpos necesario para ser captados por las pruebas." (Fundación Descida, 2012)

Es precisamente, la existencia de este periodo de ventana lo que incrementa significativamente el riesgo de transmisión del VIH en la donación y transfusión de sangre, dado que la donación durante el periodo de ventana, dará resultados negativos en el tamizaje, por lo que se terminará infectando al receptor.

La medicina transfusional debe procurar que la salud y el bienestar del donante y del receptor, a lo largo de toda la cadena, estén garantizados en el más alto nivel posible de seguridad y calidad ética responsable.

La calidad en medicina transfusional requiere de estricta planificación tanto en los bancos de sangre (entidades productoras de hemocomponentes seguros,

[12] http://crisisguide.neahin.org/programs/reproductive/respondiendo/hivtest.htm

como en los servicios responsables de las transfusiones de sangre seguras, con el cumplimiento de estándares obligatorios y procedimientos operacionales. (García Crispieri, 2011).

II. “Grupos de Riesgo” y Conductas Riesgosas

Resulta necesario tener una clara diferenciación entre estos dos conceptos, ya que ellos son fundamentales para una correcta y objetiva evaluación respecto de la adopción de medidas de salud pública, y evitar implicaciones sociales no deseadas.

“Grupos de Riesgo”.

Desde un enfoque de riesgo o vulnerabilidad, es posible identificar “grupos objetivo” o sectores poblacionales que, por causa de ciertas características (biológicas, físicas, sociales, etarias, por actividad, por hábitos de consumo como alcohol, tabaco, drogas, etc.), tienen mayor probabilidad de sufrir determinadas enfermedades, accidentes, afecciones, etc.

En procura de eliminar los factores de estigmatización ONUSIDA y UNESCO han desarrollado conceptos, tendientes a la erradicación del término **“grupo de riesgo”**, pasando a ser llamados “**grupos vulnerables**”. Pero acorde a los últimos estándares de inclusión se deben definir como “**poblaciones clave” “grupos destinatario**” ya que la palabra vulnerable no permite entender que estos grupos pueden desempeñar un papel activo en la respuesta al VIH y al SIDA (UNESCO, 2008)

Los “grupos de riesgo” son determinados por las causas del factor de riesgo en cuestión. (Feinholz Klip & Ávila Rosas, 2001, pág. 107) (Scholnik, 1995, pág. 258).Se ha considerado tradicionalmente que existen grupos que por poseer una característica determinada, poseen un mayor riesgo de contagio de algunas enfermedades determinadas, que para el caso que nos ocupa, el VIH o aquellas personas que de otra forma sostengan una relación directa que permita el contagio de la patología.

Como ejemplos encontramos: Los usuarios de droga por vía intravenosa, trabajadores(as) del sexo, HSH. El “grupo de riesgo” se define por su vulnerabilidad, y en el contexto del VIH y el SIDA, la vulnerabilidad se define como:

> Los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/Sida, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo. (Belalcázar Orbes, P. (Coord.), 2011a, pág. 18)

La vulnerabilidad posee una dimensión individual, que afecta al sujeto, y una colectiva, que incluye la dimensión social se determina por las condiciones económicas, políticas, culturales, morales e institucionales que definen mayor o menor protección de una sociedad frene a la epidemia.

Las normas sociales se incluyen dentro de esta dimensión de la vulnerabilidad. Belalcázar Orbes (2011ª) insiste en que la pobreza, la exclusión social, así como la discriminación y estigmatización, son factores que inciden fuertemente en la vulneración de grupos sociales y colaboran en el avance de la epidemia.

Dentro de los considerados “grupos de riesgo”, se ha incluido como el más vulnerable, a la categoría HSH, por lo que incluye a hombres gay, bisexuales, y aún a hombres heterosexuales que contemplan la posibilidad de tener relaciones sexuales con otros hombres en determinados contextos o circunstancias. (Belalcázar Orbes, P. (Coord.), 2011a, pág. 55)

Práctica Riesgosa.

Este concepto hace referencia a conductas en las que, por no tomarse las precauciones necesarias, se incrementa la probabilidad de que una persona se vea afectada por un peligro determinado. En este caso, por la infección con VIH. Hay comportamientos que crean, aumentan y perpetúan ese riesgo, concebido como probabilidad. Ejemplo de ello son las prácticas sexuales sin protección y el uso de drogas inyectables compartiendo la jeringa. (Díaz, 2012)

La guía de orientaciones terminológicas de ONUSIDA[13] y las recomendaciones de la UNESCO, sobre la terminología y redacción del material relativo al VIH y al SIDA[14], sostiene que el concepto de “**grupos de riesgo”** no debe ser empleado, dado que ello implica que el riesgo se encuentra contenido dentro del propio grupo, ignorando el hecho de que todos los grupos sociales se encuentran interrelacionados.

Adicionalmente, sostiene que se desplaza de foco al verdadero aspecto a tomar en cuenta, que es la conducta de riesgo. Las situaciones de riesgo pueden darse fácilmente en grupos considerados de bajo riesgo, como las

13 http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf

14 http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001447/144725s.pdf

mujeres casadas, cuando, por ejemplo, el hombre tiene una vida sexual activa sin protección fuera del matrimonio. (Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA, 2007, pág. 10).

El uso de la noción “grupo de riesgo”, puede inducir a un falso sentido de seguridad en personas que desarrollan comportamientos de riesgo, pero que, sin embargo, no se identifican con este grupo. Esto guarda relación con la denominada *compensación del riesgo*[15], por la cual se reduce la percepción del riesgo, y se produce que la población abandone ciertos comportamientos preventivos básicos.

Por otro lado, también se genera estigma y discriminación: Pertenecer a un determinado grupo no expone a las personas a un mayor o menor riesgo, es el comportamiento que se adopta el que puede hacerlo.

Determinados comportamientos crean, aumentan o perpetúan el riesgo. Son las conductas o situaciones de riesgo, y no la pertenencia a un grupo, los que ponen a las personas en situaciones en las que pueden quedar expuestas al VIH.

Se debe recordar que las conductas riesgosas se dan en el seno de una sociedad de riesgo, y que se adoptan en un contexto social determinado, por lo cual, cabe señalar que:

[15] compensación del riesgo o incremento del riesgo: Los términos «compensación del riesgo» o «incremento del riesgo» se utilizan para describir un aumento compensatorio en los comportamientos que conllevan un riesgo de exposición al VIH a consecuencia de una percepción reducida del riesgo personal. Con la aplicación de estrategias adaptadas de comunicación efectiva se pretende minimizar la compensación o el incremento del riesgo cuando se introducen nuevas herramientas de prevención parcialmente protectoras. Orientaciones Terminologicas de la ONUSIDA-Pag.9, Octubre 2011

> El estigma y la discriminación limitan el acceso de estas comunidades a los servicios de prevención específica y de atención al VIH/sida. En una población de alta vulnerabilidad y con las mayores prevalencias de infección, la falta de acceso a los servicios de salud constituye un grave problema de salud pública. La vulnerabilidad de las personas que tienen sexo con personas de su misino sexo es función del estigma, la discriminación, la falta de representatividad política, la marginación y la intolerancia social que propician la clandestinidad de los encuentros y la negación de la propia sexualidad. (García Bernal, Luque Núñez, MCDouall Lombana, & Moreno Díaz, 2006, pág. 26)

Por lo tanto, la reducción de la discriminación y la estigmatización, por medio de la difusión de conocimiento y la educación, son también estrategias vitales para la reducción de conductas de riesgo en poblaciones especialmente vulnerables.

III. Estudios que sustentan las posturas a favor y en contra de la exclusión de HSH como donantes de sangre

Se han recopilado múltiples estudios estadísticos en los cuales se proporciona información, en distintos momentos y sobre distintas poblaciones, respecto de prevalencias de seropositividad VIH en poblaciones vulnerables, se compara éstas con las de otras poblaciones y se analizan comportamientos de riesgo de estos grupos.

Si bien se puede observar con más detalle la información en el Anexo I, se puede afirmar, en términos generales, que todos los estudios coinciden en hallar una mayor prevalencia en el grupo HSH, tanto con respecto a la población heterosexual, como a otros grupos considerados de riesgo, como las Mujeres trabajadoras sexuales y los usuarios de drogas inyectables.

En cuanto a los comportamientos de riesgo, se observa que, existen índices elevados de HSH que también tienen relaciones sexuales con mujeres, algunas de ellas parejas estables, y la tendencia es a hacerlo sin protección.

Por ello, el grupo de heterosexuales no se encuentra exento de riesgo, dado que, como sostiene ONUSIDA, **todos los grupos sociales se encuentran interrelacionados**. Se pueden apreciar los hallazgos con más detalle a continuación en las diferentes representaciones gráficas.

De acuerdo con el Ministerio de Salud Colombiano, dentro del panorama mundial y en términos de pandemia, Colombia encuentra especialmente asociada la prevalencia a grupos en contextos de vulnerabilidad, en un porcentaje mucho mayor al del que es frecuentemente encontrar en otros países, alcanzando hasta un 24% de prevalencia de seroposibilidad VIH en HSH (Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2012, pág. 27) Estos porcentajes han ido variando, pero se han mantenido elevados a lo largo de los años:

> Antes de 1995 la tendencia de mecanismos de transmisión mostró un predominio de casos en grupos homosexuales y bisexuales, los cuales representaban una tercera parte de los casos frente a los heterosexuales; este patrón cambió a comienzos del siglo XXI, ya que de cada tres casos de VIH/Sida notificados, dos eran heterosexuales. En conjunto, si bien para el período 2000-2005 el reporte de los casos homosexuales y bisexuales disminuyó, aumentó de 9% en 2006 a 23% en 2010. (Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2012, pág. 42)

Los estudios sustentan que la pandemia del VIH, se encuentra concentrada en los HSH, sin desconocer el hecho de que otros grupos también han sido afectados en gran medida, como las mujeres trabajadoras sexuales (MTS).

Esto se da, especialmente también en Colombia, con la epidemia concentrada en sectores de mayor vulnerabilidad. (Luque Nuñez, 2012, pág. 2)“Colombia tiene una epidemia de VIH concentrada, es decir, tiene una prevalencia de infección en la población general menor del 1%, pero superior a 5% en población considerada de “alto riesgo” como mujeres y hombres que venden sexo por dinero, hombres que tienen sexo con hombres, individuos cuya pareja vive con el VIH y usuarios de drogas intravenosas.” (Beltrán & Berrio, relevancia de VIH en donantes de sangre, Colombia, 2007 a 2009, 2010, pág. 371).

Este cuadro se repite en el mundo, dado que son características globales de la epidemia, que se caracteriza por la afección de poblaciones en contextos de vulnerabilidad. Ocurre en Colombia, y ocurre en los países africanos, y es a nivel global que las mayores prevalencias de infección se concentran en las comunidades gay. Saavedra & Chris (2008) (Luque Nuñez, 2012, pág. 4)

En Latinoamérica, la prevalencia de VIH, en HSH es superior al 5%, (y cercana al 1.6 % en la población considerada de bajo riesgo) lo cual quiere decir que esta población presenta un riesgo 33 veces mayor de infectarse por VIH respecto de la población general. (Saavedra, Izazola Licea, & Beyrer, 2008, pág. 9).

Una condición relacionada con este grupo es la abundancia de acciones de discriminación, estigmatización y rechazo dirigidas hacia ellos: el sexo y otras formas de contacto íntimo entre hombres acarrean duras consecuencias sociales que empujan a sus practicantes al secreto y al anonimato, y la preocupante la confirmación de que la infección con VIH en HSH se asocia con

una condición de bajos y medianos ingresos. (Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2012, pág. 93) (Beltrán & Berrio, relevancia de VIH en donantes de sangre, Colombia, 2007 a 2009, 2010, pág. 371) (Sabogal Apolinar, 2009, pág. 23).

> El rechazo y la condena a las relaciones sexuales consensuadas entre adultos del mismo sexo, conlleva a que las actividades sexuales se lleven a cabo en la clandestinidad, con parejas anónimas o a que se fluctúe entre el deseo homoerótico y las relaciones heterosexuales como una forma de ganar aceptabilidad social (PanamericanHealthOrganization, 2010) (Luque Nuñez, 2012, pág. 5)

En el estudio de Belalcázar Orbes, llama la atención la observación de que en los grupos HSH de riesgo, se asocian a la seropositividad en directa relación: el poder adquisitivo. Concretamente, y acorde a este estudio, el verdadero "grupo de riesgo" son los HSH de bajo poder adquisitivo[16], que no solo tienen conductas riesgosas, sino que presentan altos índices de seropositividad.

Otra cosa que destaca el estudio, es que los jóvenes que no han vivido, por una cuestión de edad, los estragos de los años 80 y del SIDA, no tienen conciencia del alcance del daño de la enfermedad, y minimizan los cuidados, dado que el riesgo no los preocupa como a HSH adultos, que han visto los efectos de la enfermedad en las etapas en que no existían tratamientos retrovirales avanzados como los actuales.

Se estima que pueden existir unas 160 mil personas que viven con el VIH en Colombia sin saberlo, producto de la falta de conciencia en la población

[16] Diferimos de este hallazgo, ya que el poder adquisitivo no puede estar ligado a una conducta riesgosa, de ser así recaeríamos en los mismos parámetros de discriminación que hemos venido señalando a lo largo de este trabajo académico. Por tal motivo el estudio debió de focalizarse no en el poder adquisitivo, si no en el acceso al nivel educativo e informativo.

Un correcto sistema educativo y una política informativa de salud pública, bien implementada es capas de lograr prevenir conductas de riesgo, sin que esto tenga directa correlación con el poder adquisitivo del individuo.

respecto del uso del condón, y la falta de preocupación individual sobre la posibilidad de estar infectado con el virus. (En Colombia 160 mil personas podrían tener VIH y no lo saben, 2012)

Los índices de todos los estudios consultados, dejan muy en claro que los HSH son un grupo de altísimo riesgo, el problema, es que concretamente, son los HSH de bajo poder adquisitivo los más afectados, y los HSH que pertenecen a clases sociales media y alta, o que han adquirido hábitos de protección consistentes dentro del marco de una vida más ordenada, no son discriminados del colectivo considerado “de riesgo”, y entran dentro de las estadísticas caracterizados por el mismo estigma que sus pares menos favorecidos económica, cultural y socialmente.

En cuanto a los mecanismos probables de transmisión, se mantiene el predominio de la vía sexual, sin embargo, García Bernal sostiene que la conducta de los HSH caracterizada por altas frecuencias de prácticas sexuales riesgosas, constituyen el último eslabón de una cadena de consecuencias que se inicia en la discriminación, falta de información y educación, y marginalización de los colectivos afectados. (García Bernal, Luque Núñez, MCDouall Lombana, & Moreno Díaz, 2006) Observa el autor que,

> Entre los factores del comportamiento y sociales asociados con VIH/sida para este grupo de población se encontraron: pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, estar desempleado, haber tenido antecedentes de infecciones de transmisión sexual, tener múltiples relaciones y compañeros sexuales, haber intercambiado sexo por drogas, tener poca capacidad para negociar el uso del condón, y carecer de información o tener información incompleta o inapropiada. (García Bernal, Luque Núñez, MCDouall Lombana, & Moreno Díaz, 2006, págs. 70-71)

Otro de los factores clave a considerar, es la falta de conciencia de la interrelación que se da entre los grupos considerados vulnerables, como los HSH y los grupos considerados de bajo riesgo, como los heterosexuales no promiscuos, lo que ha contribuido, dado que las poblaciones “de bajo riesgo” no se encuentran preocupadas por la posibilidad de contagio, a aumentar la seropositividad en éstas: Carlos Mario Jiménez (2013), en entrevista a Carlos Álvarez, médico infectólogo especialista en VIH y miembro de la Asociación Colombiana de Infectología, cita al Dr., quien explica que:

> A la gente se le olvida que el VIH es un problema importante que sigue avanzando, “lo importante es que ha cambiado la rotación entre hombres y mujeres, digamos que al comienzo por cada 16 hombres había una mujer afectada, en este momento más o menos es de cada dos a tres hombres infectados hay una mujer, eso significa que la mujer no tiene que ser una trabajadora sexual para que se infecte. La mayoría son amas de casas que posiblemente son afectadas por sus parejas”. [...]“Las cosas han ido cambiando, en estos momentos el virus se presenta más en parejas heterosexuales. (Jiménez, 2013)

En 2013, Pinzón Fernández y colegas, han documentado la influencia de variables sociales, económicas, culturales y políticas, en la adquisición y desarrollo de VIH en poblaciones vulnerables y la escasa efectividad de los protocolos de prevención, tratamiento y control en sectores marginados de la población. Los autores asocian la diseminación del VIH con la pobreza y el bajo nivel educativo, principalmente.

Afirman, producto de su estudio, que la mayoría de las personas que habitan en zonas marginadas viven en condiciones precarias y de hacinamiento, factores que propician la adquisición de infecciones.

La falta de conocimientos adecuados sobre el VIH y el SIDA generan vulnerabilidad. Sus condiciones de vida, son determinadas por el contexto cultural, los hábitos, la experiencia sexual, las relaciones de género, la edad, el

desempleo, etc. favoreciendo la exposición a riesgos de infección. (Pinzón Fernández, Mueses Marín, & Galindo Quintero, 2013)

En cuanto a la proporción de infección por transfusión, afortunadamente, los índices son bajos en Colombia. La proporción se ha mantenido bajo 0,1% en el período 2006-2010, producto de la mejora controles de calidad en la red de bancos de sangre y a la garantía del 100% del tamizaje de las unidades objeto de transfusión. (Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social Colombia, 2012, pág. 42).

En Colombia, el tamizaje serológico para VIH1/2[17] en las donaciones de sangre es de carácter obligatorio desde 1991. Actualmente, todas las unidades de sangre donada en Colombia pasan por el tamiz para anticuerpos contra VIH. (Beltrán & Berrio, relevancia de VIH en donantes de sangre, Colombia, 2007 a 2009, 2010, pág. 371)

a. Observación de “grupos de riesgo” y conductas de riesgo en las encuestas consultadas

Se profundiza, a continuación en dos de los estudios mencionados, con especial atención en la información que éstos arrojan respecto de la relación entre los “grupos de riesgo” y las conductas de riesgo.

[17] Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que recibió los nombres de LAV y HTLV-III por parte de los dos equipos que estaban investigando el agente etiológico del sida durante la primera mitad de la década de 1980. El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos infeccioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de África occidental. (Universidad Autonoma de Nuevo Leon, 2004)

Resultados del estudio del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, años 1985 a 2011.

Este estudio fue realizado mediante la recopilación de datos a lo largo de los años mencionados, encontrando una prevalencia mayor en el grupo HSH, particularmente en poblaciones con factores de vulnerabilidad.

Desde 1985 al 31 de diciembre de 2011 se ha reportado un total de 75.620 casos de infección por VIH. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento paulatino de los casos notificados en el país

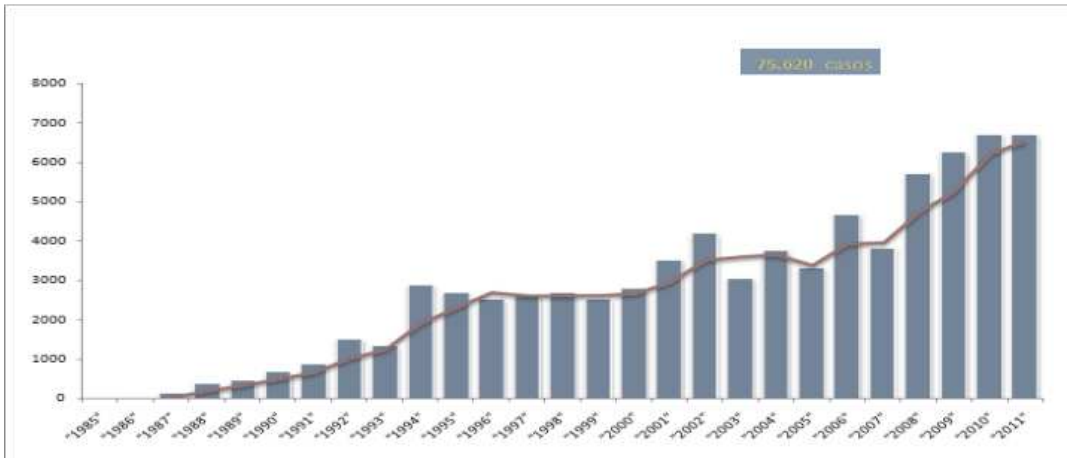


Gráfico: 3 “Casos notificados de VIH y SIDA. Colombia 1983 -2011” Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 20)

En cuanto a la edad de los casos con VIH, el estudio arroja que se concentra en el grupo de entre 20 y 39 años, concentrándose en ellos más del 50% de los casos notificados entre 1983 y 2011, en especial en el grupo de entre 25 y 29 años. Se observa la particularidad de que el grupo de más de 60 años ha presentado un incremento en los últimos años.

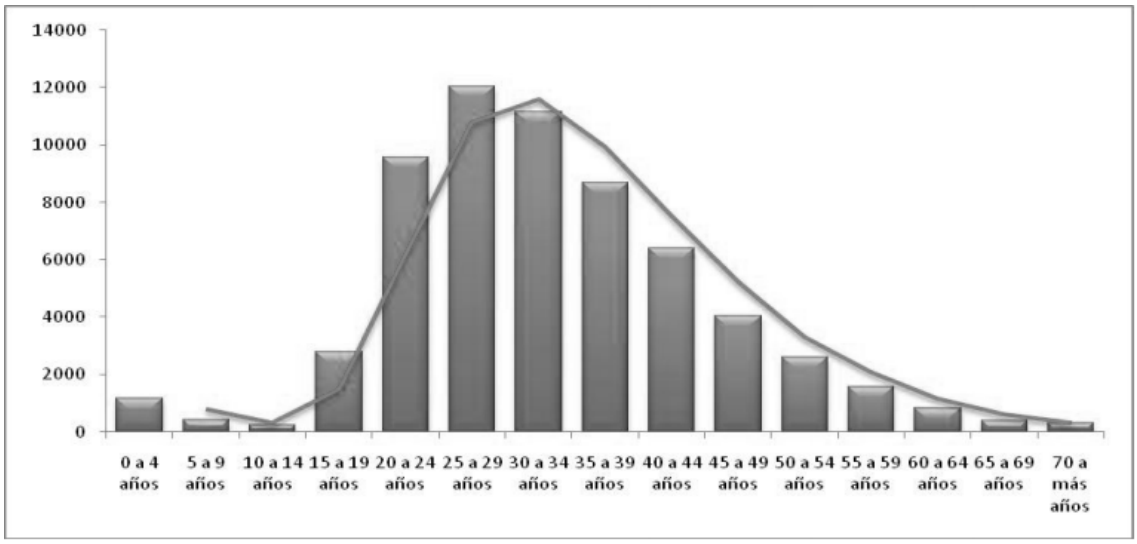


Gráfico: 4 "Casos notificados de VIH ySIDA. Distribución por año y edad. Colombia 1983 - 2011"Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 21)

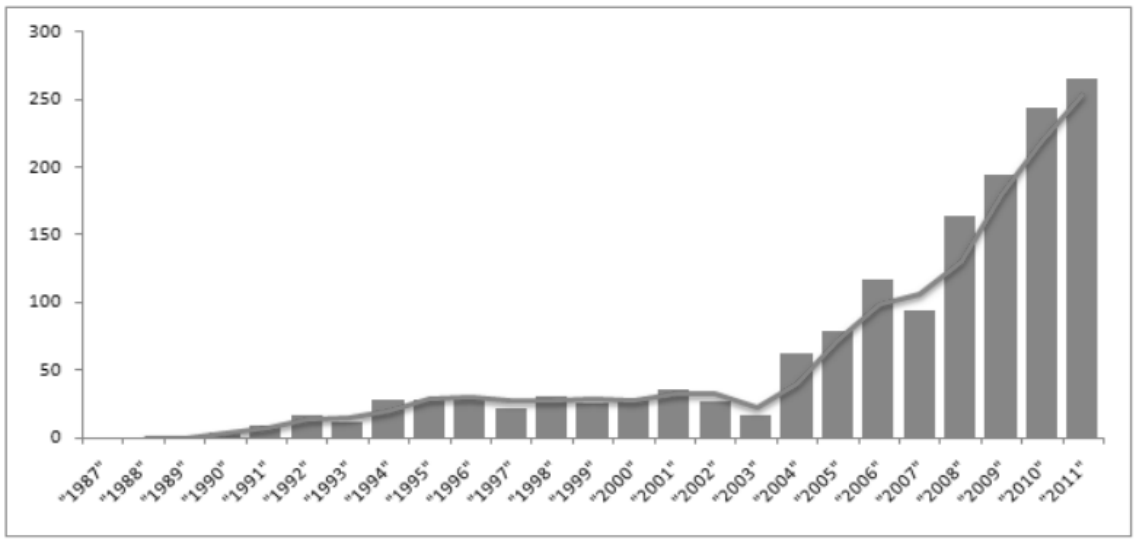


Gráfico: 5 "Casos notificados de VIH y SIDA. Distribución por año en personas de 60 y más años. Colombia 1983 -2011"Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 21)

Los gráficos dan cuenta de la evolución de la epidemia hacia distintos grupos poblacionales, en este caso, en relación a la distribución etaria. Nótese la prevalencia de hombres por sobre el sexo femenino. Esta relación es muy marcada en los años noventa, representando la participación de hombres en la epidemia un 74% del total, contra un 26% para las mujeres.

Esta diferencia disminuye a lo largo de los años, descendiendo del 10:1 de los años noventa a un 2.6 en 2011, como se puede apreciar en el cuadro siguiente:

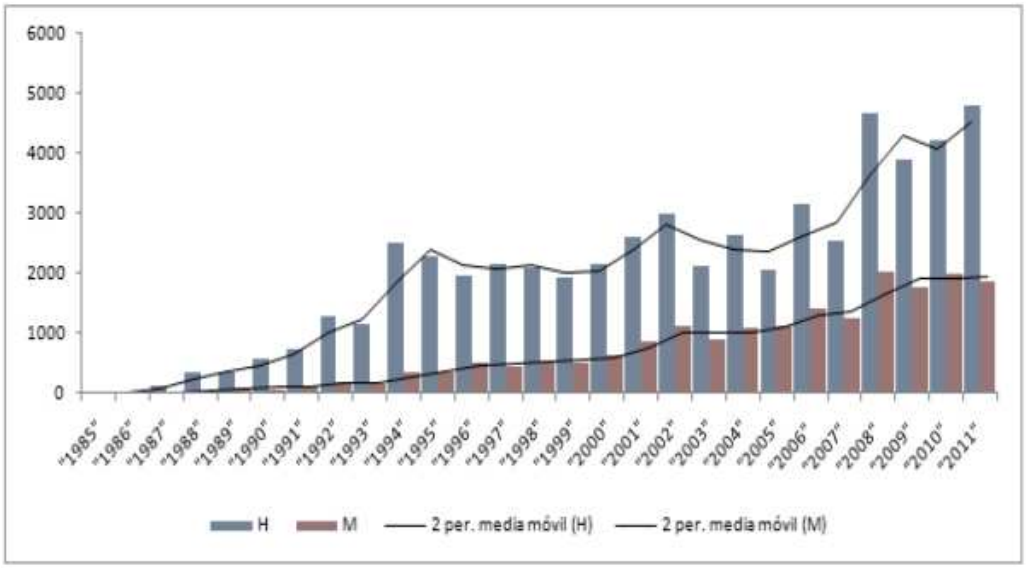


Gráfico: 6 "Casos notificados de VIH y SIDA. Distribución por año y sexo. Colombia 1983 - 2011. Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 22)

Se observa así un crecimiento natural de la epidemia, que va abarcando con mayor asiduidad a la población femenina. Aquí también se observa una evolución hacia poblaciones tradicionalmente consideradas de bajo riesgo, como las mujeres. Ello da cuenta de conductas de riesgo que, en las mujeres, contribuyen al crecimiento de la epidemia en su población, a saber:

> En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) 2010, el uso del condón como práctica segura fue solamente mencionado por el 76% de las mujeres que nunca habían tenido relaciones sexuales; de ellas, 80% de las mujeres de la zona rural, 79% de la región de la Orinoquía-Amazonía, el 65% en las que no tienen ninguna educación y 78% en el nivel de riqueza más bajo. Entre las mujeres que tuvieron dos o más parejas en los últimos 12 meses, el 34% usó condón en la última relación sexual; y entre todas las mujeres que han tenido relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses el 40%. (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 22)

En el año 2011 se notificaron 6.687 casos de VIH. De estos 4.806 (72,0%) fueron hombres y 1.881 (28,0%) mujeres; el 98,3% corresponde al mecanismo de transmisión sexual. En definitiva, la epidemia del SIDA en Colombia afecta a

la población sexualmente activa.

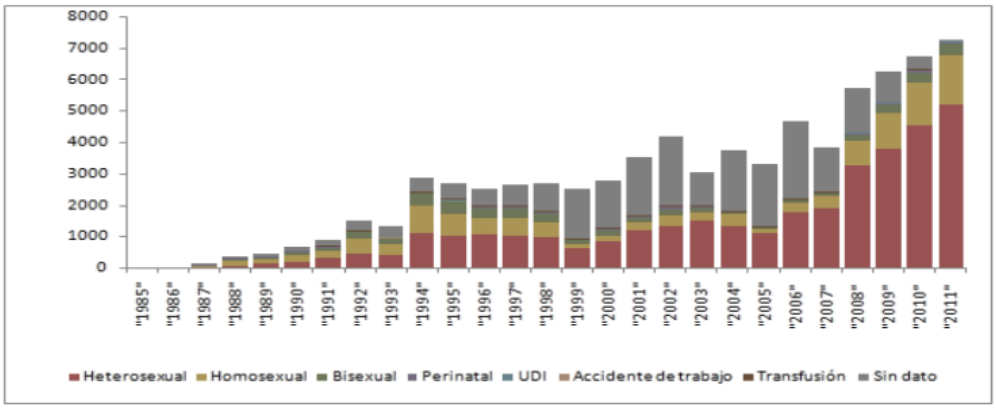


Gráfico: 7"Casos notificados de VIH y SIDA. Distribución por mecanismo probable de transmisión. Colombia 1983 – 2011" Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 23)

Nótese que entre los mecanismos de transmisión, el de relaciones sexuales heterosexuales ha crecido significativamente a lo largo de los años, mientras que el de relaciones HSH se ha mantenido relativamente estable entre 2009 y 2011.

El Ministerio de salud de Colombia también ha considerado los estudios realizados en distintas ciudades de Colombia en 2010, particularmente sobre poblaciones vulnerables. Estos han encontrado prevalencias en HSH significativamente mayores al 5%. A saber:

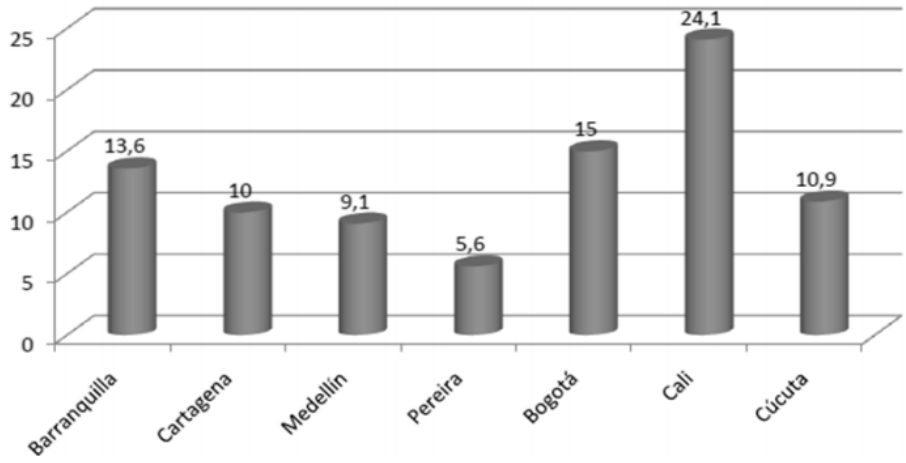


Gráfico: 8"Prevalencia de VIH de HSH, en siete ciudades de Colombia, 2010" Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 28)

Un aspecto a destacar de estos estudios, es que, si bien se trata de HSH, muchos de ellos se autodefinen como bisexuales, con el riesgo que ello representa para las poblaciones de bajo riesgo. Se han identificado como bisexuales en porcentajes cercanos al 50%: en Barranquilla con un 49,9% y en Cúcuta con un 41,7%. Estas cifras confirman la tendencia mencionada de un alto porcentaje de relación entre poblaciones tradicionalmente consideradas de alto riesgo con las poblaciones de bajo riesgo.

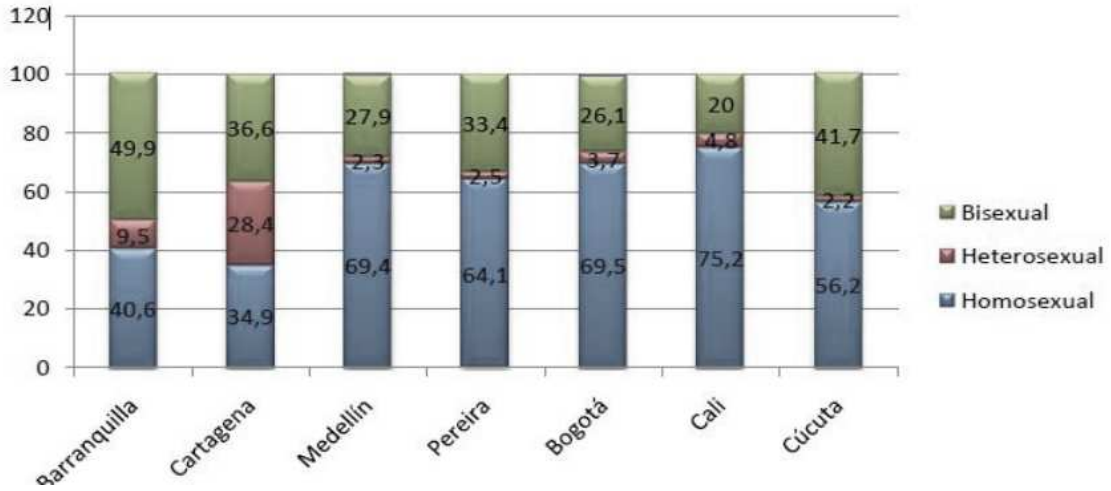


Gráfico: 9"Autoidentificación de orientación sexual en HSH en siete ciudades de Colombia, 2010" Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 29)

Los HSH encuestados, en todas las ciudades mencionadas, han tenido una iniciación sexual temprana a una edad de 14 años o menor, generalmente con un hombre mayor y sin uso de condón. Asimismo, el no uso del condón en la última relación sexual oscila entre el 37.5% y el 53.8%, con pareja hombre ocasional. Entre estas conductas de riesgo, se suma que entre el 25% y el 31% manifiesta tener prácticas sexuales múltiples.

El estudio menciona también el comportamiento sexual de las MTS, encontrando que sus conductas de riesgo son menores, dado el alto porcentaje de uso de condón.

Característica del último cliente		Medellín	Barranquilla	Bucaramanga	Cali
Condón a la mano en el último servicio	Si	85,0%	88,4%	93,4%	95,0%
	No	15,0%	11,6%	6,6%	5,0%
Uso del condón con el último cliente	Si	94,1%	96,9%	97,2%	95,5%
	No	5,9%	3,1%	2,8%	4,5%
	MTS	80,7%	77,0%	80,7%	85,9%
Persona que sugiere el condón	El cliente	5,2%	3,3%	3,5%	2,3%
	Ambos	14,1%	19,7%	15,9%	11,8%

Fuente: Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH de las MTS encuestadas en 4 ciudades de Colombia, 2008

Gráfico: 30 "Comportamiento sexual y prevalencia de la infección por VIH de las MTS encuestadas en 4 ciudades de Colombia, 2008" Fuente: (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012, pág. 32)

Se observa, así, que entre las trabajadores(as) sexuales el comportamiento riesgoso es menor que en la población HSH. Este dato es de vital importancia, ya que nos marca con claridad, la importancia que práctica del sexo seguro, reduce notablemente el riesgo de contagio frente al VIH.

En estricto orden el verdadero aspecto a examinar en un posible donante, son aquellos que tienen directa correlación con la práctica riesgos del sexo sin protección y no los orientados en grupos considerados de riesgo[18].

Se ha encontrado, asimismo, como una conducta frecuente el intercambio de sexo por drogas, en cuyo contexto las medidas preventivas para evitar infecciones de transmisión sexual son prácticamente nulas. Ello se da particularmente entre las poblaciones más pobres y marginadas.

Del estudio realizado por el Ministerio de Salud, las conclusiones apuntan a una estrecha relación entre la población HSH y las conductas de riesgo. Ello se da de igual manera en la población relacionada con las drogas. En el caso de las MTS las conductas riesgosas son menores.

Ello confirma las posturas sanitarias de consideración de la población HSH como de alto riesgo, ya sea por prevalencias de VIH, como por sus conductas altamente riesgosas. Sin embargo, emergen de estos estudios otros datos que deben ser considerados: un alto porcentaje de la población HSH es bisexual y tiene prácticas sexuales sin protección con mujeres, por lo cual el riesgo es transmitido a poblaciones que desconocen que sus prácticas sexuales son particularmente riesgosas, o minimizan el verdadero alcance del riesgo.

Esto equipara a las poblaciones de alto y bajo riesgo a un nivel similar de precaución, dado que el comportamiento de la epidemia ha encontrado un medio efectivo de ingresar en las poblaciones de bajo riesgo.

[18] En este proceso el Estado debe cumplir un papel fundamental en la promoción de prácticas sexuales seguras, un adecuado acceso al sistema de salud y el acompañamiento a través de sistema educativo.

Considerado ello, resulta en vano el identificar exclusivamente a los HSH activos, como única población de alto riesgo, dado que si bien éstos poseen las características particulares de alta prevalencia de VIH y alta frecuencia de conductas riesgosas, al compartir sus prácticas sexuales con mujeres, transmiten a dicha población el mismo nivel de riesgo que ellos poseen. (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012)

El Ministerio de Salud frecuentemente hace referencia al estudio de Luque Nuñez (2012) sobre el uso del condón en HSH en siete ciudades de Colombia, algunos de cuyos datos se han ya señalado. Este ha realizado un estudio transversal descriptivo, con una muestra de Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con edad mayor a 18 años y un promedio de 27 años.

La muestra fue sobre un N= 876 que ha respondido positivamente a la pregunta de si tienen relaciones de tipo anal. De estos, 414 han reportado no usar preservativo en su última relación anal con pareja estable y 462 no lo han usado con su última pareja ocasional. De 2.603 casos encuestados, 824 poseen pareja estable y 1.743 poseen parejas ocasionales (un 67%).

Se repiten, en los resultados, la confirmación que da base a los criterios sanitarios de exclusión de la población HSH, en tanto se encuentra en estas una alta tendencia a conductas riesgosas y alta prevalencia de VIH.

Entre las posibles causas, el autor señala la especial afección de la epidemia a poblaciones en contextos de vulnerabilidad, que recibe un enfoque diferencial en el desarrollo de estrategias de prevención. Se suman a ello factores como el machismo, la homofobia y la violencia sexual, el estigma y la discriminación

de los hombres gay, que marca un contexto en el que los programas preventivos encuentran muchas trabas para llegar a dicha población.

Sumado a ello está la criminalización de los actos sexuales de HSH y la "condena social ligada a atávicas concepciones morales" que vinculan a la preferencia sexual con "el pecado y lo impuro". (Luque Nuñez, 2012, pág. 5)

Confluyendo en una combinación de dificultades que impiden a muchos hombres a llegar a los establecimientos sanitarios adecuados, todo lo cual se agrava con una falta de interés político en dar apoyo a los programas de prevención dirigidos a los HSH.

Este contexto de vulnerabilidad favorece las prácticas riesgosas en el interior de las comunidades LGTBI y dificultan la concientización de la prevención del SIDA, dado que ésta es concebida como una práctica represiva y persecutoria.

El estudio más reciente con el que se cuenta, es el **Boletín epidemiológico, Situación del VIH/Sida Colombia 2013.** Este recopila información de 1983-2012.

Casos notificados de VIH. Distribución por Mecanismo probable de Transmisión Colombia 1983-2012. Casos notificados de VIH y muerte por SIDA. Distribución por mecanismo probable de transmisión:

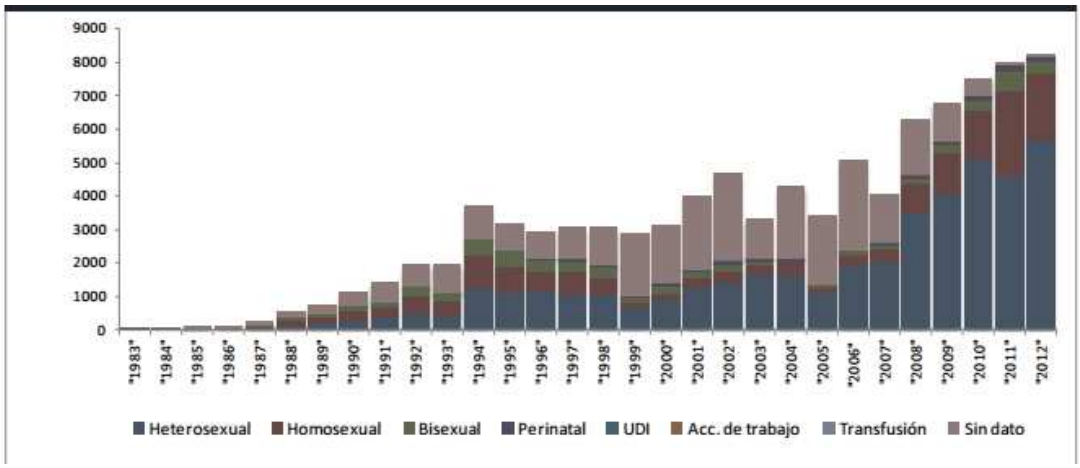


Gráfico: 41 Casos notificados de VIH y Sida. Distribución por Mecanismo probable de Transmisión Colombia 1983-2012 (Osorio Saldarriaga, Luque Nuñez, Ricardo, & Ávila Mira, Sandra , 2013, pág. 6)

Aquí se confirma la tendencia de las prácticas sexuales riesgosas heterosexuales como principal mecanismo de transmisión de VIH. Ello prueba que, si bien la población HSH continúa siendo particularmente de riesgo, éste se ha extendido rápidamente a la población heterosexual, tradicionalmente considerada de bajo riesgo.

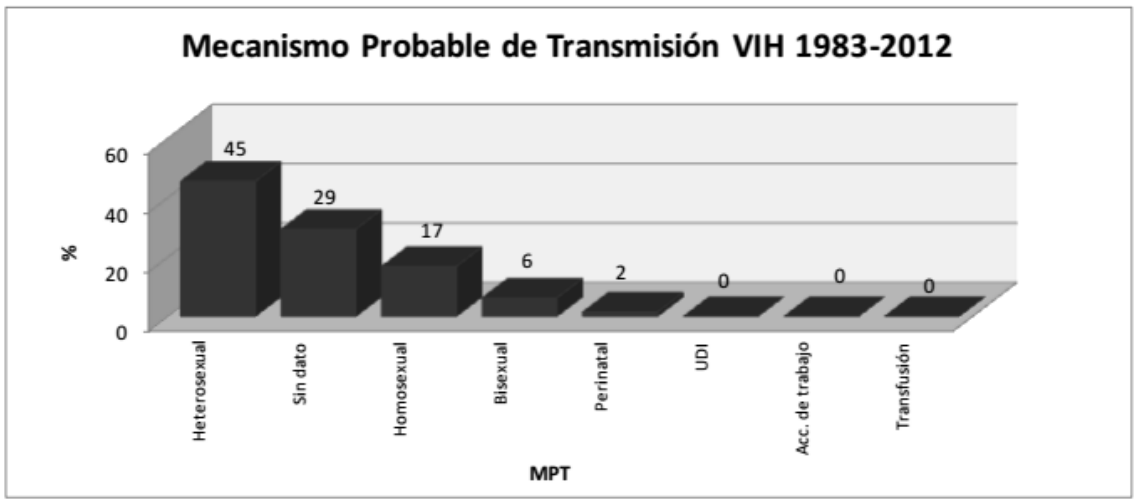


Gráfico: 52 Distribución por mecanismo probable de Transmisión. Colombia 1983-2012. (Osorio Saldarriaga, Luque Nuñez, Ricardo, & Ávila Mira, Sandra , 2013, pág. 7)

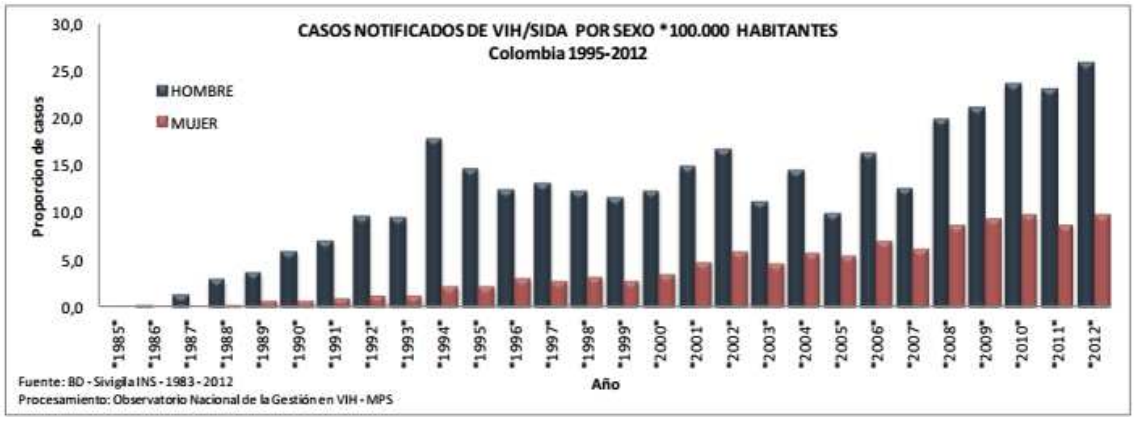


Gráfico: 63. Casos notificados de VIH/Sida por sexo por 100.000 habitantes. 1983-2012 (Osorio Saldarriaga, Luque Nuñez, Ricardo, & Ávila Mira, Sandra , 2013, pág. 4)

Nótese el crecimiento de VIH/SIDA en la población femenina, lo que comprueba que el mecanismo de transmisión heterosexual ha expandido la epidemia a la población femenina y, por ende, a la población heterosexual en general.

Este estudio no aporta mayores datos que los mencionados, sin embargo, éstos resultan suficientes para fundamentar la afirmación de que, si bien la población HSH resulta de riesgo y practica conductas de alto riesgo, lo que justifica un tamizaje sanitario, ello no implica desestimar el riesgo que también representan otras poblaciones, que también practican conductas sexuales de alto riesgo y se encuentran en foco de la epidemia.

C - Marco Constitucional, Normativo y Jurisprudencial para la donación de sangre en Colombia

La República de Colombia posee una política nacional de sangre con miras a la mejora constante en la coordinación y control de los bancos de sangre, en el manejo de pacientes y procedimientos transfusionales de calidad y en la vigilancia, control e introducción de mejoras en el proceso, bajo un criterio de ética profesional y con una planificación que contempla la consecución de los principios de solidaridad, seguridad, acceso y equidad, en el presente y en el largo plazo futuro. (Rodríguez Ramírez, y otros, 2011)

Al ser la donación de sangre una actividad de interés público, dado que la sangre es un recurso nacional de interés social, ésta es regulada y controlada por el Estado, dada la importancia que tiene para la comunidad, y las implicaciones en la salud pública de dicha actividad.

Las instituciones se ven en la obligación de salvaguardar la salud de la población, bajo los criterios de accesibilidad, equidad, seguridad y solidaridad, y dentro del marco del respeto a los derechos constitucionales del derecho a la vida, a la salud, a la igualdad de la persona humana, manteniendo la proporcionalidad y reconociendo a las diferencias como expresión de la individualidad, lineamientos que ha marcado en repetidas ocasiones La Corte. (Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia No. C-022/96, 1996) (Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia No.C-862/08, 2008) (Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia No C-250/12, 2012)

I. Aportes a la discusión del Derecho Constitucional y Derechos Humanos

La Corte, sostiene que los derechos fundamentales, desarrollan los principios constitucionales, otorgándoles una eficacia normativa tanto de existencia como de aplicación y respeto. La Constitución de 1991, incorpora en su cuerpo normativo el amparo de los derechos fundamentales, de tal modo que su aplicabilidad inmediata constituye parte del ordenamiento constitucional, por lo que la ley y los mecanismos estatales deben encargarse de su garantía efectiva y protección. (Daza Duarte & Quinche Pinzón, 2011, pág. 19) Daza Duarte & Quinche Pinzón (2011) afirman que los principios son normas, y los diferencia de los valores, que son fines jurídicos, y que poseen cuatro características fundamentales:

- Son verdaderas normas que contienen mandatos obligatorios y exigibles de modo inmediato.
- Son normas de carácter general, aplicables al universo de casos y sin restricción por especialidad jurídica. (Participación, Buena Fe, Defensa.)
- Normas que deciden los casos difíciles o complejos.
- Sus conflictos son resueltos por ponderación. (Daza Duarte & Quinche Pinzón, 2011, pág. 10)

En el Título I y II de la CPN de 1991, se establecen los principios fundamentales de la Nación Colombiana. Se resumen a continuación los que se consideran pertinentes para el presente estudio.

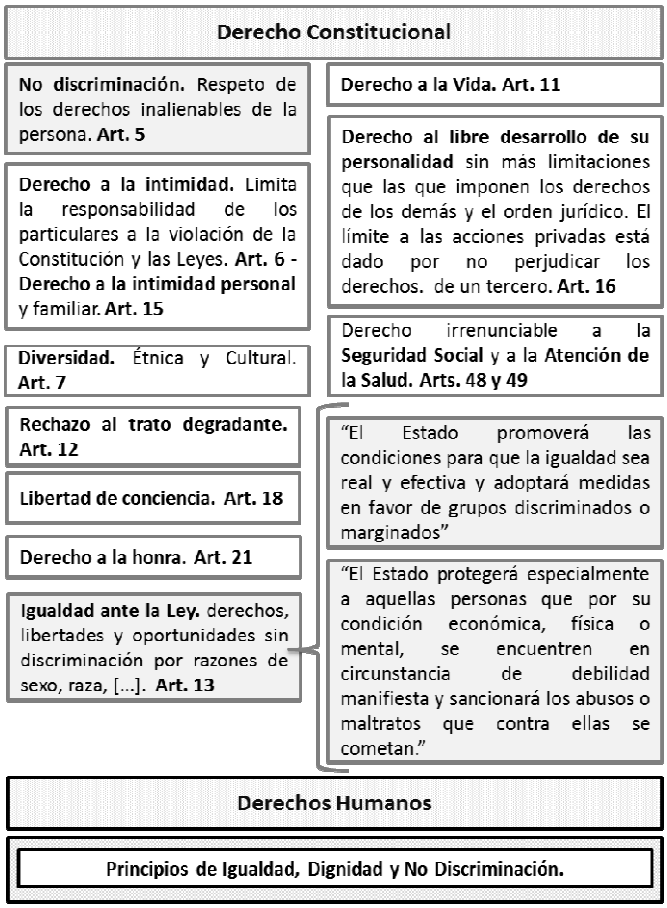


Gráfico: 14. Principios Fundamentales contenidos en la Constitución Política de Colombia" Elaboración propia. Fuente: (Constitución Política de Colombia 1991, 1991)

Como se puede apreciar, el derecho constitucional contiene los principios fundamentales de los derechos humanos, y al plasmarlos en su cuerpo positivo los hace exigibles y reclamables ante las autoridades jurídicas nacionales.

Los **derechos humanos** tienen un punto de partida común, en el respeto a la vida y a la dignidad de la persona, y en la protección de estos derechos, se suman naturalmente otros derechos estrechamente relacionados entre sí.

> Los DDHH son un ideal político y social que regula las relaciones humanas bajo los principios de libertad, respeto mutuo, equidad, justicia social, convivencia, democracia y paz en beneficio de toda la humanidad. Es una carta magna universal, una Constitución Universal de los Derechos del hombre, partiendo del derecho fundamental a la vida en todas sus formas y a la dignidad de la persona humana. (Cardona Arias, 2007)

El respeto por los derechos humanos debe ser tomando en cuenta a todos ellos, como un solo conjunto de normas correlacionadas bajo un solo sistema y no como normas aleatorias de aplicación separada.

Como ejemplo de ello encontramos el derecho a la vida, que se encuentra directamente interrelacionado con muchos otros derechos como: a la salud, a la dignidad, a la libertad, etc. La carta magna Colombiana, al establecer en su preámbulo la intención de asegurar la vida a sus integrantes, procurando la protección efectiva del **derecho a la vida**, como la misma corte constitucional lo ha señalado:

> [...]...no puede reducirse a una simple consideración de carácter formal, por cuanto el derecho a la vida no sólo implica para su titular el hallarse protegido contra cualquier tipo de injusticia, sea ésta de índole particular o institucional, sino además tener la posibilidad de poseer todos aquellos medios sociales y económicos que le permitan a la persona vivir conforme a su propia dignidad" (Sentencia de la Corte Constitucional No. T-102 de 1193)

Para ello, se debe garantizar el desarrollo efectivo de otros derechos, dentro de los cuales se destaca el derecho a la salud. El **derecho a la salud** ha sido regulado ampliamente en diversa normatividad internacional, como un derecho universal y de carácter fundamental garantizado como un bien de interés público el cual debe ser regulado y garantizado por todos y cada uno de los estados partes. El Estado Colombiano en los artículos 44 y 49 de la CPN consagran el derecho a la salud como inherente a la persona.

Al igual encontramos correlacionado con los dos anteriores de derechos a la Vida y la Salud, La **dignidad** regulada como derecho fundamental, dado que es un valor inherente a la noción de persona. Este valor de máximo grado de la persona humana, se materializa en la **autodeterminación** consciente, libre y

responsable de la vida de las personas, y a su vez, en la valoración y respeto de los otros como iguales y pares.

> La dignidad consiste en reconocer que el hombre tiene fines propios que cumplir por sí mismo, y que conforme a ello, los hombres se ligan unos a otros conservando en todo momento el carácter de fines autónomos, sin que en ningún momento sea considerado como medio para otros fines;. (Rendón López, El Bioderecho como investigación interdisciplinaria: una respuesta jurídica., 2010, pág. 10)

Asimismo, el principio de dignidad se vincula con la construcción de identidad misma de la persona, y por ello, la dignidad es elemento constitutivo de la persona misma, y consiste en tener dominio sobre la propia vida.

Así concebida, la dignidad es fundamento moral de la idea misma de derecho, obligando a considerar a la persona como fin en sí misma, y asegurando su indemnidad tanto externa (salud, integridad bio-psíquica y social) como interna (intimidad, privacidad, confidencialidad). (Maglio, 2011, págs. 20-21)

La Corte, ha reiterado que uno de los elementos centrales que le da sentido al uso de la expresión ‘derechos fundamentales’ es el concepto de ‘*dignidad humana*’, el cual ha de ser apreciado en el contexto en que se encuentra cada persona, tal como enuncia el artículo 2 del Decreto 2591 de 1991. (Decreto número 2591 de 1991) Al respecto dijo la Corte en la sentencia T-227 de 2003:

> En sentencia T-801 de 1998, la Corte indicó que “es la realidad de cada caso concreto, las circunstancias únicas y particulares que lo caracterizan, las que permiten definir si se encuentra verdaderamente vulnerado un derecho fundamental, si ello afecta la dignidad de la parte actora y si esta última está en situación de indefensión frente al presunto agresor”. De esta sentencia surge un elemento que resulta decisivo para sistematizar el concepto de derecho fundamental: dignidad humana. (Sentencia de Tutela T-227/03)

Los magistrados continúan analizando el concepto de dignidad humana recogido por la Corte, y lo explican dentro del sistema axiológico de la Constitución y en función del mismo sistema.

> La elevación a rango constitucional de la "libertad de elección de un plan de vida concreto en el marco de las condiciones sociales en las que el individuo se desarrolle" y de "la posibilidad real y efectiva de gozar de ciertos bienes y de ciertos servicios que le permiten a todo ser humano funcionar en la sociedad según sus especiales condiciones y calidades, bajo la lógica de la inclusión y de la posibilidad de desarrollar un papel activo en la sociedad", definen los contornos de lo que se considera esencial, inherente y, por lo mismo inalienable para la persona (Sentencia de Tutela T-227/03)

Para ello el Estado debe correlacionar una serie de políticas públicas, que de forma organizada satisfagan y protejan los derechos fundamentales de los connacionales, es así como el artículo 49 de la CPN, establece en el Estado Colombiano la obligación de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud basados en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, ejerciendo su vigilancia y control. (Molina Marín & Cabrera Arana, 2008, pág. 14).

En tal sentido la donación de sangre en Colombia debe estar enmarcada bajo este mismo criterio, por ser ella una actividad de interés público en la cual la organización y control del Estado, es fundamental para procurar el acceso a un recurso vital de vida, sino que además de ello se haga bajo parámetros de garantías de principios y derechos fundamentales.

a- Línea Jurisprudencial de la Corte Constitucional Colombiana

La línea jurisprudencial de la Corte Constitucional resulta de vital importancia en el modelo de Estado de Colombia. El juez constitucional posee suma importancia y su rol es central en la interpretación de las normas que llegan al

ámbito de su escrutinio a través de los casos concretos. Con su labor, éste fija pautas en la interpretación de los textos constitucionales y mantiene el ejercicio y la vigencia de los principios y valores consagrados por la constitución. (Daza Duarte & Quinche Pinzón, 2011, pág. 22) Daza Duarte considera que este es un mecanismo que da vida a los Principios constitucionales, dado que:

> Los Principios constituyen normas jurídicas o de mandato, de aplicación inmediata en la resolución de un caso en concreto. [...]Los principios y valores, a partir de la sentencia [...] son fuente de derecho e inspiran, la creación de otras normas al interior del orden jurídico. (Daza Duarte & Quinche Pinzón, 2011, pág. 23)

En la jurisprudencia colombiana, la labor de la Corte Constitucional es profusa en materia de pronunciamientos respecto del derecho a la igualdad y no discriminación por la orientación sexual de las personas, adoptando una posición garantista de los derechos de la comunidad LGTBI.

Jurisprudencia referente al derecho a la igualdad y no discriminación	Jurisprudencia por trato diferenciado con base en la orientación sexual de las personas
DERECHO A LA IDENTIDAD SEXUAL Y DE GENERO-Prohibición de discriminación en establecimientos educativos en razón de la opción sexual (S. T-565/13) DERECHO A LA IGUALDAD-Derecho subjetivo que se concreta en la prohibición de discriminación (S. C-862/08) PRINCIPIO DE IGUALDAD-No discriminación de homosexuales (A.V. C-481/98, T-1426/00) DERECHO A LA NO DISCRIMINACION POR RAZON DE ORIENTACION SEXUAL DIVERSA DEL INTERNO-Prevenir al INPEC para no incurrir en discriminación de visitas íntimas de personas pertenecientes a población LGBTI (S. T-559/13) ADOPCION DE MENOR POR HOMOSEXUAL (A.V. T-290/95) COMPORTAMIENTO HOMOSEXUAL-Le está vedado a la ley prohibirlo y sancionarlo respecto de los adultos que libremente consientan en actos y relaciones de ese tipo (S. C-577/11) DERECHO A LA AUTONOMIA PERSONAL-No se puede restringir a grupo homosexual (S. T-301/04) DERECHO A LA EDUCACION DEL HOMOSEXUAL (S.V. T-037/95) DERECHO A LA IGUALDAD DEL HOMOSEXUAL (S.V. T-037/95) DERECHO A LA IGUALDAD EN ACCESO A EDUCACION POR HOMOSEXUAL (S. T-101/98) DERECHO AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD-Conformación de pareja homosexual (S.V. SU.623/01)	COMITE DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS-Pronunciamientos sobre prohibición de discriminación por orientación sexual (S. C-075/07, S.V. C-075/07) DERECHO A LA IGUALDAD Y PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACION-Prohibición de trato discriminatorio basado en el criterio de orientación sexual (S. T-248/12) DERECHO A LA LIBERTAD INDIVIDUAL, LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD Y A LA DIGNIDAD-Orden a Centro Comercial y empresa de vigilancia ofrecer excusa escrita y pública en caso de discriminación por orientación sexual diversa por beso de pareja del mismo s (S. T-909/11) **DERECHO A LA NO DISCRIMINACION POR RAZON DE ORIENTACION SEXUAL DIVERSA-Vulneración de Laboratorio clínico al rechazar como donante de sangre a persona homosexual basado en su orientación sexual (S. T-248/12)** HOMOSEXUALIDAD EN ESTABLECIMIENTO CARCELARIO-La orientación sexual de las personas privadas de la libertad no constituye una justificación razonable y proporcional para impedir la visita íntima (S. T-274/08) IDONEIDAD MORAL COMO REQUISITO PARA ADOPTAR-Orientación sexual de adoptante no constituye criterio para definirla (A.V. C-710/12) TEST DE PROPORCIONALIDAD-Prohibición de trato discriminatorio basado en el criterio de orientación sexual (S. T-301/04, C-029/09, T-248/12)

Gráfico: 157. "Jurisprudencia Corte constitucional de Colombia" Elaboración Propia. Fuente: (Corte Constitucional de Colombia, 2014)

La jurisprudencia de la Corte, ha evolucionado significativamente en la protección de los derechos de la comunidad LGTBI. Se ha estado garantizando el derecho individual a la libre opción sexual, como ejercicio del derecho al libre desarrollo de la personalidad, como consecuencia de la prohibición expresa de discriminación de la Constitución de 1991.

En sus principios, se venía garantizando los derechos a la dignidad y la libertad de opción sexual en su faceta individual, y se reconoció el tratamiento discriminatorio y desprotección que se ha dado históricamente a esta comunidad.

Con el paso del tiempo, a medida que evolucionaba la sociedad colombiana, se comprendió la necesidad de proteger a este colectivo, también en su faceta como pareja (Sentencia C075/2007). Con la Ley 54 de 1990 se definen las uniones maritales de hecho y el régimen patrimonial entre compañeros permanentes. Más adelante, la Corte reconoció que las personas con orientación sexual diversa, gozan de especial protección constitucional, por ser un grupo poblacional marginado y discriminado, presumiendo inconstitucional todo trato diferente basado en la orientación sexual de la persona. “Actualmente la Corte Constitucional ha adoptado una posición garantista al respecto, con el fin eliminar del ordenamiento jurídico colombiano toda forma de discriminación en razón de la orientación sexual.” (Sentencia T 717/11, 2011)

Las personas con orientación sexual diversa, han sido un grupo poblacional tradicionalmente marginado, objeto frecuente de mecanismos de exclusión social, política, jurídica y religiosa. Por eso todo trato discriminatorio sustentado

en prejuicios sociales e históricos que consideran la preferencia sexual diversa como inmoral, antinatural o producto de enfermedad mental, contradice los valores esenciales de constitucionalismo contemporáneo cuya médula son los principios de dignidad humana, autodeterminación, pluralismo y respeto por los proyectos de vida. (Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia No. T-248/12, 2012)

b- Principio de Igualdad y No Discriminación como parte del *iuscogens* internacional.

El Derecho a la igualdad y no discriminación, resulta inseparable del concepto de dignidad. Se ha mencionado la estrecha relación que existe entre los distintos derechos humanos, y el modo en que, al lesionar uno, se lesionan siempre varios.

El principio de no discriminación, es fundacional de los derechos humanos, sobre éste se erige el valor de la dignidad y se reconoce a cada persona como un ser único e irrepetible, distinto a todos, pero con igual dignidad, derechos y libertad.

La discriminación negativa, es un mecanismo de exclusión utilizado para establecer un sistema de desigualdad, y se origina en la desinformación y la ignorancia. Suele ser impuesto por grupos hegemónicos que sientan bases, supuestamente morales, de visión sesgada de la convivencia social. La discriminación puede encontrar justificación en pretendidas razones de salud pública, como la negación de atención médica a pacientes con VIH por razones de “bioseguridad”.

Existen múltiples instrumentos internacionales que se pronuncian contra la discriminación, a saber: Declaración Americana de Derechos Humanos, Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), etc. (Maglio, 2011, págs. 20-21)

> El derecho a la igualdad y no discriminación es uno de los principios rectores dentro del Estado Social de Derecho, y una de las garantías de protección de los grupos tradicionalmente discriminados y marginados en la sociedad. En virtud de este principio, a las autoridades estatales se les impone el deber de abstenerse de incentivar o de realizar tratos discriminatorios, por una parte; y por otra, el deber de intervenir, sobre el cual el Estado debe tomar las medidas necesarias tendientes a superar las condiciones de desigualdad material que enfrentan los grupos poblacionales discriminados. En el mismo sentido, en cabeza de las autoridades estatales se encuentra el deber especial de protección, el cual implica la obligación de salvaguardar a los grupos minoritarios –o tradicionalmente discriminados- de actuaciones o prácticas de terceros que creen, mantengan o favorezcan situaciones discriminatorias. (Acción de Tutela Sentencia T-248/12, 2012)

La violación del principio de igualdad y no discriminación, se puede dar por acción o por omisión. Y en el caso de los “grupos de riesgo” ante el VIH, existen múltiples formas en que no solo la sociedad, sino también el Estado, colaboran en profundizar la marginalización de estos colectivos afectados, propiciando con sus acciones y omisiones la vulneración de estas personas, que deberían ser respetadas como iguales.

Para el análisis de estas problemáticas, sostienen algunos autores, Almeida Filho, 1992) (von Engelhardt, Mainetti, Amatriain, & Meyer, 2004, pág. 218) que se requiere del auxilio de una antropología médica crítica, en la que se analice y mensure lo histórico, lo político, lo económico, lo ideológico, lo social y lo cultural en la génesis de todo proceso de salud-enfermedad-atención.

> Ahora bien, el principio de igualdad y no discriminación no implica que en toda circunstancia deba darse el mismo trato a todas las personas; hay casos en los que puede aplicarse un trato diferencial, pero éste debe estar sustentado en justificaciones objetivas y razonables. Imponer medidas que no tengan la debida justificación sobre la distinción o la diferencia de trato, implicaría un trato discriminatorio. En efecto, cuando se pretenda implementar alguna regulación que cause la diferenciación de personas o de un grupo de personas, el trato diferente debe ser razonable, lo que significa que debe i) tener un fundamento, es decir, estar justificado, y ii) debe obedecer al principio de proporcionalidad, de tal manera que no termine por afectar otros derechos fundamentales. (Acción de Tutela Sentencia T-248/12, 2012)

Es por ello, que debe ser cuidadosamente analizado cada caso en el cual se dé un tratamiento diferenciado a grupos como los miembros de la comunidad LGTBI, dado que ello, de ser discriminatorio, conllevaría la profundización de una problemática social de marginalización que es causa de muchas de las conductas que la sociedad reprocha a este colectivo, ignorando su contribución a ello mediante medidas y actitudes que atentan contra el libre desarrollo de su personalidad, identidad y ejercicio de su libertad.

La CPN, ha establecido una serie de derechos fundamentales que salvaguardan a las personas de cualquier hecho dañoso o que colocan en riesgo su integridad, pero para el presente caso nos enfocaremos en los derechos fundamentales a la igualdad y no discriminación, al libre desarrollo de la personalidad y a la dignidad. Dichos principios serán la base jurídica y a su vez nos servirán como principios orientadores de la presente investigación. Es clave evaluar al detalle el marco normativo existente para la donación de sangre en Colombia y los diferentes criterios que hacen alusión a lo exclusión de donantes de sangre, actividad que tiene la connotación de ser de interés público y por ello es regulada por parte del Estado.

II. Normas reguladoras de la actividad ejercida por los bancos de sangre

La normativa que demanda a los bancos de sangre realizar el interrogatorio del donante, proviene del ámbito internacional. Esta es, concretamente, el Reglamento técnico Mercosur de medicina transfusional[19] el que solicita tomar estos recaudos:

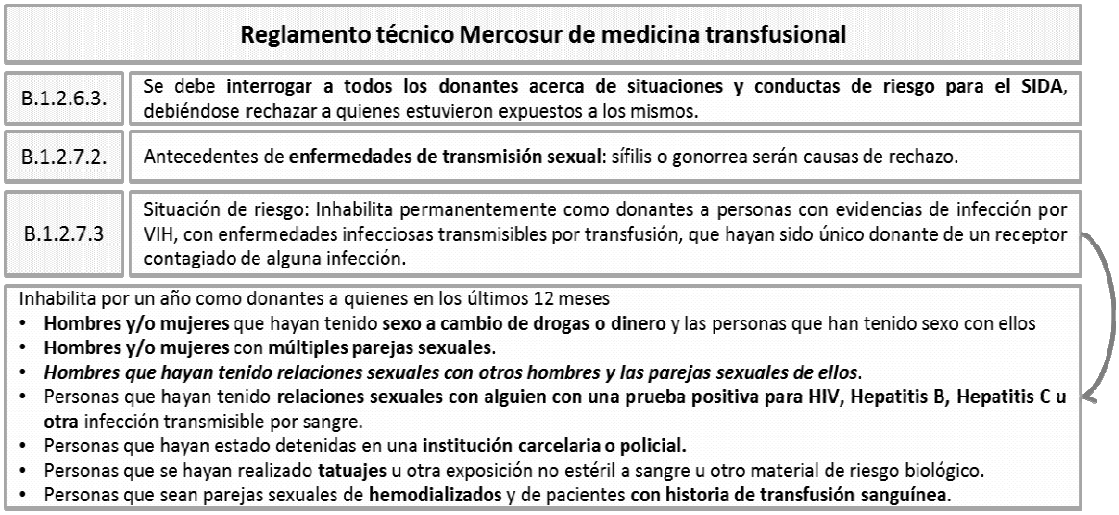


Gráfico: 16. "Recaudos propuestos por el Reglamento técnico de Mercosur" Elaboración Propia. Fuente: (Braga Arcuri, 2000)

El Reglamento técnico de niveles de complejidad de los servicios de la medicina transfusional, Res.Nº 12/97, establece en su art. 2 que los Estados Partes deben poner en vigencia las disposiciones legislativas, reglamentarias y administrativas necesarias para que se dé cumplimiento a éste. Por ende, la Resolución *per se* no es vinculante, sino que su obligatoriedad se instrumenta

[19] http://www.mercosur.int/msweb/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_012_097_.PDF

en las normativas nacionales. Colombia adhiere a dicho Reglamento[20], y ajusta su normativa local a los parámetros dictados por aquél.

Asimismo, la Resolución 28.72 de la Asamblea Mundial de la Salud estableció en 1975, el principio de que la donación de sangre debe ser voluntaria y no remunerada (Organización Mundial de la Salud, 2001) El marco legal de referencia en Colombia, comprende las siguientes normativas nacionales:

La Constitución política nacional en su artículo 49 da la potestad al Estado para reglamentar y organizar los niveles de atención para la prestación de los servicios de salud de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad. Los artículos 334 y 365 establecen la facultad del Estado para mantener la regulación, control y vigilancia del servicio público de salud.

a.) Ley IX de 1979, Código Sanitario Nacional.

La ley 9 de 1979 que hace las veces de código sanitario nacional, reglamenta las actividades y competencias de salud pública, para asegurar el bienestar de la población.

Sin duda alguna la salud de los habitantes de una población determina su calidad de vida, para ello esta ley dictamino en su tiempo y contexto las reglas más importantes para el funcionamiento de diversas entidades, sus productos ó situaciones que de alguna forma influían en las condiciones de vida de una comunidad.

[20] Dentro de las normas de incorporación inmediata para MERCOSUR se encuentra el Reglamento Técnico MERCOSUR de Medicina Transfusional. Ver Anexo II, del DEC.006-2012 –Item 189- www.adimra.com.ar/download.do?id=1118

Fue esta ley una de las primeras legislaciones para el control y la vigilancia en la protección de la salud humana y el medio ambiente, logrando un importante avance en varios sectores generadores de riesgos potenciales a la salud humana, siendo a su vez pilar fundamental del desarrollo normativo de la salud ocupacional en Colombia y ejemplo a replicar en demás países de Latinoamérica.

La ley está conformada por un total de 607 artículos, distribuidos en XII títulos, abarcando temas medio ambientales, salud ocupacional, manipulación y manejo de drogas y alimentos, vigilancia y control epidemiológico, defunciones, traslados de cadáveres, entre otros temas así derechos y deberes relativos a la salud.

Esta normatividad, con plena vigencia en la actualidad, es aplicable para todas aquellas entidades del sector público o privado, con carácter científico, hospitalario o similar dedicados a la extracción, transfusión y conservación de sangre o sus hemoderivados, acorde a lo consagrado en los artículos 540 a 545 del título IX de la presente ley.

b.) Ley 10 de 1990, ley marco para la organización y normalización de los servicios de salud.

Si bien esta ley, no tiene una relación directa con la donación de sangre o la regulación de dicha actividad por parte de la instituciones que al momento se ocuparan del tema, es preciso tenerla como un precedente normativo, ya que fue la norma que logro regular y organizar los servicios

de la salud antes de la expedición de la Constitución de 1991 y la posterior reglamentación de de la 100 de 1993[21].

Esta ley logro llevar la prestación de los diferentes servicios de salud a los estándares normativos más actualizados para el momento, introduciendo un nuevo concepto acerca de la prestación de servicios de salud como actividad regulada por parte del Estado, como un servicio púbico, con gratuidad en sus servicios básicos.

Implícito en dicha intervención del Estado, esta la regulación de la salud como servicio público, en sus mejores condiciones de acceso, continuidad, calidad, cobertura, organización e implementación de políticas públicas, sin importar que dicho servicio sea desarrollado por entidad pública o privada.

Dentro de dicha norma se propone un concepto de salud, que no solo está ligado al individuo, sino que además de ello tiene en cuenta otro factores de orden ambiental, biológico y de comportamiento, garantizado a través de la aplicación efectiva de 6 principios básicos consagrados en el artículo 3 de ley.

Las mínimas distancias temporales y jurídicas entre esta ley, y lo que posteriormente fue plasmado por la asamblea nacional constituyente, deja en claro la necesaria intervención del Estado, para la regulación de temas de salud, en cualquier sector público o privado, estableciendo plenas

[21] La Ley 100 de 1993, es la encargada de aglutinar armónica y cohesinadamente un cumulo de entidades privadas y públicas, así como las diferentes normas y procedimientos a fin de crear el sistema de seguridad social, encargado no solo del la regularización, control, creación y seguimiento de entidades de salud en diferentes niveles, si no un sistema coordinado de protección laboral(ART), asistencia social y protección social(Pensiones y Cesantías).

garantías y respeto, por un derecho ó “servicio” como fue consagrado en su momento, distante de parámetros individualistas y acotada aplicación, si no que por el contrario explaya al derecho, en un entorno amplio en el cual debe jugar armónicamente con otras garantías sociales.

Una vez materializada la carta magna en el año 1991 y la marcada línea jurisprudencial sentada por la honorable corte constitucional, vemos ratificada la necesaria participación, que el Estado debe adoptar, en procura de ser garantista de derechos y obligaciones.

La asunción del “servicio de salud”, tal como fue estipulado en la ley 10 de 1990, a ser un “derecho fundamental” como ampliamente lo ha ratificado la corte constitucional, potencializa las obligaciones de todos y cada unos de los prestadores del servicio, no solo a garantizar un derecho, sino un entorno de derechos.

c.) Decreto 1571 del 12 de Agosto de 1993

En este punto histórico y normativo, ya estamos ubicados frente a la expedición y aplicación de la constitución del 1991, que se tambalea como niño aprendido a dar sus primeros pasos, pero que a su vez, es vanagloriada por sus grandes capacidades y el enorme potencial a desarrollar.

El decreto 1571 del 12 de agosto de 1993, es el encargado de reglamentar parcialmente el titulo IX de la Ley 09 de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crea la Red Nacional de Bancos de Sangre y el

Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

Haciendo expresa claridad en su artículo 2, resalta la salud como bien de interés público y esboza en el artículo 3 una serie de definiciones y conceptos básicos como "Donante de Sangre"[22] y "Banco de Sangre"[23] entre otros, que ayudan a brindar una visión clara del amplio espectro existente alrededor de la actividad de donación de sangre.

A su vez determina los principios y directrices normativas para la regulación en torno a la actividad producto de la donación de sangre, marcando que esta tiene las connotación de ser considerada de interés social y público[24], y así mismo regular expresamente la prohibición frente a la exportación de la sangre o sus hemoderivados, exceptuado solo por motivos de solidaridad internacional y previa garantía de la satisfacción de las necesidades nacionales[25]

Para ello el referido decreto, objeto de análisis, se encarga de crear instituciones fundamentales para el desarrollo efectivo de la actividad, como la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional, y

[22] DONANTE DE SANGRE: Persona que, previo el cumplimiento de los requisitos señalados en este Decreto, da, sin retribución económica y a título gratuito y para fines preventivos, terapéuticos, de diagnóstico o de investigación, una porción de su sangre en forma voluntaria, libre y consciente

[23] BANCO DE SANGRE: Es todo establecimiento o dependencia con Licencia Sanitaria de Funcionamiento para adelantar actividades relacionadas con la obtención, procesamiento y almacenamiento de sangre humana destinada a la transfusión de la sangre total o en componentes separados, a procedimientos de aféresis y a otros procedimientos preventivos, terapéuticos y de investigación. Tiene como uno de sus propósitos asegurar la calidad de la sangre y sus derivados

[24] Artículo 6 del Decreto 1571 de 1993

[25] Artículo 8 del Decreto 1571 de 1993

clasifica los bancos de sangre y los servicios de transfusión, entre otros temas que regulan la actividad mencionada de acuerdo a parámetros de salubridad.

d.) Resolución 901 de 1996

El Manual de Normas Técnicas y Administrativas y de Procedimientos para Bancos de Sangre (Resolución 901 de 1996), expedido por el Ministerio de Salud de conformidad con la facultad concedida en el Decreto 1571 de 1993[26] fija los criterios científicos para la aplicación de los requisitos y condiciones para donar sangre[27].

El referido manual contiene una serie de disposiciones que restringen la posibilidad de que las personas HSH donen sangre. Así, entre los criterios de autoexclusión de donantes se incluyen las relaciones "homosexuales"[28]. En

[26] Por el cual se reglamenta parcialmente el Título IX de la Ley 09 de 1979, en cuanto a funcionamiento de establecimientos dedicados a la extracción, procesamiento, conservación y transporte de sangre total o de sus hemoderivados, se crean la Red Nacional de Bancos de Sangre y el Consejo Nacional de Bancos de Sangre y se dictan otras disposiciones sobre la materia.

[27] Cfr. Decreto 1571 de 1993, artículo 28

[28] Ministerio de Salud (1996). Manual de Normas Técnicas y Administrativas y de Procedimientos para Bancos de Sangre Resolución 901 de 1996: "3.5 CRITERIOS DE AUTOEXCLUSION PARA DONANTES DE SANGRE: // - Antecedentes de violación sexual, anal u oral // - Relaciones homosexuales, bisexuales promiscuas, casuales o con personas diferentes a su pareja y sin protección (Sin condón) // -Drogadicción - Enfermedades venéreas con o sin tratamiento en el último año cronológico. // - Presencia de uno o más de los siguientes síntomas, sugestivos de SIDA: fiebre, diarrea, astenias mayores de un mes, odinofagia, sudoración profusa nocturna, pérdida de peso inexplicable de 10 kilogramos o más en los dos últimos meses, tos persistente o disnea de mediano esfuerzo. // - Compañeros (as) sexuales de pacientes politransfundidos (Hemofílicos-renales crónicos y otros)". 4 Ibídem: "3.2 REQUISITOS PARA SER DONANTE … // 3.2.2 PARA PROTEGER AL RECEPTOR. // - INFECCION POR VIH/ SIDA: // Para diferirse se debe basar en los siguientes criterios: // - Evidencia clínica o por laboratorio de la infección.//- **Relaciones homosexuales masculinas en los últimos 15 años**. //- Drogadicción // - Enfermos con discracias sanguíneas que hayan recibido transfusiones de componentes sanguíneos o concentrados de factores hemostáticos.// - Receptores de sangre total sus componentes y derivados en los 12 meses anteriores. // - Donantes con historias de enfermedades venéreas en los 12 meses anteriores, así hayan recibido tratamiento. // - Víctimas de violación en los 12 meses anteriores.// - Accidentes de trabajo en los que haya habido contacto con sangre u otros líquidos orgánicos en los 12 meses anteriores. // - Relaciones sexuales con las personas incluidas en los anteriores numerales o

este sentido, la orientación sexual, constituye un primer filtro de los posibles donantes.

Adicionalmente, al establecer los requisitos para donar sangre orientados a la protección del receptor, uno de los criterios que se establecen para diferir por posible infección por VIH, es el de haber tenido **"relaciones homosexuales masculinas en los últimos 15 años"**. Este tipo de criterios se determina en función de situaciones que se consideran más riesgosas bajo la idea de que incrementan las probabilidades de adquirir el virus.

De acuerdo con esto, además de las "relaciones homosexuales masculinas", se incluyen como criterios para diferir: la evidencia clínica o por laboratorio de la infección; los usuarios de estupefacientes; el haber tenido enfermedades venéreas, o haber sido víctima de violación en los 12 meses anteriores, entre otros[29] Cabe anotar además que para casos de emergencia en los que exista una gran necesidad de recolección de sangre, se acepta variación en las

con los trabajadores sexuales. // - Infecciones por HTLV 1-2 cuando se manifiesten clínicamente o por laboratorio, los donantes deben ser diferidos indefinidamente". Subrayas y Negrillas mias

[29] Ibídem: "3.2 REQUISITOS PARA SER DONANTE … // 3.2.2 PARA PROTEGER AL RECEPTOR. // - INFECCION POR VIH/ SIDA: // Para diferirse se debe basar en los siguientes criterios: // - Evidencia clínica o por laboratorio de la infección.//- Relaciones homosexuales masculinas en los últimos 15 años. //- Drogadicción // - Enfermos con discracias sanguíneas que hayan recibido transfusiones de componentes sanguíneos o concentrados de factores hemostáticos.// - Receptores de sangre total sus componentes y derivados en los 12 meses anteriores. // - Donantes con historias de enfermedades venéreas en los 12 meses anteriores, así hayan recibido tratamiento. // - Víctimas de violación en los 12 meses anteriores.// - Accidentes de trabajo en los que haya habido contacto con sangre u otros líquidos orgánicos en los 12 meses anteriores. // - Relaciones sexuales con las personas incluidas en los anteriores numerales o con los trabajadores sexuales. // - Infecciones por HTLV 1-2 cuando se manifiesten clínicamente o por laboratorio, los donantes deben ser diferidos indefinidamente".

normas técnicas, pero la “homosexualidad” persiste como un criterio de exclusión de donantes[30].

e.) Normativa del formulario de autoexclusión

Si bien se ha encontrado que los criterios sanitarios de tamizaje constituyen una práctica firmemente basada en datos estadísticos y epidemiológicos que confirman su pertinencia, y que con ello se resguarda la salud de la población y se salva vidas, resta analizar si el contenido del formulario se adecua a los criterios científicos actuales.

Particularmente, los criterios que se cuestionan, son los de diferir al donante **HSH por 15 años desde su última relación sexual**, cuando el periodo de ventana del VIH es mucho menor. El periodo de ventana en ningún caso es superior a un año, por lo cual el criterio de **15 años es por demás excesivo y carece totalmente de fundamento científico**.

Al respecto, la Resolución 901 del 20 de marzo de 1996, adopta el “manual de normas técnicas, administrativas y de procedimientos para bancos de sangre” recomienda diferir a quienes hayan tenido “relaciones homosexuales” masculinas en los últimos 15 años” y a quienes mantengan relaciones sexuales con “homosexuales”, personas con evidencia de infección, víctimas de violación, víctimas de accidentes de trabajo en contacto con sangre o

[30] Ibídem: “9.1.8 VARIACIONES TECNICAS DE LA NORMA PARA CASOS DE EMERGENCIA: // Durante las emergencias los bancos de sangre y servicios de transfusión efectuarán el siguiente ajuste a las normas usuales para el uso terapéutico de la sangre: // Evaluación de donantes. Sólo se considerarán los siguientes aspectos: // - Nombre, dirección y teléfono. // - Se utilizan como criterios de exclusión la edad, el peso, la Hepatitis, la malaria y otros factores de riesgo como la promiscuidad sexual, toxicomanía, **homosexualidad**. ” (Subrayado propio).

trabajadores sexuales. (Manual de Norma Técnicas, Administrativas y de Procedimiento de Bancos de Sangre. Res 901/1996, 1996)

En las preguntas destinadas a la identificación de factores de riesgo del formulario de autoexclusión sugerido por la "Guía para la selección de donantes de sangre en Colombia. Instructivo para diligenciamiento de la encuesta" del año 2012, nótense las recomendaciones para las siguientes preguntas (ver Anexo II):

> **12. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?** Los hombres que tienen sexo con hombres HSH (exposición a partir de 1977) deben ser diferidos permanentemente. En el caso de las mujeres el riesgo no es significativo como en los hombres, sin embargo se debe indagar sobre sus prácticas sexuales o de grupo y de acuerdo con sus respuestas, el médico del banco de sangre toma la decisión de aceptar o diferirá la donante potencial. Las mujeres cuyas parejas sexuales son HSH deben diferirse por 12 meses después del último contacto sexual. (Varona Uribe, Olivera Martínez, & Beltrán Durán, 2012, págs. 40-45)

El criterio por el cual los HSH son diferidos permanentemente y las mujeres que tienen sexo con HSH sólo son diferidas por 12 meses, carece de fundamento científico alguno, dado que las relaciones sexuales de riesgo de ambos, equiparan el nivel de riesgo.

Se ha mencionado en los estudios epidemiológicos y en las encuestas analizadas, el crecimiento de la epidemia en la población femenina, lo que confirma la improcedencia de esta distinción.

En las siguientes preguntas y sugerencias, nótese que quienes hayan pagado con dinero o droga por sexo y hayan tenido relaciones con trabajadores sexuales, son diferidos por un año. El riesgo asociado aquí es minimizado, ya que los estudios han arrojado que los entornos en los que se practica sexo a cambio de drogas y viceversa, poseen un alto porcentaje de conductas riesgosas y una alta prevalencia de VIH.

> **13. ¿Ha recibido sustancias psicoactivas o dinero a cambio de relaciones sexuales?** Las personas que alguna vez han aceptado dinero o drogas para tener sexo, se trate de hombres o mujeres, deben diferirse permanentemente

> **14. ¿Ha tenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales? ¿Hace cuánto?** Quienes hayan pagado con dinero o droga para tener sexo o hayan tenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales, deben ser diferidos por un (1) año después del último contacto sexual, por el riesgo asociado de transmisión de VIH, hepatitis B y C (5,19,24). (Varona Uribe, Olivera Martínez, & Beltrán Durán, 2012, págs. 40-45)

Finalmente, la exclusión total de los HSH, resulta estigmatizante y discriminadora, al considerarse únicamente a este grupo como un riesgo potencial y minimizar el riesgo de otros grupos como heterosexuales que hayan tenido relaciones sexuales sin protección, usuarios de drogas inyectables o trabajadores(as) sexuales.

El formulario de autoexclusión debería basar sus criterios de prevención sanitaria en conductas de riesgo y no en “grupos de riesgo”. Se observa en la normativa mencionada que se continúa estigmatizando a la población HSH, con las consecuencias negativas para dicha población que dicha discriminación implica.

Asimismo, se ha señalado que las conductas de riesgo, si bien prevalecen en ciertos grupos, no se dan necesariamente en todos los casos, por lo cual son las conductas las que deben ser evaluadas, y no la pertenencia o no a “grupos de riesgo”. Una conducta de riesgo de varias parejas sexuales en una mujer, en especial si es con personas afectadas por el uso de drogas inyectables, constituye un riesgo mucho más real que el de un HSH con pareja estable y una conducta sexual basada en prácticas seguras. Sobre estos aspectos se reflexiona en los dictámenes arrojados por la jurisprudencia Colombiana, especialmente en los casos que se mencionan a continuación.

III. Test de Proporcionalidad y Criterio sospechoso como herramienta de síntesis

En el caso concreto que ocupa al presente estudio, se confrontan, puntualmente, la prohibición de trato discriminatorio basado en el criterio de orientación sexual, con base en el derecho a la igualdad y **principio de no discriminación**, frente al criterio sanitario de prevención sanitaria de contagio de infecciones de transmisión por vía transfusional, sobre la base de la exclusión de poblaciones clave de mayor riesgo.

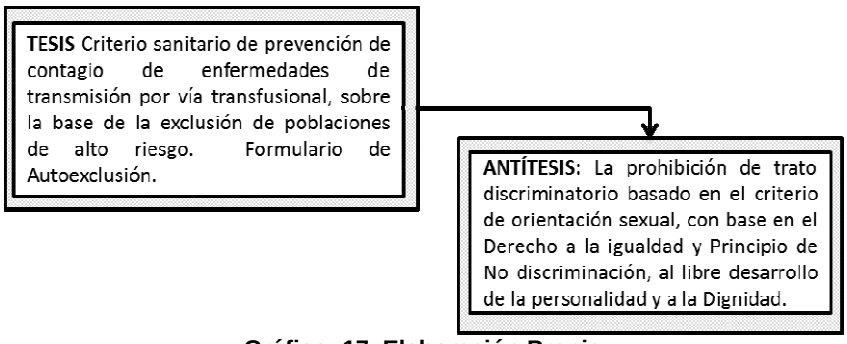


Gráfico: 17. Elaboración Propia.

En múltiples ocasiones, la Corte Constitucional, para determinar si un trato, actuación o medida es o no discriminatoria, ha recurrido a la aplicación del juicio de proporcionalidad. Este consiste en un criterio de aplicación ante situaciones en las que una norma restringe derechos o principios fundamentales, a fin de establecer si la finalidad perseguida por la norma justifica tal restricción, y si limita el ejercicio de derechos de manera justificada (proporcional)

> El test de proporcionalidad se aplica en presencia de disposiciones que limitan derechos o principios constitucionales y tiene como objetivo la protección de éstos frente a limitaciones excesivas, desproporcionadas e injustificadas. Las restricciones del legislador al ejercicio de los derechos consagrados por el constituyente no pueden ser caprichosa. Al contrario, tales restricciones deben estar respaldadas por el hecho de que con ellas se pretende y se puede alcanzar un fin legítimo. (López Bruyce, 2009, pág. 156)

El Test de Proporcionalidad como método de escrutinio, evalúa la norma o medida en cuestionamiento, con base en los siguientes criterios:

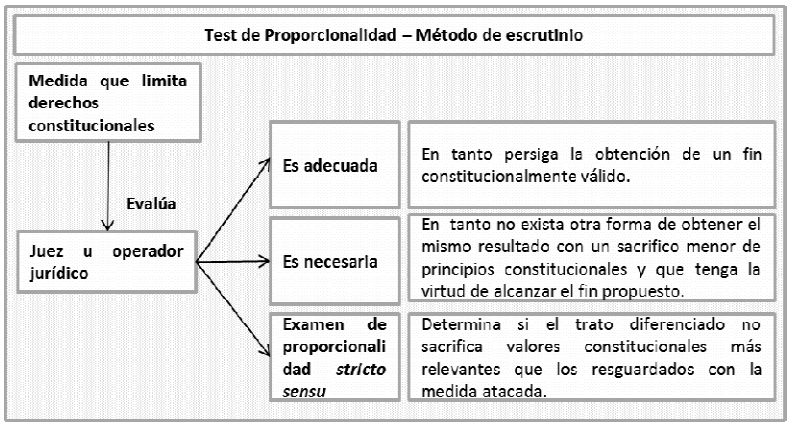


Gráfico: 18. "Test de Proporcionalidad" Elaboración Propia. Fuente: (Acción de Tutela Sentencia T-248/12, 2012)

Cuando en este método de escrutinio, se encuentran **categorías sospechosas**, por haber estado históricamente asociadas a prácticas que utilizan criterios irrelevantes para distinguir situaciones que permiten dar tratamiento discriminatorio o subvalorar a ciertos grupos (mujeres, negros, "homosexuales", indígenas), éstas son especialmente revisadas y sopesadas cuidadosamente.

> Este carácter sospechoso, con reiteración ha dicho la jurisprudencia, representa "categorías que (i) se fundan en rasgos permanentes de las personas, de las cuales éstas no pueden prescindir por voluntad propia a riesgo de perder su identidad; (ii) han estado sometidas, históricamente, a patrones de valoración cultural que tienden a menospreciarlas; y, (iii) no constituyen, per se, criterios con base en los cuales sea posible efectuar una distribución o reparto racional y equitativo de bienes, derechos o cargas sociales" (Acción de Tutela Sentencia T-248/12, 2012)

Como se puede apreciar, al ser la orientación sexual parte de la identidad de la persona, se trata de distinciones fundadas en rasgos permanentes de las

personas, que, por lo tanto, entran dentro de la categoría considerada sospechosa. Esta metodología, constituye en una herramienta de gran utilidad al momento de procurar discernir el abordaje de síntesis en discusiones, en las que se encuentran derechos fundamentales en pugna.

IV. Leading case.

La Sentencia de la Corte Suprema T-248/12 Sala 7a. de Revisión de Tutelas de la H. Corte Constitucional, M.P. Dr. Jorge Ignacio Pretelt Chaljub, resulta de importancia, dado que ha amparado los derechos fundamentales a la igualdad y no discriminación a un donante gay, diferido en el proceso de tamizaje mediante el formulario de autoexclusión.

La situación, se resume a continuación. En el momento en que esta persona se presenta voluntariamente para donar sangre en el Laboratorio Clínico Higuera Escalante, tras responder el cuestionario, inmediatamente se lo excluye como donante tal como se relata en autos:

> En el caso que se presenta en esta ocasión, se evidencia una diferencia de trato sustentada en una categoría sospechosa, la cual es la orientación sexual del actor. Ciertamente, según el relato del actor "la persona a la cual quedé a cargo (…) me pregunta si he tenido o tengo relaciones sexuales con personas de mi mismo sexo, lo cual respondo afirmativamente, seguidamente procede a preguntar si soy homosexual a lo cual respondo nuevamente afirmativo. Inmediatamente la persona me dice que no puedo donar sangre" (subrayado fuera de texto). Como se puede evidenciar, al demandante le fueron formuladas dos preguntas para determinar si era o no un sujeto de riesgo, y por ende, si podía donar sangre. Las dos preguntas estaban relacionadas directamente con su orientación sexual; la primera estaba dirigida a saber si el actor ha tenido relaciones sexuales con otros hombres, sin importar en qué condiciones, es decir, si han sido o no prácticas sexuales con protección, y la segunda se concentró únicamente en la orientación sexual, como una forma de confirmar la respuesta dada con la primera pregunta. Fue con base en dicha información que al actor se le identificó como "sujeto de riesgo" y se le excluyó de donar sangre, sin indagar sobre sus prácticas sexuales, es decir, si tiene relaciones sexuales con o sin protección, si son relaciones sexuales promiscuas o con una pareja estable, en caso de que hubiera tenido relaciones sexuales riesgosas, hace cuánto tiempo las tuvo, y toda aquella

> información que demostrara que existía en realidad una situación de riesgo de transmisión del VIH, que se originara en las prácticas sexuales riesgosas. Al contrario, el Laboratorio se justificó para excluirlo como donante directamente en su orientación sexual, presumiendo de facto que el sólo hecho de ser un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otros hombres y es homosexual, tiene como consecuencia ser sujeto de riesgo de transmisión del VIH. (Acción de Tutela Sentencia T-248/12, 2012)

La corte se basa en sus propios antecedentes jurisprudenciales, en los que se proscribe toda forma de discriminación en razón de la orientación sexual. Asimismo, considera que toda diferencia de trato entre personas o grupos de distinta orientación sexual únicamente es admisible constitucionalmente si obedece a un principio de razón suficiente.

La orientación sexual, en los criterios establecidos en fallos anteriores, se considera inherente a la determinación autónoma del modelo de vida adoptado de la persona, que tiene libertad para decidir sobre sí misma. Toda limitación al libre desarrollo de la personalidad, debe tener un sustento constitucional que necesaria y proporcionalmente la justifique.

> Los fallos citados demuestran que la orientación sexual de un individuo constituye un asunto que se inscribe dentro del ámbito de autonomía individual y que le permite adoptar, sin coacciones ajenas, los proyectos de vida que considere pertinentes, siempre y cuando, con ellos, no vulnere el orden jurídico y los derechos de los demás. En tal sentido, todo trato desigual que se funde en móviles de opción sexual, en principio, está constitucionalmente prohibida, y por ende, toda distinción sustentada en esta condición constituye una categoría sospechosa que implica aplicar el test de proporcionalidad en su grado de escrutinio más estricto. (Acción de Tutela Sentencia T-248/12, 2012)

Respecto de los donantes de sangre, la Corte cuenta con esta sentencia T-248/12, que ha significado un importante avance en materia de reconocimiento de la donación de sangre de la comunidad LGTB. Concretamente en la Sentencia de la Acción de Tutela interpuesta ante un Laboratorio clínico que

dispone de un banco de sangre en el que se excluye como donante a un hombre por ser éste un hombre gay.

La Sentencia en cuestión, T-248/12, ha empleado para su discernimiento, el Test de Proporcionalidad, para evaluar la solicitud de un hombre gay, quien solicita el amparo de sus derechos fundamentales a la igualdad y no discriminación, al libre desarrollo de la personalidad y a la dignidad, y en consecuencia, se ordene al banco de sangre que le permita donar sangre con todos los estudios científicos que se requieran, dando cese al trato discriminatorio.

Los magistrados, al revisar los antecedentes normativos, constitucionales y jurisprudenciales, bajo la óptica de los derechos a la igualdad y no discriminación por razón de orientación sexual diversa, encontraron al criterio sanitario del banco de sangre como sospechoso, por tomar como causa de diferenciación elementos inherentes a la persona humana, como su orientación sexual, y no la conducta de riesgo, que es lo que determina concretamente el peligro de contraer enfermedades infecciosas.

Ante ello, observan que, este hecho, sin embargo, no ha dado lugar, a modificaciones substanciales en las prácticas que se llevan a cabo en Colombia en cuanto a los criterios de exclusión de donantes, perpetuándose la situación discriminatoria, razón por la cual, resulta necesario volver sobre este tema brindar aportes a la discusión que permitan ofrecer soluciones que otorguen seguridad jurídica, tanto a los receptores como a los donantes, en un marco que contemple los derechos de todos.

El fallo legitima el objeto del formulario de autoexclusión, de proteger al receptor de la sangre de una enfermedad gravemente infecciosa, asegurándose de identificar a los donantes propensos a adquirir el virus VIH por practicar actividades sexuales riesgosas. Este es un objetivo constitucionalmente imperioso que responde a la responsabilidad del Estado de garantizar el derecho a la salud pública de sus habitantes. Sin embargo, las preguntas referentes a la orientación sexual, y no al comportamiento sexual, no constituyen un medio adecuado para realizar un tamizaje efectivo.

A ello, el fallo suma que este criterio de diferenciación, no resulta indispensable, dado que los bancos de sangre tienen la estricta obligación de realizar pruebas de VIH a toda la sangre que reciben de los donantes, asegurando así, bajo medios científicos seguros la calidad de la sangre.

Concluye que la identificación del riesgo potencial al VIH debe enfocarse en los comportamientos sexuales riesgosos, entendiendo por ello sexo sin condón, relaciones sexuales con trabajadoras sexuales, etc. Por todo ello, el fallo encuentra que el rechazo del donante HSH por su orientación sexual, y no con base en la identificación de prácticas sexuales riesgosas, no supera el juicio estricto de proporcionalidad y constituye un claro acto discriminatorio.

El fallo no sólo considera que se debe permitir donar a las personas con orientación sexual “homosexual”, a excepción de los casos en que se detecten conductas sexuales riesgosas, y que este debe ser el criterio a tomar en cuenta, sino que agrega que se debe revisar la reglamentación que contradice esta postura.

Lamentablemente los efectos de fallo son inter partes[31], por consiguiente se continúan practicando tamizajes con base en criterios discriminatorios o basados en ideas y prejuicios desactualizados sobre las características de la epidemia. Ello deja un vacío en la institucionalidad colombiana que viene arrastrando prejuicios históricos y temores infundados por sobre criterios científicos sólidos y valores del constitucionalismo moderno.

[31] la Sentencia C-113/93 la Corte manifiesta que su decisión se basa exclusivamente en los preceptos de la Constitución, a saber, la justicia y la seguridad jurídica. Los fallos de la Corte pueden tener: Efectos erga-omnes ó Efectos inter partes (exclusivos de las acciones de tutela)SentenciaT-583/06: [N]unca los efectos de la decisión de tutela son erga omnes; en todos los casos, aun en aquellos en que la decisión de tutela rebasa los efectos estrictamente inter partes del proceso, éste se traba entre una persona o personas que denuncian la vulneración de sus derechos fundamentales, y otra u otras a quien o quienes se imputa dicha violación (Corte Constitucional de Colombia, 2006, pág. 35)

Conclusiones Finales

Lo primero que es preciso advertir es que las relaciones sexuales entre hombres que tengan prácticas sexuales seguras, no constituyen per se un factor que incremente el riesgo de contraer el VIH. El mecanismo más usual de transmisión del VIH es el contacto sexual, con independencia de que este se realice entre personas del mismo o de diferente sexo.

Además de la evidencia científica disponible, las cifras existentes en Colombia en relación con los casos reportados de VIH desde 1983 hasta 2011 corroboran que no existe un riesgo particular asociado a las relaciones sexuales entre hombres.

En efecto, en el 97% de los casos de VIH reportados en el período indicado y sobre los cuales se conoce el mecanismo probable de transmisión (la cifra equivale al 61.6% de los casos reportados), la transmisión se produjo por vía sexual, de la cual “el 63% corresponde al comportamiento heterosexual [27.861] y el 34% homosexual y bisexual [14.802]” (Ministerio de la Proteccion Social de Colombia, 2009).

En relación con los hombres infectados, el informe señala que “De los 31.738 hombres con dato de Mecanismo Probable de Transmisión (MPT), 16.962 reportaron prácticas heterosexuales y 14.776 prácticas homo/bisexuales” (Ministerio de la Proteccion Social de Colombia, 2009).

Estas cifras sugieren que se han presentado cambios importantes en las dinámicas de la prevalencia de la infección, que muestran que no es posible asociar la infección con la orientación sexual y, en consecuencia, que la razón

inicialmente utilizada para sustentar la exclusión ha demostrado ser inadecuada.

Lo que sugiere la evidencia científica reciente es que el factor determinante que permite explicar una inicial prevalencia mayor del virus en los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) no es la preferencia sexual, ni ninguna característica de la misma, sino los comportamientos sexuales riesgosos. Esto es, el comportamiento sexual riesgoso para contraer VIH es no usar condón en una relación sexual con una persona que tiene VIH, en consecuencia, el criterio más importante que determina el contagio es la falta de protección.

En este punto la medida ya está omitiendo este elemento fundamental pues no diferencia entre la relación sexual en la que se usa condón de la que no se usa. Ahora bien, aunque tanto en parejas heterosexuales como entre parejas del mismo sexo, lo que determina la probabilidad de infección es la protección, en el caso de las parejas del mismo sexo, se omite preguntar por este aspecto y se rechaza la donación por la pertenencia al grupo. Esta situación desconoce las transformaciones recientes de las relaciones de estas parejas del mismo sexo, que han reducido las prácticas sexuales inseguras, por cuenta, entre otros elementos, de la conformación de parejas estables con protección constitucional y legal.

El criterio que debería entonces fundamentar la exclusión de las personas no debería ser su orientación sexual, sino los factores de riesgo que pueden estar además presentes entre diferentes tipos de relaciones sexuales. Al hacer énfasis en estos factores y no en la pertenencia a un grupo poblacional con una orientación sexual diversa, se evitaría el efecto estigmatizante que tiene

señalarlos como un “grupo de riesgo”, y al tiempo se garantizaría adecuadamente que la sangre es segura. Este criterio resulta además más adecuado si se tiene en cuenta que incluiría a personas que sin pertenecer a los grupos tradicionalmente considerados como de mayor riesgo, tienen prácticas sexuales riesgosas.

Teniendo en cuenta esto, es necesario concluir que el riesgo no se configura por la orientación sexual, sino que surge de prácticas sexuales de alto riesgo como, por ejemplo, el sexo sin protección con personas distintas a la pareja estable o con personas que tienen VIH. En consecuencia, es necesario concluir que la medida resulta inadecuada para alcanzar el fin constitucionalmente imperioso que persigue, pues no se fundamenta en el verdadero criterio al que debería responder, que es el factor de riesgo.

La inadecuación de la medida que se utilizó en este caso resulta aún mayor si se tiene en cuenta que la restricción de donación opera respecto de aquellos que han tenido relaciones sexuales masculinas en un período de 15 años.

La razón de estipular un plazo para rechazar la donación cuando se está en presencia de un factor de riesgo es que existe un periodo después de la relación sexual en el cual no es perceptible el virus. Por el mecanismo de acción del VIH existe un periodo de “ventana inmunológica” que va desde que el virus entra al sistema vascular hasta que libera los anticuerpos. Durante este tiempo el virus no es detectado y la sangre puede dar un resultado de VIH negativo, siendo positivo.

La liberación de los anticuerpos para la detección del virus puede ser rápida o puede demorar algunos meses. Sin embargo, los expertos aseguran que

después de un período de 12 meses contados a partir del momento del contacto sexual riesgoso, la probabilidad de que el VIH no sea detectado es menos de uno en tres millones.[32]

En todo caso, la evidencia empírica señala que el periodo de ventana inmunológica no tarda más de 6 meses,[33] por eso algunos países restringen las donaciones de sangre de HSH solo 6 meses después del último contacto sexual, entre ellos Sudáfrica.

Otros han optado por establecer un plazo de un año para tener mayor seguridad de que el virus será perceptible, tal es el caso de Argentina, Australia, Hungría, Japón, Suecia e Inglaterra que el 7 de noviembre del año pasado pasó de tener una restricción indefinida a una de 12 meses.

Puede entonces concluirse que un periodo tan extenso como el de 15 años no tiene ninguna justificación científica en la actualidad. Al inicio de la epidemia pudo haber sido aceptado por el desconocimiento de la enfermedad y la precariedad de las pruebas. Pero hoy día hay total certeza de que el VIH puede

[32] Seguin señala el experto Jihane Joseph Hajj en su trabajo The ethical implications of the lifetime blood donation ban policy on homosexual and bisexual men: Exploration in the context of professional doctorat, “Having such advanced technology renders the risk of releasing an infected unit of blood, or transfusing a contaminated unit as very minimal. In a relatively recent presentation in Germany, sponsored by the World

[33] La definición de periodo de ventana que hace info SIDA señala: “La demora típica oscila entre 14 y 21 días, pero varía en cada persona. Casi todas las personas infectadas por el VIH tendrán anticuerpos detectables al cabo de 3 a 6 meses de producirse la infección” Disponible en: http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/SpanishGlossary_sp.PDF. También el CDC de Estados Unidos dice que la ventana inmunológica no excede de 6 meses “Ninety-seven percent of persons will develop antibodies in the first 3 months following the time of their infection. In very rare cases, it can take up to 6 months to develop antibodies to HIV” Disponible en: http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/resources/qa/index.htm

ONUSIDA también dice que lo común es que a los 3 meses se pueda detectar la infección. http://data.unaids.org/pub/FactSheet/2008/20080527_fastfacts_testing_en.pdf

ser detectado con total seguridad mucho antes de transcurridos 12 meses después de la relación sexual.

En consecuencia, este plazo de **15 años**, es completamente irrazonable e inadecuado como medida preventiva para evitar que la sangre donada esté infectada de VIH.

Esta conclusión se ve reforzada por el hecho de que de conformidad con el artículo 42 del Decreto 1571 de 1993 los bancos de sangre deben realizar pruebas obligatorias a la sangre recolectada, dentro de las que se encuentra una para la identificación de anticuerpos de VIH.[34]

Esta inadecuación de la medida deriva entonces del hecho de que la exclusión de la posibilidad de donar sangre de quienes han tenido prácticas "homosexuales" en los últimos quince años es una clasificación excesiva o demasiado amplia pues excluye a personas que no presentan ningún riesgo, como i) aquellos hombres que tuvieron relaciones sexuales con otro hombre en el último año, pero en forma segura, o ii) aquellos hombres que tuvieron relaciones sexuales con otros hombres sin protección, pero hace más de un

[34] El artículo 42 del Decreto 1571 de 1993 dice: "Los bancos de sangre, cualquiera que sea su categoría, deberán obligatoriamente practicar bajo su responsabilidad a todas y cada una de las unidades recolectadas las siguientes pruebas:

* Determinación Grupo ABO (detección de antígenos y anticuerpos).

* Determinación Factor Rh (antígeno D) y variante Du, en los casos a que haya lugar.

* Prueba serológica para sífiles.

* Detección del antígeno del virus de la hepatitis C.

* Detección del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B.

* Detección de anticuerpos contra el virus de la Inmunodeficiencia Humana Adquirida (HIV) 1 y 2.

* Otros que de acuerdo a los estudios de vigilancia epidemiológica se establezcan

año. Ya en este estado de infección del VIH, si la persona es portadora del virus, ya podría ser detectado.

Para ello, se hace necesario la reformulación o ampliación de la encuesta para la selección del donante de sangre, la cual está compuesta de 29 preguntas (Ver Anexo 3) relacionadas con antecedentes médicos y conductas de riesgo por infecciones de transmisión sexual.

En tal sentido, vemos la necesidad de incluir un aparte destinado de forma exclusiva para aquellas personas que tengan relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, donde se indague por las conductas riesgosas y no por su preferencia sexual de forma exclusiva, tal como hasta ahora, está establecido en la pregunta numero 12 de la referida encuesta, "*Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo"* (Red Nacional de Bancos de Sangre-Instituto Nacional de Salud, 2012, págs. 63-64)

SI, usted ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, por favor diligencie
30. ¿Hace cuanto tiempo fue su última relación sexual **con una pareja de su mismo sexo**?_____
31. ¿Su última relación sexual con una pareja de su mismo sexo, fue con una pareja?: OCASIONAL_____ ESTABLE_____
32. ¿Cuándo fue su última relación sexual **ocasional**, con **una pareja de su mismo sexo**?_____
33. ¿En su última relación sexual **ocasional**, con una pareja de su mismo sexo, realizaron uso del preservativo? SI____ No_____

Así, con la ampliación del formulario de 29 a 33 preguntas, de las cuales solo 4 de ellas tendría una destinación especifica a personas que tienen relaciones sexuales con personas de su mismo sexo, estaríamos creando una ecuación más equilibrada para diferir temporal o permanentemente, a un posible donante

basados en criterios fundados en prácticas riesgosas y no exclusivamente en su orientación sexual.

En este orden, las preguntas 30 a 33 estarían orientadas a discernir los factores de riesgo del posible donante, eliminando los criterios de exclusión para la donación de sangre en Colombia producto de la orientación sexual y evitando el ocultamiento de la condición de HSH, a fin de realizar de forma efectiva la donación de sangre[35], hecho que afecta notablemente la veracidad de la prueba.

Diseñando una encuesta más incluyente, focalizada en las conductas riesgosas cumpliríamos con el objetivo de un formulario de autoexclusión más potable y menos discriminatorio.

Solo esperamos que el esfuerzo realizado y traducido en el presente trabajo, contribuya, no solo como elemento académico de consulta para estudiantes e investigadores avocados a temas de igualdad de género y discriminación, sino que además, se constituya en el puntazo inicial, para que el lector se sumerja en la dinámica de examinar todos aquellos hechos o acontecimientos de nuestra vida cotidiana, que de una u otra forma, han escalado hasta nuestros tiempos cargados de fuertes dosis de discriminación y exclusión social.

[35]Ver el caso de FACUNDO GARCIA, Secretario de Diversidad del Partido Socialista de la Ciudad de Buenos Aires. http://blogs.lanacion.com.ar/boquitas-pintadas/agenda/sangre-polemica-los-gays-mezclan-ideologia-con-salud/

Glosario de Siglas

HSH – Hombres que tienen Sexo con otros Hombres

LGBTI – Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transexuales, Intersexuales

NAT- Análisis de ácidos nucleicos

OMS – Organización Mundial de la Salud

OPS – Organización Panamericana de la Salud

SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humana

Referencias de Consulta

- Butler, J. (2001) *El Género en Disputa. El Feminismo y la Subversión de la Identidad*, Méjico: Paidós.
- Butler, J. (2006) *Deshacer el Género*, España: Paidós Studio 167.
- Capella, J. (1997) *La Fruta Prohibida,* Madrid: Trotta.
- Crenshaw, K. (1989) *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. Chicago: University of Chicago Legal Forum.
- Dulitzky, A. (2007) *El principio de igualdad no discriminación. Claroscuros de la jurisprudencia interamericana* Recuperado el 20/03/2014 de http://www.anuariocdh.uchile.cl/index.php/ADH/article/viewFile/13452/13720
- Dworkin, R. (1984) *Los derechos en serio*, Barcelona: Ariel.
- Espósito, R. (2006) *Bíos. Biopolítica y filosofía*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Felstiner, W. Sarat, R. (2005) *Origen y Transformación de los Conflictos: reconocimiento, acusación, reclamació*, en Mauricio García Villegas (ed.), Sociología Jurídica, Univ. Nac. de Colombia.
- FerreresComella, V. (1997) *Justicia constitucional y democracia*, Madrid: Centro de Estudios Constitucionales.
- Fiss, O. (1999) *Grupos y la cláusula de la igual protección*, en Roberto Gargarella, (comp.), Derecho y grupos desaventajados, Barcelona: Gedisa.
- Foucault, M. (2008) *La Verdad y las Formas Jurídicas*, Barcelona: Gedisa.
- Gargarella, R. (comp.) (2011) *Constitucionalismo 2020*. Buenos Aires: Veintiuno Editores SA.
- Maffía, D. y Cabral, M. (comp.), (2003) *Sexualidades Migrantes*, Buenos Aires: Feminaria.
- Massoni, J. (2007) *La justicia y sus secretos. Una persistente pulsión colonial*, Buenos Aires: Editores del Puerto.
- Mccann, M. y March, T. (2005) *El Derecho y las Formas Cotidianas de Resistencia: una evaluación sociopolítica*, en Mauricio García Villegas (ed.), Sociología Jurídica, Univ. Nac. de Colombia.
- Merryman, J. (1995) *Sistemas Legales en América Latina y Europa. Tradición y Modernidad*. Chile: Brevarios.
- Nino, C. (2007) *Liberalismo conservador: ¿Liberal o conservador?,* en Roberto Gargarella y Marcelo Alegre (coords.), El derecho a la igualdad. Aportes para un constitucionalismo igualitario, Buenos Aires: LexisNexis.
- Pecheny, M.; Figari, C. y Jones, D. (2008) *Todo sexo es político : estudios sobre sexualidad en Argentina* (1a ed.) - Buenos Aires : Libros del Zorzal.
- Rawls, J. (1971) *A Theory of Justice*, Cambridge, Massachusetts: BelknapPress of Harvard UniversityPress, [ed. cast.: Teoría de la justicia, México, Fondo de Cultura Económica, 1997]
- Sarat, A., (2005) *Estudios de Conciencia Jurídica*, en Mauricio García Villegas (ed.), Sociología Jurídica, Univ. Nac. de Colombia.
- Sousa Santos, B. (2006) *De la Mano de Alicia. Lo Social y lo Político en la Posmodernidad,* Bogotá: Nuevo Pensamiento Jurídico,
- Tushnet, M. *Ensayo sobre los derechos*, (2005) en Mauricio García Villegas (ed.), Sociología Jurídica, Univ. Nac. de Colombia.

Bibliografía

Acción de Tutela Sentencia T-248/12. (2012). Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Corte Constitucional de Colombia: http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-248-12.htm

Aciprensa. (08 de octubre de 2003). Recuperado el 28 de 02 de 2014, de Estudio demuestra que homosexualidad es enfermedad y puede curarse: http://www.aciprensa.com/noticias/estudio-demuestra-que-homosexualidad-es-enfermedad-y-puede-curarse/

Alleyne, G. (2003). La garantía de sangre segura en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública , 13* (2-3), 65-67.

Antena 3. (20 de enero de 2014). Recuperado el 28 de 02 de 2014, de El nuevo cardenal Sebastián considera que la homosexualidad "es una enfermedad que se puede tratar": http://www.antena3.com/noticias/sociedad/nuevo-cardenal-sebastian-considera-que-homosexualidad-enfermedad-que-puede-tratar_2014011900148.html

Aparisi Miralles, A. (2008). Bioética, Bioderecho y Biojurídica. *Publicado por Univerdidad de Navarra* , 1-19.

Baral, S., Sifakis, F., Cleghorn, F., & Beyrer, C. (2006). Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: a systematic review. *Pub Med , 4* (12), 339.

Bayer, R. (1991). Public health policy and the AIDS epidemic. An end to HIV exceptionalism. *New England Journal of Medicine* (324), 1500-1504.

Belalcázar Orbes, P. (Coord.). (2011). *Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia.* Bogotá: Dirección de Promoción y Prevención

Ministerio de Salud y Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Belalcázar Orbes, P. (Coord.). (2011a). *Guía de Prevención VIH/SIDA.* Bogotá: ministerio de la Protección Social - Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.

Beltrán, M., & Berrio, M. (2010). revalencia de VIH en donantes de sangre, Colombia, 2007 a 2009. *Informe quincenal epidemiológico nacional , 15* (24), 369-384.

Beltrán, M., Ayala, M., & Jara, J. (2000). La importancia de la encuesta de selección de donantes en el pretamizaje: experiencia en un banco de sangre de Bogotá, noviembre-diciembre de 1996. (I. N. Colombia, Ed.) *Biomédica , 20* (4).

Beltrán, M., Navas, M., Arbeláez, M., Donado, J., Jaramillo, S., De la Hoz, F., y otros. (2009). Seroprevalencia de infección por virus de la hepatitis B y por virus de la inmunodeficiencia humana en una población de pacientes con múltiples transfusiones en cuatro hospitales, Colombia, Sur América. *Biomédica , 29*, 232-243.

Beyrer, C., Baral, Stefan, Van Griensven, Frits, Goodreau, Steven, Chariyalertsak, Suwat, Wirtz, Andrea, y otros. (22 de 10 de 2012). Global epidemiology of HIV infection in men who have sex with men. *Lancet* , 367-377.

Braga Arcuri, R. (2000). *Reglamento Técnico Mercosur de Medicina Transfusional Resolución Nº 42/2000.* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Secretaría del Mercosur: http://www.mercosur.int/msweb/Normas/normas_web/Resoluciones/ES/Res_042_000_RTM_Medicina%20Transfusional_Acta%202_00.PDF

Caballero, O., Aristizábal Bernal, B., Barco Atehortua, G., Jaramillo Estrada, L., Zuleta Tobón, J., & Jaramillo Velásquez, S. (2009). Primera experiencia con las pruebas de ácidos nucleicos (NAAT) en donantes de sangre en Colombia. (E. M. S.A., Ed.) *Medicina & Laboratorio , 15* (1-2).

Camps, V. (1989). El descubrimiento de los derechos humanos. En J. Muguerza, *El fundamento de los derechos humanos* (págs. 116-117). Madrid: Muguerza editor.

Cardona Arias, J. (2007). Los derechos humanos: una reflexión desde la bioética. *Revista Latinoamericana de Bioética , 7* (12), 116-125.

Casadiegos Santana, M. (2012). *El Trato Desigual para los Homosexuales en la donación de sangre en Colombia [Proyecto inédito].* Buenos Aires: Universidad de Palermo.

Casadó, M. (2010). *La bioética es el puente entre las ciencias y las humanidades.* Recuperado el 12 de 02 de 2014, de Punto Edu: http://puntoedu.pucp.edu.pe/entrevistas/la-bioetica-es-el-puente-entre-las-ciencias-y-las-humanidades/

Chalmet, K., Staelens, Delfien, Blot, Stijn, Dinakis, Sylvie, Pelgrom, Jolanda, Plum, Jean, y otros. (2010). Epidemiological study of phylogenetic transmission clusters in a local HIV-1 epidemic reveals distinct differences between subtype B and non-B infections. *BMC Infectious Diseases , 10*, 262.

Código Penal de la República de Colombia. (1891). Recuperado el 8 de 02 de 2014, de Biblioteca Virtual Colombiana Universidad Nacional de Colombia: http://www.bdigital.unal.edu.co/6944/

COLOMBIA DIVERSA. (2004). *Voces excluidas: legislación y derechos de lesbianas, gays, bisexuales y transgeneristas en Colombia.* Bogota: On line Visión Gráfica.

Constitución Política de Colombia. (1991). Recuperado el 28 de 02 de 2014, de http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm

Constitución Política de Colombia 1991. (1991). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125

Cordero Ruiz, D., Díaz Luis, Emelina, Peraza Correa, José, González, Boris, & Cruz Picorn, Virginia. (2003). *Aspectos Bioéticos sobre el manejo del paciente con SIDA.* Recuperado el 21 de 02 de 2014, de Instituto Superior de Ciencias Médicas De La Habana. : http://indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion8/sida_bioetica/cordero_ruiz.htm

Corte Constitucional de Colombia. (2014). Recuperado el 02 de 02 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/

Cruz Roja Colombiana. (2011). *Guía de Prevención VIH/Sida.* Bogotá: Ministerio de la Protección Social.

Cuesta, I. (17 de mayo de 2010). *17 de mayo 1990: La Asamblea General de la OMS elimina la homosexualidad de su lista de enfermedades psiquiátricas.* Recuperado el 01 de 03 de 2014, de Agencia Sinc de Noticias: http://www.agenciasinc.es/Multimedia/Ilustraciones/17-de-mayo-1990-La-Asamblea-General-de-la-OMS-elimina-la-homosexualidad-de-su-lista-de-enfermedades-psiquiatricas

Daza Duarte, P., & Quinche Pinzón, R. (2011). *Finalidad de los principios y valores constitucionales en el contexto del Estado Social de Derecho en Colombia.* Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.unilibre.edu.co/verbaiuris/images/stories/vol1/dc3.pdf

de la Torre Díaz, J. (2013). *30 años de VIH-SIDA: Balance y nuevas perspectivas de prevención.* Madrid: Universidad Pontifica Comillas.

Decaro, J., Lemos, F., & Magri, M. (2010). *Historia de la Medicina Transfusional.* Buenos Aires: Calameo.

Decreto 1571 de 1.993. (1993). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=14527

Decreto número 2591 de 1991. (s.f.). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/DECRETO%202591.php

Díaz, H. (24 de 02 de 2012). *Guía de actuación para agentes de la salud en VIH/SIDA* . Recuperado el 20 de 02 de 2014, de Prácticas de Riesgo: http://www.scout.es/downloads2/Practicas_de_riesgo.pdf

Dirección de Promoción y Prevención Ministerio de Salud y Protección Social Colombia. (2012). *Panorama del VIH/SIda en ColombIa, 1983-2010. Un análisis de situación.* Recuperado el 05 de 01 de 2014, de Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2013/09/PANORAMA-VIH-SIDA-COLOMBIA-1983-2010.pdf

Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, S. C. (1996-1997). *Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, Ginebra, 23 a 25 de septiembre de 1996, U.N.C.H.R. res. 1997/33, U.N. Doc. E/CN.4/1997/150 (1997).* Ginebra: Human Rights Library.

EcuRed. (2014). *Medicina Transfusional*. Recuperado el 04 de 03 de 2014, de EcuRed: http://www.ecured.cu/index.php/Medicina_Transfusional

El Mundo. (11 de marzo de 2014). Recuperado el 01 de 04 de 2014, de El 16% de adolescentes piensa en la homosexualidad como enfermedad: http://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2014/03/11/531f2510268e3ef4488b456b.html

En Colombia 160 mil personas podrían tener VIH y no lo saben. (12 de abril de 2012). *Vanguardia Liberal* .

En Gran Bretaña fabricarán sangre artificial con estándares humanos a nivel industrial. (15 de abril de 2014). Recuperado el 20 de 04 de 2014, de La Red 21 Mundo: http://www.lr21.com.uy/mundo/1169110-fabricaran-sangre-artificial-con-estandares-humanos-a-nivel-industrial

Errázquin, A. (2009). El fenómeno de compensación del riesgo desafío ético de la salud pública. *Instituto de Bioética* , 1-23.

Fábricas de sangre artificial podrían convertirse en una realidad. (15 de abril de 2014). Recuperado el 05 de 01 de 2014, de Fayer Wayer:

http://www.fayerwayer.com/2014/04/fabricas-de-sangre-artificial-podrian-convertirse-en-una-realidad/

Feinholz Klip, D., & Ávila Rosas, H. (2001). «Consideraciones sobre el concepto de riesgo en el campo de la salud. (U. A. Azcapotzalco, Ed.) *El cotidiano , 17* (107), 13-21.

Ferraris, M. (2005). *Historia de la hermenéutica.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Flórez Miguel, C. (1983). *Génesis de la razón histórica.* Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.

Fundación Descida. (2012). *Aprendiendo sobre el SIDA.* Recuperado el 25 de 02 de 2014, de ¿A qué se denomina periodo de ventana?: http://www.descida.org.ar/aprendiendo1.htm

Fundación Hemocentro Buenos Aires. (2014). *Seguridad en la donación de sangre*. Recuperado el 01 de 03 de 2014, de Baires Salud: http://www.baires-salud.com.ar/tecnologia-1/seguridad-en-la-donacion-de-sangre-2257.html

García Bernal, R., Luque Núñez, R., MCDouall Lombana, J., & Moreno Díaz, L. (2006). *Infección por VIH y SIDA en Colombia. Estado del Arte 2000-2005.* Bogotá: ONUSIDA, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Grupo Temático para Colombia.

García Crispieri, M. (2011). Ética y calidad en los servicios de sangre. *Acta bioethica , 17* (1), 55-59.

García Fernández, D. (2010). Una aproximación al Bioderecho. *Anuario de Derechos Humanos. Nueva Época , 11*, 203-224.

García Gutiérrez, M., Sáenz de Tejada, E., & Cruz, J. R. (2003). Estudio de factores socioculturales relacionados con la donación voluntaria de sangre en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública , 13* (2-3), 25-90.

Glick, S., Morris, Martina, Foxman, Betsy, Aral, Sevgi, Manhart, Lisa, Holmes, King, y otros. (2012). A Comparison of Sexual Behavior Patterns among Men who have sex with Men and Heterosexual Men and Women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes , 60* (1), 83-90.

González Casado, M. (2008). La bioética como soporte al derecho para regular la biotecnología. *Revista catalana de Dret Públic* (36), 55-78.

Grmek, M. D. (1992). *Historia del Sida.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Grupo Asesor ad hoc de la OPS/OMS sobre Bancos de Sangre. (1999). Estándares de trabajo para bancos de sangre. *Revista Panamericana de Salud Pública , 6* (4), 287-296.

Günther Brauch, H. (2009). De una seguridad hobbesiana hacia un dilema de supervivencia grotiano. En Ü. y. Oswald Spring, *Reconceptualizar la seguridad en el siglo XXI* (págs. 383-418). México: -Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias en Ciencias y Humanidades de la UNAM.

Hábeas Data. (25 de junio de 2012). Recuperado el 28 de 02 de 2014, de Modificaciones para donar sangre en el mundo: http://habeasdatacpdp.wordpress.com/2012/06/25/modificaciones-para-donar-sangre-en-el-mundo/

Haro Morando, M. (2010). *Psicologia Social.* Barcelona : Medica Panamericana.

Hernández Díaz, P., Bencomo Hernández, A., Alfonso Valdés, M. E., & Castañeda Gamboa, P. (2000). La ética y la ciencia en la donación de sangre voluntaria. *Universidad Diálogo , 1* (2), 24-30.

Hogg, M., Morando, M., & Vaughan, G. (2010). *Psicología Social* (5 ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Instituto Nacional de Salud de Colombia. (2004-2011). *Informe Red Bancos de Sangre.* Recuperado el 05 de 02 de 2014, de Instituto Nacional de Salud de Colombia: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Coordinacin%20Red%20Nal%20Bancos%20de%20Sangre/Forms/public.aspx

Islas Ramírez, J. A. (2011). *Bioética y Medicina Transfusional.* (A. N. Bioética, Ed.) Recuperado el 04 de 02 de 2014, de http://www.slideshare.net/jesusalber/biotica-y-medicina-transfusional

Jiménez, C. M. (07 de junio de 2013). Más de cien casos de VIH en un año en Valledupar. *El Pilón* .

La sangre artificial sería producida a gran escala en fábricas. (14 de abril de 2014). Recuperado el 20 de 04 de 2014, de RT Actualidad: http://actualidad.rt.com/ciencias/view/125208-reino-unido-ciencia-sangre-transfusiones

La sangre artificial universal podría acabar con los donantes. (18 de abril de 2014). Recuperado el 20 de 04 de 2014, de Innovación Tic Beat: http://innovacion.ticbeat.com/la-sangre-artificial-universal-podria-acabar-con-los-donantes/

Lafferriere, N. (2009). *Bioética y derecho desde una perspectiva iusnaturalista.* Recuperado el 08 de 02 de 2014, de Centro de Bioética, Persona y Familia: http://centrodebioetica.org/2009/04/bioetica-y-derecho-desde-una-perspectiva-iusnaturalista/

Le Vu, S., Barin, Francis, Pillone, Josiane, Cazein, Francoise, Bousquet, Vanina, Brunet, Sylvie, y otros. (septiembre de 2010). Population-based HIV-1 incidence in France, 2003—08: a modelling analysis. *The Lancet Infectious Diseases* , 682-687.

León, G., Hernández, T., Quiros, A., Maio, A., & García, L. (1998). Cómo reducir la prevalencia de donantes de sangre VIH positivos. *Investigaciones Clínicas* , 307-321.

León, G., Hernández, T., Quiros, A., Maio, A., & García, L. (1998). Cómo reducir la prevalencia de donantes de sangre VIH positivos. *Investigaciones Clínicas* , 307-321.

Ley 10 de 1.990. Ley Marco para la organización y normalización de los servicios de salud. (1990). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=3421

Ley 100 de 1993 de Creación del sistema de Seguridad Social Integral. (1993). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248

Ley 919 de 2004 por la cual se prohibe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico. (2004). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=15507

Ley IX de 1.979. Código Sanitario Nacional. . (1979). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1177

López Bruyce, M. (2009). La aplicación del Test de proporcionalidad frente a medidas regresivas de los derechos económicos, sociales y culturales. *Uniersidad Estudiantil Bogotá* (6), 151-168.

Lukac, M. L. (2007). Fundamentos Filosóficos de la bioética contemporánea. *Academia Nacioal de Ciencias Morales y Políticas* , 1-46.

Luque Nuñez, R. (junio de 2012). *Análisis sobre uso de condón y sus determinantes para la infección por el VIH, en hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en siete ciudades de Colombia.* Recuperado el 05 de 02 de 2014, de Ministerio de Salud de la República de Colombia: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/b_estudios_comportamiento/USO%20DE%20CONDON%20EN%20HSH.pdf

Maglio, I. (2011). *Guía de Buenas Prácticas ético legales en VIH/sida.* Buenos Aires: Fundación Huesped.

Mansilla, B. (07 de 02 de 2014). La interdisciplinariedad y el análisis cultural del Derecho. *La Razón Gaceta Jurídica* .

(1996). *Manual de Norma Técnicas, Administrativas y de Procedimiento de Bancos de Sangre. Res 901/1996.* Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.

Marcos del Cano, A. M. (2012). *Bioética Y Derechos Humanos.* Madrid: Editorial UNED.

Mayer, K., Pape, Jean, Wilson, Phill, Diallo, Dazon, Saavedra, Jorge, Mimiaga, Matthew, y otros. (2012). Multiple Determinants, Common Vulnerabilities, and

Creative Responses: Addressing the AIDS Pandemic in Diverse Populations Globally. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes , 60*, 531-534.

Miami Diario. (23 de junio de 2013). Recuperado el 28 de 02 de 2014, de Expertos se oponen a la prohibición de que los gays puedan donar sangre: http://www.miamidiario.com/salud/salud-/vih-sida/homosexuales-en-eeuu/ama/asociacion-americana-de-medicos/prohiben-que-los-gays-donen-sangre-en-eeuu/fda-/310750

Ministerio de la Proteccion Social de Colombia. (2009). *RESUMEN DE SITUACION DE LA EPIDEMIA POR VIH/SIDA EN COLOMBIA. .* Recuperado el 15 de Septiembre de 2014, de www.minsalud.gov.co: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/resumen%20situacion%20epidemia%20VIH%20SIDA%201983%20-%202009.pdf

Ministerio de Salud. (1996). *Manual de Norma Técnicas, Administrativas y de Procedimiento de Bancos de Sangre. Res 901/1996.* Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. (2012). *Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012.* Recuperado el 05 de 01 de 2014, de Informe UNGASS: Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/Sida : http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_CO_Narrative_Report[1].pdf

Molina Marín, G., & Cabrera Arana, G. (2008). *Políticas Públicas en salud: aproximación a un análisis.* Colombia: Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez" Universidad de Antioquía.

Morelli, M. (2010). El concepto del bioderecho y los derechos humanos. *Vida y Ética , 1* (11), 193-222.

Multimedia France, P. (Dirección). (2010). *Documental "Los Origenes del SIDA"* [Película].

Muntada, A., Galdón, Montserrat, Vives, Nuria, & Folch, Cinta. (2013). *Sistema Integral de Vigilancia Epidemiológica de Sida/VIH/ITS en Catalunya.* (Vol. 21). Barcelona, Catalunya: Generalitat de Catalunya.

Murillo Godínez, G. (2010). La sangre, consideraciones historicas e ideologias relacionadas. *Portales Médicos* .

Naciones Unidas. (25-27 de Junio de 2001). *Declaracion de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.* Recuperado el 14 de Marzo de 2014, de www.cinu.org: http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/doctos/declaracion.pdf

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos.* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Naciones Unidas: https://www.un.org/es/documents/udhr/

Nardini, J. D. (2 de abril de 2009). *Dilemas éticos. Falacias. Bioética.* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Miradas Bioéticas: http://bioeticahospital.blogspot.com.ar/2009/04/dilemas-eticos-falacias-bioetica.html

OEA, Organización de los Estados Americanos. (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José).* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Departamento de Derecho Internacional de la Organización de los Estados Americanos, Washington D.C.: http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.htm

Ojo Científico. (04 de abril de 2013). Recuperado el 01 de 03 de 2014, de 5 mitos sobre la homosexualidad derrumbados científicamente: http://www.ojocientifico.com/4306/5-mitos-sobre-la-homosexualidad-derrumbados-cientificamente

Olivares Alonso, E. (10 de julio de 2013). *Ciencias La Jornada.* Recuperado el 01 de 03 de 2014, de Proponen asociar la homosexualidad con aspectos sociales, no con enfermedades: http://www.jornada.unam.mx/2013/07/10/ciencias/a02n1cie

Oliver Vázquez, M. (setiembre de 2010). *La Bioética en la Salud Pública.* Recuperado el 29 de 01 de 2014, de Universidad de Puerto Rico Recinto de Ciencias Médicas: http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/medu6500/Unidad_4/Marlen_Conferencia_Bioetica_borrador.pdf

OMS. (s.f.). *OMS: Temas de Salud VIH/SIDA*. Recuperado el 25 de 1 de 2014, de OMS VIH/SIDA: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

Organización Mundial de la Salud. (2001). *El uso clínico de la sangre en medicina general, obstetricia, pediatría y neonatología, cirugía y Anestesia, Trauma y quemaduras.* Malta: OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *El uso clínico de la sangre. Manual de bolsillo.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud - Seguridad de la Transfusión Sanguínea.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Epidemiología*. Recuperado el 20 de 04 de 2014, de Organización Munidal de la Salud: http://www.who.int/topics/epidemiology/es/

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estadísticas sanitarias mundiales 2013.* Recuperado el 27 de 12 de 2014, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2012). Sangre y Componentes Seguros. *Seguridad de la Transfusión Sanguínea* , 1-51.

Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. (11 de 04 de 2013). *Salud en las Américas.* Recuperado el 01 de 03 de 2014, de Colombia: http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?id=30&option=com_content

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (17 de mayo de 2012). *Posicionamiento técnico OPS/OMS.* Recuperado el 28 de 02 de 2014, de Centro de Información de las Naciones Unidas en Panamá.

Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Principios básicos de la epidemiología*. Recuperado el 20 de 04 de 2014, de Biblioteca virtual de desarrollo sostenible y salud ambiental de la OPS: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/eco/025900/025900-03.pdf

Osorio Saldarriaga, E., Luque Nuñez, Ricardo, & Ávila Mira, Sandra . (2013). *Boletín epidemiológico, situación del VIH/Sida Colombia 2013.* Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Páez Moreno, R. (2011). Los derechos humanos y la bioética: Una perspectiva desde Latinoamérica. *Proteo: Diálogos de Ética y Bioética* , 1-17.

Parker, R., & Aggleton, P. (5 de Diciembre de 2012). *El Estigma y sus efectos discapacitadores: Jornada UNAM*. Recuperado el 16 de 9 de 2014, de Jornanda UNAM: http://www.jornada.unam.mx/2002/12/05/ls-estigma.html

Parra, R. A. (2001). *Daño Transfusional.* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de [Estudio inédito]: http://www.garridocordobera.com.ar/pagina_nueva_805.htm

Peñuela, O., Beltrán, M., Rebollo, S., & Bermudez, M. I. (2010). *Manual de Hemovigilancia.* Bogotá: Instituto Nacional de Salud - Subdirección Red Nacional de Laboratorios Coordinación Nacional Red Bancos de Sangre y Servicios Transufionales.

Pérez de Pio, M. I. (2011). *Dilemas éticos, Jurídicos y Científicos en la pandemia del VIH/SIDA.* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Instituto de Bioética de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas Argentina: http://bioetica.ancmyp.org.ar/user/files/1%20PerezdePio_web.pdf

Pérez de Pio, M. I. (2007). Estudio crítico acerca del IV foro 2007 Latinoamericano y del Caribe en VIH/Sida y ETS, Buenos Aires, Argentina, del 17 al 20 de abril del 2007. *Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas* , 1-23.

Pérez de Pío, M. I. (2008). XVII Conferencia Internacional sobre Sida. Hacia la modificación del marco jurídico regulador sobre VIH/Sida. *Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas* , 1-25.

Pérez Ferrer, A. (2010). *Medicina Transfusional.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Pérez Ferrer, A. (2010). *Medicina Transfusional.* Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Petersen, L., & Doll, L. (1991). The Blood Donor Study Group. Humman immunodeficienci virus type 1-infected blood donors: epidemiologic, laboratory and donation characteristics. *Transfusion* (31), 698-703.

Pfeiffer, M. L. (2011). bioética y derechos humanos: una relación necesaria. *Revista Red bioética de la UNESCO , 2* (4), 74-84.

Pintos Valluerca, J., Cepero Abreu, Irene, & Díaz Castellón, María. (2003). Algunos Aspectos Bioeticos en los Pacientes con Sida. *Ilustrados, comunidad educativa* .

Pinzón Fernández, M., Mueses Marín, H. F., & Galindo Quintero, J. (2013). Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública, , 39* (3), 474-488.

Piot, P., & Caraël, Michel. (2008). *La Epidemia Del Sida Y la Globalización.* Bilbao: Los Libros de la Catarata.

Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA. (2007). *Orientaciones terminológicas del ONUSIDA.* Ginebra: ONUSIDA.

Qué es la prueba de anticuerpos al VIH? (2008). Recuperado el 31 de 01 de 2014, de http://www.pvvs.org/que-es-la-prueba-de-anticuerpos-al-vih.html

Quiala Reyes, M. (2006). El trasplante de órganos: Reflexión Bioética. (C. d. II, Ed.) *Bioética* (63).

Ranieri de Cechini, D. (2008). El relativismo en el Derecho: un problema para las cuestiones bioéticas fundamentales. *Instituto de Bioética* , 1-26.

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22 ed.). Madrid: Real Academia Española.

Recursos para la detección del VIH. (2014). Recuperado el 25 de 02 de 2014, de Tipos de pruebas del VIH: http://kidshealth.org/teen/en_espanol/infecciones/hiv_tests_esp.html#

Red Nacioanl de Bancos de Sangre-Instituto Nacional de Salud. (2012). *Guia para la Seleccion de Donantes de Sangre en Colombia.* Recuperado el 22 de Septiembre de 2014, de www.ins.gov.co: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Publicacio/Gu%C3%ADa%20para%20Selecci%C3%B3n%20de%20Donantes%20de%20Sangre%20en%20Colombia%202013.pdf

Rendón López, A. (2010). El bioderecho como investigación interdisciplinaria: una respuesta jurídica. *Revista Amicus Curiae , 4* (6), 1-21.

Rendón López, A. (2010). *El Bioderecho como investigación interdisciplinaria: una respuesta jurídica.* Obtenido de http://www.derecho.duad.unam.mx/amicus-curiae/descargas/num6/03.pdf

Resolución 901 de 1996 Manual de Normas Técnicas, Administrativas y de Procedimientos para bancos de sangre. (22 de julio de 1996). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de Diario Oficial de la República de Colombia Año CXXXII Nº 42.837: https://www.invima.gov.co/images/pdf/banco-de-sangre/resoluciones/Resolucion_00901_1996_Banco-de-Sangre.pdf

Rivero Jiménez, R. (2006). Transmisión de infecciones virales por la transfusión de sangre. (I. d. Inmunología, Ed.) *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia , 22* (2).

Rodríguez Ramírez, M., Trujillo Román, P., Otálvaro Cifuentes, E., Beltrán Durán, M., Bula Viecco, J., Camacho Rodríguez , B., y otros. (2011). *Política Nacional de Sangre.* Bogotá: Ministerio de Protección Social de la República de Colombia.

Roses Periago, M. (2003). El fomento de buenos servicios de sangre en la Región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública , 13* (2-3), 68-69.

RT Actualidad. (01 de noviembre de 2013). Recuperado el 30 de 04 de 2014, de Científicos rumanos prueban con éxito sangre artificial universal: http://actualidad.rt.com/ciencias/view/110168-rumania-sangre-artificial

Saavedra, J., Izazola Licea, J., & Beyrer, C. (2008). ex between men in the context of HIV: The AIDS 2008 Jonathan Mann Memorial Lecture in health and human rights. *Journal of International AIDS Society , 11*.

Sabogal Apolinar, A. (2009). Informe de VIH-SIDA Colombia Periodo XIII. *Grupo ITS. Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud* .

Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2008). *Metodología de la Investigación.* México: Mc Graw Hill Interamericana.

Scholnik, M. (1995). Políticas Sociales para Grupos de Riesgo: un nuevo enfoque. En J. Vial, D. Raczynski, & C. Pizarro, *Políticas económicas y Sociales en el Chile Democrático* (págs. 257-282). Santiago de Chile: Corporación de Estudios para Latinoamérica - CIEPLAN.

Schotsmans, P. (2005). Integration of bioethical principles and requirements into European Union statues, regulations and policies. *Acta Bioethica , 21* (1).

Schotsmans, P. (1999). Personalism in medical ethics. *Ethical Perspectives , 6* (1).

Secretaría de Salud de la Alcaldía Mayor de Bogotá. (2014). *Salud Capital Gobierno de Colombia*. (R. D. sangre, Editor) Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Deberes y Derechos de los donantes de sangre de Bogotá: http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Documentos%20Red%20Sangre/DEBERES%20Y%20DERECHOS%20DE%20LOS%20DONANTES%20DE%20SANGRE%20DE%20BOGOT%C3%81%20OK.pdf

Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia No C-250/12. (2012). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/c-250-12.htm

Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia No. C-022/96. (1996). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/c-022-96.htm

Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia No.C-862/08. (2008). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/C-862-08.htm

Sentencia de la Corte Constitucional de Colombia No. T-248/12. (2012). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/t-248-12.htm

Sentencia de la Corte Constitucional No. T-102 de 1193. (s.f.). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/T-102-93.htm

Sentencia de Tutela T-227/03. (s.f.). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2003/t-227-03.htm

Sentencia T 717/11. (2011). Recuperado el 30 de 03 de 2014, de http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-717-11.htm

SIDA Information Suisse. (2014). Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Forum sur le VIH, les infections sexuellement transmissibles (IST) et la santé sexuelle: http://www.aids-info.ch/index.php?setLang=3

Silvero Arévalos, J. M. (2003). Derechos humanos, bioética y pobreza en Latinoamérica. *Catoblepas* (12), 22.

Sontang, S. (2012). *La Enfermedad y sus Metaforas. El Sida y sus Metaforas.* Barcelona (España): Penguin Random House Grupo Editorial España,.

Stackpool Moore, L. (. (26 de agosto de 2008). *UN AIDS.* Recuperado el 11 de 02 de 2014, de Índice de Estigma en personas que viven con VIH: http://www.unaids.org/es/Resources/PressCentre/Featurestories/2008/August/20080826stigmaindex/

Teva, I., Bermúdez, M. P., Ramiro, T., & Buela Casal, G. (2012). ituación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del

siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica Chile , 140*, 50-58.

Tinant, E. L. (2008). Principios jurídicos y principios bioéticos. Separación, vinculación, integración. *Anales Filosofía del Derecho* , 560-872.

Torres Fabios, P. (abril de 2008). *Centro Regional de Transfusión Sanguínea y Banco Sectorial de Tejidos Córdoba.* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Historia de la Donación y Transfusión sanguínea: http://www.donantescordoba.org/publicaciones/CRTSCordoba%20-%20Historia%20de%20la%20donacion.pdf

UNAIDS. (26 de Agosto de 2008). *Indice de Estigma en personas que viven con VIH: UNAIDS*. Recuperado el 8 de febrero de 2014, de unaids.org.es: http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2008/august/20080826stigmaindex/

UNAIDS. (2000). *Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV.* Recuperado el 14 de Marzo de 2014, de data.unaids.org: http://data.unaids.org/publications/irc-pub01/jc295-protocol_en.pdf

UNAIDS, UNICEF, OMS. (31 de Diciembre de 2013). *GLOBAL AIDS RESPONSE PROGRESS REPORTING 2014.* Recuperado el 2014 de Marzo de 14, de www.unaids.org: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2014/GARPR_2014_guidelines_en.pdf

UNESCO. (19 de 10 de 2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos.* Recuperado el 02 de 02 de 2014, de Portal UNESCO: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

UNESCO. (Marzo de 2008). *Recomendaciones de la UNESCO para sobre la terminologia y la redaccion del material relativo al VIH y al SIDA*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2014, de unesdoc.unesco.org: http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001447/144725s.pdf

Universidad Autonoma de Nuevo Leon. (2004). *El virus de la inmunodeficiencia humana: VIH1 y VIH2.* Recuperado el 19 de Septiembre de 2014, de www.redalyc.org: http://www.redalyc.org/pdf/402/40270215.pdf

Universidad de San Buenaventura Seccional Medellin. (2010). Memorias del II simposio internacional penitenciario y de derechos humanos. *Memorias* (pág. 283). Medellin: Universidad de San Buenaventura.

Univisión Salud. (16 de julio de 2012). Recuperado el 02 de 02 de 2014, de ¿Por qué los homosexuales no pueden donar sangre?: http://salud.univision.com/es/sangre-y-linfa/por-qu%C3%A9-los-homosexuales-no-pueden-donar-sangre

Valenzuela, I. (12 de noviembre de 2014). *Crean sangre artificial que no provoca rechazo*. Recuperado el 20 de 04 de 2014, de Ojo Científico: http://www.ojocientifico.com/5019/crean-sangre-artificial-que-no-provoca-rechazo

Van Rensselaer, P. (1971). *Bioética: Puente al futuro.* Recuperado el 28 de 01 de 2014, de http://www.aceb.org/bioet.htm

Vaqué, J. C. (28 de junio de 2013). *Hablando de Ciencia.* Recuperado el 28 de 02 de 2014, de El origen de la homosexualidad: http://www.hablandodeciencia.com/articulos/2013/06/28/el-origen-de-la-homosexualidad/

Varona Uribe, M., Olivera Martínez, E., & Beltrán Durán, M. (2012). *Guía para la selección de donantes de sangre en Colombia. Instructivo para diligenciamiento de la encuesta.* Bogotá: Instituto Nacional de Salud - Red nacional de Sangre.

Vásquez, E. (1986). *Qué es la dialéctica.* Caracas: Equinoccio.

Vaughan, G. (2010). *Psicologia Social.* Barcelona: Medica Panamericana.

Vega Herranz, G. (1997). EL SIDA Y SUS PRINCIPALES PROBLEMAS BIOETICOS. *Biblioteca Virtual de Salud Cuba , 3* (2).

Vidal, C., & Lantigua, S. (21 de diciembre de 2002). *La homosexualidad, dos visiones de la polémica. Medicina, los errores de la Ciencia.* Recuperado el 28 de 02 de 2014, de Psiquiatría net: http://psiquiatrianet.wordpress.com/2008/05/13/la-homosexualidad-dos-visiones-de-la-polemica/

von Engelhardt, D., Mainetti, J. A., Amatriain, R., & Meyer, L. (2004). *Bioética y humanidades médicas.* Buenos Aires: Editorial Biblos.

Wikimedia commons. (2014). Recuperado el 05 de 02 de 2014, de World laws pertaining to homosexual relationships and expression: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:World_laws_pertaining_to_homosexual_relationships_and_expression.svg

World, B. N. (10 de febrero de 2014). *Where is it illegal to be gay?* Recuperado el 31 de 03 de 2014, de http://www.bbc.com/news/world-25927595

Yáñez, C. (16 de abril de 2014). *Científicos crean sangre artificial a partir de células madre*. Recuperado el 20 de 04 de 2014, de La Tercera: http://www.latercera.com/noticia/tendencias/2014/04/659-574163-9-cientificos-crean-sangre-artificial-a-partir-de-celulas-madre.shtml

Anexos

Anexo I.

“Estudios de prevalencia de VIH en donantes de sangre varios” Elaboraciòn Propia. Fuentes: (Petersen & Doll, 1991) (León, Hernández, Quiros, Maio, & García, Cómo reducir la prevalencia de donantes de sangre VIH positivos, 1998, págs. 313-316) (Rivero Jiménez, 2006) (Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud, 2013) (Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012)(Mansergh& al., 2006) (Luque Nuñez, 2012)(Kesteren, Hospers, Empelen, Breukelen, &Kok, 2007) (Belalcázar Orbes, P. (Coord.), 2011) (García Bernal, Luque Núñez, MCDouall Lombana, & Moreno Díaz, 2006) (Osorio Saldarriaga, Luque Nuñez, Ricardo, & Ávila Mira, Sandra , 2013) (Muntada, Galdón, Montserrat, Vives, Nuria, & Folch, Cinta, 2013)

País y Población	Resultados y hallazgos	Autores
Venezuela, Caracas. donantes con serología positiva para VIH y grupo control de donantes seronegativos. N= 26	Antecedentes de riesgo probados: homo y bisexualidad. Antecedentes de enfermedad venérea y drogadicción sin diferencias con grupo control. Mayor antecedente de riesgo probado: Conducta promiscua, esto desplaza la prevalencia de VIH a heterosexuales y mujeres.	León et al (1998)
EEUU. Donantes VIH seropositivos. N= 512	Del total de seropositivos, 56% son HSH, 10% usan drogas intravenosas, 8% tuvo sexo con usuarios de drogas intravenosas y 27% no se identificó el factor de riesgo. Señalan que el descarte de donantes heterosexuales con varias parejas, no beneficiaría significativamente la seguridad de la transfusión, y se perdería un grupo de donantes presumiblemente seronegativos	Petersen & Doll, 1991
Cuba. Donantes repetitivos y primerizos. Fuentes secundarias	La prevalencia de enfermedades infecciosas de transmisión transfusional es mayor en donantes que acuden por primera vez, y menor en donantes repetitivos	Rivero Jiménez, 2006
EEUU. Parejas estables HSH y no estables en los últimos tres meses.	No uso de condón con pareja estable: 45% No uso de condón con parejas ocasionales: 21% Porcentaje de hombres que tienen ambos tipo de pareja y sexo sin protección con ambas: 14%	Mansergh et al, 2006
Colombia. HSH visitantes frecuentes de sitios de encuentro gay en Bogotá. Año 2000. N= 651	Seroprevalencia positiva en HSH: 18%. Demuestra que es un subgrupo HSH con altas frecuencias de prácticas sexuales riesgosas. Lugares de contacto: bares, discotecas, saunas, videos y lugares públicos. Tienen relación estable con un hombre: 50.6% Tienen relación estable con una mujer: 2.3%. Han tenido relaciones sexuales a cambio de dinero: 5.7%. Han tenido relaciones sexuales a cambio de comida: 1.1% Han tenido relaciones sexuales a cambio de drogas: 0.8%. Han tenido relaciones sexuales penetrativas sin condón: 56%. Practican sexo oral sin protección: 86.7% Utilizan siempre el condón: 6.4%. Seroprevalencia positiva en MTS: entre 0.32 y 1.4% en 1990, de 0.7% en 2002 en Bogotá y del 3.3% en Barranquilla en 2005. Seroprevalencia positiva en UDI en Bogotá en 2003: 1.6% y de 1% en ex consumidores.	García Bernal y otros (2006)
Holanda. VIH seropositivos con parejas estables	Personas infectadas que mantienen relaciones penetrativas con sus parejas estables: 51% Personas infectadas que lo hacen sin protección: 48,4% Personas infectadas que mantienen relaciones penetrativas con parejas ocasionales: 74.8% Personas infectadas que tienen sexo sin protección con parejas ocasionales: 45.6%	Kesteren, et al, 2007
Colombia HSH mayor a 18 años que reside en zonas metropolitanas de Bogotá, Cali, Cartagena y Cúcuta en 2011. N= 2.563 HSH mayores de 18 años	Prevalencias de VIH: Cali 24.1%, Bogotá 15%, Cúcuta 10.9%, Cartagena 10%. Prácticas sexuales con múltiples parejas: 24 a 36%. No uso de condón con parejas estables: entre 48.1 y 64.6%. Uso de condón con parejas estables: entre 25.9 y 37.3%. HSH que han tenido relaciones sexuales con mujeres: entre 33.3 y 55.9%. HSH que han pagado alguna vez por relaciones sexuales penetrativas: entre 12.8 y 19.5%. HSH que han recibido alguna vez dinero por relaciones sexuales: entre el 23.1 y el 35.8%. Sus clientes han sido en un 15% mujeres. Uso de condón durante relaciones sexuales pagadas: entre 68.2 y 96.5%. Las variables edad actual y edad (menos de 14 años) de la primera relación sexual de los HSH en las ciudades analizadas están altamente asociadas con la presencia de infección por VIH. - Se encuentra como figura común al hombre heterosexual con familia constituida y mujer que mantiene relaciones sexuales ocasionales y permanentes con hombres, generalmente comerciales. - Se encuentra correlación entre seropositividad y poder adquisitivo.	Belalcázar Orbes, P. (Coord.), 2011
Colombia Poblaciones vulnerables en Barranquilla, Cartagena, Medellín, Pereira, Bogotá, Cali y Cúcuta. Estudios varios. En 2010	HSH alcanzaron prevalencias superiores a 5%: (Barranquilla: 13,6%; Cartagena: 10,0%; Medellín: 9,1%; Pereira 5,6%; Bogotá: 15,0%; Cali: 24,1% y Cúcuta: 10,9%) Conductas de riesgo HSH: No uso de condón en la última relación sexual: Entre 37,5% y el 53,8%. Parejas ocasionales: Sí. La mayoría. Última relación sexual con pareja estable: entre 27,9% y 39,5%. Prácticas sexuales con más de un hombre a la vez: Sí, entre 25% y 31%. Al conducir análisis multivariados se encontró además que, en especial, las variables edad actual y edad de la primera relación sexual de los HSH en las siete ciudades analizadas están altamente asociadas con la presencia de infección por VIH	Luque Nuñez (2012)
Colombia 1985 a 2011. Población total de Colombia	Entre 1985 y 2011: se ha reportado un total de 75.620 casos de infección por VIH y sida. El crecimiento es paulatino. En 2011, de los seropositivos reportados, 72% son hombres y 28% mujeres. El 98% corresponde al mecanismo de transmisión sexual: la epidemia de sida en Colombia afecta a la población sexualmente activa.	(Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, 2012)
Colombia Usuarios de drogas por vía inyectada (UDI) en Medellín y Pereira. Año 2010. Estudios varios	Prevalencia de VIH en UDI: 3.8% y 1,9%. (En Medellín y Pereira, respectivamente) Alerta por presencia de VIH en las redes de UDI. Uso de condón con sus parejas: Nunca, el 48% y 48,8%.	
Colombia Mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en Medellín; Cali; Bucaramanga y Barranquilla. Año 2008. Varios estudios.	Prevalencia de VIH en MTS: Medellín 1,2%; Cali 1,7%; Bucaramanga 3,8%; y, Barranquilla 4,5%. Frecuencia de uso de condón con clientes: aprox. 90%. No alcanza al 100%. Sugerencia de uso del condón de parte del cliente: menor al 5,2%.	
Latinoamérica Población de 15 a 49 años, entre 1983 y 2009.	Prevalencia concentrada en grupos de alta vulnerabilidad: Trabajadores del sexo, HSH (5%). Observa un descenso de proporción de donantes de sangre VIH positivos de 0,44% en 2007 a 0,34% en 2009.	OPS y OMS, 2013
Colombia Recopilación de información entre 1983 y 2012. Múltiples estudios	Mecanismo probable de transmisión: 45% relaciones sexuales heterosexuales (cuestionado por los autores, asumido como error) 17% relaciones sexuales homosexuales 6% relaciones bisexuales - 2% Perinatal - 0.2% por hemotransfusión - 0.1% por accidente de trabajo y por uso de drogas endovenosas - 29% no reporta ningún mecanismo de transmisión.	Osorio Saldarriaga, et al. 2013
Otros estudios que sostienen que la incidencia de VIH está en franco aumento en el colectivo HSH, con porcentaje de seropositividad mucho más alta, inclusive, que la de otros grupos de riesgo como MTS o drogadictos	•Estudio francés sobre datos de 2003-2008. (Le Vu, y otros, 2010) •Estudio belga publicado en 2010. (Chalmet, y otros, 2010) •En US(Baral, Sifakis, F., Cleghorn, F., & Beyrer, C., 2006) •En US (Mayer, y otros, 2012) •En US (Glick, y otros, 2012) •En US (Beyrer, y otros, 2012) •En España el informe SIVES 2012 de la Generalitat de Cataluña concluye que la infección entre hombres que mantienen relaciones con otros hombres ha aumentado un 39%, y que triplica el del grupo de población de las prostitutas.	(Muntada, Galdón, Montserrat, Vives, Nuria, & Folch, Cinta, 2013)

Anexo 2.

Identificación de Factores de Riesgo

Las preguntas que se presentan a continuación buscan evitar la transmisión de agentes infecciosos a través de la sangre, para lo cual es necesario tener en cuenta períodos de incubación, fenómeno de ventana inmunológica y tiempo de remisión.

Los virus de la inmunodeficiencia humana, la hepatitis B y C se transmiten a través de las relaciones sexuales. Pagar o recibir dinero o drogas para tener sexo, tener múltiples parejas sexuales, practicar sexo anal, vaginal u oral sin protección, hombres que tienen sexo con hombres y el uso de cocaína o heroína se consideran conductas de alto riesgo (5).

11. ¿Ha tenido una nueva pareja sexual en los últimos seis (6) meses?

Los donantes potenciales que respondan afirmativamente esta pregunta, deben ser diferidos durante seis (6) meses, después del primer contacto sexual con la nueva pareja (5).

12. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?

Los hombres que tienen sexo con hombres HSH (exposición a partir de 1977) deben ser diferidos permanentemente.

En el caso de las mujeres el riesgo no es significativo como en los hombres, sin embargo se debe indagar sobre sus prácticas sexuales o de grupo y de acuerdo con sus respuestas, el médico del banco de sangre toma la decisión de aceptar o diferirá la donante potencial.

Las mujeres cuyas parejas sexuales son HSH deben diferirse por 12 meses después del último contacto sexual.

En caso que el donante potencial afirme haber sido violado, se difiere por 12 meses posterior al suceso.

13. ¿Ha recibido sustancias psicoactivas o dinero a cambio de relaciones sexuales?

Las personas que alguna vez han aceptado dinero o drogas para tener sexo, se trate de hombres o mujeres, deben diferirse permanentemente (5,19,24).

14. ¿Ha tenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales? ¿Hace cuánto?

Quienes hayan pagado con dinero o droga para tener sexo o hayan tenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales, deben ser diferidos por un (1) año después del último contacto sexual, por el riesgo asociado de transmisión de VIH, hepatitis B y C (5,19,24).

15. ¿En los últimos 12 meses usted o su pareja sexual han estado privados de la libertad?

Las personas privadas de la libertad tienen una alta prevalencia de ITT's y adicionalmente, las conductas de riesgo en esta población son frecuentes. Por lo anterior, las personas con historia de encarcelamiento y sus parejas sexuales deben ser diferidas por 1 año después de haber recobrado la libertad (5).

16. ¿Usó o usa marihuana, cocaína, heroína, bazuco o algún otro estimulante o alucinógeno?

Diferir temporalmente si el donante potencial se encuentra bajo efectos de la marihuana o alcohol, dado que su alteración de la consciencia no les permite otorgar el consentimiento informado.

En caso de consumo de marihuana, debe preguntarse sobre frecuencia de consumo y comportamiento de riesgo, en caso de ser habitual se debe diferir por un (1) año después del último consumo.

Las personas que han usado cocaína o heroína deben ser diferidas permanentemente (3). El uso o antecedente de uso de drogas que requieran para su administración el empleo de agujas genera diferimiento permanente (24).

17. ¿Tuvo o ha sido tratado para sífilis, gonorrea, herpes genital, condiloma, papiloma virus, hepatitis, SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual?:

Las personas que refieran estar infectadas con VIH o crean estarlo serán diferidas permanentemente, así como sus compañeros sexuales. El entrevistador deberá indagara profundidad sobre estas enfermedades. Si el donante potencial refiere estar o haber estado infectado, se le deberá preguntar hace cuánto tiempo, si tuvo o no tratamiento (completo o incompleto), cuántas veces ha padecido alguna de estas enfermedades y si ha estado infectado con más de una de ellas.

Si tiene antecedentes de gonorrea, herpes genital, condilomas o infección por virus del papiloma humano, se debe diferir por 1 año después de haber terminado el tratamiento, siempre y cuando cumpla con todos los requisitos para ser donantes de sangre; si persisten las conductas de riesgo, el diferimiento debe ser permanente.

En caso de antecedente de sífilis, aunque haya sido tratada exitosamente, el diferimiento debe ser permanente.

La hepatitis puede ser causada por enfermedades metabólicas y autoinmunes, por exposición a tóxicos y por infecciones virales, bacterianas o parasitarias.

Particularmente, los virus de la hepatitis B (HBV) y C (HCV) pueden causar infecciones asintomáticas y pueden ser transmitidos a través de sangre contaminada, por lo tanto las personas que hayan sido repetidamente reactivas para las pruebas de anti HBc, o que tengan una prueba confirmada para HBsAg o anti-HCV deben ser diferidas de forma permanente (34).

Personas procedentes de regiones endémicas para hepatitis B que refieran antecedentes de esta infección se diferirán permanentemente.

Las personas con antecedente de ictericia ocurrida después de los 11 años, pueden aceptarse siempre y cuando se haya descartado hepatitis B y hepatitis C, o tengan diagnóstico médico de Síndrome de Gilbert. Las personas que hayan presentado hepatitis no aclarada deben ser diferidas permanentemente, dado que puede ser un caso de hepatitis B oculta.

Las personas que han tenido relaciones sexuales con personas con hepatitis B o C deben ser diferidas por 12 meses después del último contacto sexual, así como las parejas sexuales de las personas que han presentado hepatitis cuya etiología específica es desconocida.

Los compañeros sexuales estables de personas que tienen hepatitis B o C se difieren permanentemente.

Los trabajadores de la salud que refieren haber estado en contacto con pacientes con hepatitis pueden ser aceptados como donantes según criterio del médico del banco de sangre, siempre y cuando no tengan antecedente de accidentes biológicos (5), en cuyo caso serán diferidos 1

año después del incidente, de acuerdo al criterio establecido para la pregunta No 20 de la encuesta de selección.

18. En los últimos 12 meses le han practicado acupuntura, tatuajes, perforaciones de oreja, piercing, maquillaje permanente u otros procedimientos similares?

Se debe profundizar sobre las causas por las cuales se ha realizado dichos procedimientos y las condiciones sanitarias utilizadas (higiene, tipo de agujas y tintes, condiciones de bioseguridad), su estilo de vida, costumbres y tiempo transcurrido desde la realización del mismo.

En términos generales las personas que han sido sometidas a alguno de estos procedimientos deben ser diferidas por 1 año. En el caso de acupuntura o terapia neural, es discrecional del profesional que está realizando la entrevista si acepta o no al donante.

19. ¿En el último mes, ha padecido alguna enfermedad contagiosa o ha estado en contacto con personas que padezcan sarampión, rubéola, paperas, varicela?

Si en el último mes el donante potencial ha padecido alguna de estas enfermedades se debe diferir por un mes, contado a partir del momento en que los síntomas desaparecieron o se resolvió la enfermedad. Si se estuvo en contacto con algún paciente que padece alguna de estas enfermedades, se difiere al donante potencial por un mes, al cabo del cual puede ser aceptado siempre y cuando no presente síntomas.

20. ¿En los últimos (12) doce meses ha tenido accidentes de riesgo biológico (contacto con sangre, líquidos corporales, pinchazos con agujas contaminadas)?

Una persona que ha estado expuesta a la sangre de otra persona a través de accidentes con agujas contaminadas debe ser diferida como donante de sangre por laño después del accidente, debido a la posibilidad de transmisión de ITT's (5,34).

21. ¿Alguna vez en su vida se ha enfermado o ha recibido tratamiento para paludismo, leishmaniasis, fiebre amarilla o dengue? ¿Cuál?

Los donantes potenciales que hayan padecido malaria y hayan recibido tratamiento adecuado pueden donar después de 3 años de estar asintomáticos sin haber presentado recaída o resistencia (34). Si ha presentado recaídas o resistencia se debe diferir por 5 años a partir del último episodio. Si se ha diagnosticado la enfermedad pero no se ha recibido tratamiento o éste ha sido incompleto, diferir permanentemente.

Las personas que han padecido leishmaniasis pueden tener parásitos viables en la circulación por largos periodos aún después de su recuperación clínica, por esto quienes hayan padecido leishmaniasis deben ser diferidos definitivamente como donantes de sangre, independientemente de que hayan recibido tratamiento (5).

Las personas que hayan padecido fiebre amarilla deben ser diferidos por 12 meses después de su recuperación total, lo anterior pensando en el bienestar del donante.

Las personas que han padecido fiebre dengue deben ser diferidas por 4 semanas después de recuperación total (5). Quienes han padecido dengue hemorrágico deben ser diferidos por 1 año.[...]

22. ¿En los últimos 2 años ha visitado zonas donde hay paludismo, leishmaniasis, fiebre amarilla o dengue?[...]

23. ¿Ha tenido enfermedad de Chagas o ha estado en zonas donde habita el insecto pito, chinche picudo, besador, rondador o chupa sangre?[...]

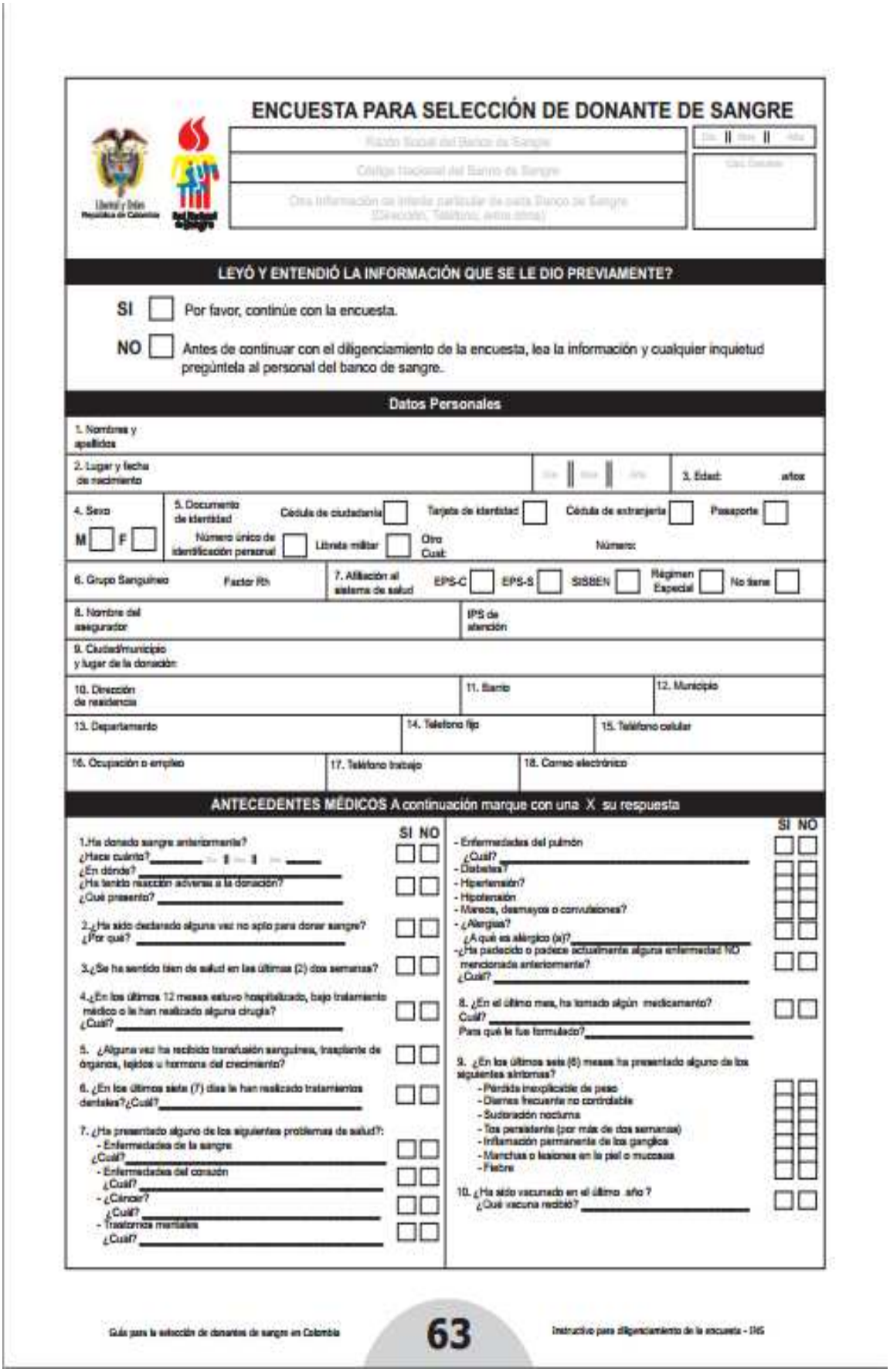
24. ¿Ha vivido fuera del país o de la ciudad en que reside actualmente? ¿Dónde? ¿Hace cuánto? ¿Por cuánto tiempo?

Esta pregunta tiene por objeto prevenir la transmisión a través de la transfusión sanguínea de enfermedades infecciosas emergentes. En general, cualquier agente infeccioso que se encuentre en la sangre tiene el riesgo teórico de ser transmitido a través de la transfusión sanguínea, por lo cual quienes son sospechosos de padecer la enfermedad o son portadores no deben donar sangre. El criterio para diferir un donante potencial sospechoso después de haber realizado un viaje a zonas de riesgo se basará en el período de incubación del agente infeccioso específico, es decir que el diferimiento temporal será por un período equivalente al del tiempo de incubación, al cabo del cual podrá ser aceptada como donante, siempre y cuando se encuentre asintomático al igual que sus contactos. (Varona Uribe, Olivera Martínez, & Beltrán Durán, 2012, págs. 40-45)

Asimismo, la Resolución 901 del 20 de Marzo de 1996, adopta el "Manual de Normas Técnicas, Administrativas y de Procedimientos para bancos de sangre" en el cual se recomienda:

> INFECCION POR VIH/ SIDA:
>
> Para diferirse se debe basar en los siguientes criterios:
>
> - Evidencia clínica o por laboratorio de la infección.
>
> - Relaciones homosexuales masculinas en los últimos 15 años.
>
> - Drogadicción
>
> - Enfermos con discracias sanguíneas que hayan recibido transfusiones de componentes sanguíneos o concentrados de factores hemostáticos.
>
> - Receptores de sangre total sus componentes y derivados en los 12 meses anteriores.- Donantes con historias de enfermedades venéreas en los 12 meses anteriores así hayan recibido tratamiento.
>
> - Víctimas de violación en los 12 meses anteriores.
>
> - Accidentes de trabajo en los que haya habido contacto con sangre u otros líquidos orgánicos en los 12 meses anteriores.
>
> - Relaciones sexuales con las personas incluidas en los anteriores numerales o con los trabajadores sexuales.
>
> - Infecciones por HTLV I-II cuando se manifiesten clínicamente o por laboratorio, los donantes deben ser diferidos indefinidamente. (1996, págs. 21-22)

Anexo 3.



ENCUESTA PARA SELECCIÓN DE DONANTE DE SANGRE

Razón Social del Banco de Sangre

Código Nacional del Banco de Sangre

Otra información de interés particular de este Banco de Sangre (Dirección, Teléfono, entre otros)

Día | Mes | Año

Uso Exclusivo

LEYÓ Y ENTENDIÓ LA INFORMACIÓN QUE SE LE DIO PREVIAMENTE?

SI ☐ Por favor, continúe con la encuesta.

NO ☐ Antes de continuar con el diligenciamiento de la encuesta, lea la información y cualquier inquietud pregúntela al personal del banco de sangre.

Datos Personales

1. Nombres y apellidos

2. Lugar y fecha de nacimiento — Día | Mes | Año — 3. Edad: años

4. Sexo M ☐ F ☐

5. Documento de identidad: Cédula de ciudadanía ☐ Tarjeta de identidad ☐ Cédula de extranjería ☐ Pasaporte ☐ Número único de identificación personal ☐ Libreta militar ☐ Otro Cual: Número:

6. Grupo Sanguíneo — Factor Rh

7. Afiliación al sistema de salud: EPS-C ☐ EPS-S ☐ SISBEN ☐ Régimen Especial ☐ No tiene ☐

8. Nombre del asegurador — IPS de atención

9. Ciudad/municipio y lugar de la donación

10. Dirección de residencia — 11. Barrio — 12. Municipio

13. Departamento — 14. Teléfono fijo — 15. Teléfono celular

16. Ocupación o empleo — 17. Teléfono trabajo — 18. Correo electrónico

ANTECEDENTES MÉDICOS A continuación marque con una X su respuesta

	SI	NO
1.Ha donado sangre anteriormente? ¿Hace cuánto? ___ Día ___ Mes ___ Año ___ ¿En dónde? ___ ¿Ha tenido reacción adversa a la donación? ¿Qué presentó? ___	☐	☐
2.¿Ha sido declarado alguna vez no apto para donar sangre? ¿Por qué? ___	☐	☐
3.¿Se ha sentido bien de salud en las últimas (2) dos semanas?	☐	☐
4.¿En los últimos 12 meses estuvo hospitalizado, bajo tratamiento médico o le han realizado alguna cirugía? ¿Cuál? ___	☐	☐
5. ¿Alguna vez ha recibido transfusión sanguínea, trasplante de órganos, tejidos u hormona del crecimiento?	☐	☐
6. ¿En los últimos siete (7) días le han realizado tratamientos dentales? ¿Cuál? ___	☐	☐
7. ¿Ha presentado alguno de los siguientes problemas de salud?:		
- Enfermedades de la sangre ¿Cuál? ___	☐	☐
- Enfermedades del corazón ¿Cuál? ___	☐	☐
- ¿Cáncer? ¿Cuál? ___	☐	☐
- Trastornos mentales ¿Cuál? ___	☐	☐

	SI	NO
- Enfermedades del pulmón ¿Cuál? ___	☐	☐
- Diabetes?	☐	☐
- Hipertensión?	☐	☐
- Hipotensión	☐	☐
- Mareos, desmayos o convulsiones?	☐	☐
- ¿Alergias? ¿A qué es alérgico (a)? ___	☐	☐
-¿Ha padecido o padece actualmente alguna enfermedad NO mencionada anteriormente? ¿Cuál? ___	☐	☐
8. ¿En el último mes, ha tomado algún medicamento? Cuál? ___ Para qué le fue formulado? ___	☐	☐
9. ¿En los últimos seis (6) meses ha presentado alguno de los siguientes síntomas?		
- Pérdida inexplicable de peso	☐	☐
- Diarrea frecuente no controlable	☐	☐
- Sudoración nocturna	☐	☐
- Tos persistente (por más de dos semanas)	☐	☐
- Inflamación permanente de los ganglios	☐	☐
- Manchas o lesiones en la piel o mucosas	☐	☐
- Fiebre	☐	☐
10. ¿Ha sido vacunado en el último año ? ¿Qué vacuna recibió? ___	☐	☐

Guía para la selección de donantes de sangre en Colombia 63 Instructivo para diligenciamiento de la encuesta - INS

Apreciado donante: con las preguntas que vienen a continuación buscamos asegurar que los pacientes que van a recibir su sangre no van a correr riesgos de contraer una enfermedad infecciosa a través de la transfusión

	SI	NO
11. ¿Ha tenido una nueva pareja sexual en los últimos seis (6) meses?	☐	☐
12. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo?	☐	☐
13. ¿Ha recibido sustancias psicoactivas o dinero a cambio de relaciones sexuales?	☐	☐
14. ¿Ha tenido relaciones sexuales con trabajadores sexuales? ¿Hace cuánto?_____	☐	☐
15. ¿En los últimos 12 meses usted o su pareja sexual han estado privados de la libertad?	☐	☐
16. ¿Usó o usa marihuana, cocaína, heroína, bazuco o algún otro estimulante o alucinógeno?	☐	☐
17. ¿Tuvo o ha sido tratado para sífilis, gonorrea, herpes genital, condiloma, papiloma virus, hepatitis, SIDA u otra enfermedad de transmisión sexual?	☐	☐
18. ¿En los últimos 12 meses le han practicado acupuntura, tatuajes, perforaciones de oreja, piercing, maquillaje permanente u otros procedimientos similares?	☐	☐
19. ¿En el último mes, ha padecido alguna enfermedad contagiosa o ha estado en contacto con personas que padecían sarampión, rubéola, paperas o varicela?	☐	☐
20. ¿En los últimos (12) doce meses ha tenido accidentes de riesgo biológico (contacto con sangre, líquidos corporales, pinchazos con agujas contaminadas)?	☐	☐
21. ¿Alguna vez en su vida se ha enfermado o ha recibido tratamiento para paludismo, leishmaniasis, fiebre amarilla o dengue? ¿Cuál?_____	☐	☐

	SI	NO
22. ¿En los últimos 2 años ha visitado zonas donde hay paludismo, leishmaniasis, fiebre amarilla o dengue?	☐	☐
23. ¿Ha tenido enfermedad de Chagas o ha estado en zonas donde habita el insecto pito, chinche picudo, besador, rondador o chupa sangre?	☐	☐
24. ¿Ha vivido fuera del país o de la ciudad en que reside actualmente? ¿Dónde?_____ ¿Hace cuánto?_____ ¿Por cuánto tiempo?_____	☐	☐
25. ¿Leyó y comprendió el cuestionario y fueron contestadas todas sus dudas al respecto?	☐	☐
26. ¿Qué actividad realizará después de la donación?_____		

Si usted es mujer por favor diligencie

27. Fecha de su última menstruación (día/mes/año) ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

28. ¿Cuántos embarazos ☐, partos ☐, abortos ☐ ha tenido? ☐☐

29. ¿Está embarazada, lactando o ha tenido abortos, legrados, partos o cesáreas en el último año? ¿Cuál?_____ ☐☐

Para diligenciamiento por parte del personal del banco de sangre

Calidad y consistencia de las respuestas, aspecto general, comportamiento y actitud del donante potencial.

Apto____ No apto____

Observaciones - Espacio para observaciones surgidas durante la entrevista

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Declaración y consentimiento del donante

Apreciado donante: Antes de firmar la encuesta, por favor lea con detenimiento los siguientes párrafos:

Para todos los efectos legales:

- Para evitar que mi sangre pueda ocasionar un daño al receptor certifico que todas las respuestas e informes anotados en el presente cuestionario son veraces.
- Dono mi sangre de manera responsable y voluntaria a este banco de sangre para que la utilice con fines terapéuticos.
- Autorizo que se realice a mi sangre las pruebas para marcadores de: VIH I - II, Hepatitis B, Hepatitis C, Sífilis, enfermedad de Chagas, HTLV I – II, malaria y otras que pudiesen ser requeridas para evitar que esta sangre pueda ocasionar un daño al receptor.
- Autorizo para que en caso que uno o más resultados de las pruebas realizadas en el banco de sangre sean reactivas, se realice la respectiva confirmación o complementación, según las normas establecidas.
- Autorizo para que en caso de ser necesario y de acuerdo a las normas establecidas se me ubique e informe mediante asesoría personalizada los hallazgos obtenidos en las pruebas confirmatorias.
- Autorizo para que en caso de ser necesario y de acuerdo a las normas establecidas se informe al servicio de epidemiología correspondiente y a mi aseguradora en salud, los hallazgos obtenidos en las pruebas confirmatorias.
- Dejo constancia de estar informado (a) sobre el proceso de donación, de las reacciones adversas que puedo sufrir durante o después del proceso de la donación y de las recomendaciones que debo seguir para evitarlas.

Firma del donante	Número documento identidad	Lugar de expedición