



*comité ejecutivo del
consejo directivo*

ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

*grupo de trabajo del
comité regional*

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



92a Reunión
Washington, D.C.
Junio 1984

Tema 12 del programa provisional

CE92/11 (Esp.)
10 mayo 1984
ORIGINAL: INGLES

SERVICIOS DE TRANSFUSION SANGUINEA

En septiembre de 1982, la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó la Resolución CSP21.R29, en la que se fijó el año 1990 como la meta para lograr servicios eficaces de transfusión sanguínea en los países de la Región. Se delineó un programa regional de trabajo para lograr esa meta. En febrero de 1983 se celebró en Washington D.C. una reunión de consulta sobre las estrategias para ampliar los servicios de transfusión sanguínea en América Latina y el Caribe en el año 1990. Estas propuestas fueron aprobadas por la XXIX Reunión del Consejo Directivo en octubre de 1983, sobre la base de un documento resumido (Resolución CD29.R15). Sin embargo, se reconoció que la puesta en marcha del programa dependería, en gran medida, de la disponibilidad de fondos extrapresupuestarios que se pudieran complementar con otros de contrapartida suministrados por las autoridades sanitarias. En la Resolución CD29.R15 se había solicitado notificar a la 92a Reunión del Comité Ejecutivo los adelantos logrados en el proyecto. La finalidad del presente documento es resumir los logros alcanzados desde que se iniciaron las actividades del proyecto.

El Programa de Transfusión Sanguínea inició sus actividades el 1 de enero de 1984. Sus principales líneas de acción se enumeran a continuación:

1. Políticas
2. Centros colaboradores
3. Cooperación técnica de la OPS
4. Asistencia externa
5. Información y publicaciones
6. Evaluación y futuro curso de acción.

1. Políticas en materia de transfusión sanguínea

En 1975, la 28a Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a fomentar el establecimiento de servicios nacionales de transfusión sanguínea basados en donaciones voluntarias y no remuneradas, la promulgación de legislación eficaz que rija el funcionamiento de los servicios de transfusión sanguínea y la adopción de medidas para proteger y fomentar la salud de los donantes de sangre y de los receptores de ésta y sus derivados. Se han notificado nuevos casos de exportaciones de plasma de los países de América Central y se dice que otros países exportan anualmente millares de litros (memorandum conjunto sobre políticas mundiales en materia de transfusión sanguínea de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea y de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 1984).* Además de razones éticas, sociales y económicas, existen algunas de índole médica para luchar por la "autosuficiencia" de los servicios nacionales de transfusión sanguínea. La incidencia de enfermedades como la hepatitis B y la hepatitis que no es del tipo A ni B, así como el incremento del número de casos notificados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, ha recalcado el riesgo que existe al usar productos importados de países donde la remuneración de los donantes incrementa substancialmente el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Hay razón para fortalecer la política adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1975 y para ampliar los esfuerzos desplegados en ese campo. De conformidad con ese criterio, la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea prepararon un memorandum sobre políticas mundiales (ver Anexo I). Se envió a cada autoridad de salud de la Región el código de ética (ver Anexo II) preparado por la última institución, que se había sometido a discusión en la 71a sesión del Directorio Ejecutivo de la OMS (1983). Se invitó a los Ministerios de Salud a aprobar y a fomentar la aplicación de los principios enunciados en el código de ética. La OPS ha indicado que está dispuesta a cooperar con los Gobiernos Miembros en la formulación de políticas nacionales de transfusión sanguínea y los ha instado a identificar sectores específicos de cooperación técnica que desearían recibir de la OPS.

En octubre de 1983, las autoridades argentinas promulgaron la nueva legislación destinada a reglamentar las políticas nacionales sobre recogida, manipulación y uso de la sangre y sus derivados en ese país. El mérito de la nueva ley radica en que el sistema de transfusión sanguínea al que presta servicios ha prohibido la toma comercial de sangre e impuesto control sobre la plasmaféresis y se basa en donaciones voluntarias sin fines lucrativos hechas por donantes altruistas. En la nueva legislación se tienen en cuenta los principios enunciados en el código de ética y se ha previsto el financiamiento de la puesta en práctica y del establecimiento de un sistema de vigilancia de las reacciones adversas. En vista del interés que tienen los países centroamericanos en reorganizar sus servicios de transfusión sanguínea se han suministrado copias de la legislación argentina a Guatemala, El Salvador, Honduras y Panamá.

El Comité Interamericano de la Cruz Roja de Especialistas del Programa de Sangre (CICREPS) ha recomendado a los Cuerpos Directivos de las Sociedades de la Cruz Roja que aprueben la Resolución CSP21.R29, en la que se fija el año 1990 como la meta para lograr servicios eficaces en la Región y que cooperen con los Gobiernos para llevar a la práctica dicha resolución. Ha recomendado además dar cumplimiento a la Resolución CD29.R15 de la XXIX Reunión del Consejo Directivo, en la que se insta a los Gobiernos a formular y poner en práctica un programa nacional de transfusión sanguínea. Es de esperar que al aprobar estas recomendaciones la Asamblea General de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja confirme la función participatoria de la Cruz Roja y suministre, a nivel nacional, la base para que la OPS y la Cruz Roja ejecuten conjuntamente el Programa Regional de Transfusión Sanguínea. Se entrará en contacto con otras organizaciones filantrópicas del sector privado a fin de conseguir su apoyo para el programa de la OPS.

2. Designación de centros colaboradores

El Proyecto Regional que la OPS había formulado comprende el establecimiento de una red de centros colaboradores. Estos Bancos de Sangre abarcarían, por supuesto, el establecimiento de centros nacionales, el reconocimiento de los mismos por parte de la Organización Mundial de la Salud y la designación de uno o más bancos regionales de sangre colaboradores. La práctica de tal designación por parte de la OMS ha estado pendiente por varios años. Por causa del nuevo interés de los países de América Latina y el Caribe, la OPS ha entrado en negociaciones con la OMS para reactivar dichos centros. Además de la Organización Mundial de la Salud, es esencial incluir en este programa a la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y a la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea, así como a los Bancos de Sangre y a la Sociedad Internacional de Hematología, a fin de hacer intercambios, y de suministrar apoyo, vinculando a varios centros nacionales selectos con centros homólogos de las naciones industriales. La colaboración entre los centros podría producir una amplia gama de valiosos servicios. Durante el bienio actual, la cooperación suministrada por la OPS se destina a concentrar las aportaciones de las organizaciones internacionales y regionales en dos sectores principales que son de importancia crítica para el establecimiento del programa, principalmente, la capacitación de técnicos de nivel intermedio y la autosuficiencia en materia de producción y control de reactivos para la determinación de grupos sanguíneos, que sean de buena calidad. La competencia técnica y la uniformidad de la calidad del desempeño son criterios importantes para la designación de los laboratorios colaboradores. Hasta la fecha, solo los siete laboratorios de la Región, enumerados a continuación, cumplen con esos requisitos:

Brasil:	Hemope/Recife, Provincia de Pernambuco
Colombia:	Banco Central de Sangre de la Cruz Roja
Costa Rica:	Banco Nacional de Sangre de la Cruz Roja, San José
Cuba:	Instituto de Hematología e Inmunología, La Habana
Ecuador:	Banco de Sangre de la Cruz Roja, Quito
Jamaica:	Servicios Nacionales de Transfusión Sanguínea del Banco Central de Sangre, Kingston
Nicaragua:	Banco Central de Sangre de la Cruz Roja, Managua.

Los bancos de sangre enumerados anteriormente se han recomendado a la OMS para designación como centros colaboradores nacionales; a medida que otros laboratorios cumplan con los requisitos exigidos, entrarán a formar parte de los considerados como centros nacionales.

Aunque la OPS y las instituciones colaboradoras internacionales suministran apoyo técnico, estos centros deberían recibir apoyo financiero de las autoridades sanitarias para poder sufragar los costos locales que implican los cursos, la duplicación de material didáctico, la distribución de reactivos para determinación de grupos sanguíneos, etc.

3. Cooperación técnica de la OPS

La respuesta de los países de la Región a dos encuestas había permitido acopiar información sobre la organización de los servicios así como sobre los centros donde se puede adiestrar al personal en la prestación de servicios de transfusión sanguínea. Es preciso coordinar éstos en muchos países de la Región. Existen muy pocos ejemplos de sistemas de transfusión sanguínea coordinados en el sector público de Brasil, Cuba, Jamaica y Uruguay y lo mismo ocurre en el sector privado filantrópico, por ejemplo, la Cruz Roja en Costa Rica, Panamá y Nicaragua.

En Argentina, Brasil (Recife, Río de Janeiro, Sao Paulo), Costa Rica, Cuba, Jamaica y Venezuela, así como en otros países, se realizan regularmente varios cursos de capacitación en organización de bancos de sangre y en servicios de transfusión sanguínea.

Como primera medida para la reorganización de los servicios de transfusión sanguínea, varios Gobiernos han solicitado la cooperación técnica de la OPS en la evaluación de los servicios existentes. La OPS ha hecho los arreglos correspondientes para asignar ese trabajo a cuatro expertos en transfusión sanguínea. Dichos expertos que proceden de la misma zona geográfica donde prestarán los servicios cooperarán con las respectivas autoridades en la realización de las siguientes actividades:

1. Preparar un plan de acción relativo a una política nacional y a un programa de transfusión sanguínea;
2. Evaluar las facilidades educativas y estimar las necesidades a mediano y largo plazo en lo que respecta a diferentes grados de capacitación;
3. Identificar un banco de sangre que funcione como centro nacional para suministrar reactivos para determinación de los grupos ABO y Rh a la red de bancos de sangre.

Los países que han expresado interés hasta la fecha son los siguientes:

México

Subregión

del Caribe: Barbados, Dominica, República Dominicana, Grenada, Haití, Jamaica, Trinidad y Tabago

América Central: Nicaragua, Belice

América del Sur: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Venezuela, Uruguay.

Los expertos en transfusión sanguínea que se reunieron en Washington en febrero de 1983 reconocieron que la administración era el punto más débil de muchos directores de servicios de transfusión sanguínea, particularmente en lo que se refiere a la instrucción académica recibida y a la experiencia adquirida. Se reconoció, además, que los directores de los bancos de sangre necesitan tener mayores conocimientos sobre planificación y coordinación internacional para poder desempeñarse como asesores y prestar asistencia a las autoridades sanitarias en el establecimiento y la reglamentación de los servicios de transfusión sanguínea. A fin de atender estas necesidades específicas, la OPS con la cooperación técnica de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea, la Cruz Roja Estadounidense y Canadiense, la OMS y la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, ha hecho los arreglos necesarios para realizar un Seminario sobre Administración para Directores de Servicios de Transfusión Sanguínea, del 10 al 21 de septiembre de 1984. Con esta reunión, cuya celebración se ha propuesto en Costa Rica, se espera cumplir con un doble objetivo--los directores asisten a un curso intensivo de administración y se reservará algún tiempo para realizar un taller sobre desarrollo de recursos humanos.

4. Asistencia externa (cooperación bilateral)

La OPS está haciendo todo lo posible para movilizar los recursos externos necesarios con el fin de apoyar el establecimiento de servicios de transfusión sanguínea a nivel intermedio. Dentro del contexto del programa regional formulado por la OPS, se ha presentado al Gobierno de los Países Bajos un anteproyecto de asistencia para el período 1984-1989, bajo su programa de Ayuda Clase III.C.

El anteproyecto de asistencia por parte del Gobierno de los Países Bajos consta de tres componentes:

Componente I

Se propone ampliar los servicios de transfusión sanguínea a nivel intermedio y particularmente a nivel periférico en los sectores prioritarios, de conformidad con los planes nacionales para el establecimiento de servicios básicos de salud. Los países participantes son Bolivia, Colombia, Haití y Nicaragua. El costo total de la asistencia asciende a \$678,000 hasta el año 1989.

Componente II

Se propone establecer la producción de reactivos para determinación de los grupos sanguíneos ABO y Rh y crioprecipitado y garantizar su calidad en lo que respecta a inocuidad y eficacia. Los países participantes son Bolivia, Colombia, Haití y Nicaragua. El costo total de la asistencia suministrada por los Países Bajos se calcula en \$45,000.

Componente III

Se propone hacer un estudio de factibilidad para la producción de bolsas desechables para la separación de sangre en componentes y la separación de crioprecipitado. El proyecto implica la transferencia y el desarrollo de tres tecnologías básicas, a saber, incorporación de sustancias plasticizadoras a la resina PVC disponible como producto de la industria petroquímica, eyección de tubos y fabricación de agujas desechables y producción de bolsas. El costo se calcula en \$9,000 que cubrirán el costo de dos especialistas, un ingeniero y un hematólogo, quienes realizarán el estudio correspondiente los países de la Región Andina.

Se solicitaron \$9,000 adicionales para ayudar al Brasil a mejorar la seguridad de las bolsas de sangre que se producen en el sector privado; ya que ésta es la única industria nacional de bolsas de sangre de América Latina que es autosuficiente.

Los países que reciban ayuda del Gobierno de los Países Bajos deberán garantizar que el proyecto formará parte integral de los Servicios Nacionales de Transfusión Sanguínea y del plan general de desarrollo de los servicios de salud a nivel nacional; además, los Gobiernos deberían suministrar instalaciones adecuadas y los recursos humanos necesarios y asumir la responsabilidad por el funcionamiento de dichos servicios.

La OPS se encargará de determinar los adelantos alcanzados por la OMS/Ginebra en sus negociaciones con las autoridades holandesas. Se mantendrá informados a los países beneficiarios de la decisión adoptada por las partes.

5. Información y publicaciones

Se han facilitado a varios centros de capacitación, unidades audiovisuales (diapositivas, cintas y conferencias grabadas) producidas por Health Education Resources (HER) en cooperación con la Asociación Americana de Transfusión Sanguínea. El grupo correspondiente a la organización de bancos de sangre se ha distribuido a Hemope, Pernambuco, Brasil; al Servicio de Transfusión Sanguínea del Banco Central de Sangre en Kingston, Jamaica, y al Banco Central de Sangre de la Cruz Roja en Bogotá, Colombia, en donde se realizan cursos de capacitación de personal de nivel intermedio en los procedimientos relativos a los bancos de sangre. Se han hecho los arreglos necesarios para publicar en español los materiales sobre la organización de bancos de sangre. Se ha enviado a Hemope/Pernambuco otro conjunto de materiales audiovisuales sobre hematología producidos por los mismos grupos, puesto que allá se dicta un curso para directores de bancos de sangre y servicios de transfusión. La OPS ha obtenido de Health Education Resources la correspondiente autorización para publicar los materiales audiovisuales en español.

En Jamaica y Haití se está estudiando la publicación titulada "Blood" de la Cruz Roja Canadiense. Esta obra, editada en francés y español, es valiosa para los flebotomistas y para la formación de enfermeras en hematología y hemoterapia básicas, incluidos los distintos componentes sanguíneos. La OPS ha recibido la correspondiente autorización de la Cruz Roja Canadiense para duplicar y distribuir la publicación en los países de habla inglesa y francesa del Caribe.

6. Evaluación y curso de acción

El programa de transfusión sanguínea se ha iniciado de manera rápida, quizá por la preocupación de las autoridades sanitarias por el peligro de nuevas enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y la incidencia cada vez mayor de hepatitis que no es del tipo A ni B en receptores de sangre. Solo cuando se disponga de pruebas laboratoriales específicas para detección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de la hepatitis, debería descontinuarse el recibo de donaciones de sangre de personas pertenecientes a grupos que constituyen los mayores portadores de esas enfermedades. Hasta ahora, un servicio de transfusión basado en donaciones altruistas y reglamentado con legislación apropiada basada en los principios del Código de Ética, recomendado por la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea y la Liga de Sociedades de la Cruz Roja representa la mejor protección de los derechos humanos--principalmente del derecho que tiene el donante de proteger su dignidad y del derecho que tiene el receptor de que no se ponga en peligro su propia seguridad.

La ejecución del programa de servicios de transfusión sanguínea exige la movilización y la fusión de conocimientos teóricos y prácticos sobre los diferentes aspectos de la transfusión sanguínea. Los especialistas de América Latina y el Caribe deberían asumir una mayor responsabilidad por las actividades del programa. Teniendo esto presente, la OPS ha solicitado a los países que identifiquen recursos humanos e instituciones que puedan fomentar los programas nacionales y participar más activamente en el trabajo de la OMS y en el suyo propio.

Siempre que sea posible, y dentro de contexto de sus programas nacionales de salud, las autoridades sanitarias deberían asignar al Banco Nacional de Sangre la tarea de elaborar un programa nacional y designar un funcionario para manejarlo y asesorar al Gobierno en asuntos relativos a política, reglamentación, legislación, asistencia internacional y coordinación con organizaciones filantrópicas como la Cruz Roja.

Anexos

MEMORANDUM SOBRE POLITICAS MUNDIALES EN MATERIA DE
TRANSFUSION SANGUINEA

Introducción

1. En 1975, la 28a Asamblea Mundial de la Salud instó a los Estados Miembros a que "fomenten el establecimiento de servicios nacionales de transfusión basados en la donación voluntaria y no remunerada de sangre y dicten una legislación eficaz que regule el funcionamiento de los servicios de transfusión y adopten las demás medidas necesarias para proteger y fomentar la salud de los donantes de sangre y de los receptores de sangre y de productos sanguíneos".

2. La resolución aprobada por la OMS en 1975 tuvo buenos resultados. Muchos gobiernos comenzaron a prestar atención a la explotación de los donantes pobres por parte de los bancos de sangre comerciales. Muchas de estas reprobables empresas fueron obligadas a cerrar sus puertas. Algunos países promulgaron la legislación correspondiente para abolir todas las actividades comerciales. Otros países, pese a que permiten la plasmaféresis comercial bajo condiciones estrictamente controladas, han alcanzado la meta de acumular reservas de sangre completa tomada de donantes no remunerados, sin fines lucrativos, o la alcanzarán muy pronto.

3. Como se explica claramente en este memorandum, existen motivos para reforzar la política adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1975 y para incrementar los esfuerzos en ese campo. Por esa razón la Liga de Sociedades de la Cruz Roja y de la Luna Creciente Roja (LSCR) presentaron al Director General de la OMS, junto con la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea (SITS), un documento relativo al Código de Etica sobre Donación y Transfusión de Sangre de esta última institución. Dicho Código de Etica fue aprobado unánimemente por la Asamblea General de la SITS en 1980 y por la Asamblea General de la LSCR así como por la Conferencia Internacional de la Cruz Roja en 1981. Este documento fue objeto de discusión durante la 71a Sesión del Directorio Ejecutivo de la OMS.

Evolución desde 1975

4. Las cosas cambian tan rápidamente que los problemas afrontados en los años 80 no admiten comparación con los del último decenio. Los nuevos métodos de conservación y fraccionamiento, la citaféresis y la plasmaféresis y, en consecuencia, algunas terapéuticas complejas basadas en el empleo de componentes sanguíneos han cambiado el panorama. El notorio incremento del empleo de los factores de coagulación en el tratamiento de hemofílicos en los países desarrollados ha alterado el

equilibrio existente entre los principales productos que se pueden derivar del plasma. Es de esperar que ocurran nuevos acontecimientos si las investigaciones sobre el DNA recombinante llevan al descubrimiento de técnicas inocuas y económicas para la producción biotécnica de proteínas plasmáticas. Finalmente, el desarrollo de tecnologías de plasmaféresis basadas en el empleo de membranas para separación rápida, mediante las cuales el tiempo necesario para una donación de plasma se puede reducir substancialmente, pueden tener importantes consecuencias para los sectores filantrópicos y comerciales.

5. La industria transnacional de elaboración de sangre ocupa un lugar destacado en el suministro de derivados del plasma. Algunos países desarrollados dependen mucho de las importaciones de esos productos comerciales.

6. La naturaleza abierta del mercado internacional de plasma obliga a todos los gobiernos a reconsiderar sus políticas nacionales en materia de transfusión sanguínea. Aun los países que siempre han tenido suficientes existencias de sangre, que se suministra sin fines lucrativos, deben afrontar la competencia internacional entre los sistemas lucrativos y filantrópicos. Ello reviste mayor urgencia en los países en desarrollo que aún están tratando de construir sus propios servicios nacionales.

Comercio de sangre procedente de los países en desarrollo

7. Existen razones para creer que el comercio de plasma procedente de los países en desarrollo, que constituyó un motivo de preocupación para la Asamblea Mundial de la Salud en 1975, no ha aumentado en los últimos años. En algunos países, ha cesado por completo la toma comercial de sangre para plasmaféresis (por ejemplo, en un país de América Central que exportaba más de 200,000 litros plasma al año).

8. Por otra parte, se han notificado nuevos casos de exportaciones de plasma procedentes de los países en desarrollo, por ejemplo, de otro país centroamericano que, según se informa, exporta hasta hoy en día docenas de millares de litros de plasma anualmente. En algunos casos (por ejemplo, las ciudades fronterizas de México y los Estados Unidos), la toma comercial de sangre al parecer interfiere con las existencias de sangre completa que se suministran sin fines lucrativos. Aun los países donde se prohíbe el funcionamiento de bancos de sangre comerciales reciben solicitudes de compañías que desean iniciar el proceso de plasmaféresis para exportación.

Sistemas filantrópicos y lucrativos de abastecimiento de sangre

9. La industria farmacéutica, sin lugar a dudas, ha realizado una importante contribución al incremento de las existencias de plasma en el mundo. Se informa que la industria estadounidense per se produce de 4 a 5 millones de litros de plasma anualmente. Se calcula que cerca de la

mitad de esa cantidad se elabora comercialmente en otras partes del mundo (principalmente en Europa Occidental). Se dice que la capacidad industrial de fraccionamiento total es aún mayor (9 millones de litros, según algunos expertos). Gracias a la donación regular hecha por millares de donantes profesionales (muchos de los cuales viven en los estados del sur de los Estados Unidos), las compañías transnacionales de suministro de plasma pueden responder al incremento de la demanda creado por la rápida preparación de concentrados de los factores de coagulación.

10. Sin embargo, pese a que la contribución de la industria es tan importante, la mayoría de las donaciones proceden todavía de donantes voluntarios no remunerados. Las organizaciones filantrópicas del mundo entero recogen decenas de millones de unidades de sangre que en proporción cada vez mayor se emplean para la preparación de productos a base de plasma. Por ende, un sistema filantrópico integrado para la toma de sangre completa y de plasma constituye la mejor garantía del uso racional de los recursos disponibles. Si es necesario, esas organizaciones pueden recoger más plasma de donantes voluntarios no remunerados, como lo indica la experiencia en el caso de algunos países.

11. En ciertos países en desarrollo la mayor parte de las existencias de sangre completa provienen todavía de los bancos de sangre comerciales que pagan a los donantes por la misma. A menudo existe un gran riesgo de contaminación. En muchas partes del mundo es difícil cumplir con el reglamento relativo a la protección del donante y del receptor. Aunque muchos gobiernos luchan decididamente por obtener sus existencias de sangre exclusivamente de donantes voluntarios y algunos de ellos han tenido éxito en ese sentido, la transición de un sistema comercial a uno filantrópico por excelencia es difícil de lograr algunas veces por falta de recursos financieros, personal adiestrado y establecimientos de atención de salud básica.

Abolición de la comercialización

12. Urge abolir la comercialización especialmente en el campo de la transfusión sanguínea. En lo que respecta al trasplante de tejidos humanos (la transfusión de sangre es, de hecho, la forma de trasplante más antigua y mejor desarrollada), no debería "sacarse provecho de la vida ni de la muerte" (Indira Gandhi). Es más fácil evitar los excesos en lo que a promoción, uso y fijación de precios respecta cuando se ha abolido la comercialización de las transfusiones sanguíneas. Además, en las organizaciones sin fines lucrativos es menos probable que se tome una cantidad de sangre excesiva de los donantes. Finalmente, en el sistema filantrópico, la responsabilidad del abastecimiento de sangre a la comunidad es compartida más equitativamente por los diferentes grupos socioeconómicos.

Autorresponsabilidad

13. Todos los países deben luchar por la autorresponsabilidad al menos para el suministro de los principales derivados sanguíneos. La movilización de los recursos propios del país constituye la mejor forma de garantizar que los servicios de transfusión sanguínea se pongan "al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo", especialmente en los países en desarrollo (Declaración de Alma-Ata IV y VIII).

14. Los países en desarrollo no necesitan adoptar la compleja tecnología de servicios de transfusión sanguínea de los países industrializados. El asunto de mayor prioridad es la acumulación de suficientes existencias de sangre completa; le siguen en orden de importancia el uso de componentes de la misma para fines terapéuticos mediante preparación de crioprecipitado (que se puede efectuar con métodos relativamente sencillos y baratos) y quizá el uso de plasma recuperado de derivados congelados o liofilizados y luego la producción de derivados del plasma mediante fraccionamiento. Esto último se puede realizar en cooperación con varios países que tengan condiciones socioeconómicas y geográficas similares.

Enfermedades transmisibles

15. Además de razones éticas, sociales y económicas existen razones médicas para luchar por la autorresponsabilidad de los servicios nacionales de transfusión sanguínea. Puesto que muchas enfermedades se pueden propagar por medio de la sangre contaminada, convendría tener especial cuidado al importar derivados sanguíneos de otros países, en particular, cuando éstos provienen de sangre de donantes remunerados. La incidencia de enfermedades como hepatitis B y hepatitis que no es ni A ni B difiere de un país a otro y aún entre los países que tienen un mismo nivel de vida. Ello se ha demostrado una vez más con el brote de una nueva enfermedad conocida con el nombre de síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

A ese respecto, se puede citar la Recomendación R (83) del Comité de Ministros del Consejo de Europa. Dicho comité aboga, entre otras cosas, por la abolición de las importaciones de derivados sanguíneos, siempre que sea posible, de países donde la remuneración de los donantes incrementa substancialmente el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas.

Responsabilidad de los Gobiernos y de la OMS

16. La Liga de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea (SITS) cree firmemente que es posible conseguir un número suficiente de

donantes voluntarios en todos los países para atender la demanda razonable de sangre y de sus derivados, siempre y cuando exista un criterio sistemático basado en campañas regulares y continuas. De hecho, sería posible atender con creces la cantidad de sangre solicitada si, en promedio, cada persona cuyo estado de salud le permita donar sangre, lo hiciera solo algunas veces en la vida. Esa es una responsabilidad de los gobiernos interesados, ya sea que deseen o no hacer uso óptimo de esos recursos.

17. Aunque la opinión expresada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1975 es de gran valor, queda aún mucho por hacer para lograr la meta de autorresponsabilidad nacional de los servicios de transfusión sanguínea basados en la donación de sangre voluntaria y no remunerada. Por supuesto, compete a los Estados Miembros formular y hacer cumplir sus propias políticas al respecto. No obstante, la OMS podría ayudarles al promover las normas aceptadas internacionalmente.

18. Convendría instar a los gobiernos a que adoptaran un código de ética similar al formulado por la SITS y adoptado por la Cruz Roja y la Federación Internacional de Organizaciones Donantes Voluntarias. La OMS tiene una responsabilidad especial para con los países en desarrollo. Como se convino en 1975, la OMS ayuda a los Gobiernos Miembros a establecer servicios nacionales de transfusión sanguínea y cooperación interpaíses. La Liga y la SITS esperan que la OMS siga incrementando sus esfuerzos en este campo.

BIBLIOGRAFIA

1. Anthony F. Britten: Plasma Procurement and Fractionation: A worldwide overview. American Association of Blood Banks, 1982.
2. Alvin W. Drake y col.: The American Blood Supply, The MIT Press, Cambridge, 1982.
3. Piet J. Hagen: Blood: Gift or Merchandise; Towards an International Blood Policy, Alan R. Liss, New York, 1982.
4. ISBT working party on socio-economic aspects of blood transfusion (1982): Socioeconomic aspects of blood transfusion. Vox Sanguinis 44: 328-332 (1983).
5. V.A. Lovric: Optimal use of blood in developing countries. Newsletter Transfusion International, No. 32, 1983.
6. P.M. Mannucci: Rationale of hemophilia care in developing countries, ISBT Newsletter, No. 11, 1981.
7. Unctad: Guidelines on technology issues in the pharmaceutical sector in the developing countries, Naciones Unidas, Nueva York, 1982.
8. OMS y Unido: Declaración de Alma-Ata, 1978.
9. Consejo de Europa: Recomendación R (83) 8 del 23 de junio de 1983.

CODIGO DE ETICA PARA DONACION Y TRANSFUSION DE SANGRE

El objeto de este código es definir los principios y reglas que se deben observar en el campo de la transfusión sanguínea y que deben formar parte de la legislación y el reglamento nacionales.

I - El donante

1. En cualquier circunstancia, la donación de sangre será voluntaria; no se ejercerá ninguna clase de presión sobre el donante.
2. Deberá informarse al donante sobre los riesgos que implica el procedimiento; la salud y la seguridad del mismo deben ser motivo de constante preocupación.
3. La utilidad financiera no debe ser nunca un motivo para el donante ni para las personas responsables por tomar la donación. Siempre se debe ofrecer estímulo a los donantes voluntarios no remunerados.
4. Es preciso respetar el anonimato entre el donante y el receptor, excepto en casos especiales.
5. La donación de sangre no debe implicar discriminación de ninguna clase ya sea por raza, nacionalidad, religión o sexo.
6. La sangre se debe tomar bajo la responsabilidad de un médico.
7. La frecuencia de las donaciones y el volumen total de la sangre recogida según el sexo y el peso de la persona así como la edad mínima y máxima para fines de donación de sangre deben definirse de acuerdo con un reglamento establecido.
8. Es preciso efectuar la prueba indicada en cada donante y de cada donación con el fin de detectar cualquier anomalía que convertiría;
 - a) la donación en algo peligroso para el donante;
 - b) que podría ser nociva para el receptor.

1) La base de este código fue la resolución aprobada por la Asamblea General de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea reunida en París en 1978 y aprobada también en su forma actual por el 18° Congreso de la Sociedad en su reunión celebrada en Montreal, Quebec, Canadá, del 16 al 22 de agosto de 1980.

9. La donación por plasmaféresis deberá estar sujeta a un reglamento especial en el que se ha de especificar:
 - a) la naturaleza de los exámenes adicionales a que se someterá el donante;
 - b) el máximo volumen de plasma que se tomará durante una sesión;
 - c) el intervalo mínimo entre dos sesiones consecutivas,
 - d) el volumen máximo de plasma que se tomará en un año.

10. Las donaciones de leucocitos o plaquetas por citaféresis deberán estar sujetas a un reglamento especial en el que ha de especificarse:
 - a) la información que se debe suministrar al donante sobre cualquier medicamento inyectado o los riesgos que implica el procedimiento;
 - b) la naturaleza de cualquier examen adicional a que se deba someter el donante;
 - c) el número de sesiones en un período específico.

11. La inmunización deliberada de los donantes con cualquier antígeno extraño con el fin de obtener productos con una actividad de diagnóstico o terapéutica específica debería estar sujeta a un reglamento especial en el que se especificará:
 - a) la información que debe recibir el donante sobre la sustancia inyectada y los riesgos que implica;
 - b) la naturaleza de cualquier examen adicional a que se deba someter el donante.

NOTA: La finalidad del reglamento especial citado anteriormente en los números 9, 10 y 11 es proteger al donante. Después de recibir indicaciones sobre la naturaleza de la operación y los riesgos que implica, el donante debe firmar una declaración de consentimiento. Los donantes inmunizados contra antígenos de los glóbulos rojos deberían recibir una tarjeta especial en la que se indiquen los anticuerpos y los detalles específicos sobre la clase de sangre que se debe usar en caso de que los donantes necesiten recibir una transfusión.

12. Deberán tomarse las medidas necesarias para proteger al donante contra los riesgos inherentes de la donación de sangre, plasma o células así como los riesgos de la inmunización.

II - El receptor

13. El objeto de la transfusión es garantizar al receptor la terapéutica más eficaz, que sea compatible con una máxima seguridad.
14. Antes de iniciar cualquier transfusión de sangre o de sus derivados se debe expedir una solicitud firmada por el médico o expedida bajo su responsabilidad en la que se ha de especificar la identidad del receptor y la naturaleza y la cantidad de las sustancias que se van administrar.
15. Excepto cuando se usa en casos de emergencia sangre del tipo 0 ó glóbulos rojos, antes de cada transfusión de glóbulos rojos es preciso someter al donante a exámenes preliminares y realizar pruebas de clasificación de grupos sanguíneos y de compatibilidad entre el donante y el receptor.
16. Antes de la administración se debe verificar que la sangre y sus derivados se hayan identificado correctamente y que no hayan caducado. Es preciso verificar la identidad del receptor.
17. La transfusión se debe administrar bajo la responsabilidad de un médico.
18. En caso de una reacción durante la administración de la inyección de sangre o sus derivados o después de ésta, será preciso hacer las investigaciones de rigor para determinar el origen de la reacción y prevenir que se repita. Es posible que cuando se presenta una reacción haya que interrumpir la transfusión.
19. No se debe administrar sangre ni sus derivados a menos que haya una verdadera necesidad terapéutica. No debe existir ninguna motivación financiera ni del médico que la receta ni del establecimiento donde se dispensa el tratamiento al paciente.
20. Cualesquiera que sean sus recursos financieros, todos los pacientes deben poder beneficiarse de la administración de sangre humana y de sus derivados, únicamente sobre la base de la disponibilidad de los mismos.
21. Siempre que sea posible, el paciente debe recibir solo los componentes particulares que necesita (células, plasma o derivados

plasmáticos). La transfusión de sangre completa a un paciente que necesita solo una parte de la misma puede privar a otros pacientes de los componentes necesarios y acarrear riesgos para el receptor.

22. Por causa del origen humano de la sangre y de la limitada cantidad a disposición, es importante proteger los intereses tanto del receptor como del donante a fin de evitar el uso indebido o el desperdicio.
23. El uso óptimo de sangre y sus derivados exige contacto regular entre el médico que lo receta y las personas que trabajan en los centros de transfusión sanguínea.

III - Controles

24. Las autoridades sanitarias deberían ejercer los debidos controles a fin de verificar que en las prácticas de transfusión sanguínea se cumpla con las normas internacionalmente aceptadas y se respete como es debido las pautas o el reglamento establecidos de conformidad con este código.
25. Deberían verificarse regularmente los siguientes aspectos:
 - a) la aptitud del personal;
 - b) la propiedad del equipo y de las instalaciones;
 - c) la calidad de los métodos y los reactivos, el material de origen y el producto acabado.