



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 46.º CONSEJO DIRECTIVO 57.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26-30 de septiembre 2005

*Punto 4.11 del orden del día provisional*

CD46/16 (Esp.)  
1 de agosto de 2005  
ORIGINAL: INGLÉS

### INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS POR LA INICIATIVA REGIONAL PARA LA SEGURIDAD SANGUÍNEA Y PLAN DE ACCIÓN PARA 2006-2010

Las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002, aprobadas por la 25.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, incluían las metas de *a*) examinar toda la sangre para transfusión a fin de detectar infecciones por el virus de la hepatitis B y C, la sífilis, *Trypanosoma cruzi* y el VIH, y *b*) lograr la participación de todos los bancos de sangre en programas de control de calidad a fin de aumentar la seguridad sanguínea.

El Plan Regional de Acción para 2000-2004 reiteró esas metas. A pesar de los avances registrados, no se ha logrado alcanzar el tamizaje universal de sangre para las transfusiones ni la participación de la totalidad de los bancos de sangre en programas de calidad. Para 2003, el riesgo calculado de recibir una transfusión contaminada con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el de la hepatitis B (VHB) o el de la hepatitis C (VHC) debido a la falta de tamizaje de la sangre en los países de América Latina y el Caribe disminuyó a 1:41.858 de 1:4.011 en 2000. El riesgo calculado para *T. cruzi* en América Latina disminuyó de 1:762 a 1:3.360. Los riesgos calculados para 2003 son todavía inadmisiblemente altos. La falta de tamizaje y la alta prevalencia de marcadores de enfermedades infecciosas entre los donantes de sangre contribuyen a incrementar el riesgo, que quizá sea mayor del estimado si se toma en cuenta la calidad de las pruebas. Sólo 53% de los bancos de sangre existentes participan en programas de evaluación externa del desempeño, y es común obtener resultados inexactos entre los participantes.

La limitación más importante para alcanzar la meta de la seguridad sanguínea es la falta de un sistema nacional de sangre bien coordinado, lo que hace que innumerables bancos de sangre ubicados en hospitales asuman la responsabilidad directa de adquirir los suministros, incluida la sangre. En esta situación resulta sumamente difícil implantar la garantía de calidad.

Un sistema nacional de sangre bien coordinado debe velar por la disponibilidad, accesibilidad, calidad y seguridad de la sangre para transfusión en los países del Caribe y América Latina. Se solicita al Consejo Directivo examinar el Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Regional para la Seguridad Sanguínea y el plan de acción para 2006-2010 y considerar la resolución adjunta y que fue propuesta por el Comité Ejecutivo.

## CONTENIDO

	Página
Antecedentes .....	3
Progresos desde 2000.....	4
Cobertura del tamizaje .....	4
Evaluación externa del desempeño .....	5
Donantes .....	6
Infecciones en grupos de alto riesgo.....	6
Seguridad y disponibilidad de la sangre .....	7
Enseñanzas extraídas y aspectos fundamentales.....	8
El camino futuro .....	10
Intervención del Consejo Directivo .....	12
 Anexos	

## Antecedentes

1. Durante los treinta últimos años, la Asamblea Mundial de la Salud ha asignado prioridad a la utilización y el suministro de sangre humana y productos sanguíneos, instando para ello a los Estados Miembros a promover el desarrollo de servicios de sangre nacionales bien coordinados, con base en la donación voluntaria y no remunerada de sangre y en la garantía de calidad, sancionar leyes eficaces para la operación de los servicios de sangre y tomar otras medidas para proteger y fomentar la salud tanto de los donantes como de los receptores de sangre y productos sanguíneos, así como para enfrentar la epidemia de VIH/SIDA..

2. La 25.<sup>a</sup> Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó las Orientaciones Estratégicas y Programáticas para la Oficina Sanitaria Panamericana, 1999-2002. Entre las metas relacionadas con las políticas y servicios de salud, la Conferencia incluyó que *a)* debe examinarse toda la sangre de transfusión para detectar cualquier infección por los virus de hepatitis B y C, la sífilis, *Trypanosoma cruzi* y el VIH, y *b)* todos los bancos de sangre deben participar en programas de control de calidad.

3. En octubre de 1999, el 41.<sup>o</sup> Consejo Directivo de la OPS adoptó la resolución CD41.R15, “Fortalecimiento de los bancos de sangre en la Región de las Américas”, en la que se insta a los Estados Miembros a promover el establecimiento de programas nacionales de sangre y servicios de transfusión, basados en la donación voluntaria, no remunerada y repetida de sangre y en la garantía de la calidad, como indicadores del desarrollo humano. La resolución también incluía una solicitud al Director de la Oficina Sanitaria Panamericana para que se coopere con los Estados Miembros en el fortalecimiento de los programas de sangre y servicios de transfusión nacionales, se ayude al fortalecimiento de los programas nacionales para las donaciones sanguíneas voluntarias, no remuneradas y repetidas, y se promueva el tamizaje universal, preciso y eficaz de las unidades de sangre donadas en la Región.

4. Considerando las orientaciones estratégicas y programáticas y las resoluciones, y con el apoyo financiero de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación (PAHEF), la OPS, junto con los coordinadores de los programas nacionales de sangre de América Latina, los directores de los bancos de sangre del Caribe, los centros colaboradores y diversos socios de instituciones académicas y profesionales, elaboró un plan de acción para responder a la solicitud de los Cuerpos Directivos. Los resultados específicos que se pretendía alcanzar con el plan son los siguientes:

- a) Cobertura del tamizaje: Cobertura de 100% del tamizaje de las unidades de sangre para detectar la presencia de VIH, VHB, VHC y sífilis en la Región; y 100% de cobertura del tamizaje para la enfermedad de Chagas en América Latina.

- b) Evaluación externa del desempeño: 100% de los bancos de sangre que realizan el tamizaje de sangre para transfusión participarán en la evaluación externa del desempeño de las pruebas serológicas para VIH, VHB, VHC, sífilis y enfermedad de Chagas.
  - c) Donantes: 50% de los donantes de cada país de la Región serán voluntarios, altruistas y no remunerados.
  - d) Infecciones en grupos de alto riesgo: Se identificarán los grupos de alto riesgo de infecciones transmitidas por transfusión y se vigilará la incidencia de infección por el VHC en ellos.
5. El plan de acción se presentó como propuesta de donación ante la Fundación Bill y Melinda Gates, cuyo aporte se destinó a apoyar las labores que se llevarían a cabo entre enero de 2001 y julio de 2004.

### **Progresos desde 2000**

6. Las actividades emprendidas durante el período de cuatro años han permitido avanzar considerablemente en pos de las metas establecidas. A continuación se resumen los logros alcanzados para cada uno de los resultados previstos en el plan de acción.

### ***Cobertura del tamizaje***

7. Las pruebas de laboratorio para marcadores infecciosos contribuyen a preservar la seguridad sanguínea al eliminar las unidades que se obtienen de personas que pudieran ser la fuente de alguna infección transmitida por transfusión. Sin embargo, el tamizaje no elimina plenamente el riesgo de infección transmitida por transfusión, ya que la sangre puede tomarse de donantes infectados durante el período silente\*, por lo que el valor de las pruebas de laboratorio depende de la incidencia y prevalencia de las infecciones entre los donantes de sangre.

8. A pesar de las mejoras registradas en la cobertura de las pruebas para marcadores de infecciones transmitidas por transfusión, no se ha alcanzado la meta del tamizaje universal de sangre en las Américas. Para 2003, la proporción de las unidades examinadas para detectar el VIH era de 99,93% (superior al 99,66% registrado en 2000); para la hepatitis B, de 99,86% (superior al 99,65% de 2000); para la hepatitis C, de 99,52% (98,79% en 2000); y para los marcadores de sífilis, de 99,84% (99,57% en 2000). La cobertura más baja fue para *T. cruzi* en América Latina: 88,09%, superior al 78,98% de 2001 (véanse el anexo y los cuadros 1 y 2).

---

\* Tiempo transcurrido entre la infección y el momento en que sus marcadores son detectables.

9. Sólo 19 países y territorios sometieron a tamizaje todas las unidades de sangre para todos los marcadores necesarios, lo que constituye un incremento respecto de los 16 de 2000. Anguila, Antigua y Barbuda, Belice, Montserrat y Saint Kitts y Nevis informaron no haber realizado ningún tamizaje para la hepatitis C en 2003. Sólo siete países latinoamericanos examinaron todas las unidades para *T. cruzi* en 2003 (cuadro 3).

10. La mediana de los bancos de sangre en América Latina es de 48 por país (intervalo de 23 a 578). Con la excepción de Cuba, que tiene un promedio de 13.338 unidades recolectadas por banco, la media anual de obtención de sangre oscila entre 606 y 7.988 unidades por banco en América Latina. La OPS produjo una guía de evaluación y brindó apoyo técnico y financiero para examinar la eficiencia financiera de los sistemas de sangre nacionales actuales en los países de América Latina. En general, el costo promedio global actual para procesar una unidad de sangre es de US\$ 750, es decir, dos veces la inversión que se necesitaría en un modelo con menos bancos de sangre. Nueve países latinoamericanos (47%) —Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, El Salvador, México, Nicaragua, Perú y Uruguay— han adoptado una política para reducir los centros de procesamiento de sangre.

11. Dieciocho países de América Latina tienen leyes que reglamentan los servicios de sangre. Sin embargo, al comparar estas leyes con una “ley modelo” elaborada por la OPS, se puede ver que los marcos legales actuales son deficientes para establecer un sistema nacional, definir su organización, asignar funciones y determinar el apoyo financiero y la supervisión general.

### ***Evaluación externa del desempeño***

12. Los pilares de la garantía de la calidad son el control de calidad, la evaluación externa del desempeño, las auditorías y la educación continua del personal. La evaluación externa del desempeño permite hacer una comparación retrospectiva de la capacidad de los centros participantes para analizar correctamente muestras controladas. La OPS estableció el Programa Regional de Evaluación Externa del Desempeño para las Infecciones Transmitidas por Transfusión, dirigido a los bancos de sangre de referencia de América Latina (cuadro 4). También apoyó la capacitación de personal latinoamericano de laboratorios centrales o bancos de sangre en la tecnología y los procesos administrativos para establecer programas nacionales de evaluación externa del desempeño. En el período de cuatro años, 16 de los 19 países latinoamericanos establecieron sus programas nacionales de evaluación externa del desempeño, con lo cual la participación aumentó de 24% (1.129 de 4.738 bancos) en 2000 a 53% (1.330 de 2.509 bancos) en 2003 (cuadro 5).

13. La OPS también estableció programas subregionales de evaluación externa del desempeño en inmunohematología para América Latina, con la ayuda del Centro de

Sangre de Valencia (España) y, en el caso del Caribe, con el apoyo de un centro colaborador del Reino Unido y el Centro de Epidemiología del Caribe (CAREC) (cuadros 6 y 7).

14. Como indicadores de los sistemas nacionales de calidad, se evaluó la adopción de normas de calidad y políticas de garantía de la calidad en 41 países (cuadro 8). Se celebraron talleres regionales y subregionales para capacitar al personal en cuestiones de garantía de la calidad y gestión de la calidad, actividad que luego se fomentó a nivel nacional. Además, se elaboró un programa de educación a distancia y cursos presenciales para capacitar al personal de los bancos de sangre.

### ***Donantes***

15. La promoción de la donación voluntaria de sangre es central para asegurar la inocuidad de la sangre, ya que los donantes de sangre voluntarios tienen menores probabilidades de ser portadores de infecciones transmitidas por transfusión (cuadro 9). Los donantes voluntarios y no remunerados han aumentado de 15% de las unidades de sangre tomadas en América Latina y el Caribe en 2000 a 36% en 2003. No obstante, Bolivia, Honduras, Panamá, Paraguay y Perú informaron donantes remunerados que representaron 0,3% del total de las unidades (cuadro 10). Los países que informaron contar con más de 50% de donantes voluntarios en 2003 fueron Aruba, Bermuda, Brasil, las Islas Caimán, Cuba, Curaçao, Santa Lucía y Suriname.

16. La OPS publicó y apoyó la aplicación en 15 países de las guías para investigar el conocimiento, las creencias, actitudes y prácticas sobre la donación de sangre en la población, así como para evaluar la disposición de los bancos de sangre a prestar un buen servicio a los donantes. Se elaboraron materiales didácticos y anuncios de servicio a la comunidad dirigidos específicamente a los escolares, adultos jóvenes, adultos mayores y a la población en general.

17. Las actividades principales que ha emprendido la OPS son identificar y formar a coordinadores nacionales para la promoción de la donación voluntaria de sangre a nivel nacional, elaborar planes nacionales para la promoción de la donación voluntaria y organizar talleres nacionales para capacitar a promotores de donación voluntaria de sangre en sus países respectivos. Los marcos legales sobre la donación y obtención de sangre no cubren los aspectos fundamentales de la promoción de la donación voluntaria de sangre, aunque su intención manifiesta sea hacerlo.

### ***Infecciones en grupos de alto riesgo***

18. El estudio de pacientes que reciben múltiples transfusiones proporciona una medida indirecta de la seguridad de la sangre disponible para su tratamiento. Puede

estudiarse a los pacientes crónicos que han estado expuestos a las transfusiones durante períodos prolongados para tener una idea aproximada de la seguridad sanguínea en el pasado. La OPS apoyó un estudio en diversos centros sobre la prevalencia de infecciones por VHC, VIH y VHB entre personas con múltiples transfusiones. Se seleccionaron 10 grupos de investigadores en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay para aplicar un protocolo uniformado en una población de estudio de 3.501 pacientes. Las tasas generales de prevalencia de las infecciones fueron de 1,7% para VIH (58 positivos), de 13,1% para VHB (457) y de 24,1% para VHC (842) (cuadro 11).

19. La OPS formuló un conjunto de recomendaciones para los programas nacionales de sangre sobre cómo preparar e implantar pautas para el uso clínico de la sangre, y cómo aplicar el concepto de hemovigilancia.

### ***Seguridad y disponibilidad de la sangre***

20. La verdadera seguridad de la sangre y las transfusiones sólo puede establecerse mediante el seguimiento longitudinal de los pacientes que reciben sangre y de las personas que la donan. Este enfoque es actualmente imposible de aplicar en el Caribe y América Latina debido a la falta de información en los países. En las circunstancias actuales, la mejor estimación de la seguridad de la sangre para transfusión resulta de la combinación entre la prevalencia de marcadores infecciosos entre los donantes de sangre y la cobertura del tamizaje para cada uno de esos marcadores.

21. El riesgo calculado de recibir una transfusión contaminada con el VIH en América Latina y el Caribe disminuyó de 0,47 por 100.000 donaciones en 2000 a 0,08 en 2003; en el caso de la hepatitis B, de 21,18 a 0,30 por 100.000 donaciones; y de 131,32 a 28,22 por 100.000 para *T. cruzi*. El riesgo para la hepatitis C fue de 3,29 en 2000 y de 2,00 por 100.000 en 2003 (cuadro 12). Estos resultados, unidos a los del estudio de los pacientes multitransfundidos, indican claramente que en la Región debe darse prioridad a una mejor selección de los donantes de sangre y la extensión de la cobertura de tamizaje.

22. No obstante, el tamizaje de la sangre previno aproximadamente 135.000 infecciones virales en el período de cuatro años, incluidas 13.058 por el VIH. Si consideramos solamente el costo de los medicamentos antirretrovirales —sin tomar en cuenta su entrega— a razón de \$400 por persona al año, la inversión que habría tenido que hacerse para tratar a esas personas se calcula en \$5.223.200 anuales.

23. Aunque el trabajo que en el pasado se llevara a cabo en la Región no tenía como objetivo específico el aumentar el número de unidades de sangre recolectadas, los datos recabados permiten calcular la disponibilidad de la sangre en cada país y en la Región. La norma internacional propuesta por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz

Roja y de la Media Luna Roja y la OMS es que para que una comunidad cuente con suficiente sangre, debe tomarse un número de unidades de sangre equivalente a un 5% de la población, o sea, 50 por 1.000. La tasa general de donación en los países de América Latina y el Caribe es de 14, y no se han registrado cambios importantes en los cuatro últimos años (cuadro 13). Salvo en el caso de Cuba, que tiene una tasa de donación superior a 50, el 53% de los países tiene tasas de donación inferiores a 10, mientras que en 44% de ellos las tasas de donación oscilan entre 10 y 19.

### **Enseñanzas extraídas y aspectos fundamentales**

24. Se han registrado avances sustanciales en materia de seguridad sanguínea en la Región de las Américas. Aunque cada año se examinan más unidades de sangre para detectar marcadores de agentes infecciosos, no se ha alcanzado la meta regional establecida en las orientaciones estratégicas y programáticas para 1999-2002 sobre tamizaje universal de la sangre. Se ha transfundido un número inadmisiblemente alto de unidades de sangre sin que se les examine para detectar infecciones transmitidas por transfusión debido a *a)* la ausencia de una reserva permanente de sangre en los bancos de sangre, hecho asociado a la falta de donantes voluntarios altruistas, y *b)* la carencia de reactivos de prueba en los bancos de sangre. Dado que los bancos de sangre están, en su gran mayoría, afiliados a hospitales, el énfasis no recae en la promoción de la donación voluntaria de sangre, sino en la sustitución del número limitado de unidades que donan los familiares, amigos y conocidos de los pacientes.

25. Una de las consecuencias es que la población en general prefiere “conservar su sangre para un familiar o amigo” y no donarla por convicción altruista, con lo cual se crea una escasez de sangre, aun cuando las instituciones no afiliadas a los hospitales hacen esfuerzos por promover la donación voluntaria. Esta falta provocada y artificial de sangre explica a su vez la razón por la cual los bancos de sangre afiliados a los hospitales no comparten su sangre con otros centros. La consecuencia final es que en un país puede descartarse hasta 12% de las unidades de sangre porque se vencen. En otros casos, como los médicos clínicos tiene sangre a su disposición, se hacen transfusiones a pacientes que no las necesitan.

26. Para 2002, los países que tenían al menos 98% de donantes voluntarios de sangre tuvieron una prevalencia de donantes positivos al VIH de 2 por 100.000 donantes; la tasa para los países con donantes remunerados fue de 350. La cifra para los países con donantes de reposición fue de 340. Esto significa que son mayores las posibilidades de que los donantes remunerados y de reposición resulten positivos para cualquiera de los marcadores de agentes infecciosos que pueden transmitirse mediante las transfusiones. Luego de realizar el tamizaje en estos dos últimos grupos de países, se desecha más sangre. Por lo tanto, la donación no voluntaria de sangre, por una parte, repercute sobre la seguridad y la disponibilidad de la sangre y, por la otra, tiene consecuencias económicas.

27. Esta situación es el resultado de la existencia de un número excesivo de bancos de sangre afiliados a los hospitales, los cuales no promueven la donación voluntaria y, por el contrario, la desalientan al solicitar la donación de reposición a los familiares o amigos de los pacientes. Además, la multiplicidad de bancos de sangre contribuye a disminuir la eficiencia de unos recursos ya escasos, a lo cual ha de sumarse el alto precio de los materiales de prueba. Los datos obtenidos de siete países revelan que el costo por prueba de los reactivos del VIH varía entre \$1,30 y \$3,69; para el VHC, el costo oscila entre \$1,55 y \$8,72. Otros costos directos e indirectos son también mayores en los bancos de sangre que procesan un número pequeño de unidades por año.

28. El elevado número de bancos de sangre también obstaculiza la puesta en práctica de programas de calidad a nivel nacional. La ejecución de programas de calidad en servicios de sangre que recogen unas pocas unidades de sangre diariamente es muy costosa e ineficiente. La capacitación de personal, el mantenimiento de los equipos, la conducción de auditorías y la evaluación externa del desempeño implicarían un esfuerzo gigantesco y una inversión de recursos de por sí ya limitados. No ha de causar sorpresa entonces que los bancos de sangre más pequeños tengan una mayor probabilidad de producir resultados erróneos en las pruebas de tamizaje para marcadores infecciosos, como lo muestran los programas nacionales de evaluación externa del desempeño.

29. El mejoramiento de la seguridad sanguínea en la Región requiere la aplicación de enfoques multidisciplinarios sistemáticos a nivel nacional que *a)* promuevan la donación voluntaria de sangre a través de la educación del público, la capacitación del personal y el establecimiento de centros de recolección de sangre que resulten atractivos para los donantes; *b)* faciliten la garantía de la calidad y la preparación eficiente de los componentes sanguíneos; *c)* aseguren la supervisión del uso de los recursos, incluida la sangre, y *d)* optimicen el número de bancos de sangre.

30. La mayoría de los logros que se han alcanzado en la Región fueron gracias a la recopilación y el uso de datos proporcionados por los programas nacionales de sangre, el seguimiento de la situación regional y en cada país, el intercambio de experiencias entre los países y todos los interesados directos, la promoción de la cooperación técnica entre los países y la colaboración con múltiples socios, y la preparación de planes de acción a corto y mediano plazo. Las entidades que contribuyeron en este esfuerzo fueron: la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Ginebra); el Distrito 7620 del Club Rotario de los Estados Unidos en Maryland; los Rotarios de El Salvador, Colombia y Uruguay; United Blood Services (El Paso, Texas); la Asociación Americana de Bancos de Sangre; la División Médica de la Universidad de Texas (Galveston, Texas); la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla; la Fundación del Banco de Sangre de la Cruz Roja de Curaçao; universidades de Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá; y nuestros centros colaboradores del Brasil, España y el Reino Unido.

### **El camino futuro**

31. La primera Conferencia Panamericana sobre Sangre Segura se celebró en la sede de la OPS en febrero de 2003. Delegados de los países de la Región, socios técnicos y personal de las oficinas de país de la OPS participaron en la evaluación del progreso del plan elaborado en 1999 y en la planificación para el período 2004-2010. La finalidad del plan de acción para los próximos años es contribuir a reducir la mortalidad y mejorar el cuidado de pacientes en América Latina y el Caribe con la provisión oportuna de sangre segura para transfusión para todos aquellos que la necesiten. Los objetivos establecidos son:

- a) Alcanzar la recolección y preparación apropiadas de componentes sanguíneos en cantidades suficientes para tratar a los pacientes que necesitan transfusiones de sangre.
- b) Asegurar el acceso oportuno a los componentes sanguíneos de los pacientes que necesitan transfusiones de sangre.
- c) Lograr el nivel más alto de seguridad sanguínea de los productos sanguíneos para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y otros efectos adversos asociados con las transfusiones.
- d) Promover el uso clínico apropiado de la sangre.
- e) Mejorar la eficiencia de los recursos nacionales.

32. Los indicadores de progreso del plan son:

- a) El 100% de los países tendrá un estimado nacional de las necesidades de sangre y componentes sanguíneos, de acuerdo a zonas geográficas y épocas del año.
- b) El 95% de las unidades de sangre recogidas se fraccionarán en componentes.
- c) El 100% de los países habrá implantado un plan de garantía de la calidad que incluya a todos los servicios de sangre.
- d) Al menos 50% de las unidades de sangre recogidas en cada país provendrá de donantes voluntarios, altruistas y no remunerados.
- e) El 100% de los países habrá establecido un programa de hemovigilancia para evaluar el impacto de transfusiones en la salud de los pacientes, de acuerdo a la organización y estructura del sistema nacional de sangre .
- f) El 100% de los países habrá revisado su marco legal y normativo.
- g) El 100% de los países tendrá comités de transfusión operando.

- h) El 100% de los países habrá implantado guías nacionales para el uso clínico de la sangre en todos los servicios de transfusión.
- i) El 100% de los países latinoamericanos habrá implantado sistemas regionales de obtención y procesamiento de sangre para satisfacer las necesidades de los pacientes de zonas geográficamente diferenciadas.

33. Las estrategias propuestas son:

*Planificación y gestión de una red nacional de servicios hematológicos*

34. Para lograr el resultado previsto, es necesario idear, ejecutar y consolidar un modelo de red nacional para la prestación de servicios de sangre encabezada por el ministerio de salud, con la participación de las instituciones involucradas en la obtención, procesamiento y transfusión de sangre y productos sanguíneos. Esto incluirá el ajuste del marco legal, el análisis de la eficiencia financiera del sistema nacional actual de servicios de sangre y de los modelos regionales, la optimización de la recolección y el procesamiento de las unidades de sangre para permitir la entrega oportuna de sangre, productos y sustitutos sanguíneos a los servicios de atención de la salud y un sistema de información adecuado a las necesidades locales para la gestión de datos tanto en cada servicio de sangre como en la red nacional para vigilar y evaluar la eficiencia, eficacia, seguridad y oportunidad de los productos sanguíneos y los servicios de sangre.

*Promoción de la donación voluntaria de sangre*

35. Conjuntamente con las actividades relativas a la planificación del sistema para la red nacional de servicios de sangre, se realizarán las debidas revisiones y modificaciones del marco legal y normativo vigente a fin de facilitar la donación voluntaria, altruista y no remunerada de sangre por parte de los miembros de la comunidad. Ello incluye la ejecución de campañas extramuros de obtención de sangre y el incremento de las horas de servicio a los donantes en establecimientos mejorados, la formulación de planes estratégicos nacionales para promover la donación sanguínea repetida, voluntaria y altruista, conjuntamente con los ministerios de educación, trabajo y desarrollo social y organizaciones no gubernamentales, clubes sociales, grupos religiosos y otros miembros de la comunidad.

*Garantía de la calidad*

36. Las normas regionales para los bancos de sangre del Caribe y los estándares de trabajo para servicios de sangre, publicados respectivamente por el CAREC y la OPS, se seguirán en los servicios de sangre de cada una de las Sub-Regiones. Las buenas prácticas de fabricación guiarán la preparación de los derivados de plasma. Se diseñarán y pondrán en marcha sistemas específicos para vigilar el cumplimiento de las normas, así

como pautas para la captación de donantes de sangre y la obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución y transfusión de la sangre. En todos los países se realizará un tamizaje universal y eficaz para las infecciones transmitidas por transfusión (infección por el VIH/SIDA, hepatitis B y C, y sífilis); igualmente, los países en donde existe enfermedad de Chagas someterán a tamizaje todas las unidades de sangre para detectar *T. cruzi*, mientras las islas del Caribe someterán la sangre a tamizaje para el virus linfotrófico para linfocitos T humanos, tipos I y II (HTLV I/II). Continuarán los programas regionales para la evaluación externa del desempeño. Los programas nacionales para la evaluación externa del desempeño de la serología de las infecciones transmitidas por transfusión y de inmunohematología abarcarán a todos los centros de que realicen las pruebas. Las reacciones adversas a las transfusiones se vigilarán por medio de la hemovigilancia.

#### *Uso apropiado de la sangre y los componentes sanguíneos*

37. El ministerio de salud de cada país elaborará las guías nacionales para los médicos clínicos, y los comités hospitalarios de transfusiones las adaptarán a cada establecimiento de atención a pacientes. La capacitación del personal médico se llevará a cabo usando el modelo de educación a distancia, los materiales preparados por la OMS, las directrices nacionales y teleconferencias.

38. Todas estas estrategias se proseguirán en colaboración con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, los Clubes Rotarios, el Grupo Colaborativo Iberoamericano de Medicina de Transfusional, el Hemocentro de São Paulo, el Centro de Evaluación del Desempeño del Reino Unido, los Servicios de Transfusión de Sangre de España, el Banco de Sangre de United Blood Services en El Paso, Texas, y otras instituciones.

#### **Intervención del Consejo Directivo**

39. Se solicita al Consejo Directivo examinar el informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Regional para la Seguridad Sanguínea y el plan de acción para 2006-2010 y adoptar la resolución adjunta que fue propuesta por el Comité Ejecutivo.

Anexos

**Cuadro 1. Número y porcentaje de unidades de sangre sometidas a tamizaje en la Región, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Unidades recolectadas (N)	6 409 596	6 138 881	7 207 771	7 325 093
Unidades examinadas para VIH	6 387 790 (99,66)	6 132 361 (99,89)	7 198 388 (99,87)	7 320 292 (99,93)
Unidades examinadas para VHB	6 387 247 (99,65)	6 129 619 (99,85)	7 194 120 (99,81)	7 315 191 (99,86)
Unidades examinadas para VHC	6 332 331 (98,79)	6 084 348 (99,11)	7 170 766 (99,49)	7 290 038 (99,52)
Unidades examinadas para sífilis	6 381 752 (99,57)	6 115 972 (99,63)	7 200 963 (99,90)	7 313 335 (99,84)

**Cuadro 2. Número y porcentaje de unidades de sangre sometidas a tamizaje para *Trypanosoma. cruzi* en América Latina, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Unidades para examen (N)	5 700 259	5 444 869	6 474 882	7 097 339
Unidades examinadas	4 502 114 (78,98)	4 325 486 (79,44)	5 584 274 (86,24)	6 251 932 (88,09)

**Cuadro 3. Número y porcentaje de países que notificaron tamizaje universal, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
VIH	31/37 (83,8)	29/33 (87,9)	32/38 (84,2)	33/38 (89,2)
VHB	30/37 (81,1)	27/33 (81,8)	31/38 (81,6)	33/38 (89,2)
VHC	19/37 (51,3)	15/33 (45,4)	21/38 (55,3)	23/38 (62,5)
Sífilis	32/37 (86,5)	27/33 (81,8)	32/38 (84,2)	33/38 (89,2)
<i>T. cruzi</i>	6/17 (35,3)	6/16 (37,5)	6/17 (35,3)	7/17 (41,2)

**Cuadro 4. Participación en programas regionales de evaluación externa del desempeño para infecciones transmitidas por transfusión, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Número de países latinoamericanos	18	18	16	18
Número de países del Caribe	0	17	16	18
Número de bancos de sangre latinoamericanos	20	21	17	20
Número de bancos de sangre del Caribe	0	20	17	22

**Cuadro 5. Participación en el programa nacional de evaluación externa del desempeño para infecciones transmitidas por transfusión, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Número de bancos de sangre en América Latina	4.738	5.574	4.844	2.509
Número de bancos de sangre participantes	1.129	1.162	1.258	1.330
Porcentaje de participación	23,82	20,84	25,97	53,01
Número de países con programa nacional de evaluación externa del desempeño	11	15	15	16

Nota: Si se toman en cuenta los 58 bancos de sangre del Caribe, las tasas de participación en programas de evaluación externa del desempeño fueron de 23,57%, 21,15%, 26,04% y 52,67%, respectivamente, durante los 4 años.

**Cuadro 6. Número de participantes en el programa regional de evaluación externa del desempeño para inmunohematología en América Latina y el Caribe, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Latinoamericanos	24	25	25	30
Caribeños	0	24	24	24

**Cuadro 7. Número de países y bancos de sangre que participaron en programas nacionales de evaluación externa del desempeño para inmunohematología en América Latina, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Países	6	6	8	8
Bancos de sangre	325	350	1 093	1 190

**Cuadro 8. Número de países que implantaron un sistema nacional de garantía de la calidad con normas o una política de garantía de la calidad, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Con normas	14 (34)	18 (44)	23 (56)	26 (63)
Con una política de garantía de la calidad	9 (22)	11 (27)	13 (32)	21 (51)

**Cuadro 9. Prevalencia mediana (porcentaje) de marcadores para el VIH, hepatitis B y C y sífilis en los países con al menos 50% de donantes de sangre voluntarios, comparados con el resto de los países, 2000-2003**

Marcador	Países con	2000	2001	2002	2003
VIH	< VBD de 50%	0,21	0,20	0,30	0,28
	VBD de >50%	0,13	0,01	0,00	0,01
HBsAg	< VBD de 50%	0,60	0,85	0,60	0,60
	VBD de >50%	0,37	0,30	0,40	0,18
VHC	< VBD de 50%	0,56	0,59	0,51	0,56
	VBD de >50%	0,10	0,23	0,02	0,06
Sífilis	< VBD de 50%	0,97	0,92	1,07	0,92
	VBD de >50%	0,55	0,24	0,00	0,13

**Cuadro 10. Número y porcentaje de donantes voluntarios y remunerados, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Unidades obtenidas (N)	6.409.596	6.138.881	7.207.771	7.325.093
Donantes voluntarios (N)	989.885	902.816	2.463.777	2.641.739
(%)	(15,44)	(14,71)	(34,18)	(36,06)
Donantes remunerados (N)	31.725	32.059	31.690	24.925
(%)	(0,50)	(0,52)	(0,44)	(0,34)

**Cuadro 11. Prevalencia (número y porcentaje) de personas infectadas por grupo de pacientes**

	Hemofilia N=662	Hemodiálisis N=505	Hemoglobino- patías N=310	Oncología N=1 555	Hemorragia aguda N=469
Sólo VIH	22 (3,3)	1 (0,2)	3 (1,0)	7 (0,5)	5 (1,0)
Sólo VHB	120 (18,1)	50 (9,9)	17 (5,5)	151 (9,7)	7 (1,5)
Sólo VHC	337 (50,9)	166 (32,9)	77 (24,8)	115 (7,4)	21 (4,5)

VIH+VHB	1 (0,2)	0	0	1 (0,01)	0
VIH+VHC	13 (2,0)	0	1 (0,3)	1 (0,01)	0
VHB+VHC	58 (8,8)	15 (3,0)	13 (4,2)	22 (1,4)	1 (0,2)
3 virus	2 (0,3)	0	1 (0,3)	0	0
Total VIH	38 (5,7)	1 (0,2)	5 (4,2)	9 (0,6)	5 (1,0)
Total VHB	179 (27,0)	65 (12,9)	31 (10,0)	174(11,2)	8 (1,7)
Total VHV	408 (61,6)	181 (35,8)	92 (29,7)	139 (8,9)	22 (4,7)

**Cuadro 12. Indicadores estimados de seguridad sanguínea, 2000-2003**

Variable	2000	2001	2002	2003
Infecciones por VIH prevenidas (N)	2.694	2.431	3.800	4.133
Infecciones por VIH transfundidas (N)	30	12	6	6
Riesgo de VIH por 100.000	0,47	0,19	0,08	0,08
Infecciones por VHB prevenidas	19.571	16.470	19.083	20.535
Infecciones por VHB transfundidas	1.357	25	29	22
Riesgo de VHB por 100.000	21,18	0,40	0,40	0,30
Infecciones por VHC prevenidas	15.277	14.482	12.928	14.355
Infecciones por VHC transfundidas	211	147	87	147
Riesgo de VHC por 100.000	3,29	2,39	1,21	2,00
Infecciones por <i>T. cruzi</i> prevenidas	30.776	31.629	32.411	34.490
Infecciones por <i>T. cruzi</i> transfundidas	7.483	864	1.371	2.193
Riesgo de <i>T. cruzi</i> /100.000	131,23	15,87	21,18	28,22

**Cuadro 13. Disponibilidad y seguridad de la sangre, 2000-2003**

	2000	2001	2002	2003
Número de unidades obtenidas	6.409.596	6.138.881	7.207.771	7.325.093
Tasa de donación por 1.000	12,68	12,15	14,08	13,86
Riesgo de transfusión vírica	1: 4.011	1: 33.363	1: 59.080	1: 41.858
Riesgo de transfusión de <i>T. cruzi</i>	1: 762	1: 6.301	1: 4.722	1: 3.340

### Presupuesto para actividades regionales

Enfoque	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total
Revisión del marco legal y normativo	250.000	305.000	190.000	100.000	0	845.000
Evaluación de necesidades	400.000	450.000	0	0	0	850.000
Elaboración de las herramientas	110.000	250.000	50.000	0	0	410.000
Despliegue de las herramientas	750.000	730.000	600.000	500.000	395.000	2 975.000
Gastos de apoyo a programas	196.300	225.550	109.200	78.000	51.350	660.400
<b>TOTAL</b>	<b>1 706.300</b>	<b>1 960.550</b>	<b>949.200</b>	<b>678.000</b>	<b>446.350</b>	<b>5 740.400</b>

Disponible para actividades regionales, julio de 2005

Fondos ordinarios: US\$ 115.000 por bienio.

Fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), para 30 meses: €226.000.

Fondos de la Fundación Chiron, para 9 meses: US\$ 98.000.

### Recursos humanos

Asesor regional, servicios de sangre; sueldo pagado con fondos ordinarios.

Oficiales técnicos (1,5) y asistente administrativo (0,5); sueldos pagados por el proyecto de PEPFAR, cuatro años.



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



# 136.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Buenos Aires, Argentina, 20-24 de junio de 2005*

---

CD46/16 (Esp.)  
Anexo C

## ***RESOLUCIÓN***

### ***CE136.R6***

#### **INFORME SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS POR LA INICIATIVA MUNDIAL PARA LA SEGURIDAD HEMATOLÓGICA Y EL PLAN DE ACCIÓN PARA 2005-2010**

#### ***LA 136.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,***

Habiendo analizado el documento CE136/15, Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica, y el Plan de Acción para 2005-2010,

#### ***RESUELVE:***

Recomendar al Consejo Directivo que adopte una resolución redactada en los siguientes términos:

#### ***EL 46.º CONSEJO DIRECTIVO,***

Observando la importancia de las transfusiones de sangre para el cuidado apropiado; la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes;

Habiendo estudiado el informe de la Directora sobre el progreso de la Iniciativa Mundial para la Seguridad Hematológica;

Reconociendo los logros en el tamizaje de los marcadores de agentes infecciosos en la sangre y la reducción del riesgo potencial de infecciones transmitidas por la transfusión en la Región;

Consciente de los esfuerzos realizados por la Oficina y los programas de sangre nacionales de los Estados Miembros para evaluar conjuntamente el trabajo anterior y formular un plan regional de acción para el mejoramiento de la seguridad de las transfusiones en las Américas para el año 2010;

Preocupado de que las metas señaladas por la Asamblea Mundial de la Salud en 1975 y por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud en el último decenio no se han logrado en la Región;

Reconociendo que para lograr el suministro suficiente, la calidad apropiada de la sangre y la seguridad apropiada de las transfusiones, es necesario revisar y ajustar los enfoques nacionales vigentes;

Reconociendo que aún es limitado el número de donantes voluntarios en la Región de las Américas;

Reconociendo con beneplácito la resolución WHA58.13 Seguridad Hematológica.: Propuesta para establecer el día del donante mundial, y

Motivado por el espíritu del panamericanismo, la equidad, y los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas,

***RESUELVE:***

1. Instar a los Estados Miembros a que:
  - a) analicen el progreso y los retos en la búsqueda de la suficiencia, la calidad, la seguridad y el uso apropiado de la sangre y productos de sangre en sus países;
  - b) adopten oficialmente el Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010, asignen apropiadamente y usen adecuadamente los recursos para obtener estos objetivos;
  - c) promuevan la participación de los sectores públicos y privados, ministerios de educación, trabajo y desarrollo social y de la sociedad civil en las actividades internacionales, nacionales y locales emprendidas para implementar el Plan Regional;
  - d) fortalezcan los servicios de sangre y mejoren su eficiencia a la vez que promueven una cultura de donación voluntaria no remunerada.

2. Solicitar a la Directora que:
  - a) coopere con los Estados Miembros en la elaboración de sus políticas y estrategias nacionales de sangre, y el fortalecimiento de los servicios de sangre para garantizar la seguridad de las transfusiones;
  - b) promueva la aplicación a nivel local de normas de calidad y métodos validados para el mejoramiento de la seguridad de los productos sanguíneos y la transfusión de sangre con un enfoque multidisciplinario;
  - c) trabaje con los Estados Miembros para vigilar el desarrollo de los programas nacionales de sangre y de seguridad de las transfusiones;
  - d) informe periódicamente a los Cuerpos Directivos sobre el progreso de la implementación del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones, incluyendo las limitaciones;
  - e) movilice recursos en apoyo del Plan Regional de Acción para la Seguridad de las Transfusiones.