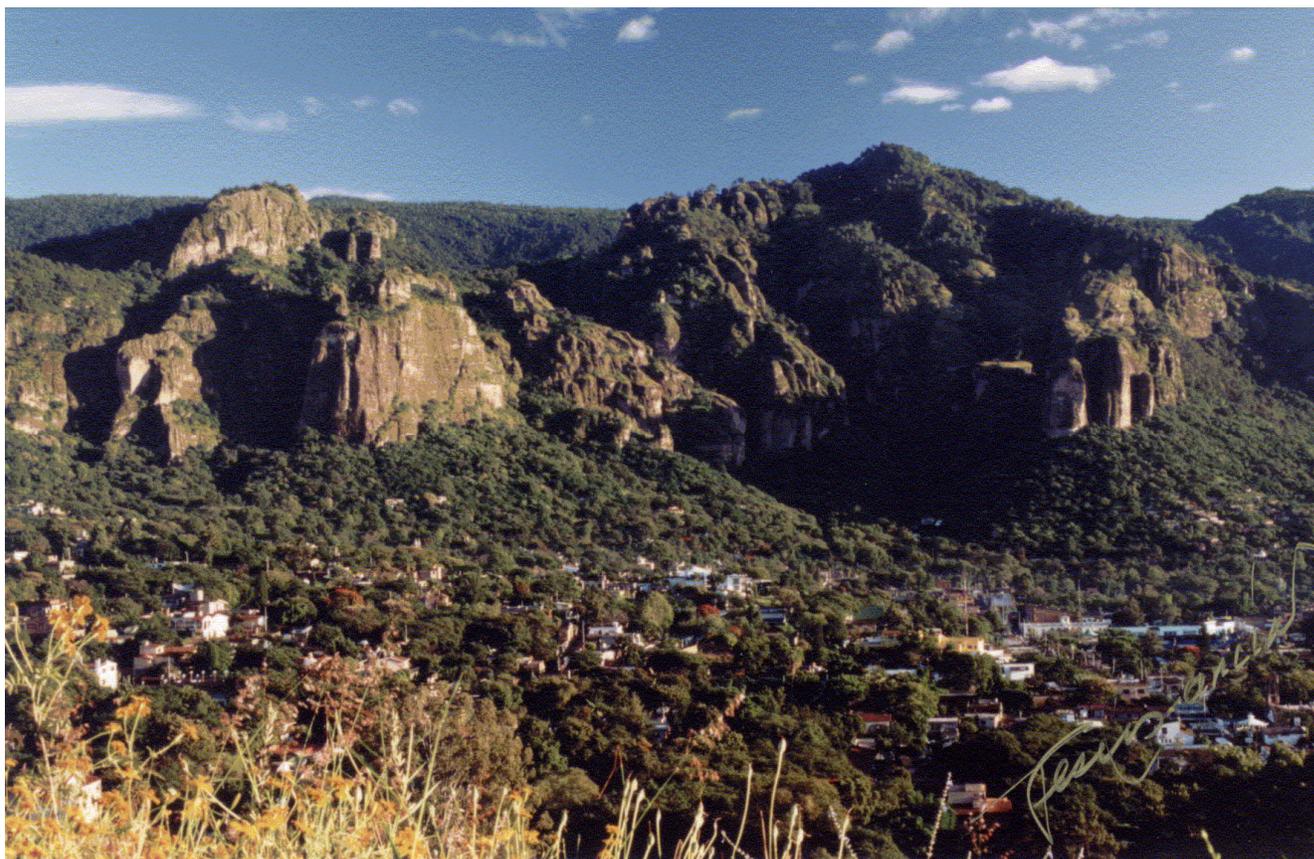


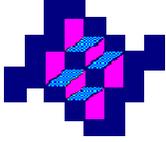
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
M.S.P. En Epidemiología
Sede Tlalpan

DETERMINACION DE LA FRECUENCIA Y TIPO DONACION SANGUINEA EN LAS COMUNIDADES DE TEPOZTLÁN Y SANTA CATARINA.



ALUMNO:

RIGOBERTO CEDILLO HERNANDEZ



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

M.S.P. En Epidemiología

Sede Tlalpan

“DETERMINAR LA FRECUENCIA Y TIPO DE DONACION SANGUINEA EN LAS COMUNIDADES DE TEPOZTLAN Y SANTA CATARINA.

***TESIS: PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA CON AREA DE CONCENTRACION EN
EPIDEMIOLOGIA***

***DIRECTOR DE TESIS: DR. GUSTAVO OLAIZ FERNÁNDEZ
ASESORA DE TESIS: DRA ROSALBA ROJAS MARTINEZ***

ALUMNO: RIGOBERTO CEDILLO HERNANDEZ

NOVIEMBRE 2010

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.

II. ANTECEDENTES

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

IV. JUSTIFICACIÓN

V. MARCO LEGAL

VI. MARCO CONCEPTUAL

VII. OBJETIVO GENERAL

VIII. METODOLOGIA

X. RESULTADOS

XI. PROPUESTA DE PROGRAMA DONACION ALTRUISTA

XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

I. INTRODUCCIÓN.

En base a lo planteado en el Programa Nacional de Salud 2001-2006. La Democratización de la Salud en México. Hacia un Sistema Universal de Salud, (PRONASA 2001-2006), la salud de la población es un proceso complejo y de evolución continua que tiene que ver con el legado genético de la gente, el lugar donde nace, la edad que tiene, su posición social, del clima de sus hábitos y en general de los sucesos que marcan su vida personal, pero al mismo tiempo es uno de los principales indicadores del grado que existe y se promueve la equidad o se tolera la injusticia en un país.

El Programa Nacional de Salud se ha dividido en apartados de acuerdo al grupo de población que corresponden las acciones a implementar. De esta forma se atacará el rezago en salud que afecta principalmente a los grupos poblacionales más pobres del país, representando uno de los desafíos más importantes para la salud pública que se encuentra priorizado estratégicamente en el Programa Nacional de Salud 2001-2006¹.

La implementación de programas de salud debe tener la finalidad de lograr el desarrollo de las capacidades de la población, que mejoren las condiciones de vida y el bienestar social. Pero para implementar dichos programas es necesario conocer los recursos materiales y humanos con que cuenta las localidades del país. Conocer las características de la población, que problemas sociales y de salud la aquejan, para de esta manera determinar las necesidades propias de cada comunidad e implementar alternativas de solución.

Lo anterior nos conduce a la necesidad de conocer la situación de la salud en nuestro país, producto de esto es el trabajo comunitario que se plantea desarrollar en Tepoztlán, Morelos, con el fin de implementar medidas de prevención para mejorar y mantener las condiciones de salud de la población.

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un diagnóstico de salud del municipio de Tepoztlán, en específico de las comunidades de Tepoztlán como cabecera municipal y Santa Catarina, que forman parte del estado de Morelos, en México.

¹ Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2005. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud. México. Secretaria de Salud 2001.

El documento comenzará con las generalidades del estado de Morelos y el municipio de Tepoztlán, como es las principales características geográficas, demografía, condiciones sociales y principales problemas de salud, entre otros.

Después se describirán las características de las comunidades de Tepoztlán y Santa Catarina, entre las principales se encuentran la población, la derechohabencia a los servicios de salud, alfabetismo, empleo y percepción salarial de las persona empleadas, las condiciones de las viviendas y servicios con que cuentan.

Por último se describirá el diseño metodológico empleado para realizar el diagnóstico de salud de dichas comunidades.

En particular se analizará la condición que guarda la donación sanguínea en estas comunidades y como cubre sus necesidades de sangre cuando se les solicita derivado comúnmente de la hospitalización del algún familiar.

II. ANTECEDENTES.

El nombre de TEPOZTLÁN es una palabra que se deriva de la lengua náhuatl, sus raíces etimológicas son “tepozt-tli” que significa fierro o cobre y “tlan” que significa abundancia o lugar y que según se dice, significa "Lugar del hacha de cobre" o "Lugar de las piedras quebradas". El glifo de Tepoztlán representa la imagen de un cerro con un hacha de cobre en su parte superior. El testimonio gráfico más antiguo de este glifo, se encuentra en una de las láminas del "Códice Mendocino", donde se demuestra que junto a otros pueblos de la región, Tepoztlán pagaba tributos al imperio Azteca.

Reseña Histórica

No se ha podido precisar quiénes fueron los primeros pobladores del territorio que ocupa el actual municipio de Tepoztlán. Los hallazgos arqueológicos (cerámica) se ha encontrado en el municipio y se deben al obispo Plancarte y Navarrete a la cual llamaron cultura Media Arcaica (1500 años A.C.)

Posteriormente se encontraron nuevos hallazgos que dieron más información de que se desarrollaba la cultura Xochicalco, tolteca y chichimeca.

Otro antecedente histórico es que en el cerro del Tepozteco subsisten algunas construcciones que apoyan esta relación entre las culturas mencionadas, en algunos relieves de la pirámide se encontró una losa empotrada en un muro con la representación de Ahuizotl con la fecha de 1502, que se refiere al fin de reinado de este personaje, también es probable que esta fecha signifique un momento de la construcción de la pirámide.

En la cumbre del cerro Tlahuiltepetl, hay un gran cúmulo de mampostería muy antiguo que los naturales denominaron “Casa del tepozteco” lugar consagrado al dios Ome

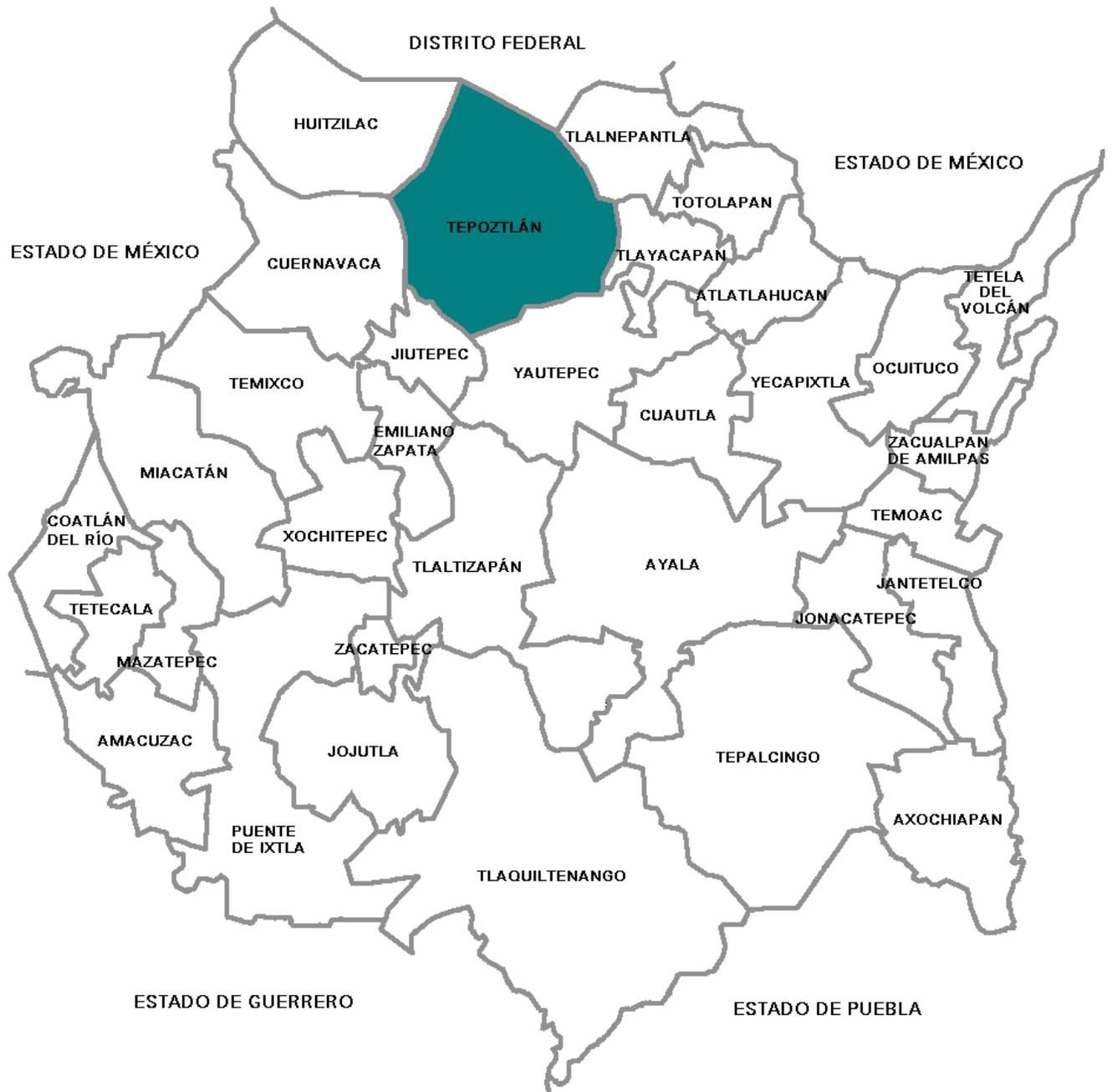
Tochtli, que en lengua mexicana quiere decir “Dos conejos” ídolo que fue derribado de su pedestal por el fraile Domingo de la Anunciación, cuando vino a evangelizar esta comarca en el año de 1535.

En los primeros años que siguieron a la conquista militar, la población fue atendida por los frailes de Oaxtepec y Yautepec y en 1559 el virrey Luis de Velasco, autorizó el establecimiento de la orden dominica para la conversión de los habitantes y que fue encomendada a fray Domingo de la Función quién derrumbó la representación pétreo del dios Ometochtli, también se dio a la tarea de levantar el conjunto conventual, iniciando la construcción del convento de Tepoztlán en el año de 1570 y que se terminó en 1580, fecha que se inicia la construcción de la iglesia y que se termina en 1588.

En 1824 el actual estado de Morelos era el segundo distrito de México, con dos partidos Cuernavaca y Cuautla de Amilpas bajo los gobiernos centralistas. Ligado al desarrollo histórico del Estado de Morelos y sustancialmente de la nación mexicana, Tepoztlán, vibra ante las inquietudes de la Independencia y participa lógicamente en la medida de sus posibilidades con la revolución se abre una nueva etapa que cuestionablemente se sitúa en el movimiento ascendente del progreso de las regiones de su desarrollo.

LOCALIZACION GEOGRAFICA DEL MUNICIPIO

El municipio de Tepoztlán se sitúa al norte del Estado, con las siguientes coordenadas geográficas: 18° 53 y los 19° 12 de latitud norte y los 99° 02 y 99° 12 de longitud oeste, del meridiano de Greenwich, teniendo por límites al norte con Distrito Federal, al sur con los municipios de Yautepec y Jiutepec, al este con Tlalnepantla y Tlayacapan y al oeste con los municipios de Cuernavaca y Huitzilac. La distancia aproximada a la capital del Estado es de 18 km. La cabecera municipal de Tepoztlán se localiza entre los 18° 58 de latitud norte y los 99° 06 de longitud oeste del meridiano de Greenwich.



EXTENSIÓN Y COLINDANCIAS:

El municipio tiene un superficie total de 292 kilómetros cuadrados, el municipio de Tepoztlán representa el 5.2 % de la superficie del estado y colinda hacia el norte con la Ciudad de México (Delegación Milpa Alta), al noreste con Tlalnepantla, al este con Tlayacapan, al sureste

con Yautepec, al sur con Yautepec, Jiutepec y Cuernavaca, al noroeste con Cuernavaca (capital del estado de Morelos), y con Huitzilac.

Todo el municipio de Tepoztlán se ubica dentro del Parque Nacional El Tepozteco (1937), y declarado en 1988 como área de protección de flora y fauna del Corredor Biológico Chichinautzin.

CONFORMACIÓN POLÍTICA:

En total son siete poblados, varias colonias y grupos de población de reciente integración las que forman parte del municipio. En cuanto a los pueblos, se encuentran: Amatlán de Quetzalcóatl, Santo Domingo Ocotitlán, San Juan Tlacotenco, Santa Catarina, San Andrés de la Cal y Santiago Tepetlapa, e Ixcatepec. Las colonias más reconocidas y otras más recientes son: Obrera, Bocanegra, Huilotepec, La Navidad, Santa Cecilia, Xisco, Acolapa, Ocotes y Palo Azul entre otras. La cabecera municipal es Tepoztlán, donde reside el Ayuntamiento Municipal, que es auxiliado por las Ayudantías . También se toman en cuenta a las autoridades Comunales y Ejidales.

Municipio urbano-rural de 33,000 habitantes de los cuales aproximadamente 18,000 residen en la cabecera urbana. También abarca 9 poblados pequeños entre 1000-8000 habitantes (Santa Catarina – 8000, San Andrés – 3000, San Juan – 3000, Ixcatepec – 1000, Santiago Tepetlapa – 1000, Santo Domingo Ocotitlán - 2000, Amatlán – 2000, Huilotepec –1000, Acolapa – 1000).

OROGRAFÍA:

El municipio de Tepoztlán incluye una parte llana que se extiende hacia el este, hacia el valle de Yautepec y una zona montañosa correspondiente a la sierra de Tepoztlán donde se encuentran los cerros; Tlahuiltepetl, Chalchilteptl, Tepuztecatl, etc. que corresponden a las estribaciones meridionales de la serranía del Ajusco.

La cabecera municipal se encuentra en el Eje Neovolcánico, rodeada de una cordillera montañosa de rasgos singulares y con diferentes altitudes, razón por la que se tiene una gran variedad de climas y miniecosistemas; hacia el norte supera los 3,000 metros sobre el nivel del mar, mientras que hacia el sur, presenta climas cálidos, con aproximadamente 1,000 metros s.n.m. El Municipio está incluido dentro del Corredor Biológico Ajusco-Chichinautzn.

El municipio de Tepoztlán ocupa un área de 7,265 hectáreas de bosque, perteneciente al parque nacional “El Tepozteco” creado por decreto presidencial por el entonces presidente Lázaro Cárdenas el día 22 de enero de 1937, destinándoles a la

conservación y protección de la flora y fauna silvestre al igual de las joyas arqueológicas de la comarca.

El municipio de Tepoztlán, por las características orográficas del lugar, así como por la escasa presencia de asentamientos humanos de importancia arriba de ella, no cuenta con agua contaminada proveniente de otros lugares o poblados. Sin embargo, el agua que viene limpia, después de su paso por los diferentes poblados, se contamina principalmente con aguas grises y aguas negras y otro tipo de contaminantes que son tirados o vertidos a los ríos.

CARACTERÍSTICAS Y USO DEL SUELO:

El municipio cuenta con una superficie aproximada de 242.64 kilómetros cuadrados, de los cuales en forma general se utilizan: 4,512 hectáreas para uso agrícola, 11,965 hectáreas para uso pecuario y 8,531 hectáreas para uso forestal. En cuanto a la tenencia de la tierra, se puede dividir en: 2,100 hectáreas propiedad ejidal; 23,800 hectáreas propiedad comunal y 1,757 hectáreas propiedad particular. ACTIVIDADES:

Una de las principales actividades económicas de Tepoztlán es el turismo, de la cual depende el sustento de varias familias (ventas o servicios). Algunos pobladores se dedican a actividades de la construcción que es otra actividad de importancia, mientras que otros más trabajan en organismos gubernamentales o empresas privadas de ciudades circunvecinas. Otra actividad es la agricultura, de la que se obtienen productos como: maíz, jitomate, nopal, y flores de gladiola, noche buena, cempoalxóchitl, entre otros. También se pueden encontrar árboles frutales como son: ciruela, durazno, aguacate, guayabo, naranjo, mamey, lima, granada, pera, níspero, café, huaje, y zapote, entre otros, que en algunos casos apoyan el sustento familiar. Hay gran variedad de plantas medicinales, algunos ejemplos: Axíhuatl, ruda, té negro, jarilla, altareina, hoja santa, manzanilla, ortiga, romero, albacar, San Francisco, hierba del cáncer, etc.

SANEAMIENTO BÁSICO:

En la cabecera no existen obras de drenaje (a excepción de la que se está construyendo en el primer cuadro) para el desalojo de aguas negras y grises. La población tiene por costumbre construir fosas, fosas sépticas, pozos de absorción de aguas sucias, y otros tipos de baños (baños secos, otros), sin embargo se observa la descarga de aguas grises y negras en menor medida a las cañadas o cauces, así como la tira de basura en las cañadas.

COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN:

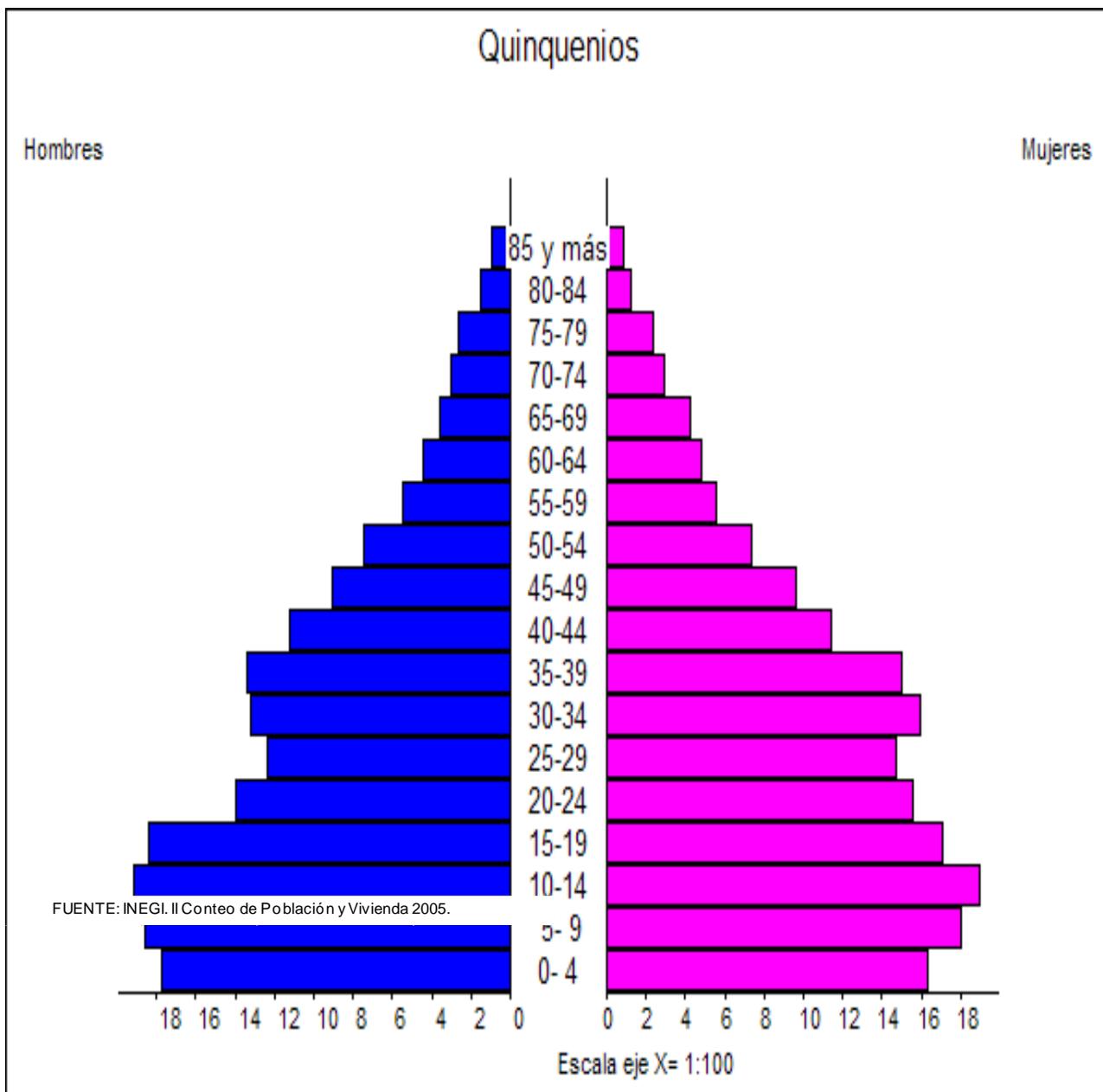
La estructura de la población por edad y sexo es resultado de la interacción de los tres componentes de la dinámica demográfica: fecundidad, mortalidad y migración, gráficamente se representa mediante la construcción de una pirámide de población, la cual muestra la proporción de mujeres y hombres por grupos quinquenales de edad.

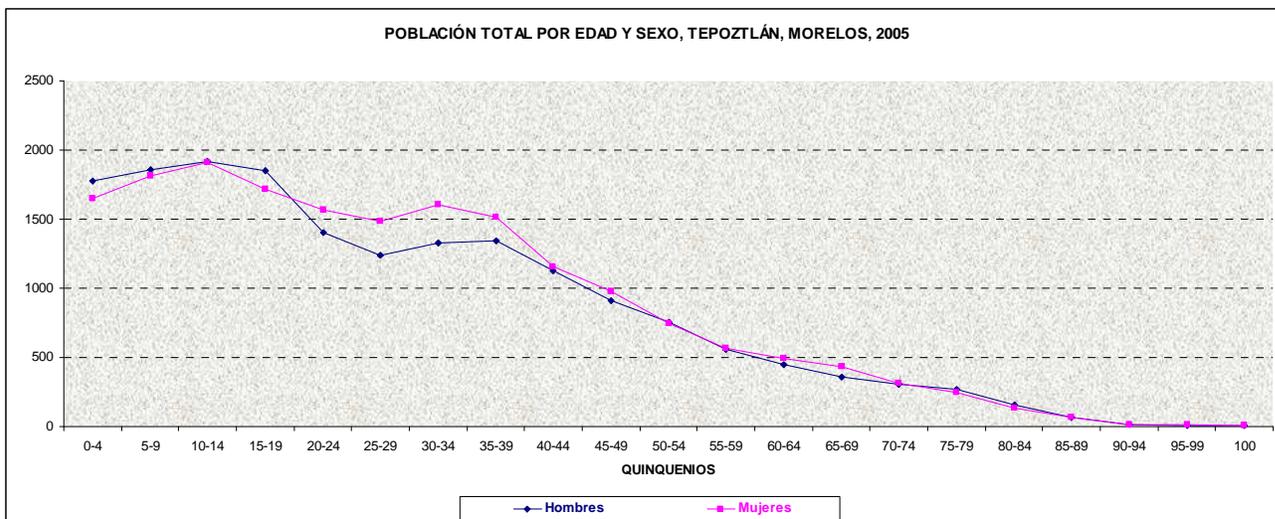
**POBLACIÓN POR GRUPOS
QUINQUENALES POR EDAD Y SEXO,
DEL MUNICIPIO DE TEPOZTLÁN,
MORELOS, 2005**

Grupo	Hombres	Mujeres
<1 año	328	289
1 - 4 años	1451	1361
5 - 9 años	1859	1814
10 - 14 años	1917	1907
15 - 19 años	1849	1718
20 - 24 años	1405	1569
25 - 29 años	1240	1482
30 - 34 años	1327	1606
35 - 39 años	1347	1512
40 - 44 años	1126	1153
45 - 49 años	909	979
50 - 54 años	752	750
55 - 59 años	556	567
60 - 64 años	451	496
65 - 69 años	360	435
70 - 74 años	309	310
75 - 79 años	272	249
80 - 84 años	159	135
85 y más	98	101
SUBTOTAL	17387	18144
TOTAL	35531	

Fuente: INEGI. II Censo de Población y vivienda 2005

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE TEPOZTLÁN, MORELOS, 2005





TOTAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDAS DE LAS PRINCIPALES LOCALIDADES DEL MUNICIPIO DE TEPOZTLAN, MORELOS. XII CENSO GENERAL DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2000

LOCALIDAD	Tipo	POBLACIÓN			VIVIENDA PARTICULAR HABITADA	POB SIN DERECHO HABIENTA A SERVICIOS DE SALUD	
		TOTAL	Masc	Fem		Núm	%
Tepoztlan (cabecera municipal)	U	14776	7150	7626	3505	9687	65.56
Santa Catarina	U	4144	2110	2034	845	3510	84.70
Unidad Habitacional Rinconada Acolapa	U	3490	1688	1802	961	760	21.78
Colonia Angel Bocanegra	R	842	417	425	175	605	71.85
AmatlAn de Quetzalcoatl	R	867	451	416	178	782	90.20
San Andres de la Cal	R	1226	592	634	260	919	74.96
Santiago Tepetlapa	R	789	388	401	173	632	80.10
Santo Domingo Ocotitlan	R	1317	646	671	278	1202	91.27
San Juan Tlacotenco	R	1723	851	872	345	1436	83.34
Colonia Obrera	R	1234	604	630	284	498	40.36
Las Vivianas	R	852	425	427	175	650	76.29

Fuente: INEGI. Información Referenciada Geoespacialmente Integrada en un Sistema (IRIS) 3.0. México. INEGI. 2000

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Derivado de la baja participación ciudadana en la donación sanguínea altruista, así como las posibilidades de cubrir las necesidades de la población que requieren de este recurso siempre son limitadas, normalmente la donación en este país es de tipo familiar, la cual resulta insuficiente. Por otra parte este tipo de donación familiar implica mayor riesgo de obtener y transfundir productos sanguíneos potencialmente infecto-contagiosos. De allí la importancia de favorecer una nueva cultura de donación sanguínea de tipo altruista. La donación sanguínea en el área rural responde principalmente cuando se tiene un familiar hospitalizado.

Sin embargo, es conocido por todos que una gran cantidad de ellas son realizadas por donantes que son pagados por los propios familiares porque se ven obligados a devolver la sangre que se utilizó en su paciente o bien se les exige para poder ser operados en las Instituciones Públicas de Salud. El problema radica en aplicar las estrategias más adecuadas para encontrar los potenciales donadores altruistas y formar con ellos un grupo que garantice abasto de sangre de bajo riesgo que evite la transmisión de enfermedades. Para eso se debe tener una comprensión global de la donación altruista que incluya aspectos administrativos, jurídicos y sociales.

IV. JUSTIFICACIÓN.

La importancia de conocer el comportamiento de la población en su conjunto nos permite conocer la distribución, evolución y estructura socioeconómica que se deriva de su función como fuerza productora principal. El conocimiento profundo del pasado y presente nos da la base para proyectar el desarrollo futuro de la población.

Según la O.M.S. (1948) "la salud está profundamente influida por variables sociales"; por tanto, es un producto del cambio social, que requiere para su atención un abordaje de coordinación intersectorial aplicando una estrategia global dirigida a la población en su conjunto y no sólo a grupos considerados como factor de riesgo combinando metodologías y planteamientos diversos que favorezcan la participación y autoayuda comunitaria. En base a la premisa anterior, la investigación de tipo transversal, descriptiva, pretende obtener la información actualizada mediante un diagnóstico de salud como indicador del desarrollo humano, que refleje el nivel de bienestar y las carencias de los habitantes residentes en el Municipio de Tepoztlan. Morelos,

Ahora bien en relación a la donación sanguínea en este municipio que es el problema que nos ocupa. Las indicaciones de administración de productos de la sangre cada vez ha sido más restringido a situaciones específicas dentro del trabajo de los médicos. Actualmente se calcula que el número de donaciones de sangre que

requiere una población para cubrir sus necesidades se encuentran alrededor del 2% de la misma. Sin embargo, no toda la sangre donada tiene la misma calidad que se requiere para resolver los problemas de salud de las personas que la necesitan. Una de las mayores preocupaciones es la transmisión de enfermedades infecciosas a la persona que recibe los productos de la sangre. Actualmente se realiza seis pruebas serológicas para evitar las infecciones que has causado mayor problema en el contagio de enfermedades por sangre. Estas incluyen detección de VIH, Virus de hepatitis C, Hepatitis B, Enfermedad de Chagas, Brucella y Sífilis. Sin embargo, sabemos que existen más de cien enfermedades infecciosas transmitidas por sangre. Para descubrir la presencia de estas enfermedades requerimos tanto de la sinceridad de la persona que dona sangre, como de la capacidad del médico que selecciona al donante. Es por ello que una persona que se ve forzada a donar sangre, ya sea por un interés económico o para que se opere su familiar o para que sea dada de alta de un hospital, va a tender a ocultar una posible infección y oculta factores de riesgo relacionados con diversos tipos de infecciones. El donante que acude por altruismo, es más propenso a decir la verdad y a que sea descartado si tiene algún factor de riesgo o se descubre alguna enfermedad.

Importancia práctica.

Se ha calculado en diferentes investigaciones, que el hecho obtener sangre de donadores altruistas disminuye casi 20 veces riesgo de infección por transfusión de los productos de la sangre. Además el donador altruista puede tener otras ventajas. Los familiares de los pacientes hospitalizados. Frecuentemente han estado al cuidado de sus enfermos y no se encuentran en las mejores condiciones de salud. Pueden encontrarse mal alimentados y sin haber completado sus horas de sueño, Esta situación hace que los glóbulos rojos no se encuentren en óptimas condiciones y su función de transporte de oxígeno no se lleve a cabo como en una persona completamente sana.

Por otro lado, los familiares de los paciente, al verse obligados a donar sangre con frecuencia contratan los servicios de de otras personas que presentan como familiares, y al ocultar esta situación, crean sin saber un mayor riesgo de transmisión de infecciones.

Impacto social.

El artículo 4º Constitucional confiere a todos los ciudadanos que vivan en nuestro país el derecho a los servicios de salud. Si el Sector Salud tiene la capacidad de proporcionar productos de la sangre⁴, al paciente que lo necesite en el momento que lo requiera, estará actuando en congruencia con el espíritu de las garantías individuales conferidas por nuestra constitución.

No solamente se garantizaría un abasto de productos de la sangre de buena calidad. También al fomentarse el altruismo en la población como un valor importante, contribuiría a formar una sociedad más participativa y solidaria.

Por último, al usar productos de la sangre de mejor calidad, estaríamos contribuyendo a que nuestra sociedad tenga menor costo económico al prevenir las enfermedades que pudieran transmitirse por la sangre.

V. MARCO LEGAL.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.
- Ley General de Salud.
- Ley General de Población.
- Ley de Planeación.
- Ley de Presupuesto, Contabilidad y Gasto Público Federal.
- Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.
- Normas Oficiales Mexicanas.
- Programa Nacional de Salud 2001-2006.

VI.- MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.

LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICINA TRANSFUSIONAL EN EL MUNDO.

Marco Histórico. Las primeras referencias que tenemos de la transfusión son de 1677 cuando un físico llamado Richard Lower transfundió a un joven clérigo con sangre de oveja. (Linares, 1986; Radillo, 1999)

Durante el mismo año, en Inglaterra Jean Denis introdujo sangre de cordero a un niño de 15 años. Posteriormente la práctica fue prohibida por el Parlamento Inglés debido a los frecuentes accidentes que sucedieron. (Linares; 1986)

Fue hasta 1818 en que se retomó la práctica por James Blundell en pacientes obstétricas con abundante sangrado, en estos casos usando sangre de humano, teniendo éxito en 50% de los casos. (Radillo, 1999)

Desde 1875, Landois observó que al combinar sangre de una especie diferente a otra, los glóbulos rojos se aglutinaban o existía hemólisis. (Linares, 1986)

Fue Landsteiner en 1901 quien descubrió el sistema ABO y en 1939 después de los trabajos de Levine y Stetson y de Landsteiner y Weiner se descubrió el sistema Rh cuyo nombre deriva del Macaco Rhesus donde se investigó por primera vez. (Linares, 1986)*

Estos descubrimientos dieron lugar al desarrollo de la medicina Transfusional que tuvo un gran auge en la segunda guerra mundial. A partir de entonces, el uso de la transfusión sanguínea se ha generalizado y las investigaciones en el área han contribuido al desarrollo de conocimientos que han hecho de esta práctica algo más seguro.

La gran proliferación de enfermedades infecciosas transmitidas por transfusión de sangre y sus derivados, causado por la intensa comercialización, hizo que se llevara a cabo una regulación en todos los países con el fin de que esta práctica fuera cada vez más segura.

POLÍTICAS EN MEDICINA TRANSFUSIONAL.

La forma de administración que ha adoptado cada país con respecto a la disposición de sangre y sus derivados, depende de sus políticas en cuanto al uso de este producto. Desde este punto de vista, los sistemas de Administración pueden ser centralizados, esto quiere decir que cada región del país cuenta con un centro encargado de colectar una gran cantidad de sangre y distribuirla a los hospitales de toda el área de influencia. Este es el caso de Finlandia y España. Otros tienen programas independientes, como el caso de Suiza que tiene cerca de 90 programas independientes. (Klein, 1997)

La mayoría tiene sistemas mixtos como el caso de Estados Unidos, Canadá y México.

En cuanto al costo del manejo, análisis y conservación de los productos, en algunos países es absorbido por los pacientes que usan la sangre y en otros por el gobierno. Un sistema privado es el de Austria, Finlandia o España. (Klein, 1997)

Independientemente de las formas de intervención del Estado en los Servicios de Salud de una nación, prácticamente todos los Ministerios de Salud que hemos consultado coinciden en la aplicación de las políticas apoyadas por la O.M.S., establecidas en la 25ª Conferencia Sanitaria Panamericana sobre Fortalecimiento del los Bancos de Sangre en la Región de las Américas y que son en general las mismas políticas que aplica los Estados Unidos de Norteamérica .

Através de la “American Association of Blood Banks” y otros países como Canadá y España. (OMS/OPS, 19 jul 1999)

La Conferencia arriba citada, estableció en Octubre de 1999 que “con el fin de apoyar las políticas encaminadas a promover la salud para todos y el acceso equitativo a servicios de salud de buena calidad, toda la sangre para transfusión se examinará para detectar la infección por virus de la hepatitis B y C, la sífilis, Trypanosoma cruzi y el virus de la inmunodeficiencia humana, y todos los bancos de sangre participarán en programas de control de calidad... así como mejorar la seguridad de los servicios de banco de sangre”.

El objetivo de dicha política es proporcionar componentes sanguíneos en forma eficiente y oportuna y de manera inocua para el receptor. Entre las funciones de estos establecimientos se encuentra la captación, selección, retención, educación y registro de donantes; extracción de sangre, su separación en componentes, su análisis inmunohematológico y serológico, su almacenamiento y distribución.

Una política encaminada a obtener sangre con menos probabilidad de infección es el aplicar estrategias encaminadas a obtener sangre de donadores altruistas, en lugar de aquellos por devolución familiar y menos aún a aquellos donantes por remuneración monetaria.

A este respecto, en Canadá, de 17 centros que recogen aproximadamente 1 millón de unidades al año, solamente reciben donaciones altruistas. Estados Unidos de Norteamérica, en sus 688 bancos de sangre, al igual que Canadá, solo admiten donadores altruistas. (Klein, 1997)

En América Latina, la mayoría de las donaciones son por devolución familiar de pacientes que utilizan este servicio y la comercialización de sangre está prohibida, a excepción de El Salvador y Nicaragua. 41

Por otro lado, todos los países poseen marcos jurídicos que obligan al tamizaje de las unidades de sangre antes de utilizarlas.

Los países que han reportado 100% de donaciones voluntarias son Aruba, Curaçao, Cuba, Canadá y los Estados Unidos.

La Dra. García de México expuso lo siguiente en el día mundial de la Salud el 7 de abril de 2000.

«La importancia de la donación voluntaria radica en que muchas de las infecciones que se pueden transmitir por sangre no son detectadas por el laboratorio. En consecuencia, la honestidad con que la persona responda al interrogante es vital para determinar si esta persona dona sangre o no. Si la persona tiene algún interés por donar, es posible que oculte ciertos síntomas o señales de un proceso infeccioso. Si, por el contrario, la persona su único deseo es de ayudar a alguien más, va a ser honesto y claro en su respuesta.»

Por otro lado, la donación de sangre también debe cumplir con lo que se establece en el Código de Ética, para proteger tanto al donante como al receptor»⁷

Las infecciones que pueden ser transmitidas y que no son investigadas de rutina son entre otras el Citomegalovirus, Parvovirus B19, Herpes virus, Ebstein Barr, Hepatitis G y Virus TT. ⁷ García. wav Políticas sobre la disposición de sangre y sus derivados en el mundo WHO Home | Mediacentre Home | Multimedia Home | Search | Contact : inf@who.int

Existen otros microorganismos aun no documentados como la Borrellia, la Fiebre hemorrágica, el Ebola, la Fiebre de Lassa, algunas zoonosis de animales transgénicos y algunas con sospecha como la leishmania tropical y las enfermedades causadas por proteínas priónicas como la de Creutzfeldt-Jacob.

De acuerdo a estas políticas, los diferentes países han adoptado modelos administrativos que describiremos a continuación.

Se ha demostrado que entre otras estrategias, la donación altruista de sangre es un factor determinante para disminuir el riesgo de infecciones en sus productos. Por ello es importante conocer la actitud acerca de la donación altruista de las personas que se atienden en diversos hospitales, y la posibilidad de que puedan pertenecer a un grupo de donación altruista. El conocimiento de esta actitud, nos permitiría planear un programa de intervención para que los bancos de sangre lleguen a tener un grupo de donadores altruistas que mantengan un abasto suficiente con productos de la mejor calidad y libre de infecciones. Para lograr lo anterior se requiere utilizar los recursos de la gestión pública (en particular de la mercadotecnia de bienes y servicios públicos)

MARCO JURÍDICO APLICABLE A BANCOS DE SANGRE, SERVICIOS DE TRANSFUSIÓN Y PUESTOS DE SANGRADO.

Existen tres documentos que son fundamentales para conocer los aspectos jurídicos relacionados con el control y disposición de la sangre humana y sus derivados

El primero es la Ley general de salud el cual en su título decimo cuarto en sus artículos 313 al 335 se encuentran las disposiciones con respecto a la utilización de la sangre humana El artículo 332 establece que “la sangre humana... sólo podrá obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente”

El segundo documento es el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Se compone de XII capítulos.

En el artículo 6º fracción XII define al donante de sangre humana como “la persona que suministra gratuitamente su sangre” y la suministra en las dos formas siguientes:

A) A un paciente a solicitud del médico tratante o del establecimiento hospitalario

B) Atendiendo a un llamado general y sin tener en cuenta a que persona pueda destinarse, o bien sea utilizada para la obtención de componentes derivados de la sangre

tercero es quizá el más importante, la Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA-93 para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos Como se puede observar, esta norma contiene reglamentados todos los procesos que se llevan a cabo en las organizaciones que realizan la disposición de sangre y sus derivados y es fundamental para la práctica de la misma, lo que ha representado uno de los mayores avances en la regulación de la Medicina Transfusional en México. Los avances en Medicina Transfusional han sido impresionantes en los últimos años, lo que ha sucedido en todas las especialidades médicas, sin embargo, hace 13 años que esta norma oficial no se modifica y resulta lógico que en muchos aspectos ya es anacrónica. Esto hace pensar que deberíamos contar con un sistema legislativo más ágil que permitiera a nuestra normatividad ir a la par de los conocimientos actuales de la Medicina.

Sin embargo, en el aspecto jurídico, no existe una respuesta a esta política pública. Si bien la **Ley General de salud prohíbe al donador remunerado de sangre**, en el reglamento de la Ley solamente se hace referencia a dos tipos de donantes, uno es el que conocemos como donante familiar, ya sea en la modalidad de devolución o depósito previo y al donante altruista solo en caso de necesidad por algún llamado de urgencia. Como podemos ver, dicho reglamento no contempla al donante altruista de repetición, el cual donaría no solo en casos de urgencia si no con una periodicidad mientras esté sano y ello mantendría el abasto del banco de sangre. La puesta en marcha de un programa de este tipo se topa con la falta de presupuesto, ya que el proyecto no es obligación de ningún hospital del sector salud

Parece haber en este punto una incongruencia entre la política establecida en el Programa Nacional de Salud y la Ley y su Reglamento.

Tal parece que se deja en manos de la buena voluntad de la dirección de los hospitales del sector salud el implementar programas de donación altruista y no se contempla como una obligación al no estar legislado. Desde luego implica un menor esfuerzo reglamentar en los hospitales la obligación de los familiares de los pacientes el buscar donantes entre ellos mismos o sus amistades, convirtiendo la donación en una obligación, con lo que incrementa el riesgo de infecciones de las sangres.

EL MARCO COYUNTURAL SOBRE EL RECLUTAMIENTO DE DONANTES.

Situación de nuestro país. La donación de sangre en nuestro país se ha incrementado año con año, como lo muestra el cuadro número 4, sin embargo, a pesar de que la donación altruista se ha incrementado, éste no ha sido equiparable al total de donaciones, incluso, el porcentaje ha disminuido.

En el Cuadro No.2, se puede observar que la donación de sangre en la República Mexicana se ha incrementado año con año, sin embargo la donación altruista no ha sido mayor del 4.6% e incluso ha disminuido al 2% y 3% en el 2001 y 2002 respectivamente.

DONACIONES POR DEVOLUCIÓN FAMILIAR Y ALTRUISTA EN LA REPÚBLICA MEXICANA. AÑO	FAMILIAR	ALTRUISTA	PORCENTAJE	TOTAL
1994	648.039	28.424	4,20%	676.463
1995	798.031	36.071	4,30%	834.102
1996	860.282	45.427	5%	905.709
1997	892.920	43.702	4,60%	936.622
1998	1.000.667	33.521	3,20%	1.034.188
1999	1.048.841	43.900	4%	1.092.741
2000	1.098.103	41.480	3,60%	1.139.583
2001	1.125.201	35.574	2%	1,160,775
2002	1.248.177	43.313	3%	1,291,490

Cuadro No. 2. Número de donaciones realizadas en la República Mexicana por familiar y altruista de 1994 a 2000. <http://www.ssa.gob.mx/cnts/estad2000.htm>

Con lo que respecta a los índices propuestos por la OMS, las donaciones no están tan bajas, pero fundamentalmente son donaciones familiares. Como se puede observar en el cuadro la donación de sangre en la República Mexicana está por arriba del índice en 8.6 Unidades por cama por año, considerando que el propuesto es de 5 unidades por cama por año; de acuerdo al número de habitantes, en el año 2000 fue de 1.17% unidades con respecto al total de la población y el índice propuesto por la OMS es de 2% de la población en un año, lo que indica que la donación está por debajo de la ideal de acuerdo a este índice

VII. O1.- BJETIVO GENERAL.

Determinar el nivel de participación ciudadana en la donación sanguínea y Conocer los aspectos relacionados con la donación altruista de sangre, para proponer las estrategias mas adecuadas con el fin de encontrar los potenciales donadores altruistas que garanticen el abasto de sangre de bajo riesgo que evite la transmisión de enfermedades y proporciones productos de la mejor calidad y en cantidad suficiente.

. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

2.- Determinar el tipo y porcentaje de transfusión sanguínea que actualmente los servicios médicos realizan (familiar, altruista y remunerada)

3.- Detectar otros factores que influyen en la donación sanguínea.

VIII. METODOLOGÍA.

Tipo de estudio:

Será de tipo²: Transversal, observacional, descriptivo, y retrospectivo.

Tiempo:

El tiempo del estudio comprenderá de septiembre de 2006 a febrero de 2007.

Universo de estudio:

2000 hogares de las localidades de Santa Catarina y Tepoztlán en el municipio de Tepoztlán, Morelos, en México.

² Hulley B, S. (1997) Diseño de la Investigación Clínica. Un enfoque epidemiológico. Madrid. Lippincott Williams and Wilkings.

Estudio multietápico:

En la primera etapa del estudio se recabará información documental, demográfica y estadística del municipio de Tepoztlán. Por otra parte se investigarán antecedentes de saneamiento básico, morbilidad, mortalidad y estilos de vida de dichas poblaciones. La información se obtuvo a través del apoyo de autoridades de la jurisdicción sanitaria de Tepoztlán y Cuernavaca, INEGI, CONAPO y los líderes comunitarios.

En esa misma etapa se solicitó el apoyo del INSP y de la OMS, para obtención de los recursos financieros y materiales.

En una segunda etapa se censará a la población de ambas localidades con el fin de recabar información socio demográfico, socioeconómico y de salud. Se aplicarán dos cuestionarios electrónicos en un tiempo estimado de 47 minutos, uno para hogar y otro individuales (Anexo 1) a 2000 hogares, con la finalidad de formar una base demográfica de información para la creación del Laboratorio de Salud Pública.

Para la ubicación de AGEBs y manzanas se utilizará la cartografía proporcionada por el INEGI.

En la tercera etapa, se procederá a la captura y análisis de los datos obtenidos en los cuestionarios aplicados.

Ventajas:

- Se conocerá la situación de la salud de la población al momento de aplicar los instrumentos de medición.
- Con los resultados podemos diseñar programas de salud como alternativas de solución.
- Puede servir como un primer paso para realizar estudios más profundos de los problemas que afectan a la población.

Desventajas:

- La no colaboración de la población en la respuesta a los cuestionarios.

Criterios de inclusión de los sujetos de estudio:

- Habitantes del sexo femenino y masculino, de las localidades de Tepoztlán y Santa Catarina.

Recursos:

- ❖ Recursos humanos:
 - Alumnos de la Maestría en Salud Pública de la Escuela de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública. Sede Tlalpan

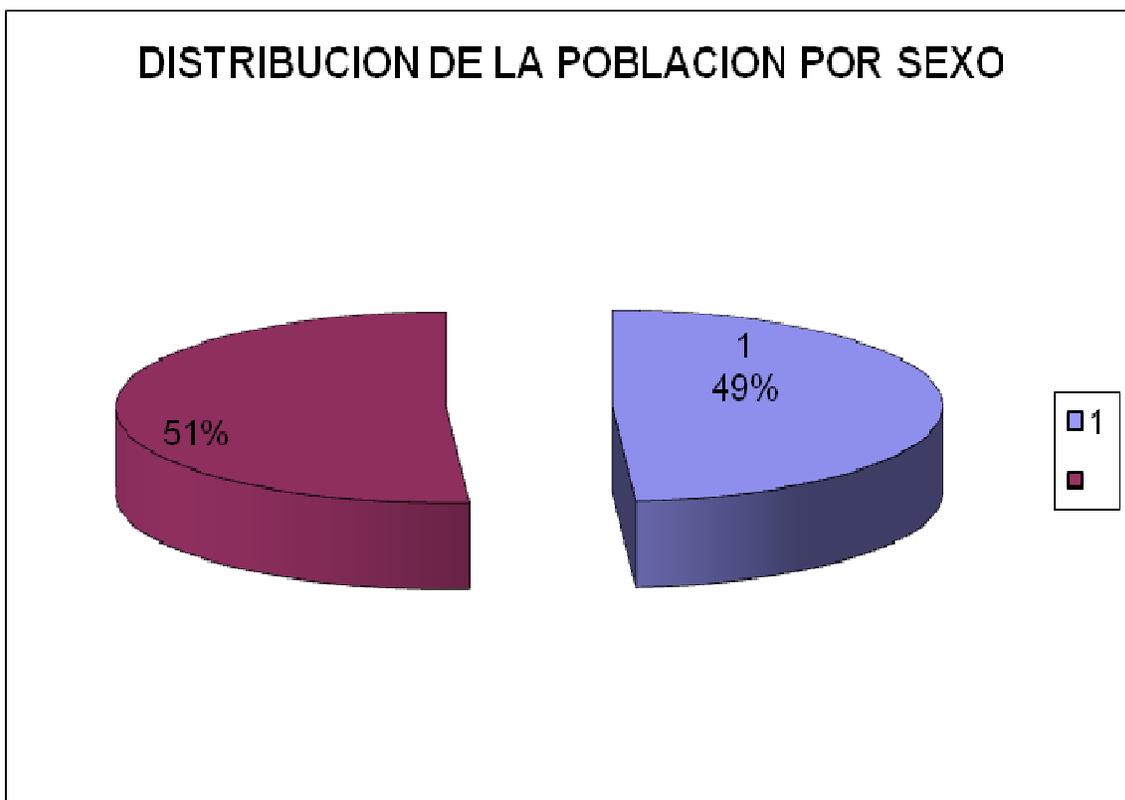
- Personal académico de la Escuela de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública, que coordinará la aplicación de la encuesta en las localidades de estudio.
- ❖ Recursos materiales:
 - Cuestionarios: del hogar e individual.
 - Mapas cartográficos del Municipio de Tepoztlán y de las localidades de Tepoztlán y Santa Catarina.
 - Equipo de cómputo para recabar las respuestas de los cuestionarios.
 - Software para el procesamiento de datos, p. Ej. Stata.

Plan de análisis:

El análisis de la información se realizará mediante el programa Stata versión 9.0.

El análisis de las variables será univariado, bivariado y multivariado.

IX. RESULTADOS.



CUADRO 17. GRUPOS DE POBLACIÓN DE TEPOZTLÁN Y SANTA CATARINA, MORELOS.

GRUPO DE EDAD	TEPOZTLÁN		SANTA CATARINA	
	Núm.	%	Núm.	%
Población de 0-4 años	1334	9.03	488	11.78
Población de 5 años	924	6.25	207	5.00
Población de 6-14 años	2504	16.95	866	20.90
Población de 15-17 años	867	5.87	237	5.72
Población de 18 años y más	9147	61.90	2346	56.61
Total	14776	100.00	4144	100.00

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Información Referenciada Geo espacialmente Integrada en un Sistema (IRIS) 3.0. México 2000.

CUADRO 18. POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE TEPOZTLÁN Y SANTA CATARINA, MORELOS.

TIPO DE DERECHOHABIENCIA*	TEPOZTLÁN		SANTA CATARINA	
	Núm.	%	Núm.	%
Población sin derechohabiencia a servicio de salud	9687	65.56	3510	84.70
Población derechohabiente a servicio de salud	4418	29.90	546	13.18
Sin dato	671	4.54	88	2.12
Total	14776	100.00	4144	100.00

*NOTA: Derecho a servicio de salud en alguna institución pública (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa, Marina y otro tipo) o institución privada). Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Información Referenciada Geoespacialmente Integrada en un Sistema (IRIS) 3.0. México 2000.

CUADRO 19. TIPO DE INSTITUCIÓN DE LA POBLACIÓN DERECHOHABIENTE DE TEPOZTLÁN Y SANTA CATARINA, MORELOS.

INSTITUCIÓN	TEPOZTLÁN		SANTA CATARINA	
	Núm.	%	Núm.	%
Población derechohabiente al IMSS	2409	54.53	409	74.91
Población derechohabiente al ISSSTE	1984	44.91	134	24.54
OTROS	25	0.57	3	0.55
Total	4418	100.00	546	100.00

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Información Referenciada Geoespacialmente Integrada en un Sistema (IRIS) 3.0. México 2000.

CUADRO 23. ALFABETISMO POR GRUPO DE EDAD DE LA POBLACIÓN DE TEPOZTLÁN Y SANTA CATARINA, MORELOS.

ALFABETISMO	TEPOZTLÁN		SANTA CATARINA	
	Núm.	%	Núm.	%
Población menor de 5 años	2258	15.28	695	16.77
Población de 6 a 14 años que sabe leer y escribir	2274	15.39	765	18.46
Población de 6 a 14 años que no sabe leer y escribir	215	1.46	100	2.41
Población de 15 años y más que sabe leer y escribir	9621	65.11	2233	53.89
Población de 15 años y más que no sabe leer y escribir	385	2.61	350	8.45
Sin dato	23	0.16	1	0.02
Total	14776	100.00	4144	100.00

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Información Referenciada Geoespacialmente Integrada en un Sistema (IRIS) 3.0. México

En Tepoztlán y Santa Catarina la población ocupada que recibe de 1 y hasta 2 salarios mínimos es del 45.1% y 55.3% respectivamente, la población ocupada que no recibe ingreso es del 10.92% y 24.98% respectivamente.

CUADRO 28. INGRESO DE LA POBLACIÓN OCUPADA DE TEPOZTLÁN Y SANTA CATARINA, MORELOS.

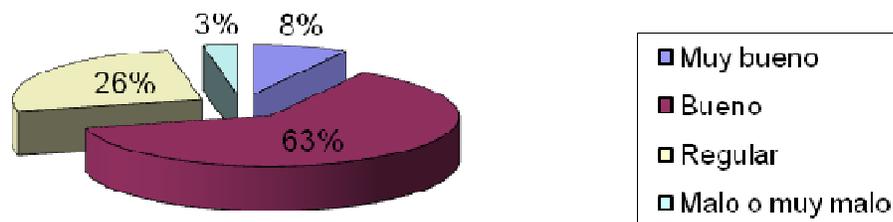
INGRESO	TEPOZTLÁN		SANTA CATARINA	
	Núm.	%	Núm.	%
Población ocupada que no recibe ingreso por trabajo	608	10.92	301	24.98
Población ocupada que recibe menos de un salario mínimo mensual de ingreso por trabajo	636	11.42	120	9.96
Población ocupada que recibe 1 y hasta 2 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	1874	33.66	546	45.31
Población ocupada que recibe más de 2 y hasta 5 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	1909	34.29	212	17.59
Población ocupada que recibe más de 5 y hasta 10 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	361	6.48	23	1.91
Población ocupada que recibe más de 10 salarios mínimos mensuales de ingreso por trabajo	179	3.22	3	0.25
Total	5567	100.00	1205	100.00

Fuente: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Información Referenciada Geoespacialmente Integrada en un Sistema (IRIS) 3.0. México 2000.

¿como calificaría su estado de salud hoy?

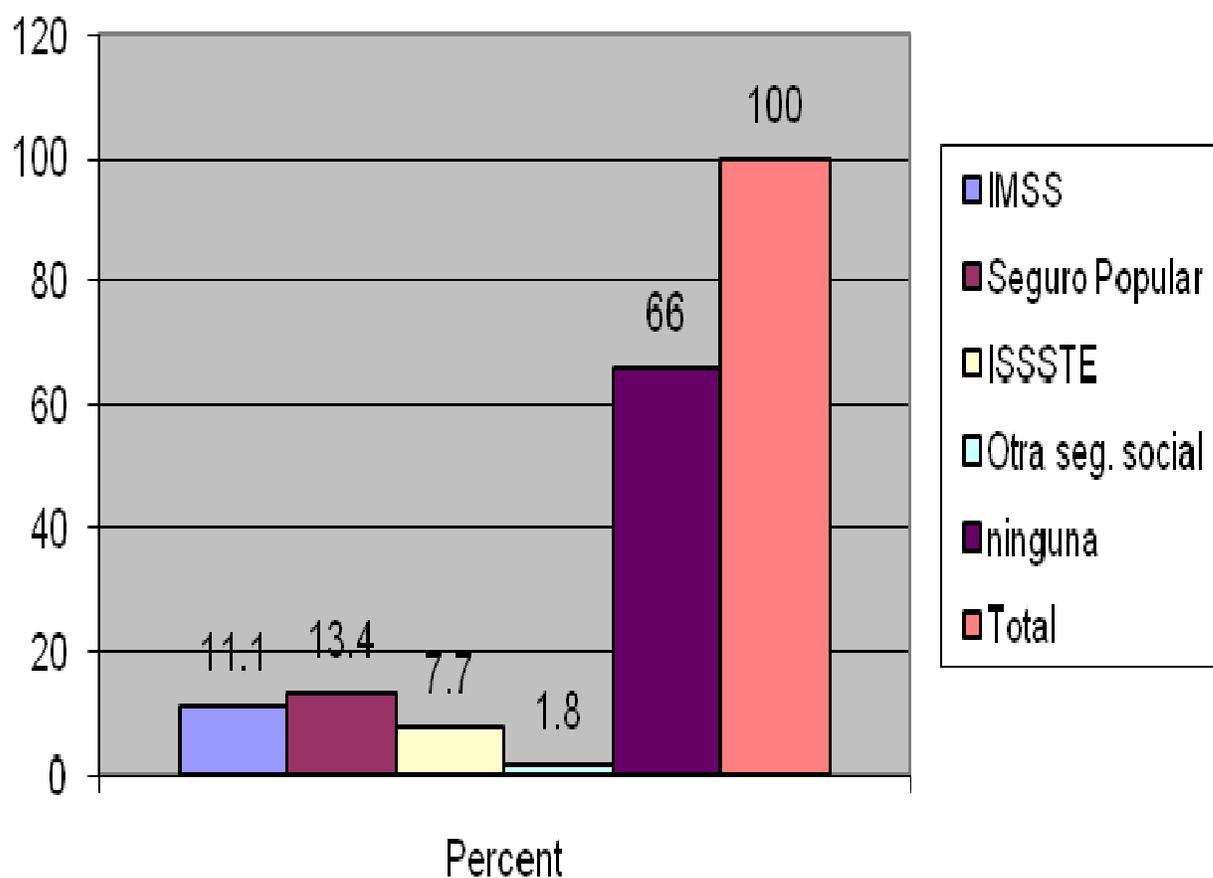
	Frequency	Percent	Valid Percent	%acumulado
Muy bueno	717	8.1	8.2	8.2
Bueno	5549	63.1	63.1	71.3
Regular	2270	25.8	25.8	97.1
Malo o muy malo	254	2.9	2.9	100
Total	8790	99.9	100	
System	9	0.1		
	8799	100		

ESTADO DE SALUD POBLACION AL DIA DE LA ENCUESTA

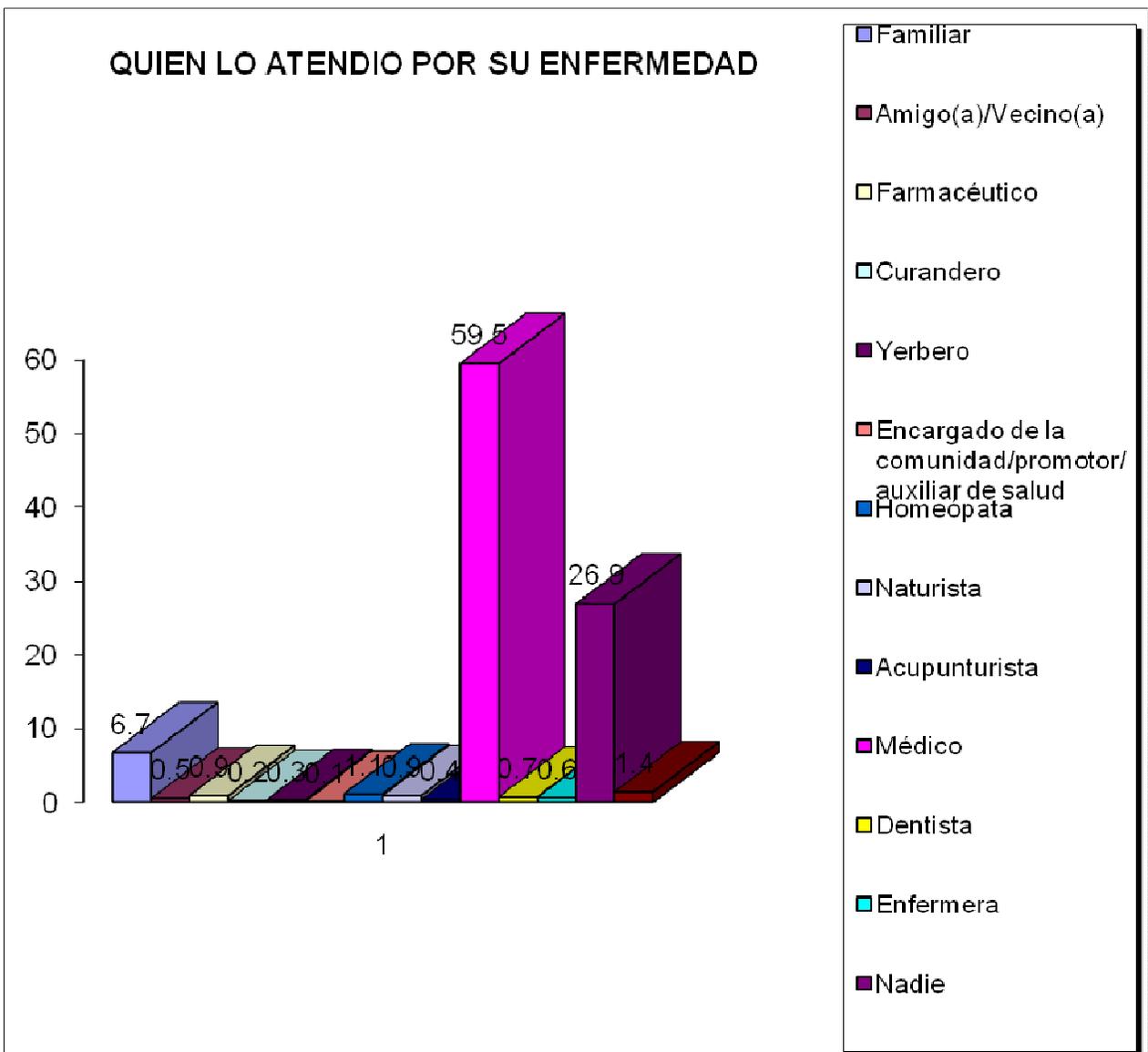


El porcentaje de la población que evalúa su estado de salud solo el 3% Lo considera malo, que finalmente coincide con el porcentaje ameritaron hospitalización y finalmente incluso requirió de donadores de sangre.

AFILIACION A SEGURO MEDICO



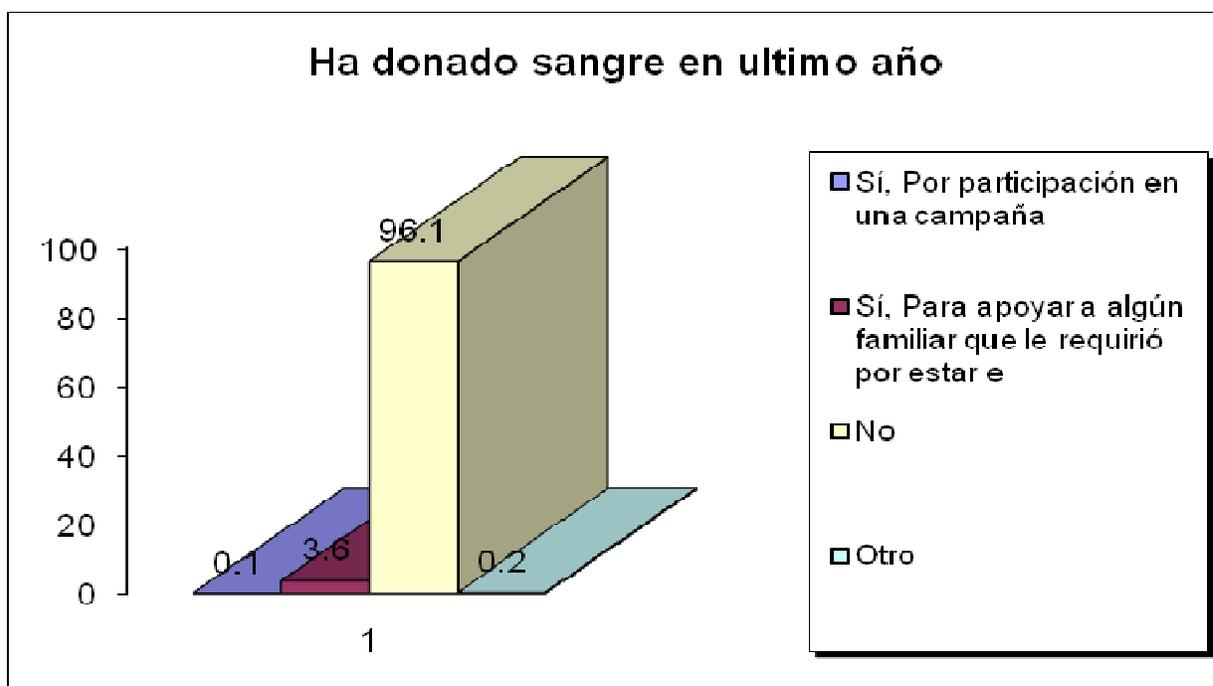
Es importante considerar que el mayor porcentaje de la población de estas comunidades no tiene derecho a servicios médicos de seguridad social por lo que sus gastos médicos lo cubren de su bolsillo. La cultura de la donación no tiene arraigo ya que están habituados a subrogar sus servicios de salud.



La población encuestada preferentemente hace uso de los servicios médicos cuando presenta alguna enfermedad y es de llamar la atención que el 36% de la población es atendido por algún familiar o se auto atiende, y un mínimo porcentaje recurre a la medicina alternativa

Durante el último año ¿Ha donado sangre?

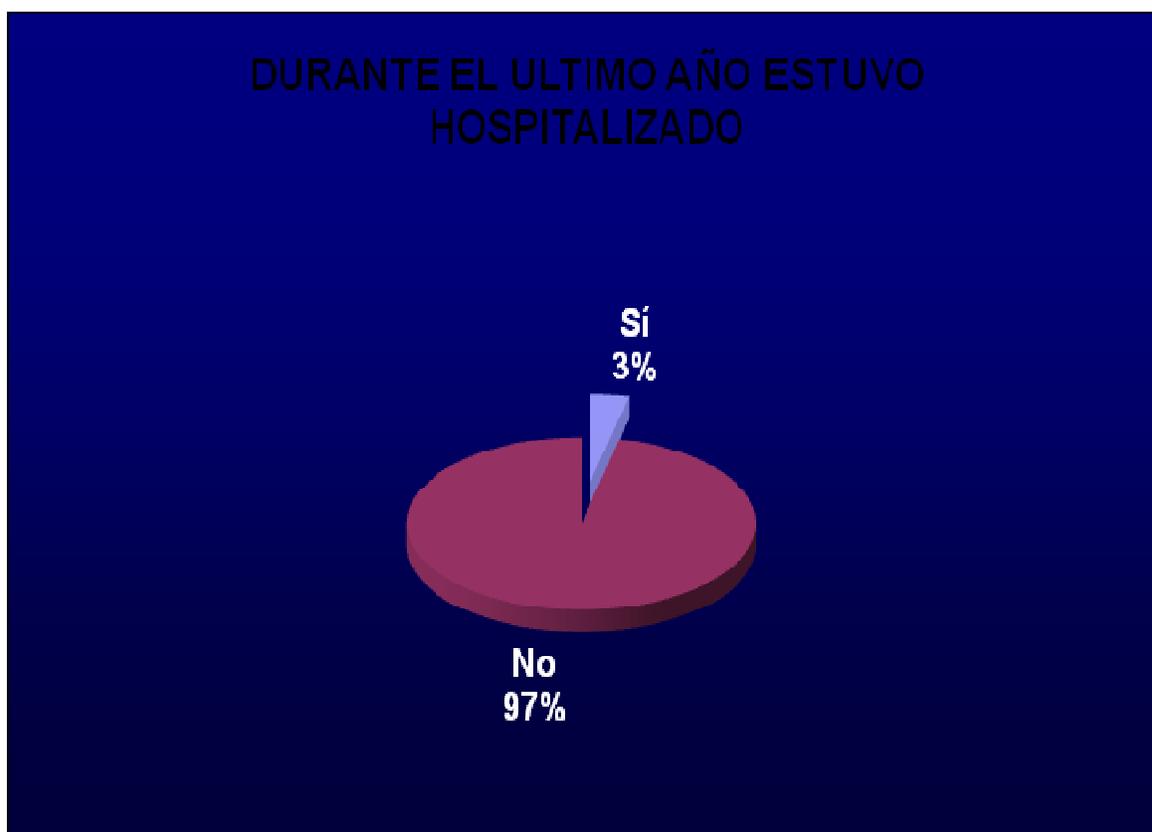
	Frequency	Percent	Valid Percent	%acumulado
Sí, Por participación en una campaña	7	0.1	0.1	0.1
Sí, Para apoyar a algún familiar que le requirió por estar e	173	2	3.6	3.8
No	4575	52	96.1	99.8
Otro	8	0.1	0.2	100
Total	4763	54.1	100	
System	4036	45.9		
	8799	100		



Solo el 3.7% de la población ha participado en el último año en donar sangre, en la que mayor participación de la población es en donación de devolución familiar y está en correlación con el porcentaje de hospitalización de la población en el ultimo año.

Durante este último año, ¿estuvo hospitalizado o internado?

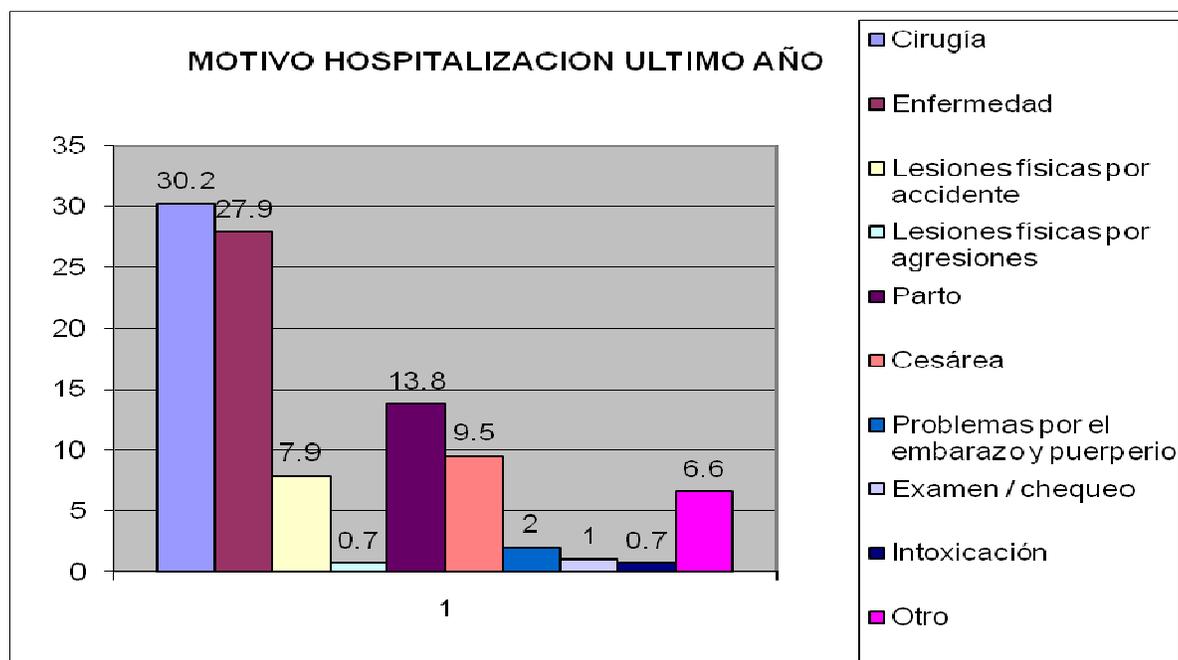
	Frequency	Percent	Valid Percent	%acumulado
Sí	306	3.5	3.5	3.5
No	8488	96.5	96.5	100
Total	8794	99.9	100	
System	5	0.1		
	8799	100		



El porcentaje de la población que requiere hospitalización esta relación directa con las necesidades de donación sanguínea que se presentan. Por lo que en términos generales los requerimientos de sangre de la población está cubierta.

La última vez que estuvo hospitalizado. ¿Por qué motivo fue hospitalizado?

	Frequency	Percent	Valid Percent	%acumulado
Cirugía	92	1	30.2	30.2
Enfermedad	85	1	27.9	58
Lesiones físicas por accidente	24	0.3	7.9	65.9
Lesiones físicas por agresiones	2	0	0.7	66.6
Parto	42	0.5	13.8	80.3
Cesárea	29	0.3	9.5	89.8
Problemas por el embarazo y puerperio	6	0.1	2	91.8
Examen / chequeo	3	0	1	92.8
Intoxicación	2	0	0.7	93.4
Otro	20	0.2	6.6	100
Total	305	3.5	100	
System	8494	96.5		
	8799	100		

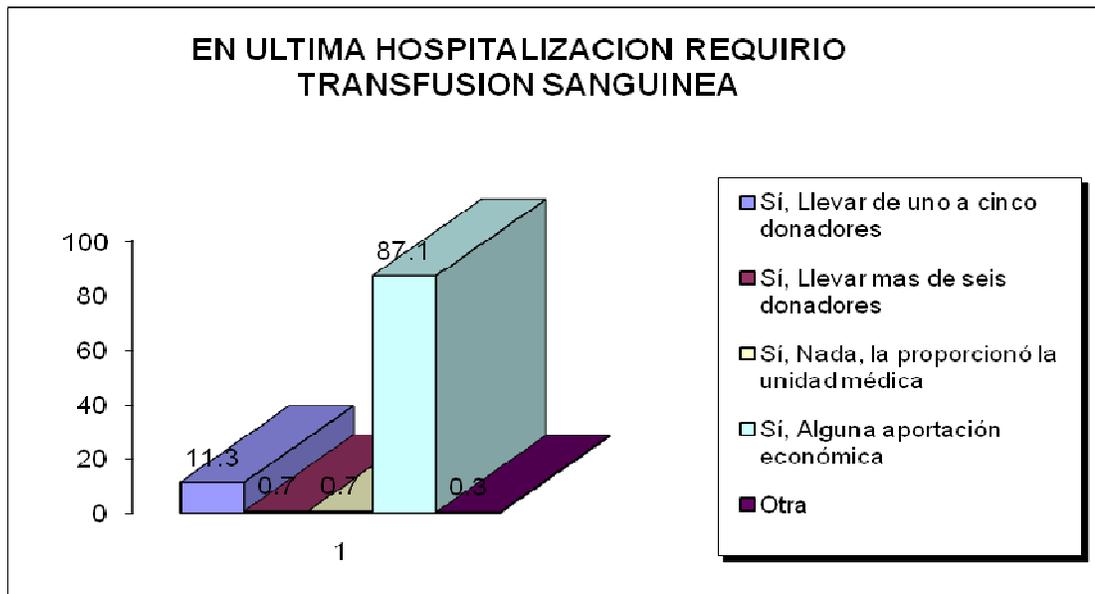


Los principales motivos de Hospitalización fueron Cirugía en 30.2%, Enfermedad 27.9%, Parto en 13.8% Así mismo se comenta que los ingresos ha hospital son por las causas de morbilidad más frecuente en la población adulta como son enfermedades del corazón e hipertensión arterial, diabetes mellitus y principal causa de mortalidad desde el año 2000, producto del envejecimiento de la Población.

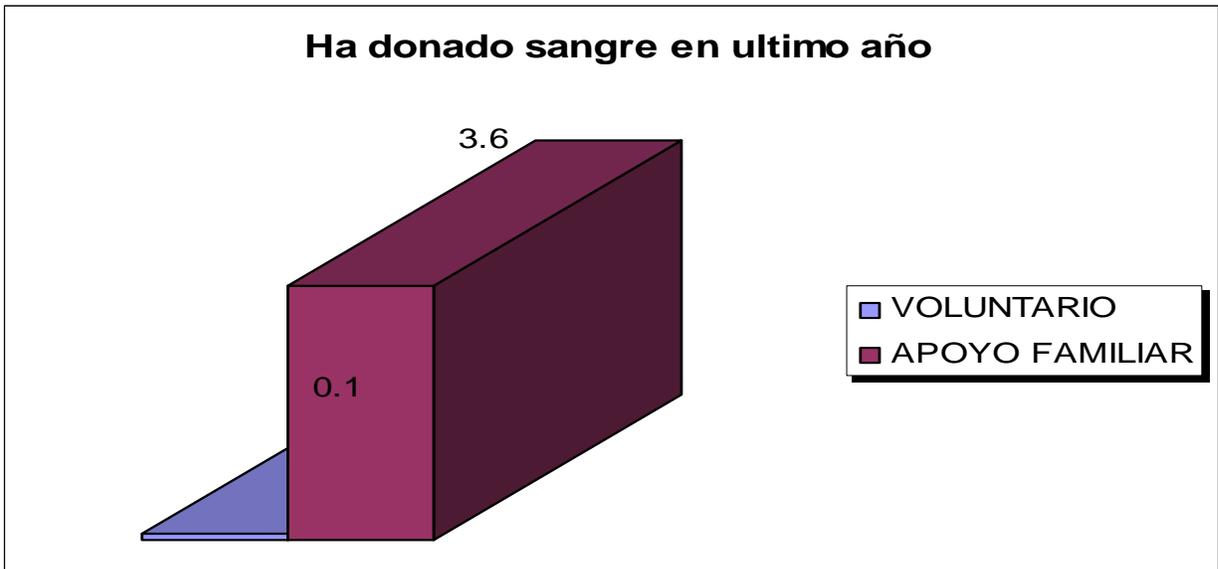
La última vez que estuvo hospitalizado(a) requirió de alguna transfusión de sangre?

	Frequency	Percent	Valid Percent	%acumulado
Sí, Llevar de uno a cinco donadores	34	0.4	11.3	11.3
Sí, Llevar mas de seis donadores	2	0	0.7	11.9
Sí, Nada, la proporcionó la unidad médica	2	0	0.7	12.6
Sí, Alguna aportación económica	263	3	87.1	99.7
Otra	1	0	0.3	100
Total	302	3.4	100	
System	8497	96.6		
	8799	100		

I



Es de llamar la atención que un gran porcentaje de la la población que requirió de transfusión sanguínea la misma fue cubierta mediante aportación económica Situación que se ve favorecida derivado de que la población no tiene derecho o no hace uso de la instituciones de salud pública .



A partir de la aparición de la epidemia del SIDA, se determinó que la sangre ya no era objeto de comercialización, y que la forma de cubrir este requerimiento debería de hacerse a través de la donación voluntaria o familiar, a fin de mejorar la calidad de los productos sanguíneos obtenidos sin embargo en esta grafica se observa que la obtención de la sangre sigue siendo preferentemente de reposición familiar.

RESULTADOS

Durante el último año ¿Ha donado sangre ?

	Frecuenc	% Valido
Sí, Por participación altruista o en una campaña	7	0.1
Sí, Para apoyar a algún familiar que le requirió por estar hospitalizado.	173	3.6
No dono sangre	4575	96.1
Total	4755	100
fuera de edad para donar	4036	
Total	8791	

Como se puede observar la donación sanguínea en esta comunidad es una acción que es baja dentro de la población y más aun la donación voluntaria o altruista ya

que aparentemente la población no posee una cultura o información suficiente para contribuir en esta actividad. Por lo que se requiere desarrollar acciones educativas y de promoción a la salud que fortalezcan esta acción.

Es importante considerar que el mayor porcentaje de la población de estas comunidades no tiene derecho a servicios médicos de seguridad social por lo que sus gastos médicos lo cubren de su bolsillo. La cultura de la donación no tiene arraigo ya que están habituados a subrogar sus servicios de salud. Y por ello en el caso de la reposición de sangre frecuentemente le “pagan “ la donación o necesidades de sangre de su paciente.

PROPUESTA DE PROGRAMA DE DONACIÓN ALTRUISTA DE SANGRE

Cada servicio ofrecido al mercado debe combinar aspectos tangibles con aspectos intangibles. En el caso de la salud, los aspectos tangibles son por ejemplo la esmerada atención médica y de enfermería. (Cobra, 2000)

Con lo que respecta al sector servicios al que pertenece la Salud, tiene las siguientes características:

1. Intangibilidad.
2. Relación con los clientes.
3. Es perecedero.
4. Inseparabilidad.

Los aspectos intangibles son por ejemplo, la sensación de seguridad y bienestar que debe sentir el paciente. En el caso de la donación de sangre, los aspectos tangibles existen, pero frecuentemente no se los hacemos saber a nuestros usuarios. El aspecto tangible en este caso, sería el contar con sangre más segura que no transmitiera una infección.

Definitivamente si deseamos retener a los donantes altruistas, el recurso más adecuado es la esmerada atención que provoque la sensación de seguridad al realizar su donación.

El producto que se maneja en la mercadotecnia social es perecedero, esto quiere decir que se termina rápidamente después de prestarse el servicio.

La relación con los clientes, tiene que ver con el hecho de que la donación altruista no puede producirse sin la presencia y la cooperación del donante. Por ello es

Fundamental la educación y el estímulo a quienes deciden ayudar a alguien con su sangre.

La sensación de bienestar que pueda sentir un donante al ser atendido en el Banco de Sangre y al sentir que está ayudando a algunos pacientes con daño de su salud, termina cuando se retira del servicio y la experiencia que haya vivido, puede ser fundamental para que regrese de nuevo a donar y se convierta en donante de repetición.

Los aspectos intangibles tienen que ver más que nada con la calidad de atención que reciba el donante por parte de nuestro personal. Sin duda debemos revisar las actitudes y los procesos de selección que favorezcan una sensación de seguridad en el procedimiento. Esto está relacionado con la segunda característica de la mercadotecnia de servicios, que es la inseparabilidad.

2 Cómo conformar un programa de donación altruista.

De esta forma, la solución para incrementar la donación altruista debe empezar por la educación, relacionada con la salud pública, sobre la importancia de la donación de sangre y los **factores de riesgo** que pueden hacer que una persona sea no apta para donar.

Debemos implementar procedimientos rigurosos para la selección de los donantes, de conformidad con criterios definidos que incluyen una entrevista 155

Previa con el médico, una revisión de la salud física y el asesoramiento de cada donante en cada donación. Parte también importante para proporcionar un producto de calidad es vigilar los procedimientos de recolección de sangre con el fin de evitar la contaminación bacteriana. Se deberá continuar con el análisis obligatorio de todas las unidades de sangre donada en busca de agentes infecciosos que pueden ser transmitidos por medio de la transfusión. Se deberá también organizar cursos de educación médica continua sobre las indicaciones de la sangre para evitar el uso indiscriminado de la misma y utilizar la transfusión de la sangre solamente cuando no hay alternativa.

Para solucionar el problema de abasto y disminuir el peligro de transmisión de infecciones, se propone aplicar un programa de donación altruista, en un centro fijo, que será el banco de sangre de la comunidad.

Retomando lo anterior, la alternativa fundamental es contar con donantes de bajo riesgo para las infecciones transmitidas por transfusión.

El reclutamiento exclusivo de donantes de sangre voluntarios y no remunerados, con motivos humanitarios o altruistas. La retención de donantes voluntarios y no remunerados como donantes regulares.

3 factibilidad.

Tomando en cuenta que solamente se requiere de un 5% de la población que done sangre con frecuencia de 3 veces al año. Sin embargo, considero que es viable implementar el programa de donación altruista de sangre a través de un Centro hospitalario de la comunidad.

De acuerdo a los resultados obtenidos, realizar campañas de donación en las salas de espera del hospital sería una pérdida de tiempo, ya que es el grupo que menos posibilidades tiene de donar.

Los donantes de sangre aunque son traídos por los familiares y la mayoría de ellos no tienen familiares ingresados en nuestro hospital, son quienes mayor disposición manifestaron para pertenecer a un grupo de donación altruista, por lo que este es un buen

grupo para comenzar con un reclutamiento que en el futuro llegue a conformar un padrón de donantes de repetición de bajo riesgo.

Otra estrategia que se tomaría es acudir a los sitios donde se pueda encontrar a la población de menor edad y con mayor nivel académico. Estos sitios pueden ser las universidades y los centros de trabajo de nuestra población derechohabiente. Estos últimos sitios tendrían la ventaja de que podríamos reclutar donantes de repetición.

4 Toma de decisión.

Convencer a las autoridades tanto de los Hospitales como de las comunidades sobre las bondades de una campaña de este tipo.

Por otro lado, el Programa Nacional de Salud plantea dentro de sus estrategias, la implementación de programas de donación altruista por parte de todos los Bancos de Sangre del País, lo que apoya jurídicamente la implementación de un programa de este tipo.

5 Plan .

En una primera etapa, se espera formar un grupo cuando menos con un 20% de las necesidades ideales. Para obtener nuestro objetivo debemos eliminar a la población de alto riesgo, aproximadamente el 40% de la población.

Los factores de alto riesgo se dividen en 2 grupos:

- a).- Los factores de riesgo potencial para la seguridad del donante:
- b).- Los factores de riesgo potencial para la salud del receptor:

Las conductas de riesgo incluyen:

- _ El uso de drogas intravenosas.
- _ La actividad sexual entre hombres.
- _ La prostitución.
- _ Los tatuajes y rituales que involucran sangre.
- _ El uso de objetos cortantes no esterilizados: por ejemplo, en la circuncisión ilegal de las niñas.
- _ Las relaciones sexuales con otras personas involucradas en una conducta de riesgo de cualquier tipo.

6 Perfil psicológico del donador.

El donador ideal, sea familiar o sea altruista, debe estar dispuesto a ser evaluado y decir la verdad al médico seleccionador. El donador altruista debe estar dispuesto a donar 2 a 3 veces al año. La actitud y la motivación que puedan tener los donadores potenciales son fundamentales para el éxito de una campaña. Por ello se debe entender la manera de pensar de nuestra población y los factores que pudieran desalentar la

donación. Entre los factores que se sabe por otras investigaciones que desalientan a quienes nunca han donado sangre podemos incluir:

_ Falta de conocimiento sobre la necesidad de la donación de sangre, o sobre el proceso de recolección de sangre.

_ Temor a las agujas.

_ Temor a lo desconocido.

_ Creencias religiosas.

_ Mitos y supersticiones.

_ Tradición.

7 Misión del programa.

1.- Promover cambios en los conocimientos, actitudes y creencias para que la gente sepa por qué la donación de sangre es un servicio vital para la comunidad.

2.- Promover cambios en la conducta de las personas para que donen sangre con regularidad, en forma voluntaria y gratuita

3.- Garantizar que los donantes potenciales aprecien la importancia de la sangre segura, para que se abstengan de donar si presentan problemas de salud o infecciones transmisibles por vía Transfusión.

8 Visión.

Con este programa de donación altruista de sangre en tepoztlan se pretende que en un futuro alcancemos que el 5% de la población, done sangre de manera voluntaria y gratuita y de forma regular, que permita contar con sangre segura sin riesgos de infección. y evitar con ello la donación remunerada.

9 Objetivo.

El objetivo del presente trabajo Esto de acuerdo a que una de las principales problemáticas es que necesitamos obtener sangre segura para los pacientes que así lo requieran y por otro lado necesitamos asegurar el abasto de sangre para responder adecuadamente y con prontitud a las necesidades de sangre y sus derivados en los pacientes hospitalizados en nuestra comunidad.

10 Estrategias.

Para que un programa de donación altruista tenga éxito, se debe hacer uso de los conocimientos de la Mercadotecnia social. Un esquema que ha sido de mucha utilidad es la aplicación de las estrategias de las 4 "A" de Raymar Richers. (Cobra, 2000)

Estas estrategias son las siguientes:

Análisis de expectativas.

Adaptación, esto es, desarrollo de diseño de acuerdo a los deseos explícitos y ocultos.

Activación del mercado, esto es, la distribución y logística e información.

Apreciación o evaluación.

Con respecto a las expectativas, se deben entender dos tipos de ellas. Las de los donantes que representa al cliente externo y las de nuestro propio personal que representa el cliente interno.

Sobre los donantes, debemos entender diversos factores, entre los que se encuentran:

- _ Motivación para donar por primera vez
- _ Experiencia durante el reclutamiento
- _ Experiencia durante la donación
- _ Experiencia después de la donación
- _ Experiencia cuando volvió a ser reclutado y a donar
- _ Métodos de comunicación que prefiere para ser llamado nuevamente
- _ Obstáculos y factores que lo desalientan.

Los bancos de sangre han realizado muchos estudios entre los donantes durante los últimos 25 años. Todos los estudios han arrojado resultados similares. Las razones principales por las que un donante voluntario da su sangre son:

- _ Altruismo o caridad
- _ Percepción de las necesidades y normas sociales de la comunidad
- _ Necesidad de reconocimiento o autoestima
- _ Premios e incentivos
- _ Presión social.

Por lo tanto, esas razones deben constituir la base de sus mensajes.

En suma, entender la cultura organizacional. La cultura organizacional es el conjunto de factores que al sumarlos caracterizan la posición de la empresa: la historia de los hechos y conquistas importantes, las creencias generales y la filosofía de trabajo, los ritos, las ceremonias, la tecnología entre otros.

Muy relacionado con lo anterior es la segunda estrategia, la adaptación.

El secreto de una planeación estratégica exitosa radica en ver la empresa con los ojos del cliente. Al entender las motivaciones del donante, sus ideas y sus mitos, podremos realizar campañas orientadas a incentivar la donación.

Derivado de lo anterior, la activación del mercado se logra informando a la población pero sobre todo, enviando mensajes al donador potencial para incentivar la conducta de la donación. Por último, el proceso debe entrar en una constante evaluación, con el fin de cambiar las estrategias cuando cambien las expectativas de los donantes de bajo riesgo,

11 Tácticas.

La educación es un aspecto esencial en el reclutamiento.

La educación debe realizarse a diferentes sectores para adaptarse al nivel de conocimientos de cada uno de ellos. Se ha planeado preparar material educativo diferente para grupos de derechohabientes, entre los que incluimos videos, folletos y pláticas.

A los familiares de pacientes hospitalizados, se les dará información por escrito que los aliente a donar sangre en forma altruista.

Asimismo se dará información por escrito y con pláticas a quienes acudan a donar por sus familiares hospitalizados que hayan utilizado productos de la sangre.

Una posibilidad a corto plazo incluye visitar centros de trabajo de diferentes secretarías y realizar campañas de donación en centros móviles con el objetivo a largo plazo de captar donantes altruistas de repetición.

12 Medios de comunicación.

Algunos datos interesantes es que el personal de salud (Médicos y Enfermeras) son quienes con mayor frecuencia refieren haber escuchado promoción sobre donación altruista de sangre.

Esto habla de lo poco llamativo de los mensajes además de ser muy escasos.

Encontramos que la televisión es el medio de comunicación más usado por todos los grupos, aunque los médicos ven con mayor frecuencia

Sin embargo, el que un medio sea el más popular, no quiere decir que de el mejor resultado. Nosotros consideramos que los mensajes escritos y llamativos, así como los videos y las pláticas, pueden ser más impactantes que otros medios.

13 Mensajes que deseamos transmitir.

Entre los valores que pueden ser transmitidos por los mensajes, existen dos fundamentales.

El primero se refiere al altruismo. Esto quiere decir, invitar a las personas a, si están en condiciones de donar sangre, regalen un poco de lo que tienen (en este caso, su salud) a alguien que lo necesita.

Este valor es fundamental ya que se refiere a dar algo sin recibir nada a cambio, solo la satisfacción de haber ayudado, sin embargo, da la sensación al donante de que la necesidad de sangre está muy alejada de él y que no le puede tocar.

El otro valor que casi no se maneja pero que vale poner énfasis se refiere al hecho de pensar que alguno de nuestro familiares o nosotros mismos podemos necesitar en algún momento de la sangre.

En este caso, nos conviene contar en el Banco de Sangre con un surtimiento suficiente y sobre todo, libre de infecciones que pudieran dañar nuestra salud.

Por ello, este valor, hace ver que la donación altruista nos conviene a todos y viene a representar un seguro de vida para nuestra población.

Por último, un valor que vale la pena comentar es el referente a la seguridad de contar con un Banco de Sangre bien surtido y seguro en situaciones determinadas. Específicamente me refiero a los actos quirúrgicos.

Sabemos que aproximadamente dos terceras partes de las cirugías mayores no utilizan sangre, sin embargo, el contar con un surtimiento adecuado y sobre todo, el hecho de tener disponible sangre en el Banco disponible para una situación inesperada, brinda una situación de seguridad para el trabajo del cirujano y del anestesiólogo.

Si hacemos la comparación con un seguro de vida, nadie diría que el pago de dicho seguro no sirvió simplemente porque no morimos. En este caso, la sangre se convierte en un seguro de vida para el paciente que se encuentra en el quirófano.

Luego entonces, aunque no es frecuente desechar bolsas de sangre por caducidad, cuando se hace, esta bolsa ha brindado seguridad a varios pacientes que son operados.

Varios médicos tienen la idea de que la donación de sangre para los pacientes que entran a alguna cirugía es un "requisito". El valor que debiera transmitirse en este caso es que la donación es un seguro de vida y que siempre es útil, aunque no se administre.

14 Formación del padrón.

Los registros del padrón de donadores voluntarios deberán ser confidenciales y solamente los directivos del Hospital tendrán acceso con el fin de solicitarle a éstos acudir en caso que se necesite.

16 Organización.

Se adoptará una organización funcional, esto es, que los integrantes de la organización se dividirán de acuerdo a sus funciones.

En la operación de orientación y motivación, es fundamental la participación de la Trabajadora Social y para la selección de los donantes se requiere de la participación del Médico Seleccionador.

Los Químicos participarán activamente en la toma de muestras a los donantes, la extracción de sangre para donación, el fraccionamiento de sangres obtenidas y la realización de exámenes de laboratorio y pruebas serológicas a los donantes.

17 Diseño de operaciones.

Aun cuando la actitud de donar en forma altruista, frecuentemente dista mucho.

Por lo que no es fácil hacer que una persona tome la decisión de actuar y acudir a la donación. Para obtener mejores resultados en el diseño de una campaña de educación y reclutamiento de donantes, tomar algunas ideas del programa "Hagamos la Diferencia" de la OPS, los que nos parecen fundamentales para diseñar las operaciones que se deben llevar a cabo para reclutar donantes altruistas de sangre.

Los mensajes relacionados con la donación de sangre necesitan:

- _ Estar dirigidos a un grupo en particular.
- _ Ser claros y pertinentes.
- _ Llamar la atención.

- _ Ser interesantes y apropiados.
- _ Ser creativos.
- _ Requerir de una respuesta.

Para lograr lo anterior deberemos considerar las siguientes preguntas:

¿Cuál es el propósito primordial del mensaje?

- _ Cambiar las actitudes generales de la comunidad hacia la donación de sangre.
- _ Informar sobre quién es apto para donar sangre.
- _ Promover actitudes positivas hacia la donación.
- _ Atraer a los jóvenes para que donen sangre en cuanto cumplan la edad necesaria para hacerlo.
- _ Reclutar a más mujeres como donantes, ya que se tiene la idea general que solamente los hombre pueden donar sangre.
- _ Explicar las razones por las cuales no se debe pagar a un donante de sangre.
- _ Estimular a los donantes existentes para que acudan regularmente a un centro de sangre.
- _ Informar sobre el lugar donde se realizan las campañas de donación; por ejemplo, las unidades móviles.
- _ Informar al público sobre los horarios para la donación.
- _ Desarrollar una imagen positiva de los servicios de sangre en los medios de comunicación.

La estrategia se relaciona con la pregunta “¿Cómo?” Nos proporciona una idea general de la dirección que tomará su campaña, como mencionamos a continuación.

_ ¿Cómo lograremos el incremento del 20 por ciento de los donantes voluntarios y no remunerados en los próximos seis meses? Por ejemplo: al dirigirnos a los grupos específicos que han sido identificados dentro de la población de bajo riesgo.

_ ¿Cómo estableceremos una serie de campañas educativas dirigidas a las escuelas?

Por ejemplo: mediante la celebración de acuerdos con el departamento de educación y los funcionarios de salud pública y de las escuelas.

_ ¿Cómo mejoraremos nuestros folletos y carteles para la educación de los donantes?

Por ejemplo: buscando folletos y carteles de otras partes del mundo y realizando las adaptaciones para satisfacer nuestras necesidades.

_ ¿Cómo crearemos un registro de donantes regulares y no remunerados? Por ejemplo: al ofrecer un servicio al cliente que exceda las expectativas de los donantes.

Un sistema de seguimiento y evaluación permitirá revisar si las metas son cumplidas en el tiempo esperado y si el plan sigue su marcha. Dicho sistema también

responderá la pregunta: “¿Cómo sabremos cuando hayamos alcanzado nuestros objetivos?”

¿Cuál es el momento más adecuado para transmitir el mensaje?

Para contestar esta pregunta es necesario colocar el mensaje en su contexto. Un mensaje que intenta cambiar las actitudes generales de la comunidad respecto a la donación de sangre requerirá ser promovido activamente durante un período largo y permanecer continuamente a la vista del público.

Un mensaje que tiene la intención de informar al público sobre la localización de una unidad móvil requiere ser programado para ser transmitido en el momento preciso y permanecer el tiempo necesario para ser recibido por la audiencia a que usted se dirige. Sin embargo, debe ser retirado una vez que se haya efectuado la campaña.

¿Cómo y dónde debe ser enviado el mensaje?

La manera de enviar el mensaje tiene que ver con la audiencia a que usted se dirige y con el medio más favorable para transmitirlo. Es posible que el mensaje deba ser transmitido de manera oral, a través de una serie de conferencias, o probablemente sea mejor contar con una campaña de radio o televisión. Su conocimiento de los hábitos de la audiencia, la cultura local y el ambiente le ayudarán a decidir.

El apoyo de los personajes públicos más importantes

1 Hacerlo sencillo.

Asociar el producto con las necesidades humanas más poderosas e importantes.

Seleccionar los sentimientos más arraigados en el ser humano; aprovechar sus motivaciones con respecto al sexo, el poder, la posición, la seguridad, la protección, la comodidad, el sentido de pertenencia a la familia, la necesidad de amor, la aceptación, la aprobación, etc.

2 Utilizar el corazón y no la cabeza.

La comunicación entre los seres humanos es generalmente emocional. Los anuncios efectivos y que permanecen más tiempo en la mente de las personas son emocionales, en vez de lógicos, literales y racionales. La música y las imágenes tienen mayor efecto emocional que las palabras.

3 Reforzar los sentimientos que existentes.

El trabajo de la publicidad no consiste tanto en convencer o persuadir, sino en reforzar, alimentar y vincular. La publicidad generalmente funciona mejor cuando apela a los sentimientos existentes. Además, lo anterior evita ejercer presión.

4 Ser amistoso y cálido.

Utilizar un lenguaje familiar, coloquial, propio de las personas comunes. La especificidad cultural es esencial: debe adaptarse fácilmente a la cultura local.

5 Hacer que el mensaje sea compatible con el medio que utiliza.

La publicidad deberá armonizarse con el carácter esencial de cada medio de comunicación. El anuncio publicitario debe ajustarse en cada caso al marco en que será visto o escuchado.

_ La televisión está diseñada para entretener. Las personas la utilizan para relajarse, divertirse y distraerse.

_ La radio es íntima, divertida, privada y personal.

_ Los periódicos y las revistas son generalmente más lógicos y literales.

_ La Internet frecuentemente exige la participación de la audiencia para surtir efecto.

6 Utilizar lemas y repeticiones interminables.

Las mejores campañas publicitarias tienen un lema que frecuentemente se convierte en parte del lenguaje coloquial de las personas. Si el anuncio está diseñado para tocar las fibras de las emociones, puede ser repetido frecuentemente a fin de despertar dichas emociones. “La seguridad de la sangre depende de mí” es un mensaje emocional sencillo, pero efectivo.

18 Cronograma.

El programa deberá ser permanente hasta lograr el número de donantes cercano al ideal y que los voluntarios no remunerados proporcionen el 80% o más de las donaciones totales en el Servicio.

La meta a largo plazo es disminuir a menos del 20% la devolución familiar de sangre.

Así también se pretende abolir la práctica de la donación profesional con cobro del servicio.

19 Evaluación del programa.

Existen varios aspectos que se deben evaluar en un programa como este.

1. El primer aspecto se refiere al incremento de la donación altruista, lo que se conocerá por las estadísticas del servicio.

2. Otro aspecto que debe tomarse en cuenta será continuar investigando sobre la actitud de la población sobre la donación. Algunos aspectos se refiere a los mitos que tiene la población que impiden la donación, como la creencia de que el donar sangre aumenta de peso, que causa anemia, que puede contagiar enfermedades, etc.

Por otro lado, conocer las razones por las que un donador altruista se decide a donar sangre y conocer con mayor precisión sus valores. Ello permitiría reforzar estos valores en las campañas de educación y reclutamiento de donantes.

3. Otro aspecto muy importante a evaluar será la calidad de atención del propio Banco de Sangre, con respecto a su infraestructura, la calidad técnica del personal y la amabilidad con que trate al donante.

Debemos recordar que la experiencia en otros sitios muestra que un cliente (donante) insatisfecho no solo no vuelve sino habla mal del servicio.

La percepción es un factor clave para que un donante continúe en el programa.

XI CONCLUSIONES

Como actividad que busca el bien común, la adecuada aplicación y aprovechamiento de los bienes comunes y la vida en sociedad, tiene una gran influencia en los aspectos sanitarios. La regulación de la sangre es fundamental para que quienes se encargan de su uso, logren el mayor beneficio a sus semejantes.

En la actualidad, la calidad en la elaboración de un producto son aspectos que se le ha dado una gran atención a nivel mundial, prueba de ellos son las normas ISO. El caso de los productos de la sangre es singular, ya que si bien, los adelantos técnicos y todos los aspectos del control de calidad propio de otras empresas son aspectos aplicables a los productos, parte de la calidad depende de la selección del donante de sangre y parte de esta selección depende de la sinceridad del donante durante el proceso de selección. Se sabe que el donador altruista es quien con mayor frecuencia es sincero durante la selección.

Esta situación ha obligado en todos los países del mundo a privilegiar la donación altruista sobre otro tipo de donaciones como la familiar y la de paga. Sin embargo, en los países de América Latina incluyendo México, la donación de sangre depende fundamentalmente de la devolución familiar.

Esta tesis ha partido de esos conceptos para poder llegar a proponer un programa de donación altruista que sea aplicable al banco de sangre del hospital de la comunidad. Para lograr que fructifique un programa de este tipo, se requiere de una de las partes de la administración pública que es la mercadotecnia de bienes y servicios públicos, pero también se requiere de revisar otro aspecto que tiene que ver con la administración pública y se refiere a los aspectos jurídicos específicamente sobre la donación de sangre.

Las nuevas tecnologías que son parte de la gerencia pública deben formar parte de una nueva cultura en los bancos de sangre. La mercadotecnia que es una de estas tecnologías ha resultado un recurso útil en la implantación de programas de donación altruista.

Para conseguir donantes altruistas, se requiere de hacer uso de los conocimientos de la mercadotecnia. En el pasado, la mercadotecnia se orientó hacia la transacción de productos, pero esto ha cambiado. En la actualidad se orienta a construir relaciones, para mantener la fidelidad del cliente, en nuestro caso del donador de sangre.

Es por ello que, propuse un modelo de programa de donación altruista de sangre. Este tipo de programas puede ser realizado por cada hospital del sector salud que cuente con un banco de sangre y por los CETS de cada estado.

Una magnífica guía para elaborar un programa de donación altruista y adaptarse a cada necesidad dependiendo de las características culturales y geográficas, se puede encontrar en el manual "hagamos la diferencia" que es la guía del curso del mismo nombre, apoyado por la OPS, la Cruz Roja .

ADECUACIÓN DEL EL MARCO JURÍDICO.

Un aspecto importante a tomar en cuenta es el que se mencionó en el capítulo sobre el marco jurídico de la medicina transfusional.

El Reglamento de la LGS sobre la disposición de sangre y sus derivados, en su artículo 6º define los conceptos que se manejan en la medicina transfusional y define al donante de sangre, menciona solamente dos tipos de donante, el primero es aquel familiar del paciente en quien, según el artículo 175 del reglamento, debe recaer fundamentalmente el abasto de sangre de los bancos; y el otro es el donador voluntario o altruista que es definido como el que acude en caso de emergencia en que se necesitan sus servicios.

El donador altruista, tal como lo entendemos nosotros, es aquel donante que acude con regularidad de 2 a 4 veces al año para mantener el abasto del banco de sangre.

Para que dicho reglamento sea congruente con el artículo 4º constitucional y con el Programa Nacional de Salud, así como con las políticas internacionales sobre la obtención de productos de la sangre, se propone lo siguiente:

1. Que la donación familiar sea un acto voluntario y que no se condicione la prestación de un servicio de salud a la donación de sangre por parte de los familiares de un paciente.
2. Que todo Banco de Sangre y todo Centro Estatal de Transfusión Sanguínea, esté obligado a formar un grupo de trabajo encargado de realizar campañas de donación altruista.
3. Estas campañas pueden ser extramuros, en escuelas, centros de trabajo, etc.
4. Las campañas también se deben realizar promocionando la donación altruista con los familiares de los pacientes que acuden a donar sangre e invitarlos a pertenecer al Club de Donantes de repetición.
5. El grupo de trabajo podrá contar con la cooperación de Organizaciones No Gubernamentales y con Asociaciones Civiles para la promoción y el apoyo de campañas permanentes de formación de grupos de donadores de repetición.
6. Que se establezca el otorgamiento de diplomas o distintivos reconocidos por la sociedad a donantes de repetición.
7. Que existan campañas publicitarias que resalten el valor del altruismo y que indiquen que la donación no perjudica en modo alguno al donante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbarán Rengifo. Proyecto 5244 sobre la Ley de Creación del Centro Hemodonador de Lima. Internet/Infovia. 28 de Sept. 1999.
2. Benson, K et. Al. "Nationwide survey of home transfusion practices". Transfusión. 1998; 38(1):90-96.
3. C.N.T.S. "Bancos de Sangre, Puestos de Sangrado y Servicios de Transfusión de Yucatán". WWW.CENIDS.SSA.GOB.MX
4. C.N.T.S. "Marco Jurídico de la disposición de Sangre y sus derivados". WWW.CENIDS.SSA.GOB.MX
5. Cobra Marcos. "Marketing de Servicios. Segunda edición. McGraw-Hill Interamericana, s.a. Colombia. 2000.
8. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Quinta Edición. Ediciones Delma. Agosto de 1990.
9. Cortés, A. Y cols. "Características socioculturales de los donantes y no donantes de sangre en Colombia". <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol31No3/contenido.html>
9. Derechos y deberes de los donantes. Hermandad de donantes de sangre. Javascript:window.history.back
10. Dichi Lara Ma. Gpe. "Donación altruista de sangre y las instituciones públicas de salud". Gaceta Médica de México. Vol. 139 Supl 3, 2003. Pags. 155-157.
11. Drucker, Peter. La sociedad poscapitalista. Ed. Sudamericana. Argentina. Primera edición Junio 1999.
12. Experiencia en la implantación de un sistema de calidad iso 9002 en un banco de sangre de Cantabria . Santander. <http://www.bscan.org/calidad1.htm/>
13. Fernández-Montoya. "Variaciones en la práctica de la transfusión en España". Sangre.1999;44(1):30-37.
14. Garcia Gala y cols. "Adecuación de la transfusión de hemoderivados a criterios previamente establecidos". Sangre. 1996;41(1):19-23.
15. Garcia. wav Políticas sobre la disposición de sangre y sus derivados en el mundo WHO Home | Mediacentre Home | Multimedia Home | Search | Contact : inf@who.int
16. Gimeno, y cols. "La donación de sangre: Un concepto en constante evolución". Sangre. 1996;41(6):413-416.
17. Giordano, GF et. Al. "An autologous blood program coordinated by a regional blood center: 5-year experience". Transfusión. 1991;31(6):509-512.
18. González Carlos. ISO 9000, QS-9000, ISO 14000. Normas internacionales de administración de calidad, sistemas de calidad y sistemas ambientales. Ed. McGraw-Hill. México. 1998.

19. González Roaro Benjamín. La Seguridad Social de los Trabajadores del Estado: Avances y Desafíos. El I.S.S.S.T.E. en el Gobierno del Cambio. Primera edición. Fondo de Cultura Económica. México 2000.
20. Grífol Esprés y cols. "La Donación y la Transfusión. Pasado y Presente. http://www.educadist.buap.mx/libros/web_transf/htm
21. Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. 15ª. Edición. Editorial Porrúa. México 1998.
22. Estrategias de la mercadotecnia social . Raymar Richers. (Cobra, 2000)

