Sección I

Introducción e Historia

Capítulo 1

Historia de la Promoción de la Donación

Cristina Arbona Castaño. Médico, especialista en Hematología y Hemoterapia. Directora del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: arbona_cri@gva.es

Sabin Urcelay Uranga. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de la unidad de promoción y extracción del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Gipuzkoa. España. Email sabin.urcelay@gmail.com

Cronología del conocimiento de la sangre y su utilización terapéutica

Desde siempre nos han enseñado que para poder entender la actualidad y planificar el futuro debemos mirar atrás y conocer la historia.

Probablemente nuestros antepasados, habitantes de las cavernas, ya intuyeron la importancia de la sangre, ese líquido rojo brillante que se derramaba y fluía con las heridas cambiando de color y de estado, con su sentido mágico y misterioso.

Las antiguas civilizaciones, sumerios, egipcios y chinos, demuestran conocimientos esquemáticos y más o menos fantásticos de la circulación sanguínea, incluso describen el papel de la sangre en el transporte de alimentos a todo el cuerpo. Sin menospreciar su papel como "investigadores", recordemos que en aquel entonces se asociaba la práctica de la medicina a los rituales mágicos y religiosos: el hombre tenía la creencia médica que la composición de la sangre era el determinante central de la salud o la enfermedad, podría ser el transportador de "malos humores o toxinas" y que era necesario eliminarlas del torrente circulatorio para recobrar la salud y el vigor vital.

Tanto durante la etapa de la civilización griega como durante la dominación romana, la mayoría de los estudios médicos nos fueron legados por los sabios de las escuelas griegas de medicina. Hipócrates en el siglo V (a dC) decía: *"Sangra en las afecciones agudas, si la enfermedad parece fuerte y los pacientes se encuentran en el vigor vita"*. Pero de todos ellos el nombre más celebrado fue, sin duda, el de Galeno (129-216 dC), cuyo prestigio se extendió durante siglos por el mundo médico. Los escritos de Galeno sobre la sangre fueron de gran importancia para el progreso del conocimiento. No teniendo una idea clara de la forma en que se realizaba la circulación, postulaba que existían dos sistemas sanguíneos, uno relacionado con la sangre roja viva y el otro cargado de sangre oscura. Sus ideas tuvieron amplia difusión y permanecieron como indiscutibles hasta el Renacimiento. Durante este tiempo la medicina del medioevo consideraba que la sangre contenía elementos vitales, así era creencia generalizada que mediante las sangrías se eliminaban los humores malignos y los enfermos podían mejorar.

Coincidiendo casi con el descubrimiento de América, tuvo lugar el primer intento documentado de usar la sangre para curar: en julio de 1492, el Papa Inocencio VIII fallecía tras un intento fallido de eliminar su sangre enferma mediante sangrías y ser sustituida mediante la administración de una "transfusión vía oral" que un médico judío, cuyo nombre se ha perdido en la historia, llevó a cabo usando la sangre de tres niños de diez años de edad, que también resultaron muertos en tal operación.

El primero en enfrentarse a los dogmas de Galeno fue Miguel Servet (1509-1553): descubrió la circulación pulmonar y la función de la respiración en la transformación de la sangre venosa en arterial. Por defender sus ideas y descubrimientos fue procesado y condenado a morir en la hoguera. William Harvey (1578-1657) puso término a la sumisión ciega de la medicina a las teorías de Galeno. Realizó la primera descripción correcta, basada en la observación, de lo que en realidad pasaba en nuestro organismo, de cómo la sangre fluye en el cuerpo humano por arterias y venas recirculando de manera constante por el cuerpo, poniendo cuestionando la creencia galénica de que la sangre era producida diariamente en el hígado a partir de los alimentos, desapareciendo después en el organismo. Y, unos años después, Malpighi mediante el uso de un microscopio, consiguió cerrar el círculo que une la circulación arterial y venosa, al describir los finos vasos sanguíneos, que denominó capilares, y en los cuales la sangre arterial cede el oxígeno y cargándose de anhídrido carbónico, se transforma en sangre venosa.

Este descubrimiento permitió derivar la atención del sistema circulatorio hacia la propia sangre, posibilitando comprender mejor, interpretar y consecuentemente estudiar, investigar y descubrir, las funciones que corresponden a la sangre en la intimidad de los tejidos. Gracias también al microscopio, un naturalista holandés llamado Jan Swammerdam (1637–1680) observó por primera vez los hematíes, comprobando que la sangre no era un simple fluido rojo, sino algo más complejo. Durante el siglo XVII se publican trabajos sobre la clarificación de los fenómenos químicos de la respiración.

A medida que se iba progresando en el conocimiento de la sangre, los médicos comenzaron a pensar en la posibilidad de sustituir la sangre perdida para curar, en vez de lo que hacían hasta entonces: sangrar a sus pacientes. Las primeras transfusiones con éxito de las que hay conocimiento datan de 1665 en Inglaterra, donde el médico londinense Richard Lower (1631–1691) consiguió hacer transfusiones de un perro a otro. Tras el éxito de esta primera experiencia, Denys (1643-1704) realizó una transfusión de sangre de carnero a un joven de 15 años al que previamente había sangrado, el muchacho sobrevivió pero su estado no registró mejoría. Tras la muerte de otros pacientes en los que repitió la experiencia con mayor cantidad de sangre, las transfusiones fueron prohibidas por las autoridades de algunos países.

Aunque diversos candidatos (Tardi, Major, Physick) se disputan el honor de haber sido los primeros en transfundir sangre humana, es al obstetra británico James Blundell (1790-1878) al que se le atribuye, de forma universal, la primera transfusión con sangre humana en 1818. Este fue también un innovador, mejorando las técnicas de punción y desarrollando instrumental específico para la punción y transfusión brazo a brazo. Sus pacientes fueron mujeres con hemorragias postparto; y habitualmente los dadores eran sus esposos; como era de esperar los resultados fueron variables, siendo frecuentes los fracasos y las muertes. A finales del siglo XIX la transfusión de sangre humana era un acto médico de tipo heroico y se practicaba con la clara noción de su elevado riesgo, sólo intentado en causas desesperadas, cuando parecía que nada más podría salvar la vida del paciente.

Durante el final de este siglo se describen los glóbulos blancos y las plaquetas como otros componentes sanguíneos, y también los fenómenos patológicos derivados de la transfusión: agregación, hinchazón y destrucción de los glóbulos rojos, es decir, la hemólisis.

En 1900, Karl Landsteiner (1868-1943) describe la existencia de sustancias químicas características en la superficie de los glóbulos rojos. Se podían agrupar las personas que poseían glóbulos con características idénticas y diferenciarlas del grupo o grupos con características distintas. Nacían así los llamados grupos sanguíneos. Los tres tipos de glóbulos descubiertos inicialmente por Landsteiner fueron designados por él como pertenecientes a los grupos A, B y 0. Unos años más tarde añaden el tipo AB, completando el *sistema de grupo ABO*. Aunque Landsteiner sugirió la aplicación de esta clasificación a la práctica transfusional, no es hasta 1907 en que Hektoen señala la importancia de estos descubrimientos y el papel que juegan en la génesis de las reacciones transfusionales; para evitarlas sugiere comprobar mediante *prueba cruzada* la compatibilidad donante/receptor antes de la transfusión.

Fueron describiéndose progresivamente más antígenos de grupo sanguíneo, siendo otro hito fundamental el descubrimiento en 1940 por Lansteiner, Wiener, Levine y Stetson del factor Rh; 85% de las personas son Rh positivas (poseen el *factor Rh* en sus glóbulos), y el 15% restante carecen de dicho factor y por tanto son negativas.

El conocimiento de los sistemas de grupos sanguíneos AB0 y Rh hizo posible la práctica segura de las transfusiones sanguíneas al establecerse las reglas de compatibilidad y permitió su incorporación a la práctica médica habitual.

En los primeros años del siglo XX las transfusiones se hacían directamente de brazo a brazo, bien a través de jeringuillas o usando el método directo diseñado por Carrell. El gran problema que se planteaba era la rapidez con la que la sangre se coagulaba en la vena del paciente. Por ello, ninguno de estos métodos de transfusión eran capaces de dar respuesta a demandas de sangre masivas o urgentes. Había que buscar una manera de poder conservar la sangre, almacenarla y tenerla en reserva. Convertir la sangre en no coagulable era por tanto un objetivo prioritario.

En 1914, Albert Hustin en Bélgica y Luis Agote en Argentina, comprobaron que el citrato sódico se comportaba como un anticoagulante de la sangre que no dañaba sus propiedades, y gracias a ello se realiza la primera transfusión indirecta en Argentina. Posteriormente Weil incorpora el frío como medio para conservar la sangre extraída y almacenada en envases, y la solución de citrato glucosa desarrollado por Rous y Turner permitió prolongar el tiempo de conservación.

Estos avances en la anticoagulación y conservación de la sangre permitieron que en 1916 los británicos, liderados por Robertson, recogieran y almacenaran sangre durante la I guerra mundial, estableciendo el primer *depósito de sangre* por pocas horas.

La primera institución académica dedicada a la ciencia de la transfusión de sangre fue fundada por Alexander Bogdanov en Moscú en 1925. Bogdanov fue motivado, al menos en parte, por la búsqueda de la eterna juventud, y comentó su satisfacción en "la mejora de la vista, la supresión de la calvicie, y otros síntomas positivos después de haber recibido 11 transfusiones de sangre completa". En 1930, Yurin utilizó sangre de una persona fallecida seis horas antes y logró salvar a su paciente. Aunque no sin reticencias, el método de Yurin fue adoptado en el país, y la sangre de cadáver para transfusiones se siguió utilizando en Rusia hasta bastante después de terminada la segunda guerra mundial.

A finales de 1930 y principios de 1940, la investigación del Dr. Charles R. Drew 's llevó al descubrimiento de que la sangre podía ser separada en plasma y glóbulos rojos, y conservarse por separado.

Es durante la Guerra Civil española cuando comienzan a desarrollarse programas de captación de donantes de sangre para cubrir las necesidades de transfusión destinadas a los heridos. Durante la contienda se realizaron más de 50.000 transfusiones a más de 20.000 heridos, el tema logístico debió constituir un reto importante. La experiencia llevada a cabo por los equipos de transfusión de los doctores Elósegi y Durán, en cada uno de los dos frentes, fue un auténtico banco de prueba para el desarrollo de la hemoterapia moderna.

Por aquella misma época, en 1937, Bernard Fantus crea en el Cook County Hospital de Chicago (EEUU) la primera unidad de conservación de sangre. Denominada inicialmente como Laboratorio de Conservación de Sangre, muy pronto pasó a llamarse *banco de sangre*, nombre que, a partir de entonces es universalmente utilizado. En los años siguientes se van extendiendo los bancos de sangre por todo el mundo.

Sin embargo, es a partir de la II Guerra Mundial, gracias a los avances en las técnicas de conservación, la separación de los componentes sanguíneos y el desarrollo de los bancos de sangre, cuando la transfusión alogénica se convierte en un recurso terapéutico habitual en los hospitales.

En 1940, E. Cohn desarrolla el método de fraccionamiento del plasma para obtener albúmina, fibrinógeno y gammaglobulinas para uso clínico. La albúmina fue usada por primera vez para tratar el choque en las víctimas del ataque a Pearl Harbor. En las tres décadas siguientes se van desarrollando nuevos anticoagulantes y soluciones conservadoras, que permiten usar un volumen más reducido del líquido a infundir en el paciente. En 1945 Coombs, Mourant y Race describen el uso de la globulina antihumana y el *test de Coombs* para identificar los anticuerpos incompletos.

Una de las aportaciones que más a colaboró en el desarrollo técnico de los bancos de sangre fue la introducción del material plástico como recipiente para recoger la sangre donada. Fueron Carl Walter y W.P. Murphy quienes en 1.950 comenzaron a utilizarlas. Otro de los hitos en la historia de la moderna transfusión se produce en 1960 cuando Salomon y Fahey publican sus resultados sobre el procedimiento de aféresis terapéutica, que serviría a partir de la década siguiente para la donación específica de componentes sanguíneos. En 1961 se demuestra la acción antihemorrágica de la transfusión de plaquetas.

Tras la confirmación de la transmisión del virus de la hepatitis B a través de la sangre, comienza la era de la seguridad en la transfusión de sangre: en 1971 se empieza a aplicar el análisis para detectar el virus causante de la hepatitis B en las unidades de sangre donadas, en 1985 el del VIH y en 1987 el del VHC, hasta llegar al acortamiento al máximo del periodo de ventana de las infecciones víricas con las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos (NAT) en 1999 y a partir de ahí, otras pruebas de cribado a los donantes para algunas posibles

infecciones emergentes que puedan ser transmitidas por la sangre. Posteriormente se incorporan las técnicas de atenuación e inactivación viral.

Paralelamente a todos estos avances técnicos, en la década de los 50 comienzan las operaciones a corazón abierto que unidas al desarrollo de las intervenciones traumatológicas hacen crecer la utilización de las transfusiones de una manera explosiva. Para cubrir estas necesidades, durante muchos años convivieron las donaciones remuneradas con las donaciones altruistas pero, con el nacimiento de la época de la seguridad en la sangre, pronto se demostró que las donaciones remuneradas presentaban mayor riesgo de contaminación, y algunos países comienzan a prohibir este tipo de donación.

Necesidad de potenciar la donación de sangre. Inicios de la Promoción durante la II Guerra Mundial

Hoy tenemos claro que la sangre es un derecho y una necesidad: sin sangre no hay vida, esta no se puede fabricar, hay que recibirla con la cantidad y calidad suficiente y en el momento y lugar que se necesite. Lógicamente, sin la existencia de los donantes de sangre sería imposible que la medicina transfusional se hubiera podido desarrollar. Desde que en 1818 Blundell realizara la primera transfusión con sangre humana la unidad indispensable siempre fue el *sujeto* del que procedía dicha sangre. No es hasta que se desarrollan las diferentes técnicas de anticoagulación y conservación de la sangre cuando ésta comienza a usarse de manera más generalizada y, con este incremento, se vio la urgencia de potenciar la donación de sangre como única vía de poder cubrir las necesidades generadas.

El primer organismo que se encargó de realizar de forma coordinada la donación de sangre y de alguna manera mantener una base de donantes activos y por lo tanto de la primera forma de promoción, fue La Cruz Roja. Esta organización fundada en 1863 por el suizo H. Dunant con el fin de "crear sociedades de socorro de voluntarios en tiempos de paz, capaces de cuidar de los heridos en tiempos de guerra", fue diversificando sus labores de voluntariado. En 1921 creó en Londres, bajo el impulso de PL Oliver, un *Servicio de Donantes Ambulantes*, con un fichero de donantes voluntarios clasificados por grupo y un teléfono para localizarlos; así cuando era necesaria su sangre, se les llamaba para la transfusión inmediata, este sistema posteriormente sería copiado en otros hospitales europeos. En Francia el Dr. Tzank organizó en 1923 el primer centro de transfusión en el hospital Saint-Antoine de París. Los primeros resultados que obtiene son espectaculares; un año más tarde el número de muertes por hemorragia postparto se redujo de doce a solo una en dicho centro; es por ello que estas organizaciones fueron creciendo y extendiéndose por los distintos departamentos franceses y con ello aumenta la necesidad de tener donantes disponibles por toda Europa.

En otros casos, la donación fue estimulada con retribuciones económicas, principalmente en el periodo de entreguerras, cuando la necesidad de sangre no parecía tan acuciante. Así años más tarde, en 1926, debido a la resistencia de los potenciales donantes de sangre, la Cruz Roja en Bélgica llegó a pagar a cada donante 400 francos belgas (10 euros) por medio litro de sangre. Si al donante se le llamaba de forma urgente, se añadían 50 francos belgas (1,25 euros) por la donación. Para hacernos una idea, en aquellos años los trabajadores ganaban aproximadamente 235 francos belgas mensuales, es decir, por donar recibían casi el doble de un sueldo. Gracias a ello, se logró que hubiera cerca de 8.000 donantes de sangre en el país. Recordemos que en estos años, la mayoría de las transfusiones se realizaban todavía brazo a brazo, usando diferentes dispositivos, y aunque ya se empleaba el citrato, se pensaba que si no se transfundía rápidamente, la sangre se desnaturalizaba.

Sin embargo, la experiencia desarrollada durante la Guerra Civil Española va a iniciar el cambio de la noción de la transfusión. Durante la misma se emplea, por primera vez, un sistema organizado para el suministro de sangre conservada hacia el frente. Tanto Federico Durán como Carlos Elósegui, directores de los servicios de transfusión sanguínea del Ejército Republicano y de las Fuerzas Nacionalistas, fueron innovadores en el campo de la transfusión de sangre indirecta. Crearon, casi de la nada, los *bancos de sangre* en Barcelona y Madrid, capaces de suministrar sangre en grandes cantidades a ejércitos en campaña y a practicar transfusiones en condiciones difíciles y a menudo peligrosas. La población civil española de ambos bandos respondió masivamente al llamamiento para donar sangre. Además, también tuvieron que luchar contra un sistema, que todavía abrazaba firmemente la creencia en la superioridad de la transfusión directa, brazo a brazo e intentar convencer a sus compañeros médicos del valor de lo que estaban haciendo. Durán publicó en 1939 en *The Lancet,* su experiencia con la transfusión de 9.000 litros de sangre, recogidos en unas ampollas con citrato-dextrosa en unidades de 300 ml listas para poder ser infundidas, extraídas a donantes en la retaguardia y transfundidos en el frente varios días después. Sin embargo, es Norman Bethune, médico canadiense que trabajaba en el Instituto de Transfusión Hispano-Canadiense de la calle Príncipe de Vergara, el considerado por muchos historiadores como el inventor

de las unidades móviles y por ende de las UCIS móviles. Tuvo la idea de equipar camionetas con instrumental médico, reservas de sangre y neveras, así por primera vez en la historia transportaban la sangre a los heridos y no al revés.

Durante la II Guerra Mundial, la red de donantes europeos fue extendiéndose por todos los países en su afán de colaborar de alguna forma en la guerra y así poder ayudar a los soldados y población civil herida. Se organizaban extracciones mediante camiones ambulantes y se establecieron servicios especiales para enviar dicha sangre al frente. En la Francia libre se comienzan a organizar las llamadas "Journées du sang" en distintas ciudades con el lema "ningún soldado herido morirá por falta de sangre" y que permiten mantener el abastecimiento de sangre hacia el frente.

En EEUU las cosas habían evolucionado de forma diferente. Después de la apertura del primer banco de sangre en el Cook County Hospital (Chicago), estos fueron extendiéndose progresivamente por el país, y los hospitales fueron desarrollando su propio sistema de captación de donantes, basado fundamentalmente en la donación retribuida. Dada la corta caducidad de las unidades obtenidas, se conservaba solo unos días y la mayoría caducaba, solo los grandes hospitales podían permitirse disponer de un servicio de este tipo. Cuando EEUU entra en el conflicto armado, tras el ataque a Pearl Harbor, la Cruz Roja, ante la solicitud del ejército, también inició un programa nacional de donación sangre, basado en la donación altruista, el cual llegó a recolectar 13,3 millones de unidades de sangre para el uso de las fuerzas armadas.

La importancia de esta campaña fue crucial, pues demostró el valor de la publicidad y la promoción para la donación; se constituyó un Servicio de Donación con su director, cuya función era coordinar todos los asuntos promocionales y ayudar a los centros de donantes en publicidad y reclutamiento. Por lo tanto, todas las actividades relacionadas con la promoción y las relaciones públicas se coordinaron estrechamente con los aspectos administrativos y técnicos tanto a nivel nacional como local. Se preparó y distribuyó a los centros de donantes una gran variedad del material promocional, con carteles, folletos, fotografías; incluyendo anuncios en radio y periódicos. Dado que esto no pareció ser suficiente se implementaron planes especiales como visitas casa a casa por voluntarios de la Cruz Roja, miembros de la Cruz Roja Juvenil, Boy Scouts y otras organizaciones, participaciones en los colegios para inducir a donar a los padres. Posteriormente se establecieron las primeras campañas dirigidas para extraer sangre a grupos específicos de la población; la primera de ella se estrenó con los grandes sindicatos. A petición de estos, se elaboró un plan para que desde las organizaciones locales de la Federación Americana del Trabajo, el Congreso de Organizaciones Industriales y las Hermandades Ferroviarias promovieran las donaciones entre sus afiliados y directamente en las empresas donde estos trabajaban, asegurando un número de donaciones fijo a la semana. Si bien no se dispone de cifras exactas, se cree que al menos 20.000 organizaciones empresariales e industriales participaron en esta fase del programa que produjo más donantes que cualquier otro utilizado. Como vemos, la historia actual de la donación como hoy la entendemos ya se estaba desarrollando. Una anotación: en un país en el que los negros y blancos viven separados, la sangre de los negros no se aceptaba, hasta que en 1942 la Cruz Roja admite a donantes de raza negra.

En junio de 1944 se produce el desembarco de los aliados en la costa de Normandía. Junto con esta gran operación militar se realizó una extraordinaria campaña logística que permitió el transporte de miles de litros de sangre, la primera de la historia, y que permitió que a menos de una semana de haber sido donadas, las unidades de sangre estuvieran listas para ser usadas en el frente. Gracias a ello, multitud de soldados que en guerras precedentes habrían muerto, salvaron la vida.

Como vemos, las guerras han representado siempre un importante impulso para el desarrollo de la ciencia, incluido el campo de la hemoterapia. Si bien es cierto que entre la primera y segunda guerras mundiales hubo progresos, el aumento de las necesidades en los momentos de guerra, y las situaciones de urgencia que éstas propician, posibilitaron la experimentación y la puesta en marcha de proyectos innovadores que ya hemos descrito anteriormente y también permitieron desarrollar las primeras campañas masivas de donación, como lo demuestran la multitud de folletos y posters desarrollados para inducir a la población a donar sangre con el fin de ayudar a los soldados.

Nacen las primeras organizaciones

La transfusión se generaliza tras la guerra, al observarse los grandes beneficios de la misma, y es por ello que la demanda de donaciones se incrementa de manera muy significativa en los años siguientes.

Ya antes de la II Guerra Mundial, en 1935, se organizó en Roma un Congreso Internacional de Transfusión Sanguínea en el que estaban representadas 20 naciones y 8 sociedades de la Cruz Roja, durante el mismo decidieron crear una sociedad para discutir todos los problemas derivados de la sangre. Por entonces la transfusión se consideraba como un remedio no solo para las hemorragias, también para tratar infecciones,

la malnutrición, e incluso la astenia generalizada. No obstante la constitución oficial de la Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea (ISBT) no se hizo hasta el año 1937 durante el congreso celebrado en París. Con mucha dificultad, tras la guerra se reanudan los congresos de ésta sociedad a partir de 1947, y han continuado hasta la actualidad. Durante unos años se celebraron conjuntamente con los de la Sociedad Internacional de Hematología, pero luego por separado al constatarse una ruptura de intereses; los temas que podían ser del interés para los médicos transfusores no lo eran en muchos casos para los hematólogos clínicos y otros especialistas, como los cirujanos o ginecólogos, que estaban interesados en los temas de transfusión pero no en los de hematología, fueron algunos de los argumentos expuestos para ello.

En Europa después de la II Guerra Mundial, la donación continuó cimentada en los principios de altruismo y voluntariedad que había regido en la contienda. Los antiguos servicios de donantes ambulantes se fueron transformando en los bancos de sangre de los hospitales y luego en los centros de transfusión al ir desarrollándose los sistemas de almacenamiento de los distintos componentes. Ya no era necesario que el donante estuviera presente en el momento mismo de la transfusión. La donación se podía programar, a los donantes se les podía organizar.

La situación en EEUU evolucionó de forma diferente. Por un lado, la Cruz Roja Americana que durante la guerra había promovido la donación voluntaria, vio durante unos años limitada su actuación para la donación altruista en algunas asambleas locales. La donación retribuida y la familiar volvió a convertirse, como antes de la guerra, en el sistema básico de obtención de donaciones.

En el resto de países del mundo durante buena parte del siglo XX la donación de sangre fue desarrollándose de manera muy desigual. Las donaciones de sangre eran habitualmente retribuidas o familiares de reposición, con una carencia por lo tanto significativa.

La Asociación Americana de Bancos de Sangre (AABB) se funda en 1947 con el fin de apoyar y fomentar la investigación en el uso de la sangre y sus componentes, impulsando el intercambio de información científica y extendiendo normas de buenas prácticas para los bancos de sangre. Ya en 1948, la Cruz Roja Americana presenta el primer programa civil nacional de donación de sangre voluntaria, que fue implementando poco a poco en los diferentes estados; esta entidad a fecha de hoy, todavía abastece cerca del 50 por ciento de la sangre y de los productos sanguíneos en EEUU. Sin embargo, durante muchos años, el 50% restante de la sangre se obtenía de manera desorganizada, basándose en muchos sitios en la donación retribuida, o de forma conjunta con la de donantes altruistas, sin realizarse una verdadera estimación de las necesidades.

En el continente europeo, el fin de la guerra llevó a la organización de muchos de los servicios nacionales gubernamentales en relación con la transfusión y la donación. Así en Inglaterra se creó el Servicio Nacional de Transfusión que heredó los donantes del primer panel de donantes voluntarios creado por Percy en 1921 y transformado posteriormente en los donantes de la Cruz Roja Británica.

En Francia se había creado durante la guerra el *Centre National de la Transfusion Sanguine* en París para abastecer de sangre a los ejércitos en el frente y este continuó su labor al acabar la misma, los donantes acudían a él para realizar su donación. Pero la verdadera organización de la donación en la Francia de la postguerra surge a raíz de un accidente, en marzo de 1949, cuando una explosión en una pequeña fábrica a las afueras de París produce graves quemaduras a tres personas y necesitan ser tratadas con plasma en grandes cantidades. El alcalde de la ciudad propone realizar un llamamiento a la población para que donen sangre, pero sugiere que no tengan que trasladarse a París para hacerlo, sino que lo hagan en el mismo pueblo y que esa sangre extraída sea trasladada a París para ser procesada y obtener el plasma necesario. A partir de entonces, la donación en París se organiza mediante equipos móviles que se desplazan a los barrios, pueblos y ciudades que previamente han sido informados a través de carteles, radio, películas, conferencias. Esta labor informativa fue realizada por los propios donantes que constituyeron el embrión de la Agrupación de Donantes de Sangre Voluntarios y fue extendiéndose por todo el país, organizándose alrededor de los grandes centros de transfusión. La primera ley que define la organización de la transfusión de sangre en Francia y regula los principios éticos de la donación de sangre en base al no comercio con la misma data de 1952.

Pero la primera organización propiamente dicha de donantes con ánimo verdaderamente de proyección exterior y de difusión del mensaje solidario y altruista se había fundado realmente en Italia. En 1927 el Dr. Vittorio Formentano instauró una organización de donantes voluntarios en Milán: *Associazione Volontari Italiani Sangue (AVIS).* Los objetivos del grupo eran "organizar una red de donantes regulares bajo constante control médico, para luchar contra el comercio de la sangre, para difundir la idea de que la sangre es un regalo natural y anónimo y para mejorar el conocimiento científico de la práctica de la transfusión". La organización se desa-

rrolla rápidamente a través del norte de Italia. En 1934 el Duce emitió un decreto pidiendo a la organización añadir una "F" de *fascista,* a su acrónimo. Tras la guerra, en una Italia perdedora, esta organización perdió fuerza como consecuencia de haber llevado la "F", y la nueva República encargó de la responsabilidad de la donación de sangre a la Cruz Roja Italiana. La importancia de la asociación y la presión política ejercida permitió que en 1950 la AVIS fuera nuevamente reconocida por el gobierno.

A su semejanza se crearon otras organizaciones por Europa y EEUU, que concluyó con la creación de la Federación Internacional de Organizaciones de Donantes de Sangre fundada en 1955; actualmente constituida por 72 miembros, su principal objetivo es la autosuficiencia en la reservas de sangre procedentes de donantes voluntarios y la armonización de los estándares de seguridad en los procesos de hemodonación. Las Asociaciones de Donantes empezaron a jugar un papel importante en la difícil tarea de obtener donaciones.

En España en 1957 se crea la primera Asociación de Donantes de Sangre en relación con el "Servicio Permanente de Transfusiones de Sangre de Navarra" con los siguientes fines: ayuda mutua, protección, mantenimiento de franca camaradería entre sus miembros y ayuda al prójimo mediante la donación. Tras la de Navarra en la década de 1960 nacen algunas asociaciones locales o provinciales que se agrupan en la Federación de Donantes de Sangre Altruistas (FAEDAS). A partir de 1965 se crean las primeras Hermandades de Donantes de Sangre de la Seguridad Social. La Hermandades nacen con el objetivo de lograr las donaciones necesarias para aquellos hospitales públicos a las que estaban adscritas. La relacionada con el Hospital La Paz en Madrid fue la más grande. Estas Hermandades representaron el impulso definitivo de la hemodonación altruista; en 1971 se las dota de personalidad jurídica y se las tutela por parte del Ministerio de Trabajo. En 1988 se crea la Federación Nacional de Donantes de Sangre (FENADOSE) englobando también las Asociaciones que formaban parte de FAEDAS.

Como vemos el valor e importancia de estas asociaciones dentro del sistema transfusional de los diferentes países es muy variable, siendo dependiente de muchas circunstancias históricas, regionales, del propio valer de las personas que integran la misma asociación y la lideran, y también del peso establecido para la misma que se le haya otorgado desde el centro de transfusión. Aparte de estar integradas por los propios donantes, existen voluntarios a los que se les permite una oportunidad de colaborar con la sociedad, difundiendo el mensaje de la necesidad de donar y colaborando en las tareas no médicas del acto de la donación, con el proyecto final de vigilar los principios éticos sobre la no comercialización y no discriminación de la sangre donada y de exigencia en la incorporación de los avances tecnológicos que incrementan la seguridad de sangre, actuado como imagen y como fuerza de presión pública para conseguir dichos fines.

Mientras tanto, en España, finalizada la contienda, en 1940 se funda el Instituto Español de Hematología y Hemoterapia (IEHH) en Madrid, al frente del cual está el Dr. Elósegui durante 33 años. El Dr. Durán tras la contienda se vio obligado a exiliarse a Inglaterra, allí participo en el desarrollo hemoterápico de ese país, lo que fue fundamental para los aliados durante la II Guerra Mundial. El IEHH sirve como soporte asistencial a la medicina española, con el suministro de decenas de miles de litros de sangre, formación para numerosos especialistas que difundieron sus métodos, el instrumental y los medios técnicos, y con la publicación de la revista *Sangre* para la transmisión de los avances en la especialidad. En el año 1956 se crean los Servicios Regionales de Hemoterapia en hospitales públicos de nueva inauguración, que constituyeron el núcleo de origen de los Servicios de Hematología y Hemoterapia. Estos profesionales se constituyen en organización en 1959 dando paso a la AEHH (Asociación Española de Hematología y Hemoterapia). Durante años, la donación y la práctica transfusional del país fue asumida por estos Servicios Regionales, algunos Hospitales Universitarios y los centros de la Cruz Roja de las diferentes provincias. Con el decreto 3326/1965 de 28 de octubre se crea la Red Nacional de Bancos de Sangre que trata de organizar la donación y transfusión. Solo en los bancos de sangre autorizados se permite esta actividad, sin embargo esta norma fue totalmente incompleta ya que se sigue permitiendo la donación retribuida, no se controla el cómo y quién efectúa la extracción ni la transfusión, ni tampoco existen guías ni normas de las pruebas a efectuar previas a la transfusión. Sin embargo, hasta los años 70, y debido a la falta de infraestructura necesaria, la transfusión solo se contemplaba como una actividad ligada al acto de transfundir como y cuando se podía y, evidentemente, no existían campañas de donación, el fraccionamiento era prácticamente desconocido y la inmunohematología inexistente. De forma esporádica, la sangre se compraba a donantes remunerados y, en la mayoría de hospitales públicos y privados, se disponía de un amplio listado de donantes de este tipo para cuando hiciese falta. La mayor cantidad de sangre se obtenía, en primer lugar, de los familiares de los pacientes que precisaban o presumiblemente iban a necesitar una transfusión de sangre, es decir la donación de reposi-

ción. La búsqueda de sangre se convertía en una dura labor para los familiares de los enfermos.

Dentro de la AEHH los profesionales de la hemoterapia se organizan para crear el PABAS (Programa de Acreditación de Bancos de Sangre) en 1972 en cuyo Libro Verde establecen unas normas de calidad para los Bancos de Sangre. Esta organización y posteriormente el CAT, su sucesora, han elevado los centros y servicios de transfusión del país al nivel europeo.

La Organización Mundial de la Salud en 1997 decide impulsar las donaciones de sangre voluntarias en todo el mundo y se marcó el objetivo a conseguirlo para el 2020 (Resolución WHA63.12). De la misma manera, la Resolución CD 41R15 de 1999 de la Organización Panamericana de la Salud insta a sus estados miembros a que "promuevan el desarrollo de Programas de Sangre con base en la donación voluntaria, altruista y repetida de sangre como uno de los indicadores del desarrollo humano de la población y de la garantía de la calidad".

Principio de voluntariedad

En 1971 comienza un debate mundial sobre la sangre como mercancía, tras la publicación del libro de Richard Titmuss, "The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy". Este autor defiende claramente la donación altruista y basa su postura en cinco líneas de razonamiento. En primer lugar, muestra hasta qué punto el sistema basado en el mercado es propenso a la escasez y supone un coste económico cada vez más elevado. En segundo lugar, advierte que la sangre obtenida por el sistema de compra puede tener un mayor riesgo de contaminación. En tercer lugar, nos encontramos con argumentos de justicia y deshumanización, cuando la sangre entra en el mercado son los pobres los que la venden y los ricos los que con mayor frecuencia la reciben y se convierten en mercancías sujetas a precio. En cuarto lugar, cuando se pasa del altruismo a la venta descienden las donaciones voluntarias y se empobrece la vida moral y cívica de la sociedad. Por último, en quinto lugar, su postura es contraria al argumento de que los comportamientos éticos y altruistas son una mercancía escasa que debemos economizar para emplearla únicamente en situaciones y momentos en los que no hay más remedio. Este debate hace que vaya imponiéndose el concepto de la donación de sangre voluntaria o altruista. A raíz de su publicación el presidente Nixon encarga al autor dirigir un plan que permita el desarrollo de un sistema de recogida de sangre y distribución a nivel nacional seguro, rápido y eficiente y que finaliza con la imposición de la donación de sangre voluntaria en 1975 para EEUU.

La resolución WHA28.72 adoptada en la 28ª Asamblea General de la OMS en 1975 marca el inicio de la donación altruista a nivel mundial, insta a los estados miembros a "promover el desarrollo de servicios nacionales basados en la donación de sangre voluntaria no remunerada". Sin embargo, 42 años después estamos todavía lejos de conseguir el acceso universal a la transfusión de sangre segura. Como ya sabemos, aún hoy en día esta práctica no es global, en muchos países todavía se impone la donación retribuida o de reposición y en ellos es en los que se demuestra mayor carencia de suministro adecuado.

Poco más tarde, la Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre elabora el Código de Ética para la donación y transfusión de sangre en el año 1980, que fue posteriormente aprobado por la XXIV Conferencia Internacional de la Cruz Roja en 1989. En consenso se ratificaron los principios éticos de voluntariedad, anonimato y altruismo del donante de sangre. Recordemos que desde 1936, el movimiento de la Cruz Roja Internacional ha destacado los valores de humanidad, solidaridad, altruismo e imparcialidad de la donación de sangre.

Aunque ya antes Europa ha proclamado su alineación con la donación voluntaria, la Directiva 2002 de la Comunidad Europea, por la que se establecen normas de calidad y seguridad para la extracción, verificación, procesamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes, incluye que los estados miembros de la Unión Europea informen sobre las medidas adoptadas para fomentar las donaciones voluntarias y no remuneradas e identifica las medidas que la Comisión prevé adoptar, a fin de promover la autosuficiencia de la Comunidad Europea por medio de estas donaciones.

En España, no es hasta 1985 cuando se publica el Real Decreto que establece la creación del Plan Nacional de Hemoterapia basado en tres objetivos principales: la búsqueda de autosuficiencia en base a la donación altruista, garantías de seguridad para el donante y receptor y uso óptimo de la sangre y derivados. Poco después se inicia su desarrollo con los primeros Centros de Transfusión. Nace en 1989 la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS). Hoy en día, la donación de sangre en España ha conseguido cierto grado de estabilización, con un sistema de transfusiones consolidado y seguro basado en la existencia de donantes altruistas.

Como vemos a lo largo del texto, durante el siglo XX la donación y la transfusión de sangre ha experimentado un vertiginoso avance en todos los aspectos. El contexto bélico, el periodo de prosperidad de entreguerras y el surgir de los movimientos no vinculados a

poderes políticos, van a configurar las nuevas maneras de entender y llevar a cabo la medicina transfusional.

La promoción como necesidad

En los últimos años del siglo XX, el nuevo reto es obtener la conciencia necesaria para que la donación se convierta en un hecho cotidiano de nuestra sociedad. Todos los programas de promoción de la donación persiguen el mismo fin: proveer sangre segura y de calidad, en cantidad suficiente, para satisfacer las necesidades de los pacientes. Pero los métodos y los sistemas por los cuales se esfuerzan para alcanzarlo son diversos ya que dependen, y mucho, de la sociedad a la que va dirigida. La necesidad se centra no solo en captar nuevos donantes, sino en hacer que estos repitan, en concreto, se fidelicen como tal.

Según nuestra revisión, los primeros estudios que informan sobre intervenciones para aumentar la donación de sangre fueron publicados en los años 70. Por lo tanto, es bastante sorprendente que más de cuatro décadas después, el número de artículos disponibles sobre el tema en la literatura científica siga siendo muy bajo. Realmente la literatura se ha centrado principalmente en identificar los motivos que inducen a donar mediante encuestas, con el fin de entender sobre qué población se debe actuar e intentar modificar el cómo hacerlo, pero existen muy pocos de estos trabajos que expliquen de forma adecuada los resultados con un diseño pre y post de un grupo concreto.

¿Qué hace que un individuo dé o no dé sangre?; responder a esta pregunta permite determinar qué individuos pueden ser nuevos donantes y realizar una predicción de nuevas necesidades de donantes para el futuro. Los factores que influyen en la decisión de los individuos de dar sangre son al final un conjunto de características individuales específicas y observables, tales como factores sociodemográficos, y un conjunto de características no observables, como el grado de altruismo, sentimiento de pertenencia a una sociedad que necesita de las donaciones para asegurar las transfusiones cuando sean necesarias. Por otra parte hay razones, muchas veces inconscientes relacionadas con el concepto de "perder sangre", que hacen que personas informadas y que conocen perfectamente el grado de necesidad de las donaciones les dificultan que se hagan donantes. Como ejemplo de esto último basta observar el porcentaje de donantes activos entre el personal sanitario en general y el perteneciente a los Centros de Transfusión en particular, que aunque superan la media del resto de la población es muy inferior a la que se supone que se debería de dar entre una población perfectamente informada.

Teniendo en cuenta lo que afirma DW Huestis: "no hay ningún programa de promoción de la donación de sangre que sea aplicable universalmente, porque no hay dos comunidades que sean iguales", debemos analizar nuestra propia población y diseñar nuestros propios programas de promoción para conseguir esa base estable de donantes fidelizados y establecer la necesidad de nuevos donantes. Pero el dato más importante para todo ello es la educación, la formación sobre la necesidad de la disponibilidad de la sangre y componentes hacia toda la población; a la vez que se intenta contrarrestar aquellos frenos subconscientes que pudieran existir.

Organizar un sistema de promoción de la donación es uno de los garantes para mantener el suministro de sangre adecuado y seguro, consiguiendo una base de donantes activa. El resto de capítulos del libro nos enseñará a realizarlo adecuadamente.

Lecturas recomendadas

- FIODS. Cuatro decenios de trabajo intenso. Transfusión Internacional 1996; 67:4
- Palfreeman L. Spain Bleeds: The Development of Battlefield Blood Transfusion during the Civil War. ISBN: 978-1-84519-717-9. Sussex. Academic Press. 2015.
- Kendrick DB. Blood Program in World War II. Clinical Series, ed. Heaton LD, Coates JB. Library of Congress Catalog Card Number: 64-60006. Washington. Office of the Surgeon General Department of the Army. 1964
- Danic B, Lefrère JJ. De vous à moi, donnez votre sang: Le don du sang, le sang du don. ISBN-13: 978-2915400212. Editions Medi-Tex. 2008.
- Godin G, Vézina-Im LA, Bélanger-Gravel A, and Amireault S. Efficacy of Interventions Promoting Blood Donation: A Systematic Review. Transfusion Medicine Reviews, 2012; 26:224-237.
- Piliavin PA. Why do they give the gift of life? A review of research on blood donors since 1977. Transfusion 1990; 30:444-459.
- Eastlund T. Monetary blood donation incentives and the risk of transfusion transmitted infection. Transfusion. 1998; 38:874-882.
- SITS. Código de Ética para la donación y transfusión de sangre. Transfusion International 1991; 57:6-8.
- Starr D. Historia de la sangre. ISBN 84-406-9441-5. Ediciones B, SA 2000
- Titmuss RM. The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy. ISBN: 978-1565844032. London. George Allen & Unwin Ltd. 1970

Capítulo 2

Historia de la donación voluntaria de sangre en América Latina

Marcela García-Castro Gutiérrez. Microbióloga, Especialista en Bancos de sangre y Gerencia en Salud. Consultora Servicios de Sangre y Seguridad Transfusional. Colombia Email: marcelagarcia.castrog@gmail.com

Introducción

El objetivo de este capítulo es revisar el aporte de varias instituciones al desarrollo de la donación voluntaria (DV) en América Latina[1] como pilar de la seguridad transfusional[2].

A pesar que la promoción de la DV se vio en algún momento como procesos meramente edu-comunicativos, hoy casi 20 años después que América Latina viene trabajando por lograr que el 100% de la provisión de sangre y componentes esté basada en DV, podemos afirmar que para alcanzar esta meta se requiere trabajar en varios frentes: en lograr una posición sólida de los Estados en defensa y promoción de la DV; en alcanzar una organización eficiente de los servicios de sangre, cumpliendo con cánones de ética y estándares técnicos; así como presentando una esmerada atención a los donantes y acceso universal a sangre para transfusión; y por último lograr el apoyo de un conjunto de personas educadas y conscientes de su responsabilidad de donar su sangre de forma altruista y de manera regular, involucrando varios agentes para trabajar en la sensibilización y educación de diferentes grupos de la comunidad.

Conozcamos nuestra historia…

Los 19 países de América Latina hispano parlantes y Brasil estamos unidos por nuestra historia, tradiciones, e idioma. A pesar que los brasileños hablan portugués, los hispanoparlantes nos comunicamos con ellos en ¡portuñol! No obstante, se encuentran grandes variaciones climáticas, étnicas, económicas, políticas y sociales, que no nos permiten hablar de un bloque uniforme de países; con desigualdades en el desarrollo de los países y de sus servicios de salud, incluidos el de la donación, provisión y el uso de la sangre. Por ejemplo, en 2016 en Chile la razón de mortalidad materna reportada (100.000 nacidos vivos) fue de 13,5, mientras que en Guatemala y Bolivia alcanzó el 113,4 y 160,0 respectivamente[3]. En relación a la organización de los bancos de sangre, observamos que en 2015, Nicaragua informó procesar 37.477 unidades por banco de sangre, mientras Venezuela 884 unidades[4]

La diferencia se confirma cuando para 2015, en América Latina se observa que la mediana de la DV de sangre es de 28.46 %, existiendo una

1. Se aclara que la historia no incluye a los países francófonos, ni de habla inglesa Belice, Guyana, Haití y Surinam, porque si bien es cierto que algunos desarrollos pueden coincidir, su desarrollo y contexto han sido diferentes.
2. Plan de Acción para el Acceso Universal a Sangre Segura 2014-2019 OPS/OMS- 2014.
3. Indicadores Básicos Situación de Salud en las Américas OPS/OMS 2016.
4. Informe de medio término Mejorando la Salud Pública a través del Acceso Universal a Sangre Segura Plan de Acción Regional 2014-2019

amplia variación entre las proporciones nacionales que van desde 3,84 hasta el 100% [5] (Figura 1).

En América Latina, como en otras partes del mundo, el desarrollo de la donación de sangre se inició principalmente en el ámbito hospitalario, mediante la donación de reposición. La Cruz Roja (CR) fue la institución pionera en promover la donación voluntaria (DV). Es así, como en los años 80 gracias a la cooperación de los países nórdicos, se apoyó el desarrollo de programas de sangre en las Cruces Rojas de El Salvador, Nicaragua y Honduras estimulando la DV. De modo similar, en Colombia y Ecuador con el apoyo de la CR Alemana y el gobierno alemán, se logró el fortalecimiento de los programas de sangre. Hasta la fecha (abril 2017), con excepción de Nicaragua, la CR mantiene con diferentes grados de desarrollo, sus programas de sangre.

Si bien es cierto pudieron existir otros esfuerzos diferentes a los realizados por la CR para promover la DV, estos no respondían a una política o lineamientos nacionales o de las autoridades del país; se realizaban de manera individual por las instituciones públicas o privadas. Es por ello que podemos afirmar que hasta finales del siglo XX los trabajos realizados para promover la DV, fueron aislados y sin una participación de los Estados.

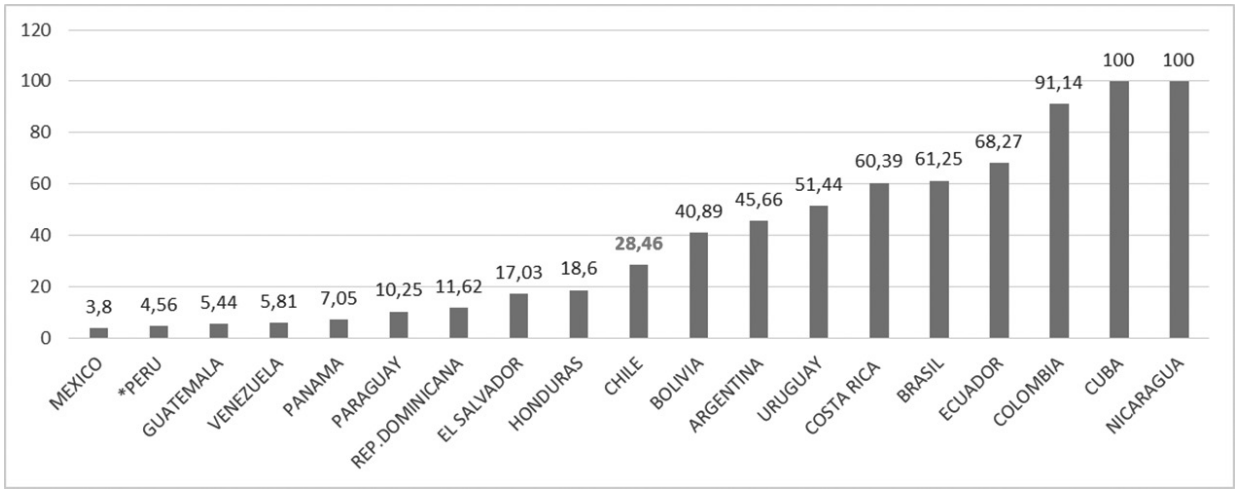
En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por medio de varias resoluciones reconoce y prioriza el tema de la donación voluntaria de sangre (DVS)[6].

En el año 1999, el Consejo Directivo de la OPS/OMS, exhorta a los países a dar mayor prioridad a la seguridad de la sangre; promoviendo el desarrollo de programas nacionales de sangre basados en la DV y la garantía de la calidad[7].

No obstante a partir del año 2000, dos acontecimientos impulsaron la labor de la OPS, que si bien es cierto había estado trabajando en el área de la transfusión y bancos de sangre, su foco principal había sido el tamizaje de la sangre para prevenir la transmisión de infecciones por vía transfusional (Organizacion Panamericana de la Salud, 2003).

El primer suceso fue la proclamación en el desarrollo de la celebración del Día Mundial de la Salud 2000 sobre *"La seguridad de la sangre depende de mí: La sangre segura salva vidas"*[8], generando gran entusiasmo en torno a la provisión de sangre segura. El segundo evento fue la generosa donación de la Fundación de Bill y Melinda Gates que le permitió a la OPS redoblar sus esfuerzos, y en ese mismo año la OPS lanzó su Iniciativa

Figura 1. Porcentaje de Donación Voluntaria en Latinoamérica 2015



Fuente propia datos OPS reporte de medio término del Plan Regional 2014-2019 en América Latina (*Perú, datos de 2013)

5. Ibídem

6. Organización Panamericana de la Salud:
- Resolución CD46.R5) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/273/cd46.r5-s.pdf?sequence=2
- Resolución CD41.R15) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1409/CD41.R15sp.pdf?sequence=2
- Resolución CE142.R5) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6157/ce142.r5-s.pdf?sequence=2
- Documento CD48/11) [consultado el 26 de febrero del 2017]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/385/cd48.r7-s.pdf?sequence=2

7. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de Sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y el Caribe 2010 – 2011. Washington, D.C., Julio de 2013.

8. Esta celebración se realizó de manera conjunta con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, (FICR-MLR)

Regional sobre Sangre Segura. (Organizacion Panamericana de la Salud, 2003), la cual estableció:

1. Alcanzar el 100% de cobertura en la detección de infecciones por VIH, HBV, VHC y sífilis en las donaciones de sangre realizadas.
2. Lograr que el 100% de los bancos de sangre participen en el programa de evaluación externa de la calidad de las pruebas para infecciones transmitidas por transfusión.
3. Llegar al 50% de donantes voluntarios de sangre en cada país
4. Conocer el impacto de la transfusión mediante la identificación y monitoreo para la infección por HCV de un grupo de pacientes politransfundidos.

En los Planes de Acción subsiguientes como el Plan Regional de la OPS para la Seguridad de las Transfusiones 2006-2010[9], se insiste en la DV de sangre, por ello se insta a las autoridades armonizadas con la estrategia global de la OMS:

1. A establecer una red social de voluntarios que ayude a educar a la comunidad, a promover la donación voluntaria de sangre y a atender a los donantes de sangre, prestando atención especial a los programas de jóvenes.
2. A que, excepto en circunstancias específicas de necesidad médica urgente, pongan fin a la donación de sangre remunerada y de reposición para finales del 2010, trazándose la meta de 100% de donaciones de sangre voluntarias, altruistas y no remuneradas, valiéndose de la información obtenida en encuestas socio-antropológicas realizadas en los países, puesto que la obtención de la sangre no es responsabilidad sólo de los médicos en los hospitales.
3. A que pongan fin a la reposición obligatoria de sangre por parte del paciente para finales del 2010.
4. A que intercambien las prácticas óptimas en relación con el reclutamiento y la retención de los donantes voluntarios.

Más recientemente el Plan de Acción para el Acceso Universal a Sangre Segura 2014-2019[10], asigna su segunda línea estratégica para lograr donaciones voluntarias, de la siguiente manera:

1. Integración eficaz y sostenible de los programas nacionales y los servicios de sangre en el sistema nacional de salud para alcanzar la autosuficiencia, seguridad, eficiencia, disponibilidad y el acceso universal a la sangre y sus componentes;
2. Autosuficiencia en sangre y hemocomponentes seguros, mediante el 100% de donaciones voluntarias no remuneradas;
3. Gestión de la calidad en el sistema nacional de sangre y tamizaje para detectar agentes infecciosos transmitidos por transfusión;
4. Vigilancia sanitaria, hemovigilancia, gestión del riesgo, monitoreo y evaluación.

De este modo, la cooperación técnica de la OPS desde el nivel regional, ha estado orientada al desarrollo de diferentes actividades con el fin de apoyar a los ministerios de Salud (MS) a la construcción y mantenimiento de sistemas nacionales asentados en la donación voluntaria de sangre. Dichas actividades han estado encaminadas a fortalecer: 1) la gobernabilidad y rectoría, incluida la integración en redes nacionales de servicios de sangre; 2) la cultura de la donación voluntaria-altruista, 3) la participación de la sociedad civil organizada, 4) la capacidad operativa de los servicios de sangre y 5) el trabajo interprogramático en áreas afectadas por la seguridad transfusional, con los programas de Seguridad Materna y VIH/Sida.

Antes de presentar la información quiero expresar mis agradecimientos a los doctores José Ramiro Cruz López y María Dolores Pérez- Rosales, quienes han sido los Asesores Regionales de la OPS en el tema de sangre y bajo su gestión hemos trabajado varías de las actividades que se describieron. Ellos muy amablemente revisaron y comentaron sobre esta parte de la historia.

En la Tabla 1 se presenta en orden cronológico un resumen de las actividades realizadas por OPS en el nivel regional y los resultados obtenidos. Es importante aclarar que a nivel de los países las representaciones de la OPS, además de apoyar las actividades listadas, pudieron realizar otras labores que no se mencionan en este documento.

[9]. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=28561&lang=es

[10]. Aprobado por el 53° Consejo Directivo celebrado en octubre 2014 (CD53.6).

Tabla 1. Actividades realizadas por la OPS desde el nivel regional, para alcanzar el 100% de donantes voluntarios de sangre en cada país. Resultados. 2000-2016.

1. Fortalecimiento de la gobernabilidad y rectoría	
Actividad	**Resultado**
Consolida y publica datos estadísticos sobre la disponibilidad, seguridad y uso de la sangre y de sus componentes, así como de la organización de los sistemas nacionales de sangre.	A finales de los años 80 inicia la publicación de un documento que reúne los datos que envían los programas nacionales. Entre las cifras que se pueden encontrar, está el número de unidades colectadas por tipo de donantes de sangre; el número y porcentaje de unidades reactivas encontradas en el tamizaje de agentes transmitidos por transfusión. A partir del año 2012 la OPS incluyó la recolección de datos de donantes de sangre como la edad, género, causas de exclusión y donaciones voluntarias de primera vez y repetidas, unificando el formulario con el Global OMS.
Alienta a los MS a nombrar un individuo responsable de la actividad de promoción de la donación voluntaria.	Varios programas nacionales han designado un responsable nacional de promoción entre ellos: Argentina, Bolivia, Colombia Ecuador, República Dominicana y Paraguay entre otros.
Revisa el marco legal en relación a la donación y colecta de sangre, de cada país, a la luz de la ley modelo propuesta por la OPS.	En el año 2004, hace este comparativo encontrándose que en general, todas las regulaciones expresan la intención de alcanzar la DV, aunque no incluyen los temas críticos para promoverla.
Apoya la conformación de la Comisión Andina de Sangre, instancia con llegada directa de los Ministros de Salud de la Subregión.	En el 2015, junto con el Organismo Andino de Salud, trabajan para la formación de la Comisión, la cual en su metas de Plan de trabajo Subregional, incluye el tema de la DV de sangre.
2. Fortalecimiento de la cultura de la donación voluntaria-altruista	
Actividad	**Resultado**
Apoya la realización de estudios de factores socioculturales relacionados con la donación voluntaria de sangre en las Américas.	Entre los años 2000 y 2002 se realizó el estudio en 15 países de la Región, 14 corresponden a América Latina hispano parlante. El estudio identificó los conocimientos, creencias, percepciones, actitudes, barreras y motivaciones de las personas sobre la donación, al igual que exploró sobre los medios más eficaces para transmitir el mensaje. *(García Gutiérrez, Tejada, & Cruz, 2003).*
Elabora y pauta, en televisión y radio, anuncios de interés de servicio público.	Entre los años 2000 al 2005 con el apoyo de personas de la farándula, como el presentador Don Francisco, los cantantes Luis Enrique y John Secada, se elaboraron una serie de anuncios trasmitidos en los Estados Unidos por canales de televisión hispanas, también entregados a los países para ser trasmitidos localmente.
Elabora materiales educativos dirigidos a diferentes grupos poblacionales.	**En 2002 orientado al adulto mayor:** • Curso de capacitación para *"Colaboradores externos de la Donación Altruista"*. La capacitación para voluntarios con el fin de apoyar la atención de donantes de sangre. El material se realizó con el apoyo de la Universidad Católica de Chile. Se diplomaron 25 alumnos en Gerontología Social por la Universidad Católica. **En 2003, enfocado en las autoridades locales:** • En la cartilla para la inducción de alcaldes, iniciativa Municipios Saludables, se incluye información sobre la importancia de la DV de sangre. **En 2003-2004, centrado en los jóvenes**: • Cartilla dadores de vida, construida y validada dentro de la iniciativa de Escuelas Saludables. • Válida y apoya la distribución del video *"Mi sangre tu sangre"* producido por la American Blood Centers, Estados Unidos. **En 2007, dirigido a los periodistas** • CD interactivo Sangre: *Ampliando nuestro conocimiento* **En 2009, encaminado al personal de los servicios, voluntarios y donantes de sangre.** • Documento Elegibilidad para la Donación de Sangre, el cual recopila en forma razonada los parámetros y condiciones que deben ser tomados en consideración para la educación y selección de los donantes de sangre.

Celebra el Día Mundial del Donante.[11]	Desde el año 2005, cuando fue establecida a través de una Resolución de la Asamblea Mundial de Salud, se ha dedicado el día a reconocer y promover la DV. A partir del 2008 la celebración se traslada de Washington DC a los países de la región, y es como Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, Méjico, Nicaragua, y Paraguay han sido anfitriones. Más aún, en el año 2011 Argentina fue sede de la celebración mundial.
3. Fortalecimiento de participación de la sociedad civil organizada	
Fomenta la participación de los Clubes Rotarios en un proyecto piloto, el cual contemplaba las siguientes etapas:1) promover entre sus miembros la DV, 2) desarrollar proyectos conjuntos para promover la DV y 3) ayudar a mejorar la infraestructura de los bancos de sangre.[12]	El Programa Rotario Sangre Segura se inició en el año 2000 con representantes del Distrito Rotario 7620 de Maryland & Washington, D.C. y se conformó un Comité Rotario de Seguridad Sanguínea para su seguimiento. El programa piloto contó con la participación de Clubs Rotarios Estadounidenses, de Bolivia, Colombia, Salvador y Uruguay. Actualmente, el Programa Rotario Sangre Segura sigue activo en Perú en las ciudades de Cusco, Chiclayo, con posibilidad de extenderse
4. Fortalecimiento de la capacidad operativa de los servicios de sangre	
Capacita promotores de la donación voluntaria, utilizando el manual de *Hagamos la diferencia,* producido en inglés por FICRM-LR, por lo que se traduce al castellano y portugués para los entrenamientos.	Entre los años 2002 al 2004 se desarrollaron en 17 países, incluido Brasil, talleres nacionales para capacitar promotores de la donación voluntaria de sangre.
Coordina entrenamiento práctico de cuatro semanas sobre la organización de programas de donación de sangre.	Entre los años 2003 y 2004, gracias al apoyo *United Blood Services*, fueron becadas 26 personas, incluidos varios coordinadores nacionales, para realizar una pasantía de cuatro semanas en el Banco de Sangre de El Paso, Texas.
Apoya la organización del 10º Coloquio Internacional sobre el Reclutamiento de Donantes de Sangre Voluntarios y No Remunerados.	En el año 2006 a través de una alianza FICRMLR, se celebró por primera vez en la región de las Américas, el X Coloquio Internacional. La Sede fue Santiago Chile, donde delegados de todos los países de América Latina tuvieron la oportunidad de asistir, compartir experiencias y llevar trabajos.
5. Trabajo interprogamático con áreas afectadas por la seguridad transfusional	
Trabajo conjunto con el área de salud materna, en países con alta mortalidad materna por hemorragia.	Dentro de la iniciativa *El derecho a la salud materna: acceso a servicios oportunos y de calidad. Cero muertes maternas por hemorragia*, se trabajó el tema de fortalecer la DV en Bolivia, Haití, Perú y República Dominicana. Cada país según su necesidad seleccionó su línea de trabajo.
Trabajo coordinado con el área diversidad cultural.	Adaptación de la *Guía de Entrevista a informantes*, utilizada en la Investigación de Aspectos Socio-Culturales relacionados con DV de sangre, con el fin de permitir la comprensión holística de los aspectos socioculturales y buscando la vinculación regular de minorías a las actividades de DV.
Programas de VIH y Hepatitis	Inclusión de los datos relacionados con la donación de sangre, suministrado por los países de la región, en los planes de acción regionales de hepatitis y HIV.

[11]. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&Itemid=270&gid=32447&lang=es

[12]. Información cotejada con la señora M. Lela Cote, Directora P. América Latina Programa Rotario Sangre Segura Distritos 7610, 7620 & Washington, D.C.USA

En Latinoamérica, otras instituciones han desarrollado gestiones, en dos o más países, encaminadas a fortalecer la DV de sangre. Es el caso de EUROsociAL Salud que en 2009 introduce el concepto de donación voluntaria de sangre como agente de la cohesión social, para ello propone un proyecto piloto en Colombia y Paraguay, el cual se centró en los maestros como agentes para influenciar a la población estudiantil y en los profesionales de la salud vinculados en el nivel primario (enfermeras y médicos) por ser el primer contacto con la comunidad.

Un hallazgo interesante del estudio en Colombia es el hecho que la donación de sangre, aún entre las personas que han sido donantes, no se relacione con un acto socialmente prestigioso. Es decir, las personas no ven la donación de sangre como una forma de relacionarse entre ellas, ni crear identidad social involucrando el prestigio, la dignidad, la categoría y el reconocimiento. El estudio hizo evidente que la donación de sangre es un hecho social individual con diversas motivaciones. Como todo hecho social tiene diferentes formas de expresión, que son modeladas por el entorno como la organización de los bancos, el acceso a la donación y la inclusión de estos en la comunidad. (Beltrán, García, Rodríguez, & Rodríguez, 2009).

El Club 25 fue lanzado en el Coloquio Internacional en Santiago de Chile, puesto en marcha en 15 Cruces Rojas gracias al apoyo de la Cruz Roja Finlandesa. El objetivo del Club 25 es movilizar jóvenes entre los 16 a 25 años de edad para que se conviertan en donantes voluntarios regulares de sangre, con el fin de asegurar un suministro de sangre seguro y adecuado; a la vez, desarrollar actividades de promoción de la salud para fortalecer la capacidad de abordar los problemas sociales que causan desigualdades. El desarrollo de la iniciativa Club 25, varía de un país a otro. No obstante, una contribución del Club 25 en América Latina, fue el lema *Sangre Nueva para el Mundo*, el cual se utilizó en el año 2010, para la celebración del Día Mundial del Donante de Sangre

Más recientemente la Embajada de Activistas por la Paz, una corporación sin fines de lucro, viene desarrollando como un aporte socio-cultural el *Programa Integral de Donación de Sangre: En la Sangre está la Vida*. La iniciativa incluye Argentina, Colombia, El Salvador, México, Paraguay entre otros.[13]

Otros organismos como la Cooperación Brasilera, Francesa, la Federación Internacional de Organizaciones de Donantes Sangre (FIODS), las asociaciones de profesionales nacionales del área y el Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional (GCIAMT) han desarrollado actividades de formación e intercambio sobre el tema de DV de sangre.

Con todo lo anterior, podemos señalar que en América Latina el tema de la DV ha sido abordada en los diecisiete años por diferentes organizaciones y desde distintos niveles de participación: organismos humanitarios, la comunidad, asociaciones de profesionales, y organismos de cooperación internacional. Con los diferentes aportes realizados y gracias a los datos que consolida la OPS, se pueden monitorear los avances. Tomado como punto de partida el año 2000, donde el 94% (16/17) de los países informaron que su colecta correspondía a menos del 50% de DV y para apenas el 6% (1/17/) de países era mayor al 50%. Observamos en 2015, que el 61% (11/18) de los países informaron menos del 50% de DV y el 39% restante (7/18) mayor al 50%. (ver Tabla 2).

Muchos países muestran avances importantes, por ejemplo Colombia y Nicaragua; otros como Cuba mantienen el logro, mientras Argentina, Brasil, Ecuador muestran una tendencia hacia mejorar sus índices de DV; no obstante México, Guatemala y Venezuela siguen reportando porcentajes de donación voluntaria inferior al 10%. (ver Tabla 3).

La defensa de la DV de sangre no es simplemente una postura idealista, sino más bien una cuestión primordial de **SEGURIDAD** en la atención sanitaria, puesto que el principio de *voluntariedad* tiene un doble propósito: no causar daño al donante, ni al receptor de la sangre. Ante la ausencia de un insumo que sustituya las funciones de la sangre y frente a los cambios demográficos y epidemiológicos que enfrentamos,[14] la única respuesta para una provisión de sangre segura, oportuna y suficiente es disponer de un grupo de personas educadas, conscientes, motivadas y dispuestas a donar regularmente.

Para finalizar se analizan los factores comunes de los dos países que han alcanzado y mantenido el 100% de DV, dado que los factores que limitan la DV serán presentados en el capítulo 4.

El caso de Cuba puede ser considerado *sui generéis,* dado que el Estado regula, financia y presta los servicios de salud, bajo el principio de que la salud es un derecho social inalienable[15], incluida la provisión de sangre.

---

13. http://embajadamundialdeactivistasporlapaz.com/es/emap fecha de consulta febrero 21 de 17

14 http://www.paho.org/viruszika

Tabla 2. Número de países y sus porcentaje de logro de donantes voluntarios en América Latina 2000 2005 2010 y 2015

Porcentaje donación voluntaria	2000	2005	2010	2015
0 al 50%	16	14	13	11
51 al 94%	0	3	3	5
95 al 100%	1	1	2	2
Sin información	2	1	1	1

Fuente propia datos informes de OPS

Tabla 3. Porcentaje de donantes voluntarios por país 2000 2005 2010 y 2015

País	2000	2005	2010	2015
CUBA	100	100	100	100
NICARAGUA	37,26	44	100	100
COLOMBIA	29,2	58	77,94	91,14
ECUADOR	30,3	Sin información	38,38	68,27
BRASIL	Sin información	52	64,49	61,25
COSTA RICA	45	59	61,63	60,39
URUGUAY	7,53	26	Sin información	51,44
ARGENTINA	7,22	8	27,23	45,66
BOLIVIA	Sin información	28	32,92	40,89
CHILE	1,2	9	22,33	28,46
HONDURAS	23,57	15	15,84	18,6
EL SALVADOR	12,2	10	10,28	17,03
REPÚBLICA DOMINICANA	24,13	20	24,11	11,62
PARAGUAY	1,7	10	24,79	10,25
PANAMÁ	2,4	3	6,8	7,05
VENEZUELA	0	7	4	5,81
GUATEMALA	0	4	4,75	5,44
MÉXICO	3,58	4	2,38	3,8
PERÚ	13,7	5	4,31	Sin información

Fuente propia datos informes de OPS

En este sentido el sistema de sangre está conformado por los bancos de sangre provinciales y los municipales, de acuerdo con la necesidad asistencial, y en relación con la promoción y captación de donantes de sangre, los Comités de Defensa de la Revolución, (CDR) tienen una importante participación. No obstante, los resultados de una investigación desarrollada, en cuatro bancos de sangre provinciales, utilizando la *Guía Metodológica para investigación de aspectos socio-culturales relacionados con la donación voluntaria de sangre,* de la OPS, indicaron que la mayor parte de los donantes entrevistados había donado anteriormente con un promedio de 33 donaciones durante su vida, y un rango entre 3 a 163. La mayoría había donado 3 o 4 veces al año, a pesar que algunos expresaron que lo hacían cada 6 ó 7 meses y muy pocos una vez al año. Cifras distan de las realidades encontradas en estudios similares en otros países de América Latina. (García Gutiérrez, Tejada, & Cruz, 2003). En cuanto a las razones por las que han donado, se encontró que lo han hecho *"por conciencia", "para ayudar a personas necesitadas", "porque con su acción salvan vidas", "por humanidad", "por compromiso con la Revolución"*, *"cuando ha sido necesario para los CDR"*.[16]

Nicaragua en sólo 2 años, pasó de menos del 50% de DV al 100%. El sistema nicaragüense de sangre se basaba principalmente en donantes de reposición, manejando un sistema de *bono de sangre,* el que se presentaba a la administración del hospital como prueba de haber dado sangre cumpliendo con el requisito establecido[17].

En 2000, se promulga la ley de seguridad transfusional y en el año 2009 se aprueba su reglamento. Dos aspectos a destacar que incluye la Ley: el enfoque inter-programático que le otorga a la promoción de la DV, encargando al Ministerio de Educación, Cultura y Deportes y el Consejo Nacional de Universidades, establecer, respectivamente, en la *currícula* de los programas de educación primaria, secundaria y superior el tema de la promoción y educación de la donación de sangre responsable, voluntaria, altruista y a repetición. El segundo aspecto contempla el tema de financiamiento y los costos de la sangre, prohibiendo la remuneración comercial en los procesos relacionados con el manejo de la sangre, se establece que el costo de procesamiento debe sustentarse con un estudio y el arancel lo decreta el Ministerio de Salud. Considero que estos dos temas abordan dos puntos neurálgicos: amplían los canales de llegada de información a la comunidad y aseguran los recursos económicos.

En marzo de 2009, Nicaragua elimina la donación de reposición y la CRN, que en ese momento era la responsable operativa de la provisión, gracias a su

15. Emma Domínguez-Alonso, MC,(1) Eduardo Zacca, MC, PhD.(2)Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011.

16. Dra. María Elena Alfonso Valdés, Dra. Rosa M. Lam Díaz, Dr. José M. Ballester Santovenia, Téc. Walkiria Cao Fonticoba, Lic. Laura Ballester Planes, Dra. Carmen J. Morales Breijo, Lic. Rodolfo Rubio Rubio, Dra. Luz M. Pérez Torres,Lic. Norma Izquierdo, Dra. Betsy Díaz Fuentes, Lic. Mayelyn Hemdvicksom, Dra. Anesys Cabrera Borges,Dra. Osmeyda Pedroso Alfonso, Lic. Jacqueline Ramos Porto y Téc. Amanda Garbey Hechavarría Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 2002;18(3):

17 René Berrios, Alcídes González, José Ramiro Cruz Achieving self-sufficiency of red blood cells based on universal voluntary blood donation in Latin America. The case of Nicaragua Transfusion and Apheresis Science 49 (2013) 387–396

capacidad y experticia técnica; captó, procesó y distribuyó las unidades necesarias para atender la demanda de los hospitales. El plan para este *cambio* se dio por consenso e involucró a las partes interesadas, siendo liderado por el Ministerio de Salud y recibió el apoyo con participación activa de la comunidad[18].

Otra de las medidas tomadas fue asegurar a la población el suministro de sangre.

Recapitulando en los dos casos presentados podemos señalar:

1. El liderazgo y compromiso de los Ministerios de Salud en alcanzar el 100% de DV. Lograr el compromiso de la autoridad no es tarea fácil, cuando se tiene en cuenta los múltiples y diferentes asuntos que enfrenta permanentemente la cartera de Salud, relacionados con aumento de coberturas, efectividad y eficiencia del Sistema Sanitario. No obstante, los programas nacionales y la Red de Servicios de Sangre, como responsables directos del tema, disponen de importantes herramientas para abogar y asumir una postura clara y fuerte frente a la donación voluntaria. Me refiero al compromiso INTERNACIONAL adquirido por los Ministros de Salud al firmar el Plan Regional y Subregional (Área Andina) de Acceso Universal a Sangre Segura. Estas batallas necesitan disponer de varios aliados estratégicos y qué mejor que establecer alianzas con áreas afectadas por las debilidades de la provisión de sangre y componentes, como por ejemplo Salud Materna, Emergencias y Desastres, entre otras, y a la vez áreas que pueden verse beneficiadas por el programa de sangre como son las áreas de Infecciosas, Promoción y Prevención, Diversidad Cultural etc.
2. El apoyo técnico disponible, es decir, la fortaleza y eficiencia operativa para motivar, atraer y captar donantes de sangre, llevando mensajes claros y ofreciendo un buen servicio a los donantes. Por ello es necesario definir la organización de los servicios de sangre considerando los niveles de atención para la gestión del suministro encaminado al acceso universal y aprovechar las ventajas comparativas que ofrecen los modelos centralizados en relación con la vigilancia y control, la planificación, la garantía de calidad y la reducción de costos.
3. El disponer de un grupo de personas educadas, motivadas y dispuestas a donar su sangre de forma repetida. Para ello es necesario establecer alianzas y lograr que en diferentes escenarios se informe y discuta el tema de la DV. Se debe introducir el tema de la importancia de la donación voluntaria, en diversas agendas de diferentes sectores. El reto que América Latina afronta es importante considerando que la mayoría de los donantes son de primera vez. No obstante, el 43% son donantes jóvenes (entre 18 a 24 años)[19] en consecuencia si se mejorara el *pool* de donantes, podrían permanecer activos por un tiempo importante considerando que el límite superior de edad se puede extender según las condiciones de la población[20]. Para ello es necesario identificar el contexto y elementos claves para actuar en la educación y la gestión del donante apuntando a mejorar la frecuencia de la donación y contribuir a la habitualidad.

Con el relato de estos hechos espero contribuir a avivar la llama de la motivación de los colegas y organizaciones que están trabajando el tema de la DV, y a la vez invitar a la reflexión a los colegas e instituciones que aún no han no se han comprometido con la DV y que permiten la donación de reposición.

18. Ibídem
19. Publicación en revisión
20. Organización Panamericana de la Salud. (2009). Elegibilidad para la Donación de Sangre. Recomendaciones para la Educación y la Selección de Donantes Potenciales de Sangre. Washington DC.

Capítulo 3

Determinantes de la donación voluntaria de sangre y del ciclo de vida del donante

Armando Cortés Buelvas, Md. Patólogo Clínico. Especialista en Mercadeo Estratégico y Gerencia en Salud Director Hemocentro del Valle del Cauca. Cali Colombia. Profesor titular Departamento de Patología. Universidad del Valle. Presidente del Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional. Colombia. Email: acortes59@gmail.com.

La donación de sangre es esencial en la asistencia sanitaria porque la fabricación de sangre aún no ha sido posible y lo seguirá siendo por algún tiempo. Esto convierte el acto voluntario de la donación en una necesidad social que se debe promover para satisfacer la demanda de la comunidad.

En los últimos años existe una tendencia a la disminución de las tasas de donación y de la sangre disponible en la población. Estas proyecciones de déficit significativo no pueden continuar, porque el número de las donaciones podría no llegar a ser suficiente en el futuro cercano.

La disminución de la colecta de sangre se debe en parte a:

1. Con el envejecimiento de la población y las predicciones de un incremento significativo de la proporción de individuos mayores de 65 años en las siguientes dos décadas, y la evidencia que sólo menos del 5% de los individuos dona sangre cada año, la seguridad de un suministro adecuado y seguro de sangre en el futuro es un aspecto de considerable preocupación
2. Una disminución en el número de donantes elegibles por la pesquisa realizada para enfermedades transmisibles por transfusión, restricciones en relación con agentes infecciosos endémicos o emergentes potenciales o conocidos (ej, malaria, dengue, babesia, priones, virus del Nilo Occidental, etc), tendrán un efecto sumatorio en la pérdida de donantes. Estas restricciones afectan la idoneidad de los posibles donantes y se unen a las exclusiones por drogas, el uso de vacunas, y algunos factores del comportamiento. Como resultado neto de estas restricciones es cada vez más difícil encontrar un número suficiente de donantes aceptables, generando pérdida de varios millones de donantes cada año.
3. Se sabe que los esfuerzos en el reclutamiento para expandir la población de donantes, no han tenido éxito amplio, ni han sido consistentes; aun muchos centros han reportado disminuciones en el número de donantes nuevos a pesar del aumento significativo en la financiación de los programas para reclutar donantes El sistema de donación voluntaria alcanza sólo a una minoría de la población adulta; mientras más de la mitad de la población general es potencialmente elegible para donar sangre, menos del 5% lo hace una vez al año Es claro que la orientación actual es hacia la donación repetida, la motivación altruista y el logro de una comunidad orientada hacia el compromiso
4. Por otro lado, la recogida de sangre es un proceso complejo logístico y social. La donación de sangre siempre ha exigido al menos coraje físico, frente a la aguja y la pérdida de un volumen de sangre, aunque sea voluntariamente. Hoy día, la donación también requiere un tiempo para una extensa entrevista que incluye un cuestionario acerca de la salud, viajes,

medicamentos, y comportamiento íntimo que puede ser perturbador para muchos.

El proceso de la donación actual requiere más tiempo para las mediciones de hematocrito, la presión arterial y la temperatura; examen de los brazos; recogida estéril del producto; y atención post-donación, incluyendo la rehidratación y asesoramiento, todo lo cual requiere un mínimo de 40 minutos, incluso aun siendo muy organizado.

Con todo esto, la donación de sangre parece ser más difícil de lo que era hace unos años. El antiguo sistema de hacer llamados directos y colectar unidades de sangre en las bases militares, instalaciones industriales, universidades y en reuniones públicas ya no funciona; porque el personal apto en el ejército se reduce; los industriales están más preocupados por la seguridad y la productividad, los estudiantes universitarios son cada vez más tatuados, y con piercing y sexualmente más activos, y las reuniones públicas, como conciertos de rock se asocia con las drogas, alcohol y conducta indiscriminada.

Los reclutadores se enfrentan a muchos desafíos y frustraciones en su diaria búsqueda para encontrar nuevos donantes y mantener los donantes satisfechos

Por otro lado, con el envejecimiento de la población se necesitan más procedimientos de revascularización de las arterias coronarias, reemplazos articulares, cirugías y tratamiento para el cáncer. En la actualidad, en los países industrializados la mitad de todos los productos derivados de la sangre se transfunden en pacientes de más de 65 años de edad. El número absoluto de pacientes en este grupo de edad se espera que se duplique en los próximos 15 años, mientras que el número de personas en edad de donar subirá un discreto 15%. Estas exigencias requieren un aumento constante de la oferta de productos derivados de la sangre.

Esta publicación revisa los factores determinantes de la donación voluntaria y repetida de sangre y propone recomendaciones para enfrentar el futuro próximo

Si bien es importante el papel de los factores estructurales en la facilitación de la donación de sangre es importante enfatizar en primer lugar el papel de los factores psicológicos para explicar, predecir, y promover el comportamiento hacia la donación de sangre; en última instancia, la decisión para donar y hacerlo varias veces sigue siendo una decisión intrínsecamente personal

Para la persona que debe considerar la donación de sangre, es la percepción y la ponderación relativa de muchos factores lo que en última instancia determina su comportamiento. Una mejor comprensión de la motivación para donar ayudará a desarrollar una política apropiada de la donación de sangre y sus componentes

El comportamiento en relación con la donación de sangre

Es clave una mejor comprensión del comportamiento de los donantes de sangre para garantizar la operación de los bancos de sangre y centros de colecta. No hay claridad acerca del comportamiento de los donantes y sobre las teorías contemporáneas de la conducta en la toma de la decisión

El altruismo

Los estudios iniciales publicados muestran claramente al altruismo como una de las motivaciones primarias para donar sangre; definido como "el comportamiento prosocial que no tiene beneficio obvio para el demandado pero es beneficioso para el receptor''

El papel exacto del altruismo en el proceso decisorio de la donación de sangre, sin embargo, ha sido cuestionado; porque:

1. Los donantes realmente pueden derivar beneficio directo de donar sangre, incluyendo un estímulo o auto-estímulo.
2. Los donantes individuales están probablemente motivados por factores múltiples simultáneamente.
3. La decisión de donar y el comportamiento abarcan componentes cognitivos, afectivos, y psicológicos en muchos niveles.
4. El altruismo mismo es un concepto complicado, multidimensional para el cual es difícil de establecer la base empírica para estudiar el comportamiento.
5. Los donantes cuestionados acerca de su motivación pueden ser ignorantes, incapaces, o involuntarios para expresar sus razones subyacentes con gran exactitud.

En muchos estudios, las diferencias importantes probablemente existen entre lo que los individuos declararon y sus razones reales para dar sangre, planteando la cuestión de la validez global de estos estudios. Las fuentes motivadoras simplemente pueden ser una manera de racionalización y tales conceptos son generalmente multifactoriales en su naturaleza.

La donación de sangre históricamente se ha presentado como "quizás el ejemplo puro" de comportamiento altruista o prosocial. Hay debates acerca de si la donación de sangre debe ser caracterizada totalmente como

un acto altruista o simplemente un acto prosocial, sin embargo, es de destacar que la donación de sangre es un comportamiento en el que las personas se comprometen voluntariamente con recompensas poco evidentes o inmediatas.

El modo de dar y la naturaleza personal de lo que se da lo hacen diferente a otros actos prosociales o altruistas como la donación de dinero por caridad. En una época de crecientes criterios estrictos de exclusión derivada de los temores sobre la seguridad de la sangre; la donación de sangre es un tipo raro de regalo en el sentido de que es probable que pueda ser rechazada.

La teoría del vínculo

Propuesta por el siquiatra inglés John Bowlby. Se concentra en el sentido de seguridad o inseguridad emocional del niño. Algunos niños sienten que la persona que los cuida es una fuente confiable de seguridad y bienestar (refugio emocional; o aquello en lo que depositamos todas nuestras esperanzas), mientras que los otros la perciben como alguien impredecible que a veces le brinda consuelo y en ocasiones está ausente y los rechaza. Los estilos de vínculos se forjan en las primeras etapas de la vida, según la forma que el niño interactúe con las personas que lo cuidan. Y este estilo de vínculo puede ser moldeado a través de las interacciones a lo largo de la vida con las personas que son importantes para nosotros. Lo que experimentamos sobre la sensibilidad, receptividad y buena voluntad de nuestros seres queridos determinará si podemos contar o no con ellos. Las personas que son emocionalmente seguras y se sienten cómodas con la cercanía y la interdependencia, confían que encontrarán tranquilidad en las personas más cercanas a ellos. El sentido de seguridad emocional tiene que ver también con su manera de afrontar los problemas de la vida, creen que todo puede superarse, tienden a reaccionar ante eventos estresantes de una manera menos amenazadora; tiene una opinión relativamente positiva de la naturaleza humana y considera que sus congéneres son bondadosos, creen en la buena voluntad de los demás y asumen relaciones de confianza gratitud y afecto, así como tolerancia y perdón.

Mientras los niños que no encuentran consuelo en las personas que los cuidan, no están disponibles, ni son sensibles a sus necesidades, se sienten solos, incómodos, inseguros en el amor y la atención de quienes los cuidan; y aprenden a no contar con las personas cercanas. Dudan de sitios seguros y confiables en el mundo; en general un sentido de vulnerabilidad e incertidumbre que interfiere drásticamente en todas sus actividades, aprenden que las personas cercanas a él no son fuente confiable de bienestar emocional desarrolla un estilo de vinculo llamado “ansioso” (intenta acercarse a la gente, llamar la atención y obtener protección) o uno “evasivo” (renuncia a los demás en términos emocionales y sicológicos, desaparecen sus instintos para buscar amor y compañía). Un poco más de la mitad de la población presenta vínculos seguros, casi una cuarta parte vínculos evasivos y una quinta parte vínculos ansiosos

Alterar el sistema de vínculo puede afectar el altruismo de las personas, al influir en las relaciones y los pensamientos.

Las formas de vínculos ansioso y evasivo están asociados con bajos niveles de empatía y altruismo hacia propios y extraños; los de estilo evasivo son diestros en mantener un desapego emocional y están poco dispuestos a involucrarse con los problemas y sentimientos de los demás, son incapaces de mostrar empatía cuando son testigos del sufrimiento o las necesidades ajenas. Evitan el sufrimiento de los demás y no les interesa ayudar de manera genuina. En contraste, las personas con vínculo de ansiedad experimentan un malestar personal tan intenso cuando ven el sufrimiento, que se sienten abrumados emocionalmente y muchas veces no pueden ofrecer ayuda o consuelo.

El budismo distingue entre el actuar porque realmente deseamos mitigar el sufrimiento de otro ser por su propio bien, del actuar porque su sufrimiento nos causa un malestar que queremos eliminar, “ayudamos porque realmente queremos ayudar” o porque nos sentimos tan perturbados al ver el sufrimiento ajeno, que actuamos para aliviar el nuestro. En la verdadera compasión uno no quiere escapar y siente que es intolerable que ese sufrimiento siga existiendo.

Si se logra que la persona logre un vínculo más seguro, será posible aumentar la empatía y ayudarle a considerar a los demás como seres sensibles sufrientes e iguales a nosotros.

Se puede estimular la compasión y la conducta altruista haciendo que la gente se sienta emocionalmente segura. El vínculo seguro estimula la compasión y la ayuda desinteresada. Las personas evasivas y ansiosas se conmueven poco y las seguras muestran mayor simpatía y compasión, aunque se trate de un extraño.

Las personas ansiosas cuando ayudan lo hacen por razones personales y ocasionalmente por motivos laborales, le apuntan al crecimiento personal, y cuando socializan lo hacen para sentirse incluidos y menos solos.

Los evasivos participan en pocas actividades voluntarias; cuando lo hacen, lo hacen por poco tiempo y con pocos indicios de altruismo, por ejemplo para obtener créditos escolares, es decir menos altruistas y más egoístas.

Promover el amor, la amabilidad, la benevolencia o la solidaridad, la presentación subliminal de palabras relacionadas con seguridad, como amor, el nombre de una figura afectiva, el recuerdo de alguien que nos brindó cuidados, el recuerdo visual de las personas a las que acudimos en busca de bienestar estimula el sentido del vínculo, así sea temporal, y hace que desaparezcan las respuestas hostiles a otros grupos, estimula el sentido de la seguridad emocional de las personas siendo el mejor remedio contra la hostilidad y prejuicio contra miembros de otros grupos y tendrá mayor disposición para actuar con ellos. Tendrán mayor compasión y voluntad para mitigar el sufrimiento de otro ser sensible. Si nos sentimos emocionalmente seguros nos hace olvidar nuestras necesidades y actuar sin egoísmo, mostrando compasión hacia los demás, incluso cuando no nos produce ningún beneficio personal y nos puede causar un malestar. La compasión puede fomentarse.

Revisaremos a continuación una serie de teorías contemporáneas sociológicas, psicológicas, y de la organización que se aplican al comportamiento de la donación de sangre.

Modelo de Ferguson (Teoría de la Planificación de la Conducta)

El acto de la donación de sangre es determinado por la "intención" de llevar a cabo el comportamiento. A su vez, la intención está influenciada por:

a. diferencias de actitud (positiva o negativa en la evaluación del comportamiento).
b. norma subjetiva (la percepción social de presión).
c. percepción de control del comportamiento (percepción de la facilidad o dificultad en la realización de la conducta).

Modelo de Bandura (concepto de auto-eficacia)

La confianza en la capacidad para llevar a cabo comportamientos específicos está estrechamente relacionada con la construcción de la percepción del comportamiento de control, y ha demostrado tener una fuerte correlación de la intención de donar.

Una posible vía para la auto-eficacia de la intervención es el suministro de más información para donantes en relación con los pasos sencillos que pueden realizar para mejorar su experiencia en el proceso a través de la donación.

Por ejemplo usando material educativo en la web, así como más tradicionalmente con un material escrito, que pueden ser medios eficaces para prestar ese apoyo de información para los donantes. Esto hace necesario el diseño de estrategias de comunicación social que consideren la información sobre el proceso de extracción con el fin de eliminar las barreras relacionadas con el miedo y la percepción de los riesgos y cómo donar, los problemas de la escasez de sangre, y los centros donde se lleva a cabo la donación.

Se ha hecho cada vez más un reconocimiento explícito de la influencia significativa de la prohibición y de los factores de control sobre la intención y el comportamiento de los aspirantes a donar sangre. La percepción de control se refiere a la percepción del grado en que un comportamiento está dentro de un control o auto-eficacia que es la percepción de la facilidad o dificultad de realizar un comportamiento

Existen aspectos de control que se centran en el donante y sus propios temores acerca del proceso (por ejemplo, el miedo a las agujas) o resultados (el temor de desmayo, náuseas, sensación de debilidad, la posibilidad de una infección) que hay que distinguir de los aspectos de control que se centran en elementos estructurales o consecuencias del acto de donar sangre (por ejemplo, perder tiempo de estudio o de trabajo, ser demasiado ocupado, inconvenientes, recibir un pago o incentivo). La ansiedad y el miedo a sufrir desmayos son poderosos obstáculos o factores de disuasión tanto en la formación de la intención de donar como repetir la donación. Otros elementos estructurales, son la facilidad de acceso a los sitios de donación, horarios de atención más flexibles y convenientes.

La percepción de estos factores estructurales, tiene un impacto mayor sobre los no donantes y los que pierden su intención de donar.

Para controlar los factores relacionados con las reacciones fisiológicas, tales como desmayos o sensación de enfermo, algunas intervenciones parecen ser eficaces como la ingesta de líquidos previo a la donación, la aplicación de tensión muscular y la distracción con videos, etc. Para los obstáculos relacionados con elementos estructurales o consecuencias del acto de donar sangre, la eficacia de las medidas es incierta, por lo intangibles. Sin embargo, el "inconveniente" es un factor muy perturbador en especial para los potenciales donantes jóvenes. Algunas soluciones sencillas, pueden ser más sitios de donación y horarios más amplios.

Para el control del factor de molestia, que equivale a la percepción de la realidad de inconvenientes, seguirán siendo obstáculos insalvables para la donación de sangre hasta que exista la experiencia.

Las percepciones de control pueden tener un efecto diferente sobre la trayectoria de un donante y la influencia de diferentes tipos de control factores a través de las diferentes etapas del ciclo de vida de un donante.

La percepción de la auto-eficacia puede ser influenciada por sus creencias generales acerca del proceso (tales como miedo a las agujas), resultado (si se siente enfermo o débil), y elementos estructurales (es conveniente para mí dar sangre).

Para aquellos que han donado una vez, su transición de novato a donante repetitivo se determina en gran medida por su experiencia inicial como donante de sangre. Para el donante principiante, sus creencias se basan ahora en lo efectivo de su experiencia. Para estos novatos sus acciones permanecen bajo el control intencional, la percepción de poder de estas barreras puede no ser tan grande, o puede ser compensada por el poder de los facilitadores de comportamiento.

Para el novicio donante que dona con éxito, la posibilidad de una segunda y tercera donación depende de la auto-eficacia, es decir, si su capacidad personal para llevar a cabo el comportamiento sigue siendo elevada o en meseta. Esto sucede cuando estos donantes no experimentan reacciones vasovagales o no perciben poderosos elementos disuasorios para donar.

Es probable que la mayoría de las personas que vuelven a dar sangre, tengan un sentido personal de auto-eficacia (es decir, que han dado una vez y así es probable que crean poder dar de nuevo).

Sin embargo, la intención de donar sangre seguirá siendo impactada por elementos estructurales o consecuencias del acto de la donación (por ejemplo, la percepción de molestias, si está demasiado ocupado, tiempo para la donación demasiado largo, recibir un pago o incentivo).

En los donantes que regresan para una tercera donación los factores estructurales como un corto tiempo de espera se convierte en un fuerte determinante de su conducta.

Para el novato, el control de los factores estructurales y otros determinantes de la intención son vitales para que la donación se convierta en hábito. Las barreras estructurales a la donación se pueden superar logrando que la donación de sangre tenga un verdadero comportamiento previsto, similar a la que asisten el dentista o médico.

Proporcionar la orientación acerca del comportamiento del donante es la clave general positiva. En esa medida, los donantes que no vuelven deben ser contactados e identificar las principales barreras estructurales a la donación. Los donantes deberían ser alentados a comprometerse y reservar un período adecuado en sus programas.

Una vez que el comportamiento por intención empieza a ser determinado por el hábito, dependen de un contexto de estabilidad de la conducta que se realiza. Si se mantiene estable, la donación de sangre puede llegar a ser vista como un acto relativamente fácil de realizar por los donantes que tienen altos niveles de control. Sin embargo, para aquellos que donan sangre por hábito, al cambiarse el contexto de la donación, el hábito de la donación puede romperse, el comportamiento de la donación de sangre puede revertir al control intencional, y las creencias que sustentan el comportamiento de control pueden ser reformuladas o sopesadas.

El cambio de hábito a la identidad puede ser crítico. Teóricamente, las motivaciones externas o de disuasión a la donación de sangre tienen poco efecto sobre la función de identidad, siempre y cuando no pongan en peligro la identidad del donador.

La identidad de los donantes debe actuar para protegerlos contra los obstáculos internos y externos, que la donación pueda impactar en su desempeño como donantes regulares, en resumen, debe aumentarse la percepción de control.

Estos donantes son los que tienen más probabilidades de persistir en la donación, incluso ante adversidades internas (por ejemplo, reacción vasovagal) o externas (por ejemplo, inconveniencia) barreras conocidas para disuadir a los nuevos o con pocas donaciones; incluso se motivan y trabajan por ellas.

La auto-verificación de este grupo, por donación de sangre, es la clave. Los donantes más fieles y regulares aceptan inconvenientes menores asociados con el acto de la donación.

Modelo de France

Es una versión revisada del modelo de intención de los donantes, con un enfoque específico sobre los factores que motivan los donantes, que incluye:

a. Vías que influyen en la intención de donar: la actitud, norma subjetiva, y auto-eficacia
b. Vías que influyen en la actitud; auto-eficacia, norma moral personal (una medida personal del sentimiento de responsabilidad), reacciones vasovagales, y la satisfacción global del donante.

El papel de la familia y los compañeros que influyen en la intención de donar es más importante para los hombres, lo que sugiere que una "norma subjetiva" puede influenciar más en los hombres. Por el contrario, las mujeres tienen más probabilidades de indicar las donaciones por razones humanitarias, lo que puede indicar un mayor papel de la "norma moral" entre mujeres. Se refiere a sentimientos de la satisfacción moral de donar; es decir, el acto de donar sangre con la moral superior.

El concepto de la norma moral (personales o norma), se refiere a sentimientos de responsabilidad per-

sonal o la obligación de realizar un comportamiento, la cual ha demostrado ser un importante predictor directo de la intención de donar, así como un factor predictivo indirecto de las intenciones a donar sangre a través de la actitud.

La norma personal propone que los donantes posean el sentimiento de que deben donar sangre, considerando la atribución de responsabilidad para uno mismo sugiere que los individuos simplemente no pueden dar disculpas por falta de la acción.

La influencia ejercida por motivadores externos, como la presión social, disminuye el nivel de incremento intrínseco de motivación (ejemplo: sentido del deber o responsabilidad).

Las fuentes de presión externa incluyen: modelos de roles, las demandas múltiples personales, y los contactos con otros que pueden ejercer presión en forma de llamadas telefónicas, cartas, o comunicación cara a cara.

Una teoría considera que los donantes de sangre realmente tienen un sentido inferior de autoestima y donan sangre en un intento para subir su auto-concepto (esto podría querer decir que los donantes son con naturalidad más vulnerables para ejercer presión sobre a cumplir con las declaradas demandas múltiples de otros).

La mayoría de los donantes parecen dar sangre sólo por la presión personal de otros. Mientras la razón primaria identificada para no donar fue "nadie me preguntó personalmente".

El contacto personal por reclutadores y otros donantes puede ser un motivador muy poderoso; el contacto cara a cara es reportado como 4 veces más efectivo que una llamada telefónica, especialmente para los que donan por primera vez.

Los amigos y parientes que ya fueron donantes es un factor motivador positivo para donantes nuevos. Así mismo, el contacto o invitación por otros donantes es una razón primaria para dar sangre en muchos donantes de primera instancia.

En una alta situación de presión social designada como "ambiente recaudatorio intenso", en cuáles donantes potenciales son pesadamente reclutados, el rendimiento del donante puede ser impresionante.

Aun los contactos en frío pueden ser útiles en el reclutamiento cuando se le pide a un individuo permiso para ser puesto en lista de donantes potenciales para demandar la sangre futura.

Las llamadas en frío que apuntan a los grupos familiares del no donante que se acomodan a un preciso perfil demográfico, muchos de estos no donantes también traen a otros individuos para donar al mismo tiempo.

En general parece ser que las mujeres se motivan con ayudar a otros (más altruistas), mientras que los hombres son más atraídos por la presión social.

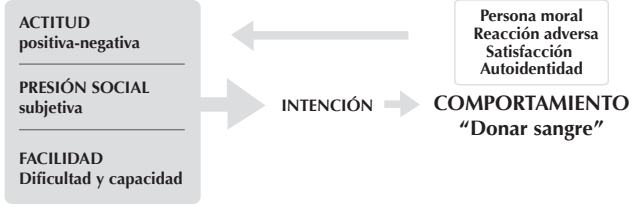
La escasez de sangre es común, ahora los llamados se han convertido en rutina en los meses de verano, invierno y los días festivos. Estos llamados son cada vez menos eficaces. En lugar de atraer a nuevos donantes, es un aumento insignificante de donaciones y se convierte en un "desgaste" de los donantes regulares. Históricamente, la "llamada a todos" en los comunicados que invitan a donar, contrasta marcadamente con la selectividad actual de los bancos de sangre para la colecta de sangre de todo el mundo.

Como resultado de esa selectividad, los bancos de sangre luchan con la forma de reclutar y retener a los que reúnen los requisitos para donar sangre.

Es evidente que la internalización de los valores personales es un determinante importante de la intención de donar; el hecho de tener razones de orden interno para la donación, como una supuesta obligación moral, es importante en las primeras etapas para su comportamiento futuro como donante y el desarrollo de un donante habitual.

Igualmente es de importancia clave la percepción de la obligación moral para el desarrollo de un compromiso con el papel de los donantes de sangre. Es importante que el nivel de motivación intrínseca aumente (por ejemplo, sentimiento del deber o la obligación moral), y se espera que la influencia externa de la presión social disminuya.

Después de haber motivaciones intrínsecas, la práctica en contexto como una norma moral parece de vital importancia en el mantenimiento de la donación de sangre.



La actitud y la percepción de control de comportamiento o la auto-eficacia son generalmente mejores predictores de la intención que la norma subjetiva.

El tipo específico y la ponderación relativa de los factores que influyen en la decisión de donar sangre se espera que varíen según el número de veces que una persona ha donado sangre.

En los estudios de evaluación de comportamiento, la intención es el único predictor consistente de com-

portamiento. Hay que incorporar la "intención" en el concepto de conocimiento, actitudes, y práctica.

Modelo de Campell

La agresión y la auto-agresión (definida como sentimientos negativos o acciones en contra de uno mismo), es una dimensión psicológica potencialmente asociada con la voluntad de donar sangre. Se propone que hay una estrecha relación lineal entre el altruismo y la agresión. La hipótesis es que es necesario un mayor nivel de auto-agresión para donar sangre sin recibir indemnización.

Por otra parte, la agresión podría ser mayor en los donantes compensados, si la principal motivación es el recibo de la indemnización más que el deseo altruista de ayudar a otros

El proceso oponente/afectivo

Donar sangre implica un proceso oponente/afectivo, que es similar a una adicción en la cual los sentimientos negativos son reemplazados por un sentido de exaltación por la acción específica de donación de sangre; en conformidad con esta teoría, los donantes de primera instancia, en particular, necesitarían estar animados para vencer la ansiedad inicial y los sentimientos negativos para llegar al extremo de júbilo post-donación.

Barreras a la donación de sangre

El acto de donar sangre en sí mismo tiende a generar miedo y aversión y constituye una actitud variable que impide realizar una donación. Aparte del temor a la extracción de sangre, existen otros inhibidores como riesgos físicos (transmisión de enfermedad), psicológicos (miedo), sociales (responsabilidad moral) y el tiempo (la falta de tiempo).

Una de las principales razones por las que la gente no dona sangre es la falta de información, que es un factor que inhibe el comportamiento de la donación. Por lo tanto, es necesario mejorar la información sobre la donación de sangre con el fin de aumentar la predisposición a donar. La ignorancia o estar ajeno a la necesidad de sangre u otros aspectos del proceso de la donación ha sido consistentemente identificado como un factor negativo en la toma de decisiones del donante potencial.

La falta de ser específicamente invitado a donar sangre es la razón primaria expresada por los que nunca han donado y también puede explicar las bajas tasas de regreso de los donantes.

La apatía definida como "una condición de indiferencia, carente de sentimiento," es una razón principal para personas que nunca han donado. Los no donantes son raramente indiferentes. Más bien, la mayor parte de individuos dudaron acerca de su voluntad. Solo una minoría de los que nunca han donado en la población general optan por no donar sangre en el futuro. Una razón más precisa por qué tantos donantes potenciales optan por no donar es probablemente inercia en vez de apatía.

Los miedos son diversos e incluyen: el miedo a las agujas, ver sangre, el dolor o incomodidad, y a ser informados que no son elegibles para dar sangre. Los donantes pueden experimentar estos miedos pero pueden tomar la decisión de donar sangre a pesar de sus preocupaciones. Tales miedos son legítimos o son la racionalización para evitar donar sangre. Los miedos son una fuente primaria de motivación negativa en un grupo importante de los no donantes. Los donantes de primera vez temen al dolor más a menudo que esos que han donado sangre junto con un miedo mayor a lo "desconocido".

Asimismo, la ansiedad puede generalmente ser exagerada inicialmente en algunos donantes potenciales. Sin embargo, con la disminución de la ansiedad aumenta el número de donaciones y el donante se acostumbra a la experiencia.

La posposición temporal o permanente ha sido frecuentemente citada como una razón para evitar la donación. Los donantes excluidos temporalmente tienen una razón psicológica justificada para no repetir la donación. La razón para la posposición también juega un papel en la tasa de regreso.

Los esfuerzos considerables para contactar a los donantes diferidos dentro de 3 a 4 semanas pueden resultar en una mejora de la tasa de regreso de donantes.

Es importante subrayar los efectos potenciales de la posposición de corto plazo en el subsiguiente comportamiento del donante. La mayoría de los donantes potenciales considera la posibilidad de ser médicamente incapacitado como un donante o las reacciones físicas a la donación de sangre como suficientes razones para no dar sangre.

Aproximadamente el 10% de los individuos que intentan la donación experimentan alguna forma de reacción adversa que a menudo resulta en una actitud negativa que puede limitar o puede atrasar el regreso a donar.

Las mujeres tienen mayores expectativas negativas de consecuencias físicas de la donación. Dado que las mujeres tienen más probabilidades de sufrir reacciones vasovagales durante la donación, son concebibles las diferencias de sexo en la frecuencia, intensidad, y la percepción de esas experiencias que pueden promover diferentes actitudes hacia la donación de futuro. El "malestar" en respuesta a la donación de sangre es valorado como un importante obstáculo para el futuro de

la donación de sangre. De ese modo las intervenciones centradas en la disminución del riesgo de reacciones vasovagales ofrecen una importante oportunidad para mejorar la actitud de los donantes. Este hallazgo subraya la importancia de seguir desarrollando este tipo de intervenciones factibles como simples técnicas de la tensión muscular, distracción y/o carga de agua pre-donación para disminuir los índices de reacción.

La evaluación de la conveniencia general del proceso es de suma importancia. La "inconveniencia" se ha identificado como una barrera primaria para la donación por los donantes que no vuelven y se ha citado como la segunda razón en importancia por los que no donan sangre. La percepción de conveniencia del proceso de la donación cambia con la frecuencia de la donación, mientras más donaciones han hecho más lo creen conveniente. El sitio o lugar donde se realiza la donación se considera un impedimento importante si es específicamente percibido como inconveniente. Así, las unidades móviles y las oportunidades para donación cerca de cascos de población son esenciales para el reclutamiento del donante y la retención.

El trato a los donantes por el personal que provee el cuidado especializado y administrativo de la donación de sangre es un factor crucial en la decisión de la donación. Quienes tienen una experiencia global de la donación muy positiva, con niveles altos de satisfacción con su trato y el nivel de habilidad del personal técnico, la tasa de pérdida de donantes es baja; mientras que si la evaluación es pobre para el período de espera o el bienestar físico durante y/o después del proceso de la donación, es menos probable que regresen a donar. El trato del donante por el personal y el nivel de bienestar físico durante y después del proceso de la donación son factores con valor profético más fuerte para la donación futura, al igual que el tiempo de espera.

Los donantes de primera instancia tienen preocupaciones mayores acerca de la incomodidad y el miedo de la experiencia de la donación, enfocado en el proceso de la donación y el centro de sangre. Los donantes repetidos a menudo realizan un análisis de costo/beneficio basado en sus anteriores experiencias y calculan de nuevo si es "importante" donar otra vez. Las experiencias negativas de la donación son responsables de no volver en un número importante de donantes y es el temor principal en la mayoría de los que no han donado.

La donación de sangre repetida

En el contexto operativo, uno de los principales retos para los bancos de sangre en todo el mundo es la retención del donante. La donación repetida proporciona ventajas con respecto a la donación por primera vez o de una sola vez. En primer lugar, repetir la donación constituye un medio relativamente estable y seguro para el suministro de sangre. En segundo lugar, una base de donantes repetitivos ofrece la oportunidad de ahorro a largo plazo para los bancos de sangre de los costos continuos asociados con el reclutamiento de nuevos donantes.

Como tal, comprender la psicología de la donación repetida y, en concreto, cómo pasar de los donantes nuevos a repetidos, representa un gran beneficio a los bancos de sangre.

Hay que tener especial cuidado en incluir en el ciclo de vida de los donantes, técnicas para reducir la ansiedad pre-donación y/o la probabilidad de reacciones vasovagales y garantizar un positivo enfoque personalizado a los donantes.

Estas intervenciones permitirán a los donantes nuevos mantener su orientación positiva hacia la donación, así como fortalecer su creencia de que la donación de sangre es algo que se puede hacer (es decir, auto-eficacia).

Desde una perspectiva psicológica, es necesaria la repetición frecuente de la conducta de donación de sangre, idealmente dentro de un marco de tiempo relativamente limitado, para facilitar la asociación en la memoria entre la acción (donación de sangre) y las características estables del contexto en el que el comportamiento se realiza. Una vez que se forman las asociaciones y se continúan se establece lo que hoy es rutina habitual o acción.

La repetición frecuente es la clave para cambiar la motivación y lograr el comportamiento independiente de los resultados específicos de estímulos desencadenantes. Para el donante de sangre que ha dado en repetidas ocasiones, estar cerca de un sitio de donación o unidad móvil puede ser suficiente para desencadenar ya sea la intención o el comportamiento de la donación de sangre.

Hay que examinar la psicología de la repetición de la donación de sangre, es decir, a considerar la multitud de influencias que actúan sobre algunas personas para que "den el mejor regalo de la vida". No podemos permanecer desinformados acerca de cómo los factores que influyen en la intención y el comportamiento de los donantes de sangre evolucionan sobre el ciclo de vida del donante. La psicología de la donación de sangre puede evolucionar durante la vida del donante.

Al destacar los principales factores determinantes de la intención y el comportamiento en las distintas etapas de la vida de los donantes, se demuestra que cada una de las fases requiere una gestión cuidadosa.

Aunque los donantes nuevos pueden ser disuadidos por la percepción de los factores tanto internos como externos, los factores estructurales son de vital importancia para los donantes de primera vez.

La percepción de la estructura del comportamiento es fundamental para que se mantenga el hábito de la donación de sangre, cualquier cambio en la estructura puede tener consecuencias nefastas en términos de hábito, y el mantenimiento de la intención de donar sangre. En estos donantes, la auto-verificación es clave, de esta manera el comportamiento de la donación de sangre se mantiene incluso en presencia de obstáculos muy importantes a esa conducta.

Pero es un difícil reto de todos. Los donantes de sangre tienen un precioso regalo para compartir, que a menudo conduce a la salvación de la vida de otros; el reto es proporcionar una comprensión de la psicología de los donantes de sangre y documentar los principales factores que se combinan para determinar la retención a largo plazo de los donantes de sangre

El hábito

Para los donantes de sangre el comportamiento pasado puede ser el mejor predictor del comportamiento de hábito.

El hábito se ha definido como "la ejecución semiautomática de un comportamiento bien aprendido". En otras palabras, para algunos, la donación de sangre puede ser sólo algo que hacer, o la intención de hacer, en lugar de basarse en una deliberada decisión motivada a donar sangre.

El hábito como tal predice el comportamiento de los donantes que han donado más de 5 veces; en los que han tenido menos donaciones la intención parece ser el único factor importante para predecir la conducta.

Aunque el hábito puede representar la primera transición en el ciclo de vida de los donantes de sangre, puede ser insuficiente por sí solo para conservar a los donantes de sangre a más largo plazo. Siguen prevaleciendo las motivaciones externas, en lugar de las internas, porque es dependiente de la estabilidad del contexto en el que se realiza el comportamiento.

Cualquier perturbación critica de los estímulos en este contexto- "tiempos, lugares y personas que normalmente se presenten durante la ejecución" pueden interrumpir un hábito. Una vez que el rendimiento habitual se interrumpe, el comportamiento vuelve a estar bajo el control intencional. El hábito puede ser particularmente vulnerable.

La donación de sangre no es un comportamiento que puede ser realizado por todos en todo momento. Para muchos y por variadas razones, los donantes pueden ser de rutina impedidos de donar sangre, e incluso es necesario que se aplace la donación de un tiempo.

Además, los donantes son vulnerables a cambios críticos en los estímulos relacionados con el contexto del comportamiento (por ejemplo, los cambios en el trabajo o estudio, lugares o patrones, el modo de transporte, el lugar de trabajo, planes, amigos, horarios, calendarios de las donaciones móviles, centro de donantes, o los horarios de apertura), que podría potencialmente volver a los donantes bajo el control intencional.

Esa reversión no siempre es desastrosa; los que han donado sangre, incluso suelen mantener la intención de donar por encima de aquellos que nunca han donado. No obstante, en estos casos hay que reiniciar la formulación estratégica dirigidas a los principales factores determinantes de la intención para tratar de restablecer el hábito de la donación.

La auto-identidad

La auto-identidad o la función de identidad es una motivación interna muy útil. La construcción de la identidad puede ser definida como el grado en que una persona se percibe a sí mismo en el desempeño de una función particular dentro de sociedad. Este concepto se traduce en la medida en que una persona se ve a sí misma como un donante de sangre; que se concibe a sí misma como una colección de identidades que reflejan los papeles que una persona ocupa en la estructura social. En función, los individuos se ven a sí mismos como el tipo de persona que dona sangre, por lo tanto, internalizan la identidad del donante de sangre.

"La función identidad, por definición, implica una acción". Su decisión de participar como donante de sangre en el futuro depende más de la importancia del comportamiento de la persona de la propia identidad que en sentencias y sentimientos sobre el comportamiento (actitud y la percepción de control) o la percepción de expectativas de los demás (norma subjetiva). En otras palabras, se convierte en un comportamiento de respuesta automática, el comportamiento es un componente importante de la identidad propia y la motivación de la persona para validar su condición de un papel de miembro.

Hay que lograr que se desarrolle un esquema cognitivo y se perciban a sí mismos en el desempeño de esta función como un donante de sangre en la sociedad.

En esta etapa del ciclo de vida de un donante, los motivadores externos para donar deben tener poco impacto, aunque la transición a esta etapa puede ser

aumentada por la extracción de sangre o señales como insignias o pegatinas que revelan la identidad de su función. Los individuos tienden a fusionar en su persona las funciones por las que otras personas puedan identificarlos.

Sin embargo, es frecuente que se presente un fuerte rechazo a los "incentivos" para donar, tales como dinero o regalos. Estos incentivos pueden constituir una afrenta a su identidad o poner en tela de juicio su motivación intrínseca y el valor de su comportamiento.

Las personas con función de fusión, o una identidad propia, se resisten a abandonar el papel, incluso cuando puede ser ventajoso para ellos hacerlo.

Para los bancos de sangre es crítico el reto de fomentar la adquisición de una identidad o auto-esquemas en un donante de sangre. Hacer hincapié en la importancia de la repetición de la donación es clave para este comportamiento al igual que el proceso de proporcionar a las personas oportunidades de participar en múltiples actos. En importante la solidificación de la función de identidad.

Hay que hacer un énfasis estratégico en los que aparecen en el hábito de la donación de sangre, junto con el uso estratégico de la función o señales, lo cual debería ayudar a la transición final de los donantes con el hábito a los donantes con identidad.

Puede ser un riesgo el aumento de las condiciones de aplazamientos, el aplazamiento puede resultar en una reducción del compromiso de esa identidad. Aunque es probable que sea capaz de mantener la motivación a corto plazo aun con aplazamientos, las ausencias de auto-verificación tienen probabilidades de hacer daño a su motivación.

Incentivos

En los últimos años, los incentivos han sido frecuentemente usados como instrumentos para aumentar la eficacia del reclutamiento y retención de donantes. Sin embargo, esa práctica ha sido objeto de fuerte debate, con la controversia sobre la seguridad, ética y los costos que conlleva.

Los incentivos seducen y parecen tener mayor efecto en donantes de primera instancia y en los grupos de edades menores.

Los incentivos que estimulan la donación son médicos (análisis de sangre, chequeos, etc.), mientras que los donantes más jóvenes están más motivados por los incentivos de recompensa (entradas para espectáculos y eventos, regalos, descuentos, etc.), los incentivos sociales (muestra de agradecimiento, preferencias en compensación a través de puntos de fidelidad, descuentos en servicios médicos), siendo este último la compensación preferida por los donantes, seguida de entradas gratis y descuentos para actividades culturales y deportivas.

La oferta de dinero en efectivo es más seductora, pero lo convierte en un grupo de personas con más probabilidad para estar en riesgo para donación de enfermedades transmisibles por transfusión; también se incrementan los riesgos de infección relacionada con la transfusión en los donantes que estaban motivados por boletos gratis para eventos como resultado de su donación y los que se favorecieron con tiempo extra fuera del trabajo como un incentivo

Las donaciones de multicomponentes que permite la colección de combinaciones de componentes de la sangre durante una sola sesión, podrían ayudarnos a reducir la escasez. Sin embargo, en una encuesta reciente la mayoría de los donantes de plaquetaféresis compensados estaban dispuestos a donar multicomponentes cuatro veces al año, si tenían una indemnización.

Mientras en otros la indemnización forma parte de la renta mensual de los donantes, un buen número de ellos no estaban dispuestos a seguir donando sin indemnización. Cuando el pago se elimina casi el 100% de los donantes remunerados no vuelve a donar

Sin embargo, otros estudios sugirieron que las recompensas pueden llegar a disminuir la voluntad de donar y que la gente se sienta menos altruista si recibe una compensación por ayudar. Algunos consideran que su autoestima puede ser disminuida si se ofrece indemnización.

Para algunos la combinación de un sistema de carácter voluntario y pagado puede ser posible y aceptable para los donantes, sin merma de su motivación altruista. Otros han encontrado niveles altos de motivación intrínseca positiva acoplado con recompensas de bajo costo que resulta en el número más alto de donaciones en conjunto.

Es evidente que el avance más importante en la seguridad de la sangre en los últimos 50 años ha sido la conversión a un suministro voluntario de sangre. En el momento de esta conversión, la encuesta de donantes era rudimentaria, había un conocimiento limitado de la transmisión de enfermedad por la transfusión y se practicaban pocas pruebas para la detección de marcadores infecciosos.

Los programas de donación de plasma remunerados han desarrollado procedimientos de seguridad para los donantes que podrían ser considerados para las donaciones de sangre total, que incluye pruebas más rigurosas para la calificación. Hay mucho cuestionamiento, al contar con una base de donantes remunerados de "pedigrí".

Todo parece indicar que los incentivos no monetarios, cuidadosamente preparados, pueden ser útiles para

atraer y retener a los donantes. Sin embargo, los organismos de control tienden a endurecer las restricciones sobre los incentivos que signifiquen valor en efectivo, aunque no hay pruebas fidedignas de que incentivos modestos para alentar a los donantes generen un impacto negativo en la seguridad de la sangre.

Datos recientes sugieren que los donantes con incentivos no monetarios no afectan negativamente la seguridad de la sangre. De esta manera se mantiene la estabilidad de la base de donantes, con más probabilidades de que se animen a donar por los incentivos.

Estos incentivos pueden ser presentados a los donantes como opciones para aceptación, o negarlos si lo consideran conveniente.

Es preferible tener un amplio suministro de sangre procedente de donantes voluntarios altruistas. Sin embargo, esto es un objetivo cada vez más difícil de lograr.

Otras propuestas de limitar el pago a determinados donantes con tipos de sangre, como O negativo, tiene inconvenientes para donantes de sangre de otros tipos que se sientan excluidos del programa. La notificación en el rótulo de la unidad como procedente de "donación remunerada" puede resultar inaceptable para los hospitales y médicos. Sin embargo, la discusión está abierta.

Comentarios finales

Con una demanda cada vez mayor en el suministro de sangre en todo el mundo, existe una inmensa necesidad de garantizar una oferta segura y suficiente de productos sanguíneos. El reclutamiento y la retención de los donantes de sangre siguen siendo un desafío clave para los bancos de sangre.

Teóricamente, el "mejor" donante es un donante "seguro" que está inherentemente motivado para continuar donando de manera repetida.

Existe una serie de variables socio-demográficas, fisiológicas y psicológicas y de organización que influyen en la decisión de las personas para donar sangre. Hay que considerar las influencias a través del tiempo de vida de la donación porque es probable que haya diferencias en el tipo y la fuerza de los motivadores claves de los nuevos donantes, y los habituales o repetitivos. Los factores motivadores podrían ser modificados en su importancia tanto como un individuo se mueva a través del ciclo biológico del donante.

Contar con especialistas en la organización y realización de jornadas de donación es muy importante; pero es obligatorio considerar nuevos enfoques hacia la participación, cualificación, y retención de los donantes. Promover el reclutamiento del donante y su retención merece un acercamiento multifactorial. Hay pocas posibilidades de lograr las metas deseadas si se ocupa de un solo aspecto del proceso decisorio y se ignoran la interacción de conocimiento, actitudes, motivación, y comportamiento al evaluar donantes potenciales.

Son beneficiosas las estrategias que enfocan la atención en donantes repetitivos que retornan y la transformación de donantes de primera vez en repetidores. Es importante revisar las contribuciones, y las actuales orientaciones, y la psicología de las actitudes y el comportamiento acerca de la donación de sangre, con especial énfasis en el comportamiento de los donantes que retornan y repiten la donación de sangre.

Aunque no hay coincidencia entre factores que predicen el inicio y el mantenimiento del comportamiento hacia la donación de sangre, se sugiere que los cambios en la motivación y el desarrollo de una identidad propia como donantes de sangre son cruciales para la comprensión de los procesos para que los donantes de primera vez repitan su donación.

Además de las fuerzas positivas que influyen en la decisión para donar sangre, las barreras para la donación están también constantemente presentes y pueden interferir con las actitudes, motivación, e intención en el comportamiento. El tiempo requerido para el proceso de la donación, lo extenso de la toma de historia, el sitio u horas inconvenientes, otras fuentes de retraso, y el temor al diferimiento temporal o permanente son los impedimentos principales para donaciones de primera vez y repetidas. Los asuntos de tiempo y conveniencia del donante se pueden considerar aún como los obstáculos más significativos para la donación de sangre.

La inmensa mayoría de los que no han donado, en lugar de estar directamente opuestos a donar de sangre, realmente expresan que cederían si las condiciones "correctas" están presentes. Aparentemente, las condiciones "correctas" son difíciles de lograr, por la evidencia de la alta tasa de no donantes e individuos que dejan de hacerlo después de su primera donación.

Para la colecta de sangre es conveniente la creación de oportunidades para donar en un ambiente cómodo, con la asistencia de personal amistoso e idóneo. La recogida de sangre es más eficaz cuando se realiza en grandes centros de donantes o sus unidades móviles de donación de sangre.

Hay que tener cuidado con el uso de incentivos dirigidos a donantes, que aunque controvertidos, es preferible que no tengan que ser empleados.

Donantes de sangre son un recurso nacional y voluntario de sangre Se debe alentar la donación como un deber cívico. No obstante, los enfoques normalizados para los donantes de sangre y las donaciones son cada vez menos eficaces. Se deben considerar formas creativas de aumentar nuestra seguridad de suministro de

sangre. Son necesarios esfuerzos concertados por las organizaciones profesionales razonables para fomentar cambios en las normas, tales que permitan las donaciones desde los 16 años de edad y el cambio en los niveles de corte de Hb, obteniendo importantes beneficios. El consenso de los grupos de profesionales, con el apoyo estatal y la autoridad, puede proporcionar el enfoque y la objetividad del presente proceso.

Lecturas recomendadas

- Ajzen I: The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Dec 50:179-211, 1991 Armitage CJ, Conner M: Social cognitive determinants of blood donation. J Appl Soc Psychol 31:1431-1457, 2001.
- Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: Freeman; 1997.
- Bowlby, J. A secure base: Clinical applications of attachment theory. London: Routledge; 1988.
- Callero PL, Piliavin JA: Developing a commitment to blood donation: The impact of one's first experience. J Appl Soc Psychol 15:283-293, 1983.
- Callero PL: Role identity salience. Soc Psychol Quart 48:203-215, 1985.
- Campbell A. Altruism and aggression. Leicester: British Psychological Society; 1998.
- Chamla JH, Leland LS, Walsh K: Eliciting repeat blood donations: Tell early career donors why their blood type is special and more will give again. Vox Sang 90:302-307, 2006.
- Charng H, Piliavin JA, Callero PL: Role identity and reasoned action in the prediction of repeated behavior. Soc Psychol Quart 51:303-317, 1988.
- Collier PJ, Callero PJ: Role theory social cognition: Learning to think like a recycler. Self Identity 4:45-58, 2005.
- Conner M, Sparks P: The theory of planned behavior and health behaviours, in Conner M, Norman P (eds): Predicting health behaviour: Research and practice with social cognition models (ed 2). New York, Open University Press, 2005, pp 170-222.
- Ditto B, France CR: The effects of applied tension on symptoms in French-speaking blood donors: A randomized trial. Health Psychol 25:433-437, 2006.
- Ferguson E, Bibby PA: Predicting future blood donor returns: Past behavior, intentions, and observer effects. Health Psychol 21:513-518, 2002.
- Ferguson E, Chandler S: A stage model of blood donor behaviour: Assessing volunteer behaviour. J Health Psychol 10:359372, 2005.
- Ferguson E, France CR, Abraham C: Improving blood donor recruitment and retention: Integrating theoretical advances from social and behavioral sciences research agendas. Transfusion 47:1999-2010, 2007.
- Fernandez-Montoya A, Lopez-Berrio A, Luna del Castillo JD: How some attitudes, beliefs and motivations of Spanish blood donors evolve over time. Vox Sang 74:140-147, 1998.
- France CR, France JL, Roussos M, et al: Mild reactions to blood donation predict a decreased likelihood of donor return. Transfus Apher Sci 30:17-22, 2004.
- France CR, Rader A, Carlson B. Donors who react may not come back: analysis of repeat donation as a function of phlebotomist ratings of vasovagal reactions. Transfus Apher Sci 2005;33:99–106.
- France JL, France CR, Himawan LK. A path analysis of intention to redonate among experienced blood donors: an extension of the theory of planned behavior. Transfusion 2007;47:1006–13.
- Gallego M, Munóz L, Cortés A. Características socioculturales de los donantes y no donantes de sangre en Colombia. Colombia Médica 2000;31:99–109.
- García de Villaescusa R. Planificación y gestión de una unidad de promoción de la donación de sangre in Promoción de la Donación de Sangre I. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004.
- García Gutiérrez M, Saénz de Tejada E, Ramiro Cruz J. Estudio de factores socioculturales relacionados con la donación voluntaria de sangre en las américas. Revista Panamericana de Salud Pública 2003;13(2–3):85–90.
- Giles M, McClenahan C, Cairns E, Mallet J. An application of the theory of planned behaviour to blood donation: the importance of self-efficacy. Health Educ Res 2004;19:380–91.
- Gillespie TW, Hillyer CD. Blood donors and factors impacting the blood donation decision. Transfus Med Rev 2002; 16:11530.
- Glynn SA, Williams AE, Nass CC, Bethel J, et al. Attitudes toward blood donation incentives in the United States: implications for donor recruitment. Transfusion 2003;43: 7–16.
- Godin G, Conner M, Sheeran P, et al: Determinants of repeated blood donation among new and experienced blood donors. Transfusion 47:1607-1615, 2007.
- Godin G, Sheeran P, Conner M, et al: Factors explaining the intention to give blood among the general population. Vox Sang 89:140-149, 2005.
- Harrington M, Sweeney MR, Bailie K, et al: What would encourage blood donation in Ireland? Vox Sang 92:361-367, 2007.
- Healy KJ: Embedded altruism: Blood collection regimes and the European Union's donor population. Am J Sociol 106:16331657, 2000.
- HealyKJ: Last best gifts: Altruism and the market for human blood and organs. Chicago, University of Chicago Press, 2006.
- Hupfer ME, Taylor DW, Letwin JA. Understanding Canadian student motivations and beliefs about giving blood. Transfusion 2005;45:149–61.
- Kolins J, Herron R: On bowling alone and donor recruitment: Lessons to be learned. Transfusion 43:1634-1638, 2003.
- Lemmens KPH, Abraham C, Hoekstra T, et al: Why don't young people volunteer to give blood? An investigation of the correlates of donation intentions among young nondonors. Transfusion 45:945-955, 2005.
- McKeever T, Sweeney MR, Staines A: An investigation of the impact of prolonged waiting times on blood donors in Ireland. Vox Sang 90:113-118, 2006.
- Mikulincer, M., Shaver, PR, Pereg, D. Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive

consequences of attachment-related strategies. Motivation and Emotion, 27, 77-102, 2003.
- Misje AH, Bosnes V, Geysdal O, et al: Motivation, recruitment and retention of voluntary non-remunerated blood donors: A survey-based questionnaire study. Vox Sang 89:236-244, 2005.
- Oswalt RM: A review of blood donor motivation and recruitment. Transfusion 17:123-135, 1977.
- Ownby HE, Kong F, Watanabe K, Tu Y, Nass CC. Analysis of donor return behaviour. Retrovirus epidemiology donor study. Transfusion 1999;39:128–35.
- Piliavin JA, Callero PL: Giving Blood: The Development of an Altruistic Identity. Baltimore, MD, The Johns Hopkins University Press, 1991.
- Qendro I, Moog R, Mueller N. A questionnaire: will plateletpheresis donors accept multicomponent donation? Transf Apheres Sci 2002;27:95–9.
- Sánchez AM, Ameti DI, Schreiber GB, Thomson RA, Lo A, Bethel J, et al. The potential impact of incentives on future blood donation behavior. Transfusion 2001;41:172-8.
- Schreiber GB, Schlumpf KS, Glynn SA, et al: Convenience, the bane of our existence, and other barriers to donating. Transfusion 46:545-553, 2006.
- Stephen N: Review of the Australian blood banking and plasma product sector, a report to the Commonwealth minister for health and aged care by a committee chaired by the Rt, Hon Sir Ninian Stephen. AGPS, Canberra, 2001.
- Stryker S, Burke PJ: The past, present, and future of identity theory. Soc Psychol Quart 63:284-297, 2000.
- Titmuss R: The gift relationship: From human blood to social policy. New York, Vintage, 1971.
- Valentine K: Citizenship, identity, blood donation. Body Soc 11:113-128, 2005.
- Wood W, Tam L, Guerrero Witt M: Changing circumstances, disrupting habits. J Pers Soc Psychol 88:918-933, 2005.

Capítulo 4

Barreras para la donación de sangre voluntaria, altruista y segura

Armando Cortés Buelvas, Md. Patólogo Clínico. Especialista en Mercadeo estratégico y Gerencia en Salud.Director Hemocentro del Valle del Cauca. Cali Colombia. Profesor titular Departamento de Patología. Universidad del Valle. Presidente del Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional. Colombia. Email: acortes59@gmail.com.

La transfusión de sangre es un componente importante de la medicina moderna para tratar a los enfermos. La donación voluntaria de sangre es la fuente esencial para el buen funcionamiento y seguridad de un servicio de sangre. Para satisfacer todas las necesidades de sangre de un país o región necesitamos establecer un servicio de sangre cuya fuente sea totalmente de donantes voluntarios. Por lo tanto, debemos establecer cómo atraer y retener donantes voluntarios.

El acto de donar sangre ha sido considerado como uno de los gestos más importantes de "altruismo puro"[1,2]; el término altruismo hace referencia a la motivación para ayudar a otra persona sin ninguna perspectiva de compensación personal para aquellos que ofrecen asistencia; la persona que dona la sangre no conoce a la persona que la recibirá.

La investigación sobre este tema se ha centrado principalmente en las características de la personalidad que pueden ser predictivos para este tipo particular de regalo[3-5].

Por otro lado, se han realizado investigaciones para definir las barreras y obstáculos a la donación de sangre voluntaria entre los donantes de sangre regulares, que no regresaron y también en los no donantes[6-21].

Los factores de la motivación para donar y la habitualidad del acto serán tratados en el capítulo sobre factores sicológicos; en este documento se considerarán otras variables importantes que obstaculizan el logro de un servicio con 100% de donación voluntaria y repetida, las cuales clasificaré de manera didáctica en barreras culturales, organizativas y comunitarias para la donación voluntaria.

En primer lugar, discutiré las barreras halladas en estudios[22,23] sobre la situación de Latinoamérica con su particular condición de tasas de donación voluntaria en progreso desigual, con incipiente paso hacia la donación repetida, cuyas características y problemática serán ampliadas y discutidas en otros apartes de este libro. La situación en comunidades maduras en relación con la donación voluntaria y habitual será tratada al final.

A. Barreras culturales

1. Poca responsabilidad comunitaria. La donación en la mayoría de los países latinoamericanos, con excepciones ejemplares, tiene una base de motivación filial, individual o de amistad que depende de las circunstancias (en general, se dona cuando alguien allegado o un familiar lo necesita y si es extremadamente necesario o urgente), con poca intención de solidaridad, a menos que exista una gran motivación (desastre natural o provocado, con muchas víctimas). Son factores promotores principales de esta conducta:
   a. la información se orienta a la donación como salvadora de vidas (actos heroicos y de necesidad ocasional).
   b. muy pocos reconocen una satisfacción moral o espiritual al donar sangre o ser un donante habitual, y algunos promueven todo lo contrario al prometer

y otorgar retribuciones como reembolsos, algunos resultados de exámenes, regalos, seguros familiares, empresariales, etc., como compensación. De igual manera, hay falta de reconocimento social de los donantes de sangre.

c. donación coactiva o exigida, para cumplir requisitos de hospitalización, cirugía, pago de la cuenta y visita de familiares o amigos al hospitalizado.

2. Falta de un beneficio tangible. No se dona si no se recibe algo a cambio; por ejemplo, resultados de exámenes y reembolso de sangre (carné, seguro familiar), pago de la cuenta, descuentos en servicios médicos diversos o un refrigerio, etc.
3. Mitos sobre sus consecuencias. Existen diversos temores, algunos infundados y otros reales: el miedo a las agujas, a la sangre, a infectarse con agujas reutilizadas, desmayos o debilitarse o perder la potencia sexual, pecar, engordar o adelgazar y el temor a que lo difieran o identifiquen enfermedades con las pruebas que se realizan y a depender de extracciones permanentes porque la sangre se renueva más aceleradamente, etc.
4. Su sangre es muy común o por el contrario rara vez se necesita, como sucede con los O positivos y los Rh negativos, respectivamente. Muchas veces los mismos bancos de sangre promueven este concepto, difiriendo donantes que no tienen el grupo sanguíneo para satisfacer sus necesidades actuales. No existe sangre en exceso sino falta de gestión y organización para ubicarla donde se necesite.
5. No se lo ha inculcado la familia, es un factor de especial consideración en algunas regiones, donde en esencia la madre inculca los valores y es el centro de la familia, al punto que prefieren hacer la donación acompañados por ella para reducir el temor y tener más confianza.En fin, cada banco de sangre adopta técnicas de motivación a su medida. Pero aunque estas técnicas deben ser diseñadas para reflejar los antecedentes culturales básicos de la localidad, siempre deben comunicar a la comunidad la importancia y necesidad de la donación de sangre voluntaria no retribuida.

B. Barreras organizativas

1. Experiencias negativas al donar o no se sienten valorados. Las experiencias negativas pueden originar especialmente desánimo y desconfianza, por ejemplo: desconocen si la sangre fue útil, para qué y si alguien se benefició con la sangre donada. A algunos les incomoda que se hacen muchas preguntas en especial sobre los hábitos sexuales o no se realizan apropiadamente; no fueron amables, las condiciones de higiene no son apropiadas (no usan guantes o los reutilizan, igual harán con las agujas) no se lavan las manos antes y después de cada procedimiento; el proceso es muy demorado más de una hora y en algunos casos hasta 3 y 4 horas, desmayos, han sido excluidos sin explicación apropiada, o simplemente no apreciaron la donación.
2. Acceso limitado al público, con horarios de oficina para la atención o solo en días hábiles o basado en sitios fijos y pocos sitios móviles.
3. La incomunicación regional y entre bancos o programas origina una inadecuada programación o duplicación de las actividades y esfuerzos promocionales y de colectas que confunden al público y comprometen el rendimiento.
4. Publicidad e información limitada y mal orientada. Los costos y la falta de una destinación presupuestal para la publicidad y el manejo mal orientado o planeado de la información permite la falta de claridad en aspectos de extrema importancia como los riesgos de la donación remunerada u obligada, confusión en los términos de transfusión y donación, la sangre es requerida sólo en circunstancias muy especiales (los mensajes van orientados a salvar vidas y a recibir beneficios), poca claridad sobre cuánta sangre tenemos, cuánta donamos, cómo se recupera y cuántas veces podemos donar al año, la seguridad de donar (no transmite infecciones), sobre los hábitos de vida saludables. En general, poca orientación hacia la solidaridad, reducir el miedo y ganar más confianza y seguridad.
5. Programas inefectivos para reclutar y educar. La gente no dona sangre porque está desinformada sobre las necesidades de sangre y la importancia de ser un donador habitual; los que donan en su gran mayoría lo hacen porque personal ajeno al banco de sangre les han pedido que lo hagan, pocos han sido realmente motivados y orientados por acción y personal debidamente capacitado del mismo banco de sangre (pueden ser y probablemente con más éxito las madres, padres, profesores y aún los mismos donantes). Con contadas excepciones, no hay esfuerzos orientados a la educación del niño en las escuelas y colegios para garantizar los donantes habituales del futuro. La mayoría de los esfuerzos de promoción se orientan a la comunicación impersonal mediante afiches, volantes, etc, desatendiendo otras estrategias útiles y tanto o más efectivas como la orientación en la casa, colegios, supermercados, iglesias, tiendas, mediante interactivos, internet, cátedra en universidades y colegios sobre prevención, derechos humanos, civismo, etc. La exigencia a familiares de pacientes de traer donantes es anti-ética, ilegal y funesta para cualquier pre-

tensión de mejorar la calidad de los programas de reclutamiento, además de crear una imagen inapropiada de los bancos de sangre, es insegura y va en contra de la orientación hacia la responsabilidad comunitaria requerida.De igual manera, el uso de incentivos o estímulo a los donantes de sangre como seguros familiares y reembolsos en dinero o productos sanguíneos no es inocuo y tienen probablemente un efecto negativo en la seguridad; lo ideal es que estos estímulos sean reemplazados por cartas de agradecimiento y reconocimientos del carácter voluntario del donante. Los donantes habituales siguen siendo escasos y muy raras veces un donante lo hace más de una vez al año y todos los años. Los programas no promueven la donación repetitiva y existe poco o ningún seguimiento a los donantes diferidos por condiciones temporales, y los donantes Rh negativos o con fenotipos especiales. No se explotan los testimonios de experiencias particulares de donantes y receptores con el lenguaje propio de la comunidad, que consituye un gran estímulo para que otros donen. En general el personal del banco de sangre que atiende donantes presenta deficiencias en la información y capacidad para la orientación de los donantes en aspectos tan relevantes como quiénes necesitan transfusión, qué exámenes y por qué se le practican a la sangre, las conductas de riesgo, los periodos de ventana, la utilidad y limitación de las pruebas serológicas para identificar infecciones, etc.

6. Aunque hay mejoras significativas en algunos, persisten las deficiencias en la infraestructura, dotación y suministros, servicios básicos y las medidas de higiene y seguridad; en los bancos de sangre se encuentran una o más de las siguientes deficiencias: las salas de espera, recepción, selección, de extracción, de reposo, cafetería y los sanitarios y lavamanos son inexistentes o inapropiados por el diseño, mantenimiento, decoración e independencia. Son inexistentes o son insuficientes las balanzas de colección, equipos para primeros auxilios, refrigerios, bandas adhesivas para el sitio de punción, carecen de unidades móviles, tensiómetro y fonendoscopio. Hay deficiencias en la iluminación y ventilación (a pesar de estar situados en sitios de altas temperaturas). La comunicación telefónica es deficiente, carecen de teléfonos o son insuficientes o no tienen línea directa, carecen de acceso a internet. La limpieza general es inadecuada (torundas de algodón usadas en el piso, canecas colectoras de desechos sin bolsas, ni tapas, etc).
7. Muchos bancos de sangre no disponen de personal dedicado a la promoción y educación sobre la donación voluntaria de sangre porque basan su captación en donaciones coactivas o porque son muy pequeños y su demanda es mínima y no justifica un personal dedicado de manera exclusiva y mentalmente a estas actividades. De igual manera, las posibilidades de captación en el área son reducidas. Igualmente importante es que la selección y la motivación para el personal dedicado a estas actividades debe ser especialmente considerada. De ellos dependen la operabilidad y eficiencia de un banco de sangre.
8. Es necesario un buen registro de donantes para obtener los datos a tiempo y favorecer la retención de los antiguos donantes. Los donantes inactivos afectan el registro de donantes y el volumen objetivo de la recolección de sangre. Los donantes de sangre que se han aplazado temporalmente y aquellos que se han retirado o la han dejado de lado por algunas razones, podrían ser alentados a volver al programa. Mantener un registro de donantes confiable es útil para identificar a los donantes inactivos y que pueden ser alentados a desempeñar un papel activo en la consecusión de donantes, incluso si no son adecuados para donar sangre. Los donantes caducados a menudo sólo necesitan recordar que no han donado durante algún tiempo. Simplemente pueden haber olvidado o se han mantenido alejados debido a la insatisfacción por el tipo de servicio recibido. Algunos sólo necesitan asegurarse de que hay planes de acción para mejorar los servicios, y que por lo tanto se tomará cuidado para evitar molestias en el futuro. El seguimiento de todos los donantes caducados es un aspecto significativo de la retención de donantes. La retención y la gestión de los donantes anteriores pueden ser más importantes para satisfacer las necesidades de sangre que la motivación de nuevos donantes[24].
9. La mayoría de los programas de donación de sangre han utilizado estrategias basadas en llamadas telefónicas de salida y contactos personales. Los SMS, correos electrónicos, sitios web y medios sociales son más rápidos y son herramientas altamente apropiadas para transmitir la información que motivará a los donantes de sangre a una escala masiva. A ellos se puede recurrir durante la escasez aguda. Se pueden enviar textos frecuentes, videos de sensibilización y notas de voz, comunicando también los lugares y horarios de las jornadas al aire libre.
10. Por último pero no menos importante, es la necesidad de que los bancos de sangre que son dependientes de instituciones de salud tengan autonomía económica o presupuestal. Las épocas de crisis institucional dan al traste con cualquier esfuerzo logrado por la falta de continuidad y priorizar las actividades asistenciales, letales para un programa de servicio comunitario vital que se basa en la donación regular.

C. Barreras comunitarias

1. Percepción de promover una fuente de lucro. La percepción de que la donación y los bancos de sangre es un negocio, es muchas veces mal entendida por la confusión con el cobro de los costos de procesamiento de la sangre y sus componentes y la práctica privada con ánimo de lucro en algunas instituciones, las tarifas disimiles, la falta de transparencia en el manejo financiero y la existencia de remuneración o incentivos materiales como estrategia cuando no hay suficientes donantes o es difícil conseguir ciertos tipos de sangre o en emergencias, y muchas veces como estrategia regular de promoción en algunos bancos. Es desafortunado en algunas regiones que en general las personas que nunca han donado tengan la percepción de que se recibe algo a cambio por donar, para algunos es dinero y otros retribuciones materiales, exámenes de laboratorio, reembolsos, seguros de sangre, etc.
2. Otros aspectos como la falta de apoyo de entes sociales y empresas, apoyo estatal económico y logístico, es real, pero en parte obedece a la falta de gestión. Algunas dificultades pueden presentarse por la inexistencia de una estructura de servicios para la función social en muchas instituciones con el equívoco de que ésta es responsabilidad del Ministerio de Salud o de otras instituciones como la Cruz Roja en algunos países.
3. Los medios de comunicación, que incluyen periódicos locales, revistas, agentes de publicación, televisión, radio y otros, deben ser alentados a crear conciencia entre el público y no dedicarse a pescar o difundir noticias, algunas alarmistas. Los medios de comunicación de masas pueden ayudar a crear conciencia y el cambio de comportamiento, eliminando el miedo a la donación de sangre, los mitos y concepciones erróneas, y creando un clima favorable de conocimiento y opiniones sugiriendo plan de acción y transmitir nuevas ideas y conceptos. Los bancos de sangre deberían disponer de un plan de medios tradicionales y de redes sociales.
4. Hace falta una asociación de donantes y la vinculación de personal voluntario que vele por el cubrimiento de las necesidades comunitarias de productos sanguíneos y sirva de apoyo en la responsabilidad de asegurar los derechos y deberes de los donantes.

D. Otras

Uno de los eventos adversos más comunes de donantes de sangre es la reacción vasovagal (RVV). Las RVVs tienen consecuencias importantes para la seguridad y retención de los donantes. En los últimos años la investigación ha establecido predictores demográficos y temporales de RVVs útiles para identificar los probables reactores[25-27].

Lo anterior ha permitido el reconocimiento de grupos de riesgo para RVV y ha planteado cambios en los servicios de sangre incluyendo revisiones de los criterios de selección de los donantes y consideraciones acordes a los volúmenes de recolección[28,29] y algunos factores conductuales que se consideran importantes que incluyen la ingesta de alimentos antes de la donación, el sueño, la hidratación y la actividad física[25,30], y el control emocional que juega un papel con sentimientos de miedo, ansiedad y disgusto que contribuyen a la aparición de los síntomas [31,32].

Los estudios de intervención conductual demuestran los efectos positivos de la carga de fluido antes de la donación (ingestión de al menos 300 ml de líquido en los 30 minutos inmediatamente antes de la donación)[34,35] y los ejercicios de tensión muscular repetida manteniendo un patrón de respiración anormal durante la donación[34-37], ingestión de cafeína[38], y el manejo de la ansiedad con técnicas de distracción[35,39], también proporcionan beneficio.

Las exclusiones médicas definitivas como la hepatitis y temporales como el riesgo de infecciones emergentes o reemergentes y las condiciones nutritivas de la población, son otras barreras a considerar.

Un tiempo de recuperación demasiado corto después de la donación de sangre da como resultado un agotamiento gradual de las reservas de hierro y una posterior disminución de los niveles de hemoglobina (Hb) a lo largo del tiempo. Esta disminución de los niveles de Hb puede depender de características individuales no observadas al intentar la donación de sangre, por tanto plantea un riesgo de deficiencia de hierro en los donantes de sangre regulares. En donantes sanos con suficientes reservas de hierro esto puede no ser problemático. Las donaciones repetidas podrían, sin embargo, agotar las reservas de hierro, lo que conduciría al agotamiento del hierro y, en última instancia, a la anemia[40].

Debido a que los donantes sanos dan sangre voluntariamente, el agotamiento del hierro y la anemia subsecuente deben prevenirse tanto como sea posible. El cuerpo necesita aproximadamente 50 días para recuperarse a los niveles de Hb de predonación[41,42].

Por lo tanto, las pautas imponen un intervalo mínimo de 56 días entre las donaciones, con un máximo anual de cinco donaciones para los hombres y tres para las mujeres[43].

Además, el estado de hierro de los donantes de sangre se evalúa antes de la donación. Esto se realiza

midiendo los niveles de Hb que son aceptables con al menos 8,4 mmol/L (135 g/L) para los hombres o al menos 7,8 mmol/L (125 g/L) para las mujeres[44].

Los donantes con niveles de Hb por debajo de estos puntos de corte, o 1,5 mmol/L (24 g/L) por debajo del nivel de donación anterior, se deben aplazar temporalmente de la donación. Es decir, que un intervalo de donación de 56 días puede no ser deseable para todos los donantes[45].

Esto puede dar lugar a una disminución gradual de los niveles de Hb a lo largo del tiempo, que podría no detectarse porque el donante cumple con el nivel de Hb del criterio de aplazamiento. Por tanto, distinguir entre los donantes con diferentes comportamientos de los niveles de Hb después de varias donaciones puede ayudar a seleccionar donantes y adaptar sus intervalos de donación para prevenir la anemia.

Los aplazamientos pueden ser desmoralizantes para los donantes y tener un efecto negativo sobre las tasas de retorno de los donantes[46,47].

Se han planteado modelos que pueden utilizarse para predecir a qué grupo pertenece un donante, y esta predicción puede actualizarse después de cada donación. Esto es de gran importancia práctica porque la identificación temprana de los donantes con niveles decrecientes de Hb podría ayudar a adaptar los intervalos de donación y prevenir la deficiencia de hierro y los aplazamientos de los donantes[48].

Por lo tanto, una estrategia exitosa debe adaptar cuidadosamente las técnicas disponibles a su propia localidad y esto permitirá a los bancos de sangre satisfacer sus necesidades en el tiempo.

La situación mencionada hasta este momento se basa en las experiencias propias de Latinoamérica. La problemática de la donación en comunidades maduras con amplia trayectoria en la donación voluntaria y habitual de sangre expresa otras barreras, en estas comunidades los principales obstáculos incluyeron el tiempo requerido para el proceso, la accesibilidad del centro, excesivo cuestionamiento/papeleo, requisitos de elegibilidad y la falta de conocimiento sobre la seguridad y el proceso. De acuerdo con los resultados de otras investigaciones centradas en donantes de sangre que no regresaron y/o no donantes, las principales barreras y obstáculos a la donación de sangre incluyeron razones médicas, miedo a las agujas, negligencia, barreras de estilo de vida, incomodidad percibida, falta de comunicación de marketing, y las experiencias negativas[6-16,18,20,21].

Las razones para reducir la frecuencia de las donaciones o dejar de donar sangre: compromisos laborales/familiares, razones médicas y tiempo de espera.

Para las mujeres, las razones médicas fueron citadas con mayor frecuencia. Por ejemplo, haber dado a luz a un niño y considerar la donación de sangre como "una experiencia dolorosa o difícil" son justificaciones comunes[8,9,12,14,19,20,49,50].

La mayoría de las diferencias entre los sexos en las tasas de ausencia podrían atribuirse al embarazo y la lactancia[14].

La información podría dirigirse a las mujeres donantes explicando que pueden seguir donando sangre entera y plasmaféresis después de un embarazo, pero que su plasma sólo se utilizará para productos farmacológicos como la albúmina e inmunoglobulinas.

Los hombres parecen estar más afectados por la dificultad de integrar la donación de sangre en sus ocupadas vidas: consideran que los horarios son muy restrictivos y que emplean "demasiado tiempo de espera o al donar sangre" y son propensos a "olvidar donar y no recibir un recordatorio telefónico" como razones para donar menos frecuentemente. Esto refuerza la idea de que los hombres tienen un tiempo más difícil para establecer una rutina por sí mismos[5].

Para apuntar a la retención de donantes masculinos, se deben considerar estrategias específicas diseñadas para ayudar a los hombres a integrar mejor la donación de sangre en su rutina diaria.

Se han observado diferencias entre los grupos de edad, y la perspectiva del curso de la vida. Los jóvenes citaron la falta de información, la falta de tiempo relacionada con el trabajo y el estudio, los inconvenientes y la exclusión como resultado de viajar al extranjero, y moverse o estar más lejos de la unidad de sangre.

Para las personas de más de 30 años, el embarazo y las responsabilidades familiares eran factores más significativos, y para los mayores de 40 años, los problemas de salud eran más frecuentes que los de otros grupos y la falta de solicitudes[8,20,51,52].

Estos resultados confirman la importancia de las barreras del estilo de vida como elementos disuasivos para la donación de sangre[6-8,12-20,53].

Por otro lado los factores institucionales (requisitos de elegibilidad, incluyendo la salud y los aspectos prácticos) pueden influir en los hábitos de donación[54-58].

Los donantes de plasma/plaquetas que han reducido su frecuencia de donación en los últimos 5 años fueron, con mucho, más propensos a citar "limitaciones de tiempo relacionadas con el trabajo/estudios" y a reportar la dificultad de acceder a sitios de donación como causa[6,17,19].

La cesación de la participación en los programas de aféresis se explicó principalmente por el hecho de que la remuneración ya no se ofrecía, las limitaciones

de tiempo (tarda más la donación) y la reubicación. Recordemos que la donación por aféresis es más frecuente, requiere más tiempo y es más exigente físicamente, lo cual puede ser difícil para las personas encajar en sus vidas. También debemos señalar que cualquier persona que deba trasladarse desde sitios distantes a unos pocos sitios permanentes de donación de aféresis, es probable que se vea forzada a reducir la frecuencia de sus donaciones.

Una mejor comprensión de la relación entre la demografía de los donantes y los factores disuasivos para la donación de sangre debería ayudar a desarrollar nuevas estrategias para lograr el objetivo de la autosuficiencia de los donantes aumentando la retención de donantes de sangre no remunerados.

Barreras para lograr las metas del 100% de donación voluntaria en Latinoamérica

- Falta de información y conciencia social de la necesidad de sangre.
- Falta de acción de los bancos, del Estado y organismos de coordinación y control en poner punto final a donación reposición.
- Escasa publicidad o mal orientada "culpando a la comunidad de la escasez de sangre y reforzando la creencia de tener que ser un "superhéroe" para ser donante de sangre.
- Individuos conscientes y sensibles pero no rompemos con la inercia (disponer de unidades móviles o sitio fijo de donación y hacer llamados explícitos).
- Poca preocupación por dar a conocer al donante que cumplió con ayudar a otros o la falta de reconocimientos públicos.
- Variabilidad en los criterios de exclusión o aceptación de donantes (confusores cuando no hay uniformidad en la aplicación).
- Imagen y posicionamiento de los bancos de sangre, ligado a la percepción de la comunidad de la institución.
- Competencia entre bancos confunde a la comunidad por mensajes dispares.
- Factores sociodemográficos, médicos y actitudinales (festividades, periodos vacaciones, seroreactividad).
- Fuerzas del mercado y exigencias regulatorias han encarecido los procesos del banco reduciendo la publicidad, relaciones públicas y el empleo de medios y materiales para promoción.

¿Qué se puede hacer para lograr autosuficiencia?

1. Definir cuánta sangre necesitamos, con base en investigación de mercados.
2. Optimizar procesos que reduzcan los descartes por defectos.
3. Educar y auditar sobre la indicación de productos sanguíneos, reduciendo su uso inapropiado.
4. Emplear medidas para incrementar la donación.
   Programas de donación voluntaria, con recursos.
   Mayor disponibilidad de sitios fijos y móviles.
   Reclutamiento por e-mail y medios sociales.
   Donación automatizada de multicomponentes (mayor aprovechamiento de cada donación).
   Suplemento de hierro y reducir la exclusión por anemia, cuidando los intervalos y mejorando las evaluaciones de los donantes regulares con analítica.
   Reducir el cuestionario y los tiempos de exclusión con NAT.
   Considerar ampliar los rangos de edad para donar.
   La donación habitual reduce los descartes por reactividad.
   Ajustar la Hb según la altitud.
   Unificar criterios de exclusión.
   Vinculación y alianzas con voluntarios.
   Compromiso estatal "PLAN NACIONAL DE PROMOCIÓN" y min-educación para lograr cambio de actitud y cultura.
   Formación de promotores.
   Educación al personal de salud incluyendo a todo el personal de los Bancos de sangre y directores.
   Alianzas (organismos científicos locales, OPS, OMS, ONG universidades, iglesias, empresas, Rotarios).
   Promover las asociaciones de donantes.

¡Las personas que donan ENTIENDEN que la sangre es una NECESIDAD y que solo ellos pueden darla y de esta manera AYUDAR a otros a sobrevivir!

Servicio para retener al donante

- Relación:
  Reconozca la historia de los contactos y lo que aprendió, no deje que cada interacción pase como si fuera la primera.
  Profundice la relación con los donantes.
- Retencion:
  Haga esfuerzos explícitos para retener a sus donantes, cuántos donantes retiene, quiénes son y qué relación establece con ellos.
  Cuando un donante nos abandona, los años venideros no serán mejores.
- Rentabilidad:
  Es un atributo de la relación.

¿Con qué frecuencia dona? ¿Podría mejorar?

- Referenciación:
  Supere las expectativas de los donantes y ganará referencias positivas.
- Recuperación:
  Los donantes no abandonan por los errores sino por la falta de respuesta a esos errores.
- Reactivación:
  Las relaciones reactivadas evolucionan más rápidamente que las relaciones con nuevos donantes y suele tener más frecuencias.

¿Qué de sus aliados?

- **Juegue el juego en que todos ganan.**
  Una cadena de suministros se mantendrá firme en la medida que todos los actores que la componen tienen razones para empujar en la misma dirección.
  Gestione las relaciones con sus socios.
- **Dé a los donantes y aliados más de lo que verdaderamente desean y menos de lo que no.**
- **Propuestas de valor para los donantes y aliados**
- Ayúdelos a entender y a creer en el valor superior de lo que ofrece (ayudar a salvar vidas, contribuir a la salud de los enfermos, dar seguridad a la comunidad).
- Demuéstrelo y documéntelo, si no serán sólo palabrerías.
- Qué es lo que realmente vale para sus donantes y aliados.

No siga en la carrera de la "proclamación de beneficios".

Comprenda la experiencia de sus donantes y aliados:

- Monitoree sistemáticamente la experiencia y expectativas de sus donantes y aliados, mejórela y mejorarán sus resultados.
- Verifique la calidad y características de su servicio, publicidad, presentación, facilidad y confiabilidad.
- En los puntos de contacto "corredor del donante"

Gestione la experiencia del donante y sus aliados y construya su futuro.

Referencias

1. Elster J. Selfish ness and altruism. In: Mansbridge J.J., editor. Beyond self-interest.Chicago, IL: Universityof Chicago Press; 1990. p.44–53.
2. Ferguson E, Farrell K, Lawrence C. Blood donation is an act of benevolence rather than altruism. Health Psychol 2008;27:327–36.
3. Titmuss R. The gift relationship. From human blood to social policy. New York, NJ: Vintage Books; 1971.
4. Glynn SA, Kleinman SH, Schreiber GB, Zuck T, Combs SM, Bethel J, et al. Motivations to donate blood: demographic comparisons. Transfusion 2002; 42:216–25.
5. Piliavin JA, Callero P. Giving blood: the development of an altruistic identity. Baltimore, MA: John Hopkins University Press; 1991.
6. Bagot K.L., Bove L.L., Masser B., Bednall T., and Buzza M.: Perceived deterrents to being a plasmapheresis donor in a voluntary, nonremunerated environment. Transfusion 2013; 53:1108-1119.
7. Bednall T.C., and Bove L.L.: Donating blood: a meta-analytic review of self-reported motivators and deterrents. Transfus Med Rev 2011; 25:317-334.
8. Duboz P., and Cunéo B.: How barriers to blood donation differ between lapsed donors and non-donors in France. Transfus Med 2010; 20: 227-236.
9. Germain M., Glynn S.A., Schreiber G.B., Gelinas S., King M., Jones M., et al: Determinants of return behavior: a comparison of current and lapsed donors. Transfusion 2007; 47:1862-1870.
10. Harrington M, Sweeney MR, Bailie K, Morris K, Kennedy A, Boilson A, et al: What would encourage blood donation in Ireland? Vox Sang 2007; 92: 361-367.
11. Knels R., and Kunle J. Improving donor satisfaction in a plasmapheresis center with six sigma. In (eds): International Society of Blood Transfusion. Amsterdam: Vox Sanguinis, 2013. 91
12. Kuruvatti J., Prasad V., Williams R., Harrison M.A., and Jones R.P.: Motivations for donating blood and reasons why people lapse or never donate in Leeds, England: a 2001 questionnaire-based survey. Vox Sang 2011; 101: 333-338.
13. Mathew S.M., King M.R., Glynn S.A., Dietz S.K., Caswell S.L., and Schreiber G.B.: Opinions about donating blood among those who never gave and those who stopped: a focus group assessment. Transfusion 2007; 47: 729-735.
14. Misje A.H., Bosnes V., and Heier H.E.: Gender differences in presentation rates, deferrals and return behaviour among Norwegian blood donors. Vox Sang 2010; 98: e241-e248.
15. Moore R.J.: Promoting blood donation: a study of the social profile, attitudes, motivation and experience of donors. Transfus Med 1991; 1: 201-207.
16. Oswalt R.M., and Napoliello M.: Motivations of blood donors and nondonors. J Appl Psychol 1974; 59: 122-124.
17. Rodell M.B., and Lee M.L.: Determination of reasons for cessation of participation in serial plasmapheresis programs. Transfusion 1999; 39: 900-903.
18. Yuan S, Hoffman M, Lu Q, Goldfinger D., and Ziman A. Motivating factors and deterrents for blood donation among donors at a university campus–based collection center. Transfusion 2011; 51: 2438-2444.
19. Ringwald J, Lange N, Rabe C, Zimmermann R, Strasser E, Hendelmeier M, et al. Why do some apheresis donors donate blood just once? Vox Sang 2007; 93: 354-362.
20. Schreiber G.B., Schlumpf K.S., Glynn S.A., Wright D.J., Tu Y., King M.R., et al: Convenience, the bane of our existence, and other barriers to donating. Transfusion 2006; 46: 545-553.
21. van Dongen A., Abraham C., Ruiter R.A., Schaalma H.P., de Kort W.L., Dijkstra J.A., et al: Are lapsed donors willing to

resume blood donation, and what determines their motivation to do so? Transfusion 2012; 52: 1296-1302
22. Gallego M, Muñoz L, Cortés A. Características socioculturales de los donantes y no donantes de sangre en Colombia *Revista Colombia Médica, 2000; 31 (3): 99-109*
23. García Gutiérrez M, Sáenz de Tejada E, Cruz JR. Estudio de factores socioculturales relacionados con la donación voluntaria de sangre en las Américas. Rev Panam Salud Pública. 2003; 13(2/3):85-90.
24. Oswalt RM. A review of blood donor motivation and recruitment. Transfusion. 1977; 17: 123-135.
25. Takanashi M, Odajima T, Aota S, Sudoh M, Yamaga Y, Ono Y, et al. Risk factor analysis of vasovagal reaction from blood donation. Transfus Apher Sci 2012;47:319–25.
26. Tomasulo P, Bravo M, Kamel H.Time course of vaso vagal syncope with whole blood donation. ISBT Sci Ser 2010;5:52–8.
27. Wiersum-Osselton JC, Marijt-van der Kreek T, Brand A, Veldhuizen I, vander Bom JG, de Kort W. Risk factors for complications in donors at first and repeat whole blood donation: a cohort study with assessment of the impact on donor return. Blood Transfus 2014;12(Suppl. 1):s28–36.
28. Eder A, Goldman M, Rossmann S, Waxman D, Bianco C. Selection criteria to protect the blood donor in North America and Europe: past (dogma), present (evidence), and future (hemovigilance). Transfus Med Rev 2009;23:205–20.
29. Tomasulo P, Kamel H, Bravo M, James RC, Custer B. Interventions to reduce the vasovagal reaction rate in young whole blood donors. Transfusion 2011;51:1511–21.
30. Nakajima K. Donor complications and donor care. ISBT Sci Ser 2009;4:411–7.
31. Viar MA, Etzel EN, Ciesielski BG, Olatunji BO. Disgust, anxiety, and vasovagal syncope sensations: a comparison of injection-fearful and nonfearful blood donors. J Anxiety Disord 2010;24:941–5.
32. France CR, France JL, Kowalsky JM, Ellis GD, Copley DM, Geneser A, et al. Assessment of donor fear enhances prediction of presyncopal symptoms among volunteer blood donors. Transfusion 2012;52:375– 80.
33. Vavic N, Pagliariccio A, Bulajic M, Dinic´ R, Marinozzi M. Giving blood donors something to drink before donation can prevent fainting symptoms: is there a physiological or psychological reason? Transfus Apher Sci 2014;51:65–9.
34. France CR, Ditto B, Wissel ME, France JL, Dickert T, Rader A, et al. Predonation hydration and applied muscle tensión combine to reduce presyncopal reactions to blood donation. Transfusion 2010;50:1257– 64.
35. Ditto B, France CR, Albert M, Byrne N. Dismantling applied tension: mechanisms of a treatment to reduce blood donation-related symptoms. Transfusion 2007;47:2217–22.
36. Ditto B, France CR, Lavoie P, Roussos M, Adler PSJ. Reducing reactions to blood donation with applied muscle tension: a randomized controlled trial. Transfusion 2003;43:1269–75.
37. Wieling W, Rozenberg J, Schon IK, Karemaker JM, Westerhof BE, Jardine DL. Prolonged post-faint hypotension can be reversed by dynamic tension. Clin Auton Res 2011;21:415–8.
38. Sauer LA, France CR. Caffeine attenuates vasovagal reactions in female first-time blood donors. Health Psychol 1999;18:403–9.
39. Bonk VA, France CR, Taylor BK. Distraction reduces self-reported physiological reactions to blood donation in novice donors with a blunting coping style. Psychosom Med 2001;63:447–52.
40. Brittenham GM. Iron deficiency in whole blood donors. Transfusion 2011;51:458-61.
41. Fowler WM, Barer AP. Rate of hemoglobin regeneration in blood donors. JAMA 1942;118:421-27.
42. Alstead S. Rate of blood-regeneration after haemorrhage. Lancet 1943;244:424-6.
43. Baart AM, de Kort W, Atsma F, et al. Development and validation of a prediction model for low hemoglobin deferral in a large cohort of whole blood donors. Transfusion 2012;52: 2559-69.
44. Council of Europe. Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components, European Committee (partial agreement) on Blood Transfusion (CD-P-TS): Recommendation no. r(95) 15, 15th ed. Strasbourg: Council of Europe; 2010.
45. Cable RG, Glynn SA, Kiss JE, et al. Iron deficiency in blood donors: analysis of enrollment data from the REDS-II donor iron status evaluation (RISE) study. Transfusion 2011;51:511-22.
46. Custer B, Chinn A, Hirschler NV, et al. The consequences of temporary deferral on future whole blood donation. Transfusion 2007;47:1514-23.
47. Zou S, Musavi F, Notari EP, et al. Donor deferral and resulting donor loss at the American Red Cross Blood Services. 2001 through 2006. Transfusion 2008;48:2531-9.
48. Nasserinejad K, Rosmalen J, van den Hurk K, et al. Prevalence and determinants of declining versus stable hemoglobin levels in whole blood donors. Transfusión 2015; 55:1955-1963.
49. Tomita T., Takayanagi M., Kiwada K., Mieda A., Takahashi C., and Hata T.: Vasavagal reactions in apheresis donors. Transfusion 2002; 42:1561-1566.
50. Bani M., and Giussani B.: Gender differences in giving blood: a review of the literature. Blood Transfus 2010; 8: 278-287.
51. Abbott A. Time matters: on theory and method. Chicago: University of Chicago Press, 2001.
52. Arnett JJ. Emerging adulthood: the winding road from the late teens through the twenties. New York; Oxford: Oxford University Press, 2004.
53. Hupfer ME. Helping me, helping you: self-referencing and gender roles in donor advertising. Transfusion 2006; 46: 996-1005.
54. DiMaggio PJ, Powell WW. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. Am Sociol Rev 1983; 48: 147-160.
55. Meyer JW, Rowan B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. Am J Sociol 1977; 83: 340-363.
56. Scott WR, Meyer J. The organization of societal sector. In Meyer J.W., and Scott W.R. (eds): Ritual and Rationality. Beverly Hills CA: Sage, 1983.
57. Fligstein N, McAdam D. A theory of fields. New York: Oxford University Press, 2012…
58. Charbonneau J, Quéniart A. The influence of blood collection organizations on blood donation motivations and practices. In Charbonneau J., and Smith A. (eds): Giving blood: the institutional making of altruism. London: Routledge, 2015.

Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre en Iberoamérica

Cortés A.
Roig R.
Cabezas A.L.
García-Castro, M.
Urcelay S.

Capítulo 5

El donante de bajo riesgo. Criterios de selección

MIGUEL CAÑIGRAL FERRANDO, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable Médico de Equipos Móviles del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. Valencia. España. e-mail: canyigral_mig@gva.es

La sangre y los componentes sanguíneos utilizados con fines terapéuticos y/o destinados a la producción de productos sanitarios necesariamente deben proceder de personas sanas.

La extracción de la sangre no debe producir menoscabo alguno en el donante, salvo la propia pérdida de sangre.

Los criterios de selección de donantes los establecerán las autoridades sanitarias y los organismos competentes con base en criterios internacionalmente aceptados y reconocidos, y cada centro adaptará estos criterios que serán revisados y/o ampliados periódicamente.

Toda persona que acuda a donar sangre recibirá, antes de cada donación, información sobre el procedimiento, los componentes sanguíneos, los beneficios para los pacientes, sobre la protección de datos según normas legales vigentes, las condiciones y actividades de riesgo que excluyen temporal o definitivamente de la donación, sobre el sistema de comprobación de resultados anormales y la destrucción de productos en tal caso.

Siempre se requerirá el consentimiento informado y se posibilitará al donante un procedimiento de autoexclusión.

Los donantes que por cualquier motivo no puedan ser aceptados, serán tratados con extrema delicadeza: se les explicará de forma comprensible la causa de su rechazo; si es temporal el tiempo de duración del mismo y la necesidad de que cuando haya pasado este período y se encuentre bien vuelvan a intentar donar. Si es definitiva, que entienda el porqué de su rechazo, dirigirle a su médico especialista o entidad responsable del cuidado de su salud, si fuera preciso, y explicarle que todavía puede seguir siendo útil ayudando en el reclutamiento de donantes.

Los criterios de selección que a continuación se enumeran se han elaborado a partir de normativas legales vigentes y guías de autores reconocidos y solo pretende ser una ayuda para los que trabajan en este campo, teniendo siempre en cuenta que prevalecerán las normas de cada uno de los países y las guías internas propias de cada Centro de hemodonación.

Criterios de selección de donantes de sangre total:

Aspecto general: aspecto saludable y que se encuentre bien física y psíquicamente.
Edad: de 18 a 65 años

- A los menores de 18 años se les permitirá donar si las normativas nacionales lo permiten.
- A los mayores de 65 años con la autorización del médico responsable.
- Las personas mayores de 60 años que acudan por primera vez a donar, deberán ser revisadas por un médico que valore su estado de salud para ser aceptadas.

Peso: superior a 50 kilos. (el volumen de la sangre extraída no deberá superar el 13% de la volemia).
Pulso: será regular y rítmico y comprendido entre 50 y 110 pulsaciones/minuto.

Frecuencias inferiores en deportistas deberán ser valoradas por el médico.
Tensión arterial: comprendida en cifras entre 180 mmHg (sistólica) y 100 mmHg (diastólica).
Los hipertensos graves diagnosticados y en tratamiento deberán ser excluidos.
Nivel de hemoglobina
- Mujeres se aceptarán con cifras iguales o superiores a 125 gr/l.
- Varones se aceptarán con cifras iguales o superiores a 135 gr/l .

Hematocrito
- Mujeres igual o superior a 38 se aceptarán.
- Varones igual o superior a 41 se aceptarán.

Frecuencia de donación e intervalo mínimo
- Mujeres 3 veces/año.
- Varones 4 veces/año.

Intervalo mínimo entre donaciones 2 meses (60 días).

Criterios de selección de donantes de aféresis:

Se aplicarán los mismos criterios que para la selección de donantes de sangre total y además:
Se prestará atención a historias de sangrado anormal y/o retención hídrica.
Se debe elaborar listado de medicamentos que afecten la función plaquetaria.
Historia de reacciones adversas previas.
Proteínas totales >60 gr/l.
Se realizará una comprobación y cuantificación de proteínas séricas totales y de que no existen anomalías en las fracciones globulínicas. Se comprobará al menos una vez al año y sin exceder las seis donaciones consecutivas. Se suspenderá el procedimiento cuando exista una reducción en más del 10% en la tasa de proteínas o globulinas.
Nivel de plaquetas >$150x10^{9.}$
Frecuencia de la donación: Según procedimiento.
- Plasmaféresis: Una donación cada 2 semanas. El volumen no debe sobrepasar los 600 ml por sesión (sin reposición hídrica). No más de 1000 ml/semana. 15000 ml/año.
- Tromboféresis: Intervalo de 2 semanas. No más de 2 procedimientos en 7 días, no más de 24 procedimientos al año.
- Eritroféresis: Intervalo el mismo que en la donación de sangre total.
- Eritroféresis doble: Intervalo 6 meses.
- Cuando las pérdidas acumuladas de eritrocitos sean superiores a 200 ml deberá transcurrir un mes para procedimientos sin eritrocitos, cuando deban extraerse eritrocitos el intervalo será de 2 meses.

Criterios generales:

Accidentes: se aceptará una vez recuperado y dado de alta. Si fue transfundido se excluirá durante 6 meses, 4 meses si se utilizan técnicas de amplificación genómica.
Accidente cerebrovascular: exclusión definitiva.
Acné: no es motivo de exclusión salvo que el tratamiento lo aconseje.
Acromegalia: se acepta.
Acupuntura: si el sistema no es desechable y no ha sido realizado por personal cualificado se demorará 6 meses, 4 meses si se realiza prueba de amplificación genómica.
Aftas: rechazo en cuadro florido. Se acepta cuando esté curada.
Agammaglobulimemia: rechazo de 12 meses si recibe inmunoglobulinas.
Alcoholismo: sólo se extraerá cuando esté sobrio. El alcoholismo crónico será motivo de exclusión definitiva.
Alergia: dependerá de la sintomatología acompañante y la medicación.
- Alergia alimentaria: no es motivo de exclusión.
- Alergia medicamentosa: la alergia grave a medicamentos, en especial a la penicilina será motivo de exclusión durante 12 meses.
- Edema de quincke: demorar un mes hasta recuperación completa. Si se trata de una reacción a medicamentos excluir durante un año.
- Fiebre del heno: aceptar.
- Inyecciones desensibilizantes: aplazar 6 horas.
- Signos y síntomas de afección grave respiratoria: rechazo hasta que desaparezcan.

Anorexia nerviosa: exclusión indefinida.
Autoinmunes, enfermedades: podrán aceptarse si el proceso no afecta a más de un órgano y se encuentran bien.
Ayuno: no es conveniente que el donante se encuentre en período de ayuno prolongado. El ayuno no debe ser motivo de exclusión. Si preocupa esta situación, se puede ofrecer un pequeño refrigerio previo a la donación.
Bulimia: exclusión definitiva
Cáncer
- adenofibroma: Se acepta.
- adenoma: Se acepta si es benigno.
- carcinoma:

basocelular o escamoso: Se acepta una vez curado.
cervical in situ: Se acepta una vez curado.
- linfoma de hodgkin: rechazo definitivo.
- neuroblastoma, padecido antes de los 5 años y curado se puede aceptar.
- melanoma: rechazo definitivo.

- linfoma: rechazo definitivo.
- síndrome mielodisplásico: rechazo definitivo.
- retinoblastoma: padecido antes de los 5 años y curado se puede aceptar.
- tumor de Wilms: padecido antes de los 5 años y curado se puede aceptar.
- Cambio de sexo: puede aceptarse. Se debe valorar su estilo de vida y si está o no en tratamiento hormonal.
- Cefalea: no es motivo de exclusión. Salvo que la causa no la contraindique.
- Ceguera: se acepta.
- Celiquía: se acepta si está asintomático.
- Cianosis: prestar atención.
- Cirugía
  cirugía cáncer: rechazo definitivo.
  cirugía cardiovascular:
- Aneurismas, trombosis arteriales, coronarias: rechazo definitivo.
- Malformaciones cardíacas CIA (Comunicación Interauricular), CIV (Comunicación Interventricular) y estrechamiento aórtico corregido se demorará un mínimo de 4 meses de alta médica.
- Várices se aplazará 4 meses.
- cirugía dental:
  Extracción con anestesia local aplazamiento de 7 días.
  Extracción con anestesia general aplazamiento 1 mes.
  Apertura de absceso se aplazará 7 días.
- cirugía endocrina: de hipófisis y tiroidectomía total, rechazo definitivo.
- cirugía endoscópica: demorar 6 meses, 4 meses si se realizan técnicas de amplificación genómica.
- cirugía estética: se aceptará cuando se encuentre curado y totalmente recuperado. Valorar la técnica empleada.
- cirugía ginecológica:
  Cirugía ligera (extirpación de trompas) 1 mes si está recuperada.
  Intervenciones graves (histerectomía): 4 meses.
  cirugía mayor: demorar 4 meses.
  cirugía menor: demorar una semana si no existen complicaciones.
  cirugía ortopédica:
  cirugía proctológica: un mes. Si se utilizó método de cirugía endoscópica demorar 6 meses, 4 si se utiliza técnica de amplificación genómica.
  cirugía torácica: en lobectomía y neumonectomía rechazo definitivo.
  cirugía urogenital: nefrectomía de origen tuberculoso y cáncer de próstata rechazo definitivo.
- Coladas, yesos: se aceptarán las fracturas simples. Se aplazará hasta consolidación completa si hubo cirugía.
- Conducta sexual: serán rechazadas las personas que observen una conducta sexual de riesgo durante un tiempo determinado por la enfermedad en cuestión y por la disponibilidad de pruebas para cada caso.
- Colesterol elevado: no es motivo de exclusión.
- Conjuntivitis: rechazar hasta que se resuelva.
- Convulsiones:
  No filiada ni sometido a tratamiento: rechazo definitivo.
  De la infancia, etiología febril: se acepta.
  Del adulto: exclusión definitiva
  Crisis epiléptica: ver epilepsia
- Déficit de α1-antitripsina: se podrá aceptar sólo para sangre total. Rechazo definitivo si padece enfisema o recibe tratamiento.
- Diarrea: determinar la causa. Aceptar cuando esté totalmente recuperado.
- Déficit de atención, hiperactividad: se acepta.
- Dolor de cabeza, cluster o migraña a tensión: aplazar hasta que esté resuelto.
- Down, síndrome: se acepta si mentalmente es competente.
- Electrólisis: se acepta.
- Embarazo: exclusión durante todo el tiempo de embarazo. Podrán donar 6 meses después del parto. Se podría aceptar embarazada en ciertas condiciones muy excepcionales.
- Endoscopias: 6 meses de exclusión, que se reducirá a 4 si se dispone de un método fiable de amplificación genómica.
- Enfermedades autoinmunes: se valorará cada caso. En general se excluirá cuando exista más de un órgano afectado.
- Golpe de calor: se acepta una vez recuperado si fue por agotamiento o deshidratación menor. Aplazar 6 meses si requirió hospitalización
- Intoxicaciones
  Alcoholismo: se aceptará si está sobrio.
  Drogas
  Se valorará cada caso, en muchas ocasiones el consumo de drogas va asociado a otras conductas de riesgo (prostitución, conductas sexuales de riesgo...).
  Inyectadas: exclusión definitiva. Aquí se incluyen los tratamientos esteroideos u hormonales para el desarrollo de la musculatura.
  Cocaína: exclusión. Sólo se aceptará cuando estén libres de los efectos de la droga.
  Inhaladas, sintéticas: se aceptarán si no están bajo los efectos de la droga y no existe riesgo asociado.
  Insecticidas: averiguar la naturaleza del agente y determinar el grado de afectación sobre los productos sanguíneos. Aplazar el tiempo que haga falta.

En profesionales es recomendable que se abstengan de donar en las épocas de fumigación

- Lactancia: se recomienda diferir a las madres hasta 6 meses después del parto o hasta que la alimentación del niño sea principalmente sólida.
- Medicación

  Acitretina: 3 años de exclusión

  Ácido acetilsalicílico: se acepta. Los donantes para procedimientos de aféresis de plaquetas o citaféresis se excluirán durante 5 días desde la última toma.

  Analgésicos: son aceptados. Dependerá del motivo de la toma, se excluirá si se toma por enfermedad crónica grave.

  Anestesia general: no es motivo de exclusión. Dependerá del proceso base.

  Ansiolíticos: no excluyen de la donación si se encuentran bien controlados.

  Antiácidos: se preguntará el motivo de la toma. Si se trata de úlcera activa se aplazará su donación hasta que se encuentre bien.

  Antiagregantes plaquetarios: se elaborara un listado de medicamentos de uso común que influyan en la función plaquetaria y que excluyen temporalmente de la donación de plaquetas, pero no de plasma y citaféresis.

  Anticoagulantes orales: rechazo si se están tomando y si el motivo de la toma en sí es causa de rechazo.

  Anticonvulsivantes: valorar el motivo de la toma

  Antidepresivos: no contraindican la donación si se encuentran bien y están en un tratamiento regular.

  Antidiabéticos orales: no excluyen de la donación si están bien controlados y sin complicaciones.

  Antiepilépticos: si el motivo de la toma es la epilepsia será excluido.

  Antifúngicos: se acepta cuando se trata de micosis de piel y uñas.

  Antihipertensivos: se valoraran los diferentes antihipertensivos. Pero en general serán aceptados los que estén bien controlados y que en el momento de la donación presenten cifras de tensión dentro de lo aceptable.

  Antihistamínicos: se valorará el momento y se aceptará si el donante se encuentra bien.

  Antiinflamatorios no esteroideos: se valorará la causa. En general se acepta la donación. Los donantes para procedimientos de aféresis de plaquetas o citaféresis se excluirán durante 5 días desde la última toma.

  Antimicóticos: ver antifúngicos.

  Antiobesidad: aceptar si se encuentra bien.
- Antitabaco: se podrán aceptar los que utilicen parches de nicotina ó sprays, salvo que manifiesten síntomas importantes relacionados con el tabaco.
- Betabloqueantes: se valorará el motivo de la toma y la frecuencia cardiaca. No se aceptarán frecuencias cardíacas inferiores a 60 pulsaciones/minuto en tratamientos continuados.
- Broncodilatadores: se valorará la severidad del cuadro y el compromiso respiratorio. Será motivo de rechazo cuando se encuentre en plena crisis, o en el contexto de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Clomifeno: (inductor de la ovulación) aplazar hasta 12 semanas después del tratamiento.
- Colirios: se acepta
- Contraceptivos: se acepta
- Corticoides: en tratamientos prolongados se aplazará la donación hasta 15 días después de finalizado el tratamiento.
- Digoxina: rechazo definitivo.
- Diuréticos: se pueden aceptar. Valorar el motivo de la toma.
- Dutasterida: (Avodart®) se demora 6 meses después de la última dosis.
- Endoscopias con material flexible: se aceptarán 6 meses después del procedimiento. 4 si se realizan técnicas de amplificación genómica.
- Etretinato (Tegison®): exclusión definitiva.
- Ferroterapia. se valorará pero se puede aceptar si las cifras de hemoglobina lo permiten.
- Finasterida: demorar la donación 30 días tras el fin de tratamiento.
- Hormona de crecimiento: serán excluidas las personas tratadas con hormona de crecimiento antes de 1989.
- Inhaladores: Se aceptan si se encuentran bien sin compromiso respiratorio y no son tratamientos con esteroides de larga duración.
- Inmunoglobulinas: La utilización de inmunoglobulinas postexposición (rabia, hepatitis B) excluye de la donación 12 meses
- Inyecciones desensibilizantes: se admiten libres de síntomas.
- Isotretinoina: Exclusión de un mes después de la última toma.
- Litio: Se puede aceptar si no se encuentra en fase maniaca.
- Parches de nicotina: se acepta.
- Penicilamina: 4 meses de exclusión.
- Primidona: 6 meses de exclusión.
- Quimioterapia: aplazar hasta 6 meses después del tratamiento. Valorar la causa.
- Sales de oro: 2 años de exclusión.
- Tamoxifeno: exclusión si la toma se realiza en el contexto de tratamiento del cáncer.

- Tranquilizantes: se puede aceptar si se encuentran bien.
- Tamoxifeno: exclusión temporal 18 meses.
- Tiroxina: se puede aceptar.
- Vacunas:
  Vacunas con bacterias o virus atenuados: 4 semanas de demora. (BCG, fiebre amarilla, sarampión, poliomielitis (oral), parotiditis, fiebre tifoidea y cólera).
  Toxoides y vacunas con microorganismos muertos: se acepta si se encuentra bien. Ántrax, difteria, influenza, fiebres paratifoideas, pertusis, peste bubónica, poliomielitis (parenteral), tétanos, fiebre tifoidea, y tifus exantemático.

  Vacunas sin aprobación: 12 meses de demora.

Recomendación de diferimiento :

Ántrax: 48 horas.
BCG: 4 semanas.
Catarrales-gripales: 48 horas.
Cólera: 48 horas.
Difteria: 48 horas.
Fiebre amarilla. 4 semanas.
Fiebre tifoidea-oral: 4 semanas.
Fiebre tifoidea-inyectable: 48 horas.
Fiebre de las montañas rocosas: 48 horas.
Hepatitis A: 2 días.
Hepatitis A: 6 semanas tras exposición.
Hepatitis B: 2 días
Neumococo: 48 horas.
Parotiditis: 4 semanas.
Polio oral: 4 semanas
Polio inyectable: 48 horas.
Rabia: tras mordedura un año. Si no hubo exposición se aceptará.
Resfriado común: 48 horas.
Rubéola: 4 semanas.
Sarampión: 4 semanas.
Suero animal (antiofídico): 3 meses.
Tétanos: 48 horas.
Tosferina: 48 horas.
Tífica/paratífica: 48 horas.
Varicela: 4 semanas.
Viruela: 4 semanas.
Vitaminas: en general se aceptan. Valorar los tratamientos con derivados de vitamina a y la vitamina c a dosis elevadas.
Yodo radiactivo: 6 meses de exclusión después del tratamiento.

- Menstruación: Se aceptan si se encuentran bien. Únicamente deben ser diferidas las que relatan una excesiva pérdida y bajos niveles de hemoglobina.
- Mordeduras:
  Humana: rechazo 12 meses
  Animales: rechazo temporal

• Patología Cardíaca:
  - Angina de pecho: rechazo. Podría ser aceptado sin síntomas y sin limitación de su actividad
  - Arritmias: se aceptará después de 6 meses después del evento, totalmente restablecido y sin medicación. Las arritmias severas será motivo de exclusión definitiva. Siempre con la aprobación del cardiólogo.
  - Bloqueo: Bloqueo de rama izquierda: se acepta si es asintomática y con la aprobación del cardiólogo.
  - Cardiomiopatía: rechazo indefinido.
  - Cardiopatía congénita
  - Cateterización cardíaca: se aceptará si los resultados resultan negativos. Con autorización del cardiólogo.
  - Defectos cardiácos: se aceptará una vez corregidos y tras la incorporación a la actividad normal.Rechazo de12 meses si ha sido transfundido.Con informe del cardiólogo.
  - Endocarditis: aceptar si está asintomático y sin tratamiento
  - Estenosis aórtica: se puede aceptar si fue corregido quirúrgicamente y está sintomático y sin restricciones. Rechazo de 12 meses si recibió transfusión.
  - Infarto miocardio: exclusión definitiva.
  - Insuficiencia cardíaca congestiva: aplazar 6 meses con recuperación completa.
  - Marcapasos: rechazo permanente.
  - Pericarditis: se aceptará una vez resuelto y recuperado.
  - Sindrome de Dressler: (pericarditis post infarto) autoinmune: rechazo definitivo.
  - Soplo: aceptar si es asintomático, no tiene limitaciones de actividad y no está bajo ningún tratamiento. Informe de especialista.
  - Wolf-Parkinson-White: se podría aceptar si esta asintomático y con autorización de cardiólogo.

• Patología dermatológica
  • Dermatitis: en general se admite. Aplazar si hay lesiones en área de punción.
  • Dermatitis herpetiforme: aceptar después de curado y si está asintomático.
  • Dermatomiositis: rechazo definitivo.
  • Eczema: se admite si la extensión es pequeña y no afecta a la zona de punción.
  • Eczema de contacto: será motivo de exclusión cuando afecte a la zona de punción.
  • Eritema nodoso: se aceptará si está recuperado y asintomático.
  • Esclerodermia: rechazo definitivo.

- Kaposi: rechazo definitivo.
- Lupus eritematoso sistémico: rechazo definitivo.
- Melanoma: rechazo definitivo
- Pénfigo vulgar: rechazo definitivo (enfermedad autoinmune).
- Pitiriasis: aceptar si las lesiones no están en la zona de punción.
- Psoriasis: aceptar si no existen lesiones en zona de punción. Rechazo definitivo si recibió tratamiento con Tegison®
- Quiste pilonoidal: aceptar si no tiene fiebre y no toma medicación.
- Sarna: rechazo hasta su resolución.
- Sezary: rechazo definitivo.
- Síndrome de Crest (forma especial de esclerodermia): rechazo definitivo.
- Tiña: aceptar si no afecta a la zona de punción.
- Vitíligo: se acepta.

• Patología digestiva
- Úlcera
- *Celiaquía*: se acepta si está asintomático y controlado por dieta.
- *Cirrosis hepática:* rechazo definitivo.
- *Colecistitis*: aceptar si está curado y sin síntomas. Aplazar una semana después de la extirpación. Si se utilizó procedimiento de endoscopia aplazar 4 meses. En todo caso después de la incorporación a sus actividades normales.
- Colecistectomía: una semana después de la extirpación. Si se utilizó procedimiento de endoscopia 4 meses. En todo caso después de la incorporación a sus actividades normales.
- Colecistitis: aceptar cuando esté curado y sin síntomas.
- Colelitiasis: (piedras en vesícula) aceptar sin síntomas. Si se corrigió mediante cirugía, valorar la técnica y aplazar.
- Colitis
  a. No específica: 7 días sin diarrea.
  b. Infecciosa: se aceptará una vez recuperados del episodio infeccioso.
  c. Ulcerosa: exclusión definitiva.
- Colon irritable: se acepta sin síntomas y sin medicación.

Colostomía: se rechazará si la causa que la motivó es motivo de exclusión. Si se trata de neoplasia se excluirá definitivamente.
Crohn, enfermedad: rechazo definitivo.
Cirrosis: rechazo definitivo.
Diarrea: se determinará la causa y se aceptara al donante cuando esté totalmente curado.
Disentería amebiana: se aceptará cuando esté totalmente curado y recuperado.
Diverticulosis: no es causa de exclusión.
Duodenitis: no es causa de exclusión.
Esteatosis: pueden ser aceptados.
Enteritis regional: rechazo definitivo.
Helicobacter pylori: se acepta.
Hirschprung, enfermedad (megacolon agangliónico): aceptar si está totalmente recuperado y asintomático.
Ictericia: aceptar si fue neonatal (hasta los 11 años) y ahora está bien. Rechazar si fue por hepatitis posterior a los 11 años.
Isosporiasis: será motivo de rechazo permanente si la diarrea se ha prolongado más allá de un mes.
Pancreatitis: aplazar hasta completa recuperación.
Síndrome de Gilbert (hiperbilirrubinemia): se acepta.
Wilson, enfermedad: se acepta si no existe daño hepático.

- Patología endocrino-metabólica:

Addison, enfermedad: rechazo definitivo
Amiloidosis: exclusión definitiva.
Cushing, enfermedad: Se puede aceptar si fue tratado y curado. Si fue tratado con inhibidores rechazo definitivo.
Diabetes:

- Insípida: exclusión definitiva
- Mellitus: se aceptan con tratamiento oral y que se encuentren bien. No se aceptan los donantes insulino-dependientes

Gota: se acepta si está bien controlado o medicado.
Graves, enfermedad: se aceptará si el donante presenta pruebas de normalidad tiroidea.
Hiperlipidemia: se acepta.
Hiperaldosteronismo: rechazo definitivo.
Hiperparatiroidismo: se debe valorar la causa subyacente.
Hipertiroidismo: se acepta si se demuestra el normal funcionalismo tiroideo.
Hipoglucemia: se acepta si comió antes de la donación. Se le puede invitar a comer algo ligero previo a la donación.
Hipoparatiroidismo: se debe evaluar la causa subyacente.
Hipotiroidismo: aceptar si el funcionalismo tiroideo es normal.
Tiroiditis crónica: rechazo definitivo.
Tiroiditis de hashimoto: aceptar si presenta pruebas tiroideas normales.
Wilson, enfermedad: exclusión definitiva.

- Patología ginecológica

Aborto: exclusión de 6 meses

Endometriosis: se acepta.
Endometritis: se aplaza una semana hasta que esté apirético y se encuentre bien.
Fibromas: se acepta.
Histerectomía: aplazar 12 meses si recibió transfusión de sangre. Aceptar una vez recuperada e incorporada a su actividad normal, todo ello si la causa que la provocó no es excluyente en sí misma.
Levaduras, infección: se acepta.
Paget de mama, enfermedad: rechazo definitivo.
Quistes en ovario: se acepta. Se debe descartar diagnóstico de malignidad.
Vaginitis: aceptar una vez finalizado el tratamiento y recuperada.

- Patología hematológica

Anemia: se acepta si las pruebas realizadas lo permiten. Valoración por hematólogo (anemias hemolíticas).
Anemia perniciosa: se acepta si el hematocrito o hemoglobina están dentro de los límites aceptables.
Anemia de células falciformes (gen de la hemoglobina anormal): rechazo definitivo. Si se trata de rasgo (gen normal más gen anormal): se acepta.
Coagulopatías sintomáticas: si cursan con diátesis hemorrágica son causa de rechazo definitivo.
Deficiencias congénitas de factores de coagulación: rechazo
Déficit de 6-gpd (favismo): solo se aceptará como donante de plaquetas y/o plasma.
Déficit de proteína C: sólo se acepta para hematíes y plaquetas.
Déficit de proteína S: sólo se acepta para hematíes y plaquetas.
Eritrocitosis (policitemia): :requiere evaluación. Se aceptará si no está relacionada con policitemia vera.
Esferocitosis hereditaria: sólo se podrías aceptar para donación de plasma y plaquetas y siempre que este asintomático.
Hemocromatosis: aplazamiento indefinido.
Hemofilia: rechazo definitivo. Aplazar la donación de sus parejas al menos 6 meses de su última relación sexual, 4 si se realiza prueba nat.
Hemoglobinuria paroxística nocturna: rechazo definitivo.
Histiocitosis: rechazo definitivo.
Hodgkin, enfermedad: rechazo definitivo.
Leucemia: rechazo definitivo.
Leucemia de células peludas: rechazo permanente.
Leucoplasia: se acepta.
Linfadenopatía: precisa siempre evaluación por especialista.
Linfoma: rechazo definitivo.
Mieloma: rechazo definitivo.
Policitemia vera: exclusión.
Porfiria cutánea tarda: (trastorno genético del metabolismo de la porfirina): rechazo definitivo.
Púrpura de Henoch-Schönlein: aplazar hasta que este inactiva y la función renal normal.
Púrpura trombopénica idiopática: se aceptará si tuvo lugar en la infancia, antes de los 13 años, y se encuentra bien. Rechazo definitivo si fue de adulto.
Síndrome mielodisplásico: rechazo definitivo.
Talasemia: los portadores heterocigotos podrán donar si se encuentran bien de salud y la hemoglobina supera los límites establecidos .si se trata de talasemia mayor será causa de rechazo definitivo.
Von willebrand, enfermedad: rechazo definitivo

- Patología infecciosa

En general se demorarán 2 semanas tras el restablecimiento clínico completo.
Abcesos e infecciones: se excluirá hasta que se resuelva el proceso. Si está en tratamiento antibiótico se demorará 7 días desde el fin de tratamiento.
Adenovirus: se aceptará después de 3 días sin síntomas.
Amebiasis: exclusión hasta curación completa.
Amigdalitis: se puede aceptar si esta sin fiebre o en tratamiento antibiótico y presenta buen estado general.
Babesiosis: exclusión definitiva.
Bartonellosis: (enfermedad por arañazo de gato): aplazar 1 semana después del cese de tratamiento y si se encuentra bien.
Borreliosis: enfermedad transmitida por picadura de garrapatas (borrelia burgdorferi): será rechazado si existe antecedente de picadura de garrapata las dos semanas anteriores, si presenta fiebre o síntomas. Si precisó tratamiento se aceptará 12 meses después de finalizarlo. Todo ello confirmado mediante prueba de detección de anticuerpos:
Brucelosis: 2 años tras curación y restablecimiento completo.
Catarro: será rechazado con fiebre o afectación del estrado general.
Candidiasis: demorar una semana después del cese de los síntomas
Chagas (trypanosoma cruzy): Si ha padecido la enfermedad: rechazo definitivo. Las personas nacidas o de madres nacidas o transfundidas en zona endémica serán aceptadas si una prueba validada de tripanosoma cruzi, realizada al menos 4 meses después de la exposición resulta ser negativa. Los viajeros que han permanecido en ambientes rurales serán aceptados siempre que se realice prueba validada.

Chancro: rechazo de 12 meses tras el cese del tratamiento.
Citomegalovirus: se acepta libre de síntomas y prueba de anticuerpos positiva.
Clamidia: aplazar 12 meses después de finalizar tratamiento.
Coccidiomicosis (fiebre del Valle de S. Joaquín, fiebre del desierto): se acepta si está asintomático y 1 mes tras tratamiento antifúngico.
Contacto con infecciosos: el período de rechazo será conforme al período de incubación de la enfermedad. Si este se desconoce se rechazará 4 semanas.
Coxsachie, virus: 2 semanas después.
Creutzfeldt-jakob: rechazo definitivo
Cryptococosis: se acepta si está asintomático y después de un mes del tratamiento antifúngico.
Cryptosporidiosis: 7 días después del episodio diarreico.
Dengue: 4 semanas después de la curación y desaparición de los síntomas. Si proviene de zona endémica se demorará su donación 2 semanas.
Difteria: excluir hasta total recuperación.
Escarlatina o fiebre escarlata: aceptar cuando se encuentre totalmente recuperado.
Fiebre: superior a 38ºC se demorará 2 semanas después de su detección.
Fiebre de malta: ver brucelosis.
Fiebre Q: 2 años tras curación confirmada. Si se hizo crónica: exclusión definitiva.
Fiebre recurrente: ver borreliosis
Fiebre reumática: se aceptará 2 años después de la desaparición de los síntomas, de su curación y si no existe afectación cardíaca crónica.
Fiebre de origen gripal: ver gripe.
Fiebre tifoidea: 3 meses desde curación y cese de tratamiento.
Filariasis: se excluye definitivamente.
Giardiasis: se acepta después de una semana del cese de síntomas.
Gonorrea: 12 meses después de finalizar el tratamiento.
Gripe, afección pseudogripal y fiebre superior a 38ºC: aplazar 2 semanas después de la desaparición de los síntomas.
Hepatitis A: se admite 12 meses después de haberla padecido y curada. El contacto se excluye 12 meses.
Hepatitis B: exclusión definitiva de todas las personas que la hayan padecido. Serán excluidos 6 meses, 4 meses si se realizan pruebas de amplificación genómica las parejas de estos enfermos y las personas que convivan con ellos.
Hepatitis C: exclusión definitiva de todas las personas que padezcan o la hayan padecido. Serán excluidos 6 meses, 4 meses si se realizan pruebas de amplificación genómica las parejas de estos enfermos y las personas que convivan con ellos.
Herpangina: ver coxsackie a
Herpes genital: exclusión hasta su curación. Si se contempla en el marco de relaciones sexuales de riesgo exclusión de 4 meses.
Herpes labial: se acepta. Valorar origen.
Herpes simple: rechazar hasta recuperación completa.
Herpes zoster: rechazar hasta recuperación completa.
Histoplasmosis: rechazar si tiene enfermedad sistémica o activa.
HTLV-I y HTLV-II: la infección y el estado de portador es causa de rechazo definitivo. Las personas nacidas y los residentes en zona endémica así como sus parejas serán excluidos temporalmente. Podrán ser aceptados al menos 4 meses después de la última exposición si una prueba serológica resulta negativa.
Infección bacteriana: Se aceptará 72 horas después del tratamiento antibiótico y sin síntomas. Una semana después si el antibiótico fue vía im o iv y libre de síntomas.
Infección urinaria: exclusión mientras dura, hasta 48 horas después de finalizar el tratamiento antibiótico, siempre que se encuentre bien.
Kala-Azar (leishmaniosis visceral): exclusión definitiva
Kaposi, sarcoma: exclusión definitiva.
Laringitis: se puede aceptar si no afecta a su estado general.
Larva migrans cutánea: (larvas del anquilostoma caninum: aplazar una semana después de tratamiento.
Legionella (enfermedad de legionario): aceptar una vez finalizado el tratamiento antibiótico y totalmente recuperado.
Leishmaniasis: ver Kala -Azar
Lepra: rechazo definitivo.
Leptospirosis: se aplazará hasta la recuperación total.
Linfogranuloma venéreo: exclusión definitiva.
Liquen plano: se aplazará 6 meses después de la curación
Lupus:
Discoide: se acepta.
Sistémico: exclusión permanente.
Malaria: serán excluidas un mínimo de 3 años todas las personas que hayan sufrido malaria. Podrán ser aceptadas como donantes si una prueba validada de malaria resulta ser negativa.
Meningitis:

- Bacteriana: se aceptará después de 4 semanas de haber finalizado el tratamiento y totalmente recuperado.
- Vírica: 4 meses después.
- WNV: 4 meses después.

Micosis:
- Fungoide: exclusión definitiva.
- Ungueales: se puede aceptar con tratamiento local.

Mononucleosis infecciosa: se admitirá después de 6 meses libre de síntomas. Rechazo definitivo si hubo hepatitis.
Queratoconjuntivitis: aplazar hasta totalmente resuelto.
Orzuelo: rechazo hasta 7 días después del tratamiento antibiótico.
Parálisis de Bell: se acepta (etiología vírica).
Parotiditis, paperas: se acepta 2 semanas después de la desaparición de todos los síntomas.
Parvovirus: aplazar hasta la curación y recuperación completa. La exposición excluye de la donación 21 días.
Osteomielitis: rechazo de 2 años tras curación.
Quinta enfermedad: (infección por parvovirus b19): se aplazará hasta que esté apirético y libre de síntomas.
Rabia: aplazar 12 meses después de la exposición (mordedura).
Resfriado común: diferir hasta que no haya síntomas y sin tratamiento.
Reticuloendoteliosis: rechazo definitivo.
Rosácea: se acepta si no existen infecciones secundarias.
Roséola: aplazar 2 semanas después de recuperado.
Rubéola: aceptar totalmente recuperado. Si ha estado expuesto se demorará un mes, a no ser que esté inmunizado.
Sarampión: rechazar hasta que este apirético y asintomático.
Salmonela: aplazar hasta que esté totalmente recuperado. Exclusión definitiva si es recurrente.
Shigella: aceptar una vez resuelta y asintomática.
Sífilis: Un año tras curación confirmada.
Toxoplasmosis: 6 meses tras el restablecimiento clínico.
Trichomonas: aceptar una vez resuelta y sin tratamiento.
Tripanosomiasis americana: ver enfermedad de chagas.
Tuberculosis: 2 años tras curación confirmada.
Varicela: la infección activa aplazar hasta una semana después de resueltas las lesiones. El contacto se aplazará 21 días.
VIH, AIDS: rechazo definitivo de las personas que se demuestre positividad confirmada. La convivencia cercana será excluida durante el tiempo necesario según riesgo. Mínimo 4 meses desde el cese de la convivencia.
Virus del Nilo Occidental: si tiene una prueba positiva rechazo de 120 días. Donantes con sospecha rechazo de 120 días. Rechazo de 28 días tras abandonar la zona de riesgo.
Virus emergentes: se establecerán los mecanismos adecuados de comunicación con los responsables de la selección de donantes para informar de nuevos casos, lugares, enfermedad y períodos de cuarentena.
Virus del papiloma humano: se acepta. Salvo que se sitúe en el contexto de relaciones sexuales de riesgo. A la pareja se aplicará la misma norma.
Virus del Río Ross (infección por alphavirus): se acepta cuando esté asintomático.
Virus linfotrófico de células T humanas: rechazo definitivo.

- Patología nefro urológica

Enfermedad de berger: nefropatía por acumulo de iga. Es una forma de glomerulonefritis: rechazo definitivo.
Fallo renal agudo: se aplazará hasta su resolución y recuperación completa de la función
Hematuria: aplazar hasta su evaluación.
Insuficiencia renal:
Crónica: rechazo. Sólo se aceptará si se resuelve.
Uretritis inespecífica: si es crónica se excluirá definitivamente. Si es aguda se aceptará cuando esté curado y totalmente recuperado.
Cistitis: se aceptará 48 horas después de la finalización del tratamiento.
Cólico nefrítico: se acepta una vez desaparecida la sintomatología.
Glándulas suprerrenales ausentes: rechazo definitivo.
Glomerulonefritis, glomeruloesclerosis:
a.Crónica: rechazo.
b.Aguda: se aceptará si la condición se resuelve y la función renal es normal.
Nefritis: aceptar si se ha resuelto y el funcionalismo renal es normal.
Nefroblastoma (tumor de wilms): rechazo definitivo.
Nefroesclerosis: requiere evaluación por especialista.
Pielonefritis: si es crónica rechazo definitivo. Se aplazará hasta curación en caso de ser aguda, siempre que la función renal sea normal.
Poliuria: aceptar si el funcionalismo renal es normal.
Poliquistosis, enfermedad poliquística renal: aceptar si el funcionalismo renales normal.
Próstata:
Hiperplasia benigna de próstata: se acepta. Con proscar® (finasterida) se demora un mes. Con avodart® (dutasterida) se demora 6 meses.

Uretritis inespecífica: aplazar hasta finalizar la terapia y asintomática.

- Patología neuro psiquiátrica

Anorexia nerviosa: rechazo indefinido.
Bipolar: se acepta si no sufre crisis maniaca.
Bulimia: rechazo indefinido.
Convulsiones:
- Convulsiones de la infancia. Febriles: se acepta.
- Convulsiones del adulto: rechazo definitivo
- Convulsiones sin filiar: rechazo.
- Corea Huntington: no se aceptarán las personas afectas, si los portadores sin síntomas.

Epilepsia: se aceptará después de 3 años sin tratamiento y si no ha padecido ningún episodio convulsivo en ese período.
Depresión: valorar tratamiento y grado de afectación. Se puede aceptar si se encuentran bien.
Encefalitis: las secundarias a la picadura de insectos (garrapatas) excluir 2 años. Las causadas por virus exclusión definitiva.
Epilepsia: se aceptará después de 3 años sin tratamiento y si no ha padecido ningún episodio convulsivo en ese período.
Esclerosis lateral amiotrófica (mal de Charcot ó enf. de Lou Gehrig): rechazo definitivo
Esquizofrenia: se puede aceptar si se demuestra que es mental y legalmente responsable y su medicación lo permite.
Guillain Barré, síndrome: aceptar si está recuperado y asintomático.
Miastenia gravis: rechazo definitivo.
Mielitis transversa: rechazo definitivo.
Neuralgia del trigémino: aceptar.
Neuroblastoma: rechazo definitivo.
Neurofibromatosis: aceptar si el donante se encuentra bien, si no hay infecciones o tumores malignos y si no presenta lesiones en área antecubital.
Osteomielitis: se aceptará 2 años después de la curación confirmada.
Parkinson, enfermedad: se acepta si los síntomas son leves.
Poliomielitis: aceptar siempre que no exista infección activa.
Reye, síndrome: se aceptará si está recuperado y la función hepática es normal.
Tourette, síndrome: aceptar siempre que los movimientos no afecten a la flebotomía.
Von Reccklinghausen, enfermedad (neurofibromatosis): se acepta si está en buen estado de salud. Rechazar si hay infecciones o tumores malignos. Y no existen lesionas en región antecubital.

- Patología osteo articular y reumática

Artritis
Escápulo humeral: no es motivo de rechazo
Psoriásica: rechazo definitivo
Osteoartritis: (degenerativa): se acepta.
Reumatoidea: se aceptará a donantes con un cuadro leve. Casos muy avanzados: rechazo definitivo.
Reumatoidea juvenil: se aceptará 12 meses después de la curación, salvo lesión cardiaca.
Artrosis: no es motivo de exclusión aunque esté en tratamiento.
Behcet: exclusión definitiva.
Colagenosis: rechazo definitivo.
Costocondritis: se acepta.
Esclerosis lateral amiotrófica: exclusión definitiva.
Esclerodermia: no se acepta.
Espondilitis anquilopoyética: Podrá ser aceptado si no hay limitación de la movilidad y si no está tomando medicación inmunosupresora.
Fibromialgia: se acepta.
Inflamatoria pélvica, enfermedad: se aceptará después de recuperación completa. 12 meses a partir del fin de tratamiento si la causa fue de transmisión sexual (gonorrea).
Lupus eritematoso diseminado: no se acepta.
Osgood Schlatter, enfermedad (osteocondrosis): se acepta
Osteoporosis: se acepta.
Paget, enfermedad: se acepta si se trata de enfermedad ósea metabólica.
Polimialgia reumática: rechazo definitivo.
Polimiositis: rechazo definitivo.
Pott, enfermedad: (espondilitis tuberculosa): ver tuberculosis.
Rabdomiólisis (necrosis muscular): rechazo definitivo.
Reiter, síndrome: rechazo definitivo.

- Patología pulmonar, respiratoria

Rechazo con sintomatología y en tratamiento con esteroides.
Asbestosis: exclusión definitiva si causa enfermedad pulmonar crónica.
Asma: se acepta si está asintomático.
Bronquitis:
Aguda: se aceptará después de la curación completa y 72 horas del fin de tratamiento antibiótico.
Crónica: aceptar si no está en tratamiento y sin síntomas respiratorios.
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: aceptar si está asintomático.
Enfisema: aplazar si es sintomático.
Fibrosis quística: exclusión permanente.
Neumoconiosis: exclusión definitiva.

Neumonía: aplazar hasta 72 horas después del tratamiento antibiótico. Si es recurrente se aplazará definitivamente.
Neumonía por pneumocystis carinii: rechazo definitivo.
Neumotórax: se aceptará si está curado. (espontáneo o traumático).
Pleuresía: aplazar hasta que esté totalmente resuelto.
Pneumoconiosis: exclusión definitiva.
Rinitis alérgica: dependerá de los síntomas y tratamiento. En general se acepta aún en tratamiento con antihistamínicos.
Sars. (síndrome respiratorio agudo severo): aplazar 28 días desde cese de síntomas o tratamiento. Contacto cercano con enfermos sars: se rechazará 14 días desde la exposición
Sindrome respiratorio agudo grave: exclusión definitiva.
Traqueítis: se puede aceptar. Valorar grado de afectación y tratamiento.

- Patología vascular
  Accidente cerebrovascular: rechazo definitivo
  Aneurisma: si ha sido corregido y es asintomático, podrá ser aceptado cuando la persona se incorpore a su actividad normal. Rechazo de 12 meses si ha recibido transfusión.
  Claudicación intermitente: exclusión definitiva.
  Flebitis: aceptar si esta asintomático y sin medicación 1 mes.
  Malformaciones arteriovenosas: se aceptará si han sido corregidas, sin síntomas, y tras incorporación a la actividad normal. Rechazo de 12 meses si recibió transfusión.
  -Raynaud, enfermedad: rechazo definitivo si está relacionada con trastorno autoinmune. Si no lo está se puede aceptar
  Tromboflebitis: se acepta después de 1 mes recuperado y sin síntomas
  Vascular periférica, enfermedad: se aceptará si no existen otros criterios. Se descartará enfermedad cardíaca.
- Picaduras de abeja: demorar 6 horas.
- Procesos odontológicos: siempre que no presenten fiebre, se encuentren bien y no estén en tratamiento antibiótico.
  Limpieza dental: 24 horas de demora.
  obturaciones: 24 horas de demora.
  extracción: 72 horas de demora.
  cirugía dental: 72 horas de demora.
  implantes: se aceptará una vez cicatrizada la herida y siempre que no esté bajo tratamiento antibiótico.
- Punciones:
  Acupuntura: se acepta la realizada por personal cualificado. En caso de duda se demorará6 meses, 4 si se realiza prueba nat.
  Piercing: rechazo de 6 meses, 4 meses si se realiza prueba genómica, cuando se utilice un sistema no fiable y realizado por personal no cualificado.
  Punción accidental: serán excluidas al menos 6 meses (4 si se realiza prueba genómica) las personas que sufrieron una punción accidental con material biopeligroso.
  Tatuajes y maquillaje permanente: rechazo de 6 meses, 4 si se realiza prueba NAT. Aquí se debe incluir el maquillaje permanente.
- Reacciones severas a la donación de sangre: no existen criterios para diferir a donantes con historia previa de reacción adversa. Aquí será muy importante establecer una buena relación y una atmósfera tal capaz de minimizar este tipo de reacciones.
- Relaciones sexuales: serán rechazadas durante 4 meses todas las personas que inicien relación, las que tengan relaciones esporádicas con distintas parejas, las que tengan múltiples parejas, o las que sus parejas estén en los casos anteriores. Serán rechazadas 12 meses las que mantengan o hayan mantenido relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas y sus parejas.
- Quimioterapia: rechazo durante el tratamiento y 6 meses después de finalizarlo.
- Síndrome de fatiga crónica: se valorará el alcance de la sintomatología. Rechazo definitivo.
- Síncopes, episodios repetidos: exclusión definitiva.
- Transfusiones: se aceptarán una vez recuperados de su proceso y habiendo transcurrido al menos 4 meses de la transfusión. Serán excluidas las personas que hubieran sido transfundidas en países donde son endémicas: paludismo, sida, infección por HTLV, priones, u otro tipo de enfermedades transmisibles por transfusión. Podrán ser aceptados después de un período de cuarentena, si se dispone de los métodos analíticos fiables para descartarlas.
- Transplantes, injertos:
  Córnea: exclusión definitiva
  Órganos sólidos y células progenitoras hematopoyéticas: rechazo definitivo.
  Xenotransplantes: rechazo definitivo.
  Otros tejidos de origen humano: 12 meses de exclusión.
- Viajes: Los donantes que hayan realizado viajes a zonas endémicas donde exista malaria, HIV, la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob, serán rechazados de acuerdo a la infección a la que han estado expuestos. Para ello se dispondrá de una lista de estos países y de la enfermedad que es endémica o tiene una alta prevalencia.

Lecturas recomendadas

- Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros de transfusión. BOE. 225 de 20 de septiembre de 2005.
- Vázquez F, Otero L, Ordás J, Junquera ML, Varela JA. Actualización en infecciones de transmisión sexual: epidemiología, diagnóstico y tratamiento. Enferm Infecc Microbiol Clin 2004;22:392-411.
- Estándares en transfusión sanguínea. CAT certificación. SETS. 4ª edición 2012.
- Directiva 2005/62/CE del Parlamento Europeo y del Consejo.
- Directivas 2002/98/CE, 2001/83/CE, 2004/33/CE, de Parlamento Europeo y del Consejo en lo que se refiere a determinados requisitos técnicos de la sangre y los componentes sanguíneos.
- Madoz Resano P, Arrieta Gallastegui R. Criterios básicos para la selección de donantes de sangre y componentes. Promoción de la donación de sangre II. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2006.
- Organización Panamericana de la Salud. Elegibilidad para la donación de sangre: Recomendaciones para la educación y selección de donantes potenciales de sangre. Washington, D.C. 2009.
- Norma para la Selección de Donantes de Sangre" del Ministerio de Salud, Circular 4C/ 21 del 22 de marzo del 2000. Chile.
- Manual Técnico de la American Association of Blood Bank. 15"edición (2005).
- Unfried E: Categorización del Riesgo del Uso de Medicamentos en el Embarazo según FDA. Revista Fármacos – Volumen 20 – No.1 y No.2. Año 2007.
- The Weekly Epidemiological Record (WER). World Health Organization, WHO Press, 20 Avenue Appia, CH-1211 Geneva 27.
- Normas técnicas y administrativas de Hemoterapia – Ministerio de Salud (rm 865/06) Argentina.

Capítulo 6

Perfil del donante habitual

SABIN URCELAY URANGA. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de la unidad de promoción y extracción del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Gipuzkoa. España. Email sabin.urcelay@gmail.com

El perfil del donante habitual por lo general es bastante similar al de la población general en cuanto a edad, sexo y ubicación. Estos perfiles estarán condicionados por nuestras acciones de promoción, en los colectivos en los que enfocamos las mismas, en la pirámide poblacional de nuestra área. Son perfiles que no se pueden comparar, podremos intentar modificar nuestros perfiles dependiendo de necesidades y/o tendencias de evolución. Mostraré nuestro perfil de donantes en Gipuzkoa al final. Pero independientemente de este tipo de perfil podríamos describir unos perfiles genéricos respecto a los donantes.

Dependiendo de su motivación

Podríamos empezar por la clasificación que realizó Richard M. Titmus en 1970 sobre el perfil de los donantes en Estados Unidos. Este autor establecía que existían 8 tipos de donantes:

a. El donante retribuido: eran personas que donaban de manera circunstancial atraídos por una manera puntual de ganar dinero. El precio variaba dependiendo de la oferta y demanda del momento. Esta compra y venta se anunciaban sin ningún tipo de pudor en los periódicos de la época. Muestra de ello es este anuncio que se publicaba en Miami en 1945 "Gane más de 200 $ al mes en su tiempo libre"
b. El donante profesional: aquellas personas que donaban de manera regular, estaban registrados y podían recibir suplementos de hierro, supervisión médica y dietas hiperproteicas, además del dinero. En su mayoría eran donantes que estaban bastante controlados ya que acudían a sesiones de plasmaféresis una o dos veces por semana.
c. El donante voluntario inducido económicamente: eran los donantes que recibían un pago en metálico, pero decían que su motivación primaria no era el cobro de dinero. Algunos sindicatos ofrecían 10$ o 15$ mediante "grupos de presión" en fábricas o barrios, para estimular la donación de sangre y además competían entre ellos para ver qué grupo obtenía más donaciones a final de año
d. Los donantes responsables de reponer la sangre transfundida: los hospitales podían solicitar una reposición de la sangre transfundida o el pago de una tasa compensatoria. Tras una intervención importante con un consumo de unas 25 unidades, a un paciente se le podía solicitar el pago de 1250$ (de los de 1968) o la reposición de las unidades mediante donantes "voluntarios" que él mismo debía "persuadir" para que donasen.
e. El donante para el seguro familiar: personas que mediante una donación anual tenían aseguradas las transfusiones que necesitasen los miembros de su familia directa: cónyuge e hijos solteros menores de 19 años. Donando en más ocasiones se podrían incluir padres y abuelos.
f. Los donantes voluntarios cautivos: donantes en situación de sumisión o subordinación ante una autoridad que les requería o esperaba que donase. Esta situación se podría dar en algunas instituciones como el ejército, las prisiones…
g. Donantes voluntarios con beneficios complementarios: donantes que eran atraídos por la perspectiva de

una recompensa tangible que no fuera dinero. Estos beneficios podían ser días de vacación, regalo de alimentos, privilegios en centros sanitarios, entradas para espectáculos deportivos o de otra índole.

h. El donante voluntario comunitario: el donante que donaba por ayudar a su comunidad. La principal característica de estas donaciones es la ausencia de recompensas tangibles inmediatas bien sean monetarias o no. Yo añadiría otras dos categorías
i. El Donante que piensa que mejora su salud: sería la persona que dona por ayudar pero que además siente que la donación de sangre le beneficia aunque sea de una manera subjetiva (le deja de doler la cabeza, sangra menos de la nariz, se siente más ligero).
j. El Donante por recomendación: son esas personas que acuden a donar porque su médico de cabecera le recomienda donar, generalmente son personas con unos depósitos de hierro altos o un hematocrito elevado. Últimamente con los estudios familiares de pacientes con hemocromatosis es frecuente la recomendación de donar a aquellas personas con cierta predisposición a sufrirla.

Actualmente en muchos países afirmamos sin rubor que nuestra donación es 100% voluntaria y altruista, pero si leemos con detenimiento las 10 categorías tal vez veamos semejanzas con algunas situaciones que pensábamos estaban superadas.

Aunque sea de manera muy tangencial hay situaciones en las que podemos estar bordeando con obtener donaciones no "100% voluntarias". Veamos algunos ejemplos:

- Cuando estamos realizando promoción intrahospitalaria y acudimos a animar a los familiares de pacientes que están en el quirófano para que realicen una donación de sangre, estamos bordeando el tipo de donación D) o de reposición. En ese momento el familiar podría entender que su sangre es necesaria para "reponer" las posibles transfusiones a realizar. Este momento es ideal para hacer promoción pero difiriendo el acto de la donación al momento de la recuperación. Es muy diferente decir: "*Como usted puede ver las reservas de sangre disminuyen en cada intervención, podría acercarse al punto de donación y realizar una donación esta mañana"* o decir *"Como usted puede ver se realizan cientos de intervenciones gracias a que hay suficientes donantes de sangre, tome este folleto y si se anima a hacerse donante un día de estos pasa por el punto de donación"*. Los familiares de personas transfundidas y ellas mismas deben recibir el mensaje de que una transfusión le ha salvado la vida, y ahora que han visto lo importante que es que haya donantes de sangre se pueden animar a hacerse donantes a la vez que invitan a sumarse a sus conocidos.
- Cuando vamos a un centro educativo, empresa, institución y hacemos una campaña de promoción debemos dejar muy claro que no debe de haber ningún tipo de presión o preguntas tipo "y tú por qué no donas". A pesar de que no se pueden considerar F) donantes cautivos si puede haber un tipo de relación de subordinación con jefes, líderes o compañeros
- Es frecuente ver campañas de donación en las que se ofrecen entradas para espectáculos o visitas a parques temáticos por cada donación que se realice. En estos casos estamos entrando en la categoría G) donante con beneficios complementarios.

De todos estos perfiles el que tenemos que lograr conseguir es el Donante Voluntario Comunitario que representaría el que nosotros denominamos Donante Voluntario Altruista y Responsable. Cualquier otro perfil tiene que tener la consideración de transitorio hacia la consecución de nuestro objetivo, y jamás deberíamos retroceder.

Dependiendo de su grado de implicación

También podríamos tener otro perfil de donantes cuando se habla de clientes se tiene muy claro que éstos se pueden segmentar en 5 categorías:

a. Cliente oferta: es la persona que acude cuando hay una promoción o un reclamo publicitario importante.
b. Cliente esporádico: es la persona que acude cuando le apetece pero sin una frecuencia determinada, le gusta el producto pero no lo consume de manera habitual.
c. Cliente habitual de baja frecuencia: es una persona que consume el producto de manera habitual pero no muy frecuentemente.
d. Cliente habitual de alta frecuencia: es una persona que consume el producto de manera habitual y además muy frecuentemente.
e. Cliente comprometido: es el cliente habitual que además está convencido que el producto sería interesante para las personas de su entorno y hace propaganda del producto entre ellos.
f. Cliente contrariado: es el cliente que independientemente de su grado de compromiso anterior se siente molesto por lo que él supone una mala atención, generalmente presenta una queja dando una segunda oportunidad y esperando congraciarse con la empresa.
g. Cliente "Terminator": es la persona que se ha sentido tan mal tratada que no opta por oportunidad de la queja y su "misión" es intentar desprestigiar la empresa.

Si el producto es bueno y el precio es competitivo es labor de la persona que atiende a los clientes lograr su satisfacción hasta que llegue al grado de Cliente comprometido,

No creo que la comparación con los donantes sea muy difícil de establecer; nuestro objetivo es alcanzar el Donante comprometido a la vez que vigilamos y atendemos a los donantes contrariados a fin de congraciarnos con ellos no permitiendo que ninguno llegue a ser un donante "Terminator"

Según su forma de ser

Tras los dos perfiles anteriores podríamos establecer otra clasificación de los donantes si vemos las clases de clientes y podríamos establecer:

a. El extrovertido: es el cliente amistoso, que busca y disfruta con la conversación y que a veces no se dan cuenta que la otra persona también debe de atender a otras personas. Con estas personas en caso necesario hay que establecer una relación profesional. Habría que ser amistoso pero haciendo entender la necesidad de atender a otros clientes.
b. El gruñón: se trata de personas generalmente rígidas y poco positivas, centradas en la queja y que se creen en posesión de la verdad. No se debe entrar en discusión. Hay que aspirar que entienda que queremos solucionar el problema. Hay que intentar dar soluciones y si no estuviera en manos de la persona que atiende al cliente se le hará saber que se trasladará su queja al estamento con autoridad suficiente como para atender la queja y darle una repuesta.
c. El suspicaz: es una persona que va a poner en duda todos los argumentos que usted le pueda dar. Se centra en la duda y se puede mostrar un tanto intransigente y dubitativo. En estos casos se debe aclarar exactamente cuál es la duda y si se puede aclararle las dudas, pero siempre en positivo. En caso de poder solucionarle la duda no intentar improvisar y explicarle que se trasladará su duda a la persona que de seguro sabrá resolverla.
d. El detallista: son personas que saben perfectamente lo que quieren. Pueden ser exigentes, demandan concreción y respuestas claras, sin un exceso de información o argumentos. Al igual que en el caso anterior se intentará darle satisfacción y en el caso que resulte imposible se huirá de la improvisación y se le explicará que una persona responsable de esa área se pondrá en contacto con él para solucionar su demanda.
e. El sabelotodo: este tipos de clientes cree conocer todo. Puede mostrarse un tanto exigente y se coloca en una posición de superioridad que a veces puede dificultar una atención correcta. Hay que evitar la discusión. Hay que argumentarle el porqué de las cosas, intentado que sienta que le estamos ayudando a tener una más y mejor información.
f. El agradecido: son las personas con empatía que se ponen en el lugar del otro y agradecen todo lo que se hace para que se sientan satisfechos. Hay que agradecerles su actitud y solicitarles sugerencias para poder atenderle mejor.

En Gipuzkoa podríamos definir a nuestros donantes como una mayoría abrumadora de más del 98% Donantes Voluntarios Comunitarios, unos pocos que donan porque piensan que mejoran su salud y muy esporádicos por recomendación. El 90% de los donantes son donantes habituales y de estos no conocemos la proporción de comprometidos pero una parte importante de nuestros donantes de primera vez hacen referencia a algún familiar o amigo como una de las causas que le han llevado a hacerse donante de sangre. Para terminar podemos asegurar que la inmensa mayoría son agradecidos, muchos de ellos extrovertidos, de vez en cuando tenemos algún gruñón que de momento pensamos no hemos permitido pasar al perfil Terminator.

Nuestros 16.000 donantes habituales (más de dos donaciones en el último año) suponen el 3.59% de la población en edad de poder donar. De estos donantes el 42% son mujeres y un 58% hombres. El 10% tienen entre 18 y 25 años. El 21% entre 26 y 40. El 27% entre 41 y 50. Siendo el 42% mayores de 50 años.

Cabe destacar un alto grado de fidelización que permite que cada año cerca de 800 donantes reciban un reconocimiento por superar las barreras de 25-50-75-100 donaciones.

Las nuevas generaciones no ven la donación de sangre como un problema a resolver a la vez que piensan que la transfusión de sangre es un derecho consolidado. El objetivo que nos hemos establecido en nuestra provincia es doble: por un lado volver a hacer visible la transfusión como un regalo tan valioso como un órgano o una médula y explicar a las nuevas generaciones que si la transfusión es un derecho de todos, la donación es una responsabilidad compartida.

Capítulo 7

Salud pública y epidemiología

LUIS R. LARREA GONZÁLEZ, Doctor en Medicina y Cirugía. Jefe del Servicio de Procesamiento del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: larrea_lui@gva.es

ROBERTO J. ROIG OLTRA, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Hematología y Hemoterapia, Jefe del Servicio de Hemodonación y Aféresis del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: roig_rob@gva.es

Antecedentes históricos

La epidemiología tiene su origen en la idea, expresada por primera vez hace más de 2.000 años por Hipócrates, de que los factores ambientales influyen en que aparezcan enfermedades. Sin embargo, hasta el siglo XIX no empezó a ser relativamente frecuente que se cuantificara la distribución de la enfermedad en grupos determinados de la población. Las investigaciones de esa época no sólo marcaron el comienzo formal de la epidemiología, sino que constituyeron también algunos de sus logros más espectaculares. John Snow descubrió que el riesgo de cólera en Londres se relacionaba, entre otras cosas, con el consumo de agua suministrada por una determinada empresa.

Hacia finales del siglo XIX y comienzos del XX empezó a utilizarse cada vez más el enfoque epidemiológico de comparación de tasas de enfermedad en subgrupos de población. Su principal aplicación fue en las enfermedades contagiosas. Se demostró que este método es una poderosa herramienta para revelar asociaciones entre circunstancias o agentes ambientales y enfermedades específicas. En la segunda mitad del siglo XX estos métodos se aplicaron a enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiopatías y el cáncer, sobre todo en países de nivel de ingreso medio o elevado.

La epidemiología en su forma moderna es una disciplina relativamente nueva que usa métodos cuantitativos para estudiar las enfermedades en las poblaciones humanas, de forma que este conocimiento pueda servir de base para medidas y programas de prevención y control. Por ejemplo, a mediados del siglo pasado Richard Dolí y Andrew Hill comenzaron a estudiar la relación entre el tabaco y el cáncer de pulmón. Sus estudios fueron precedidos por estudios experimentales sobre la carcinogenicidad del alquitrán del humo del tabaco y por observaciones clínicas que sugerían una relación entre fumar, otros posibles factores causales y el cáncer de pulmón. Mediante estudios prolongados de cohorte pudo determinarse la asociación entre fumar y el cáncer de pulmón. El efecto nocivo de fumar es ostensible, pero en muchas enfermedades son diversos los factores causales. Algunos son imprescindibles para la aparición de la enfermedad, otros solo incrementan el riesgo de que la enfermedad se desarrolle. El análisis de estas relaciones hizo que se desarrollaran nuevos métodos epidemiológicos. En países de nivel de ingreso medio o bajo en los que el sida, la tuberculosis y el paludismo son causas habituales de muerte, la epidemiología de las enfermedades infecciosas es de gran importancia. Esta rama de la epidemiología ha vuelto a adquirir importancia en los países desarrollados con la aparición de enfermedades transmisibles nuevas como el síndrome respiratorio agudo grave (SRAG, o SARS según sus siglas en inglés), la encefalopatía espongiforme bovina y la gripe pandémica. La epidemiología ha evolucionado mucho en el último medio siglo y lo crucial ahora es investigar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, que en su mayor parte van mucho más allá del sector de la salud[1].

Definición y campo de actuación de la salud pública

La misión de la salud pública es la realización del interés de la sociedad para asegurar las condiciones en las que las personas puedan ser saludables. La salud pública se centra en la salud de la comunidad, podríamos considerar dos abordajes complementarios para mantener y mejorar la salud: el abordaje clínico y el abordaje de la salud pública[2].

El abordaje clínico trata los individuos, las familias, generalmente, en términos de diagnóstico e intervención. La misión del proveedor es hacer lo que es mejor para el paciente no sólo desde el punto de vista curativo sino también desde el punto de vista preventivo. En las últimas décadas, el tiempo y los recursos dedicados a la prevención de la enfermedad han aumentado en forma considerable, sobre todo en el campo de la prevención secundaria (p.ej., manejo de la hipertensión y la hipercolesterolemia). La pediatría hace tiempo hace hincapié en la prevención primaria. El abordaje de salud pública, en su concepto ideal, trata con comunidades. La misión de la salud pública es servir a la comunidad. El abordaje de salud pública pone el énfasis sobre la prevención (prevenir la ocurrencia de la enfermedad en los individuos). El alcance de la salud pública es mucho más amplio que el alcance del abordaje clínico (ausencia de limitación temporal y variedad de personas y situaciones). Por lo tanto, además de causas específicas y generales de las enfermedades, traumas, y trastornos psiquiátricos médicamente reconocidos, la salud pública se preocupa por la organización de la sociedad y la protección del ambiente, y enfoca correctamente hacia el futuro[2].

Epidemiología. Definición y su relación con la salud pública

Existe una estrecha relación entre la epidemiología y la salud pública. A los efectos de definir la epidemiología, ésta es el estudio de la distribución y los determinantes de la salud en las poblaciones. En este contexto, la salud pública es el medio por el cual los resultados de la epidemiología se aplican al control de problemas sanitarios. Según este modelo, la epidemiología informa a los médicos sobre la prevención, promoción de la salud y tratamientos, a fin de que ellos puedan tomar medidas basándose en la evidencia antes que en la ideología. La epidemiología nos ha sido valiosísima al haber descifrado problemas biológicos de modo tal que se tomaron medidas prácticas desde el campo de la salud pública, y todavía no se han agotado las posibilidades de utilidad en este campo[3].

En el caso de la epidemiología clínica, lo que la caracteriza es la conjunción de los métodos de la epidemiología con los fines de la actividad clínica asistencial. Con este objetivo los conocimientos derivados de la epidemiología clínica se integran, entre otros, con los obtenidos de una buena búsqueda bibliográfica y el acceso puntual a la información clínica, la lectura crítica de la literatura científica, para lo cual hay que tener conocimientos básicos de epidemiología, y con técnicas de análisis de decisión y de evaluación económica. En el caso de la epidemiología de salud pública, su característica es la conjunción de prácticamente los mismos métodos de la epidemiología con los objetivos de la salud pública, es decir, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en las poblaciones. Al igual que antes, los conocimientos derivados de la epidemiología de salud pública han de integrarse con los procedentes del derecho, en sus variadas ramas, del marketing social o la economía, para alcanzar de forma eficaz los objetivos de la salud pública. La epidemiología de salud pública hace mayor énfasis en el estudio de los eventos que van desde la exposición a factores de riesgo hasta la aparición de la enfermedad. Por tanto, sus sujetos de estudio son personas sanas y sus aportaciones son especialmente relevantes para la prevención primaria de la enfermedad. La epidemiología clínica se concentra en el estudio de los eventos que van desde la aparición de la enfermedad hasta su resultado en forma de curación, secuelas o muerte. Por tanto, los sujetos de estudio son enfermos que se encuentran habitualmente en la clínica, y sus contribuciones son relevantes sobre todo para el diagnóstico y la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad. Sin embargo, sus campos de trabajo no son compartimientos estancos, pues muchos estudios epidemiológicos abarcan tanto la enfermedad como la muerte dentro de la historia natural del proceso de estudio, y no todos los enfermos se encuentran en la clínica[4].

Realmente nos encontramos con una interfaz a tres bandas. La medicina clínica, a través de un diagnóstico certero y un tratamiento efectivo, es la responsable del individuo con enfermedad. Se centra en “el caso”. La epidemiología, por otra parte, observa el patrón de una alteración, no en términos del individuo, sino en términos de población. Calcula el número de personas que tienen la afección (prevalencia) y el número que la desarrolla (incidencia). Busca cifras que expliquen por qué una afección es común en algunas poblaciones y rara en otras. También observa por qué puede pasar con el tiempo de ser una afección relativamente poco común a convertirse en común. Identificar rasgos que lo expliquen mejora las perspectivas de cambio y prevención.

El objetivo principal de la epidemiología es la sociedad, cómo vive y qué hace. El campo de la salud pública es un desafío difícil y constantemente cambiante. Debe intentar crear un puente entre "el individuo enfermo" y "la sociedad enferma". Aunque está arraigado en la realidad de las personas enfermas y sus necesidades, también debe conectar con los gobiernos y los instrumentos de política social para proteger la salud pública y prevenir las enfermedades. El objetivo principal de la salud pública es la distribución de información y educación, el diseño de políticas y su puesta en práctica, y la evaluación[5].

Actuación, aplicación y desarrollo

La epidemiología, recordemos, es uno de los instrumentos de la salud pública y puede usarse de muchas formas. Los primeros estudios epidemiológicos trataban de las causas (etiología) de las enfermedades transmisibles lo que puede llevar a descubrir métodos preventivos y así mejorar la salud de la población, especialmente de quienes están en peores condiciones. Algunas enfermedades son causadas exclusivamente por factores genéticos, pero la mayor parte de las enfermedades dependen de la interacción entre lo genético y lo ambiental (cualquier factor biológico, químico, físico, psicológico, económico o cultural). La epidemiología se utiliza cada vez más para estudiar tanto las influencias del ambiente como la intervención preventiva destinada a la promoción de la salud. La epidemiología estudia también la evolución y el resultado final (historia natural) de las enfermedades en individuos y en grupos. A menudo se utiliza la epidemiología para describir el estado de salud de la población o grupos específicos de la misma. El conocimiento de la carga de enfermedad en las distintas poblaciones es esencial para las autoridades sanitarias, que han de utilizar recursos limitados para lograr el mejor efecto posible, lo que obliga a identificar programas sanitarios prioritarios de prevención y de atención de salud. En algunos campos especializados como la epidemiología ambiental y la epidemiología ocupacional o laboral el objeto principal de estudio son poblaciones en las que hay alguna exposición ambiental específica. Cochrane convenció a los epidemiólogos de que evaluaran la efectividad y la eficiencia de los servicios de salud. Así, los epidemiólogos estudian, por ejemplo, la duración adecuada de la estancia hospitalaria en cuadros clínicos específicos, el valor del tratamiento de la hipertensión, la eficiencia de las obras de ingeniería sanitaria para contrarrestar las enfermedades diarreicas o el efecto sobre la salud pública de la reducción de los aditivos de plomo en la gasolina[1].

Las directrices para la epidemiología moderna son variables y el desafío al que se enfrenta la salud pública, es llevar a la práctica los resultados en beneficio de la comunidad. Posiblemente, los resultados locales motiven más la toma de medidas al ser más convincentes ante una autoridad sanitaria preocupada por ceñirse a un presupuesto. La salud pública podría sacar mayor provecho de una estrategia alternativa y más económica. La carga de las enfermedades podría ser evaluada a partir de estadísticas locales de mortalidad y morbilidad, recogidas sistemáticamente, y del riesgo estimado atribuible, basado en los resultados epidemiológicos de terceros (evaluaciones de la tensión sanguínea y su relación con la enfermedad isquémica). La tentación de comprobar si lo que es cierto en otro sitio lo es también en nuestra propia zona es fuerte, pero carece de valor epidemiológico. La función de la epidemiología es probar hipótesis y que, cada vez que se haga un estudio, éstas arrojen una nueva luz sobre cl tema en cuestión. Siempre que haya una hipótesis nueva, sea cual fuere la dimensión del progreso alcanzado, la salud pública se beneficiará de la labor realizada[2].

Enfermedades transmisibles, epidemiología y salud pública

Las enfermedades transmisibles constituyen una carga significativa y una amenaza continua a la salud pública en todos los países. Hay métodos epidemiológicos para llevar a cabo la vigilancia, la prevención y el control de las epidemias de enfermedades trasmisibles. El propósito del Reglamento Sanitario Internacional es facilitar el control de las epidemias. En el contexto del cambio social o ambiental a veces emergen nuevas enfermedades transmisibles o reemergen las antiguas.

Enfermedad transmisible. Conceptos.

Una enfermedad transmisible es una enfermedad que un agente patógeno específico causa en un huésped susceptible. El agente infeccioso puede ser trasmitido al ser humano directamente, a partir de una persona o animal infectado, o indirectamente, mediante vectores, partículas aéreas u otros vehículos de infección (fómites, la leche u otros alimentos, sangre, plasma, soluciones inyectables o instrumentos quirúrgicos). Las enfermedades trasmisibles constituyen amenazas para la salud individual y tienen potencial para poner en riesgo la seguridad general de la sociedad. Son muchos los microorganismos que producen enfermedades en el hombre. El término infección hace referencia a un agente infeccioso que entra y se desarrolla o multiplica en

un huésped. Infección no es lo mismo que enfermedad. Algunas infecciones no producen enfermedad clínica. Las características específicas de cada agente son importantes para determinar la naturaleza de la infección, que es determinada por factores tales como la patogenicidad, la virulencia, la dosis infectiva, el reservorio o el foco de infección. Para poder idear medidas de control eficaces es necesario conocer tanto los reservorios como los focos de infección. Un portador, es decir, una persona infectada que no tiene manifestaciones de enfermedad, puede ser un foco importante de infección. La duración del estado de portador varía de unos agentes a otros. Los portadores pueden ser asintomáticos durante toda la infección o solo durante una fase determinada del proceso. Los portadores han desempeñado un gran papel en la propagación por todo el mundo del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), por la posibilidad de transmisión directa del VIH durante el periodo asintomático previo a las manifestaciones clínicas del sida. La transmisión, segundo eslabón de la cadena de infección, es la propagación del agente infeccioso a través del ambiente o a otra persona. La transmisión puede ser directa o indirecta. La transmisión directa es el paso del agente infeccioso desde un huésped infectado o desde el reservorio a un punto de entrada adecuado a través del cual puede producirse la infección humana. Puede producirse por contacto directo, sexual, al tocar, besar, o por propagación directa de gotitas al estornudar o toser. La transmisión a través de la sangre y la infección trasplacentaria de la madre al feto también pueden ser vías importantes de transmisión. La transmisión indirecta puede tener lugar a través de un vehículo, un vector o por el aire. El huésped es el tercer eslabón en la cadena de infección y se define como la persona o animal que proporciona un ambiente adecuado para que un agente infeccioso crezca y se multiplique en condiciones naturales. El punto de entrada al huésped varía según los agentes y puede estar en la piel, las mucosas, el tubo digestivo o las vías respiratorias. La infección puede ser inaparente o clínica, leve o grave. El periodo de incubación que trascurre entre la entrada del agente infeccioso y la aparición de los primeros signos o síntomas de la enfermedad es muy variable, desde unas pocas horas (por ejemplo, en la toxiinfección alimentaria por estafilococo) hasta años (en el sida) 1.

Métodos de vigilancia

Las enfermedades transmisibles constituyen una carga significativa y una amenaza continua a la salud pública en todos los países. Hay métodos epidemiológicos para llevar a cabo la vigilancia, la prevención y el control de las epidemias de enfermedades trasmisibles. El propósito del Reglamento Sanitario Internacional es facilitar el control de las epidemias. En el contexto del cambio social o ambiental a veces emergen nuevas enfermedades transmisibles o reemergen las antiguas.

La vigilancia epidemiológica es la recolección sistemática, el análisis y la interpretación de datos sanitarios esenciales para planificar, implantar y evaluar las actividades de salud pública. La vigilancia epidemiológica ha de vincularse a una adecuada diseminación de la información, de forma que puedan tomarse acciones eficaces para prevenir la enfermedad. Los mecanismos de vigilancia epidemiológica incluyen entre otros la notificación obligatoria de enfermedades determinadas, los registros de enfermedades específicas (de base poblacional u hospitalaria), las encuestas continuas o repetidas y los datos agregados que muestran tendencias de patrones de consumo y actividad económica.

La vigilancia epidemiológica ha de tener una perspectiva amplia, ya que comprende desde los sistemas de detección precoz de un brote para la intervención rápida hasta la respuesta planificada en el caso de enfermedades crónicas que generalmente suponen un periodo largo de desfase entre la exposición y la enfermedad clínica. Muchos países tienen regulaciones que establecen la notificación obligatoria de ciertas enfermedades. Las fuentes de datos pueden ser generales o específicas para una determinada enfermedad y comprenden todo lo siguiente: informes de mortalidad y morbilidad; registros hospitalarios; diagnósticos de laboratorio; informes de brotes epidémicos; uso de vacunas; registros de baja laboral por enfermedad; cambios biológicos en los agentes, vectores o reservorios; servicios y centros de transfusión[1].

Aplicación práctica: ejemplos

VIH/SIDA

Los estudios epidemiológicos han sido de vital importancia para definir la epidemia de VIH/SIDA, determinar el patrón de propagación, identificar factores de riesgo y determinantes sociales y evaluar intervenciones para tratar la enfermedad y prevenir y atajar la epidemia. Las pruebas de detección de VIH en la sangre de donantes, la promoción de conductas sexuales seguras, el tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual, la evitación del uso compartido de agujas y la prevención de la transmisión madrehijo mediante fármacos antirretrovírales son los medios principales para controlar la difusión del VIH y el SIDA. Con el desarrollo de nuevos fármacos antirretrovírales y su administración en combinación se ha prolongado

la supervivencia de las personas infectadas con VIH en los países desarrollados. Sin embargo, el costo prohibitivo de estos medicamentos limita gravemente sus posibilidades de uso; de hecho la gran mayoría de las personas infectadas no tiene acceso a estos medicamentos. Una importante iniciativa internacional para relanzar el tratamiento del VIH/SIDA, la campaña "3 x 5" (3 millones de personas en tratamiento al final del año 2005) consiguió que un millón de personas fueran tratadas, evitando entre 250.000 y 350.000 muertes. Las contribuciones de la epidemiología a nuestro conocimiento de la pandemia de sida han sido fundamentales, pero lo que resulta evidente es que el mero conocimiento no es garantía de que se ponen en marcha las medidas preventivas adecuadas1.

Enfermedad de Creutzfeldt-Jacob

La nueva variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob (ECJv) es la forma humana de la "enfermedad de las vacas locas" o encefalopatía espongiforme bovina (EEB). En 1987 se declaró una epidemia de EEB en el Reino Unido. Ambas enfermedades son invariablemente mortales y se han observado alteraciones anatomopatológicas similares en el cerebro de pacientes que murieron de ECJv y en el de las reses bovinas con EEB. Estas enfermedades son ejemplos de las encefalopatías espongiformes transmisibles causadas por un agente infeccioso denominado prión. La epidemia en el ganado había sido provocada por el consumo de alimentos contaminados con carne o huesos procedentes de animales infectados y se interrumpió finalmente cuando se prohibió el uso de proteínas de rumiantes en el pienso para el ganado. En 1995 se diagnosticaron tres casos de ECJv en personas jóvenes y hasta 2002 se habían registrado 139 casos humanos en total. A pesar de la falta de pruebas definitivas de una vía oral de transmisión, muchos expertos llegaron a la conclusión de que la epidemia humana estaba relacionada con la epidemia bovina y causada por el mismo agente infeccioso. La preocupación por la transmisión humana motivó cambios en las políticas de donación de sangre y estimuló el uso de instrumentos quirúrgicos desechables1.

Posibles aplicaciones del conocimiento sobre la donación/donantes en salud pública/epidemiología.

Enfermedades infecciosas

En el mundo desarrollado todos los donantes son examinados con múltiples pruebas de escrutinio de enfermedades infecciosas (VIH, HTLV, VHB, VHC, Treponema Pallidum, Trypanosoma Cruzi…). El objetivo inmediato, por supuesto, es evitar que donantes infectados e infecciosos y donaciones entren en el suministro de sangre. El enfoque ha hecho que el suministro de sangre sea históricamente seguro con referencia a los patógenos escrutados. Pero también existe otra aplicación: los datos de las grandes organizaciones a su vez se utilizan para calcular la tasa de infecciones en la base de donantes. Las tasas y características de estas infecciones sirven para tomar decisiones sobre intervenciones adicionales de seguridad. Estos datos también pueden validar y complementar la vigilancia de salud pública; por ejemplo, el rastreo en tiempo real de las infecciones del virus del Nilo Occidental, en gran medida asintomáticas, proporcionando la prueba más temprana de infección en humanos en una región determinada. Por otra parte, estudiar muestras almacenadas de donantes con infecciones conocidas puede ofrecer dos aplicaciones importantes. Primero, sirve de vigilancia activa para detectar y responder a mutaciones que podrían interferir con la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas serológicas y basadas en ácidos nucleicos en uso para el cribado de donantes. En segundo lugar, el estudio de las distribuciones de tipos y subtipos genéticos y de mutaciones de resistencia a fármacos puede servir para establecer comparaciones con los datos procedentes de sistemas de vigilancia alternativos de poblaciones de alto riesgo.6

Utilización de la población "donante" para estudio

El efecto de la donación de sangre en la salud de los donantes ha sido durante mucho tiempo una olvidada área de investigación. Los donantes voluntarios de sangre son generalmente más sanos que la población. Sin embargo, la deficiencia de hierro y otros efectos adversos son riesgos bien conocidos de la donación de sangre. La evaluación del riesgo de los efectos adversos de las donaciones es actualmente insuficiente, y existe la necesidad de desarrollar un cuidado más personalizado de los donantes. Además, los donantes de sangre están generalmente dispuestos a contribuir a los estudios científicos, y los datos obtenidos de donantes de sangre pueden servir así como una fuente para la investigación general de salud.

El Estudio Danés de Donantes de Sangre (DBDS) pretende estudiar la influencia de la donación de sangre sobre la salud de los donantes de sangre y servir como una plataforma nacional para la investigación en salud colaborativa.

El principal reto para entender cómo se desarrollan las enfermedades es que muchas enfermedades

comunes, tanto somáticas como mentales, son heterogéneas y multifactoriales. Por lo tanto, se requieren grandes cohortes para el estudio de enfermedades para identificar asociaciones relevantes. Debido a su complejidad, aún no ha surgido una imagen clara de los efectos combinados de los factores influyentes sobre los riesgos de enfermedades comunes y raras en diferentes circunstancias. Los grandes estudios poblacionales añaden fuerza para elucidar las etiologías de las enfermedades complejas, pero al mismo tiempo también ofrecen la opción de seleccionar características específicas de las enfermedades estudiadas, así como una mayor capacidad de tomar en cuenta los factores adyuvantes de la patogénesis. Los servicios y centros de transfusión y los donantes de sangre pueden contribuir de manera significativa a la futura investigación en salud. La investigación en salud y la infraestructura de investigación pueden integrarse en la misión y en el papel social de dichas instituciones así como en las asociaciones de donantes de sangre[7].

En los centros de donación de sangre y en sus instalaciones de laboratorio, se encuentra el personal formado adecuado (enfermeras, técnicos, especialistas en informática y médicos) necesario para la recogida de datos estructurados y muestras biológicas similares a las de un biobanco. Todo este trabajo se realiza rutinariamente de acuerdo con las directrices y normas internacionales que garantizan un alto grado de validez y trazabilidad. Finalmente, el almacenamiento de muestras biológicas necesario existe en los servicios y centros de transfusión. Por lo tanto, la necesidad de invertir en infraestructura de investigación se reduce enormemente si los estudios se realizan dentro de la infraestructura ya existente dentro de estas organizaciones. A pesar de las similitudes entre los estudios de cohortes científicos a gran escala y los estudios de donantes de sangre, también existen diferencias importantes. Lo más importante y en contraste con muchos biobancos de investigación, donde los participantes se incluyen en un punto de tiempo de línea de base y normalmente se pide uno o dos seguimientos a lo largo del tiempo, los servicios y centros de transfusión tienen una ventaja única adicional de que la mayoría de los donantes tienen una relación comprometida a largo plazo para la donación de sangre. Por lo tanto, es posible recoger sucesivas muestras biológicas y disponer de la información actualizada del cuestionario de salud del donante durante décadas para un gran número de participantes[6].

¿Cuáles son las posibilidades de la investigación general en salud al usar donantes de sangre?

Inherentemente, todos los participantes son sanos, las mujeres no embarazadas y no lactantes y los adultos responsables en el momento de la inclusión. Trabajar con una población de estudio tan seleccionada limitará inicialmente las posibilidades de realizar estudios de enfermedades en las que se necesitan individuos con una enfermedad dada (enfermedades pediátricas, por ejemplo). Eso también significa que los estudios de enfermedades graves con inicio temprano en la vida (antes de que las personas sean reclutadas para la donación de sangre) son imposibles. Por otro lado, para estudiar estas enfermedades, los donantes de sangre sanos son ideales como controles en los diseños de casos y controles[6].

Un gran número de enfermedades específicas (por ejemplo, alergia, asma y migraña) y rasgos de enfermedad o marcadores (por ejemplo obesidad, niveles de colesterol y fenotipos psiquiátricos) que son comunes en la población no excluyen a las personas a convertirse en donantes de sangre. La presencia de estas enfermedades o rasgos en la cohorte puede en muchos casos ser evaluada usando cuestionarios de clasificación o sistemas de puntuación validados. Por lo tanto, pueden utilizarse en estudios transversales de cohorte epidemiológicos o en estudios de casos y controles. Sin embargo, en todos los estudios de salud general, es importante tener en cuenta que los donantes de sangre son un grupo seleccionado de individuos. Sólo participan los donantes en el estudio, por lo que dependiendo de la enfermedad investigada, el sesgo de "el efecto del donante sano" siempre influirá en el resultado hasta cierto punto. Esta cuestión debe abordarse a fondo en todos los estudios, tanto para las investigaciones de enfermedades somáticas como para las psiquiátricas. La fortaleza de un estudio epidemiológico de salud general con donantes de sangre es la posibilidad de recolección prospectiva de datos en varios puntos temporales. Si bien los donantes de sangre están sanos al momento de la inclusión, desarrollarán enfermedades en semejanza con la población en general. Cuando se presenta una enfermedad (por ejemplo, cáncer, enfermedad cardíaca o enfermedad metabólica), los depósitos de plasma u otras muestras biológicas almacenadas pueden utilizarse para el estudio de biomarcadores (por ejemplo, marcadores bioquímicos, genéticos o epigenéticos) en muestras consecutivas tomadas muchos años antes de que la enfermedad se desarrolle. Lo mismo se puede realizar para los datos posteriores del cuestionario (por ejemplo, calidad de vida relacionada con la salud) recogidos durante el periodo de estudio. Por lo tanto, es

posible describir el camino de la salud a la enfermedad e investigar los factores pronósticos o patogénicos que determinan la progresión de la enfermedad[6].

Estudios de los efectos de la donación

Además, los estudios de donantes de sangre también pueden utilizarse para responder preguntas sobre los efectos a corto y largo plazo de la donación de sangre. En general, la evaluación del riesgo de los efectos adversos de las donaciones es actualmente inadecuada y es necesario desarrollar una atención más personalizada de los donantes. Es bien sabido que la deficiencia de hierro es común entre los donantes de sangre y los donantes de sangre son por lo tanto la población ideal para estudiar tanto las causas como las consecuencias de la deficiencia de hierro. Además de la anemia, la deficiencia de hierro puede causar cambios neuropsicológicos, la pérdida de cabello y el deterioro de la inmunidad innata y específica. Por último, la inclusión de información sobre los receptores de los productos sanguíneos en el estudio sobre los donantes de sangre también da la oportunidad de hacer estudios relacionados con la transfusión para responder a las preguntas sobre si existen características del donante de sangre que predice resultados o efectos secundarios a la transfusión sanguínea[6].

Existe un creciente interés en todo el mundo por estudiar los efectos de la donación de sangre sobre la salud. El Retrovirus Epidemiology Donor Study (REDS) fue iniciado para la investigación de la seguridad de la sangre en relación a los retrovirus humanos usando donantes voluntarios de sangre de áreas de los Estados Unidos con riesgo variable para el VIH.

El estudio INTERVAL, implantado en Reino Unido, está a punto de completar el reclutamiento de 50.000 donantes de sangre para un ensayo aleatorio que compara la seguridad, la aceptación y las consecuencias médicas de los diferentes intervalos entre las donaciones de sangre. El objetivo es encontrar el intervalo óptimo para el cual es seguro que los donantes donen sangre.

El estudio holandés Donor InSight obtiene información sobre las características de los donantes (demografía, estilo de vida, salud y enfermedad, motivación y satisfacción).

The Blood Donor BIOBANK en Alemania, es un recurso para la investigación de biomarcadores.

The Finnish Red Cross Blood Service Blood Donor Study se centra en calcular los riesgos cardiovasculares y medir el almacenamiento de hierro y los factores genéticos que lo regulan.

Conclusión

En las páginas anteriores hemos podido resumir los distintos conceptos relacionados con la salud pública y la epidemiología. Por otra parte también hemos establecido su relación con la hemoterapia no sólo desde el enfoque obvio que busca el aumento de la seguridad de la transfusión sino también la aplicación investigacional que ofrece una población ideal a estudio y una población con una problemática concreta derivada de la recolección de sangre.

De todo lo anterior derivan distintas potenciales consecuencias y aplicaciones desde el punto de vista práctico y teórico. En los próximos años asistiremos a cambios guiados por estudio de los datos procedentes de la población donante tanto para la comunidad de la que forman parte como en la prevención y tratamiento de los efectos adversos derivados de la donación. Será interesante la comprobación científica basada en la evidencia sobre todo de los potenciales efectos adversos que se puedan desarrollar a muy largo plazo en un grupo social con un seguimiento especialmente largo (en algunos casos cercano a los 40 años).

Referencias

1. Bonita R, Beaglehole R, y Kjellstrõm T. Epidemiología básica Segunda edición Washington, D.C: OPS, ©2008.
2. www.epidemiolog.net, © Victor J. Schoenbach 2000 17. Epidemiology and public health – 551-564 rev. 10/23/1999, 1/17/2000, 3/23/2001, traduccion 11.11.2004.
3. Charles du V Florey. De la epidemiologia a la salud pública. Rev San Hig Púb 1994; 68: 107-114.
4. Rodríguez Artalejo I, del Rey Calero J. Epidemiologia clínica frente a epidemiología de salud pública Rev San Hig Púb 1992; 66 (2): 111-113
5. Keen H. Epidemiología, medicina clínica y salud pública: En la interfaz. Diabetes Voice 2001; 46 (4): 11-14.
6. Katz LM. How Can the Blood Transfusion Medicine Community Contribute to Public Health in Tough Economic Times?. J Infect Dis 2012; 205 (6): 867-869.
7. Burgdorf KS, Pedersen OBV, Sørensen E, Thørner LW, Hjalgrim H, Erikstrup C, Ullum H. Extending the gift of donation: blood donor public health studies. VOXS 2015; 10 (Suppl 1): 225-230.

Capítulo 8

Satisfacción de los requerimientos de hemocomponentes

para el apropiado manejo clínico de pacientes

José Ramiro Cruz, Dsc. Microbiólogo. Maestro en Ciencia en Salud Pública Tropical y Doctor en Ciencia en Virología e Inmunología. Coordinador, Comité de Asuntos Internacionales GCIAMT. Consultor Independiente, Ashburn, Virginia, USA. Email: jcruz62004@aol.com

In Memoriam
Doctor Gabriel Adrián Schmunis
16 julio 1939 - 9 abril 2017

Introducción

Desde finales del siglo pasado se propuso que la misión de los servicios de sangre de un país es colectar y preparar de manera eficiente hemocomponentes seguros y transfundirlos adecuadamente[1]. Posteriormente se reconoció que dicha misión es compleja y que, como requisito indispensable para la preparación y distribución oportuna de hemocomponentes en cantidades suficientes a nivel nacional, es necesario conocer con cierto grado de certeza las necesidades de sangre y sus variaciones en las diferentes épocas del año y en diferentes lugares[2]. En 2005, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoció que el plan regional para fortalecer los bancos de sangre oficialmente adoptado en 1999 no tenía como objetivo específico aumentar el número de unidades de sangre colectadas por los países[3] y, por vez primera, se refirió a la suficiencia nacional de sangre. Para ello, se usó como estándar 5% de la población, meta propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990[4]. En esta publicación, la OMS planteó como alternativa que el número de donaciones necesarias se estime con base en la cantidad de camas hospitalarias utilizadas para pacientes agudos, considerando que 30% de las camas disponibles usualmente son ocupadas por pacientes que no requieren transfusiones. Con el fin de hacer la propuesta aplicable a todos los centros hospitalarios, se sugirió multiplicar "las camas agudas" por cinco para estimar la necesidad de hospitales de primer nivel y por 15 para proyectar la necesidad de sangre para hospitales especializados o de referencia[5]. El promedio, es decir 10, fue sugerido para calcular las donaciones requeridas a nivel nacional. Alternativamente, se sugirió basar los cálculos en egresos hospitalarios y usar el factor 0,40 por cada paciente admitido[6]. Más recientemente, la OMS expresó que donaciones equivalentes al 1% de la población son suficientes para cubrir las necesidades nacionales básicas, y que donaciones equivalentes a 2% pueden considerarse adecuadas[7]. Cabe destacar que todas las publicaciones anteriores mencionan la conveniencia de basar las estimaciones de necesidades hospitalarias en las condiciones propias de cada centro, pero no discuten cómo variaciones individuales o institucionales en la práctica médica pueden sesgar lo que se considera apropiado. La demanda de hemocomponentes

por parte de los servicios de atención a los pacientes está determinada por lo que los médicos consideran conveniente y por la disponibilidad oportuna de sangre en su hospital. Por otro lado, la sumatoria de las necesidades de todos los servicios de atención a pacientes deja por fuera factores importantes, tales como el crecimiento y las variaciones etarias de la población local, la adopción de nuevas tecnologías terapéuticas, la apertura de nuevos centros asistenciales y las posibles emergencias, que pueden afectar los requerimientos clínicos futuros de hemocomponentes. Tomando en cuenta estos factores, la OPS recomendó que los médicos revisen y evalúen la práctica transfusional pasada en su centro y, con base en el requerimiento clínico de los pacientes, proyecten las necesidades hospitalarias futuras considerando los cambios demográficos locales[8]. Los requerimientos de una zona geográfica pueden entonces proyectarse sumando las necesidades hospitalarias y agregando estimados por la adopción de nuevas tecnologías sanitarias y una proporción adecuada para enfrentar posibles emergencias[8].

Los documentos de trabajo que tanto la OMS como la OPS han adoptado en el siglo XXI tienden a promover la disponibilidad y a garantizar la autosuficiencia nacional de sangre, basada en la donación voluntaria y altruista de sangre[9-12]. Definir las necesidades de hemocomponentes —glóbulos rojos, plaquetas, plasma— permite no sólo planificar la colecta y procesamiento de sangre completa, sino también asignar los recursos humanos, tecnológicos y financieros adecuados para el funcionamiento eficiente del sistema de sangre.[2,9-12]

El presente capítulo pretende revisar las prácticas de colecta de sangre, de producción y de uso de hemocomponentes en los países Iberoamericanos, con el propósito de presentar sugerencias pertinentes para lograr su suficiencia en el contexto de la seguridad transfusional, a la vez que se promueve el funcionamiento óptimo de los sistemas nacionales de sangre en Iberoamérica.(Figura 1.)

Marco y estado de la seguridad transfusional en Iberoamérica

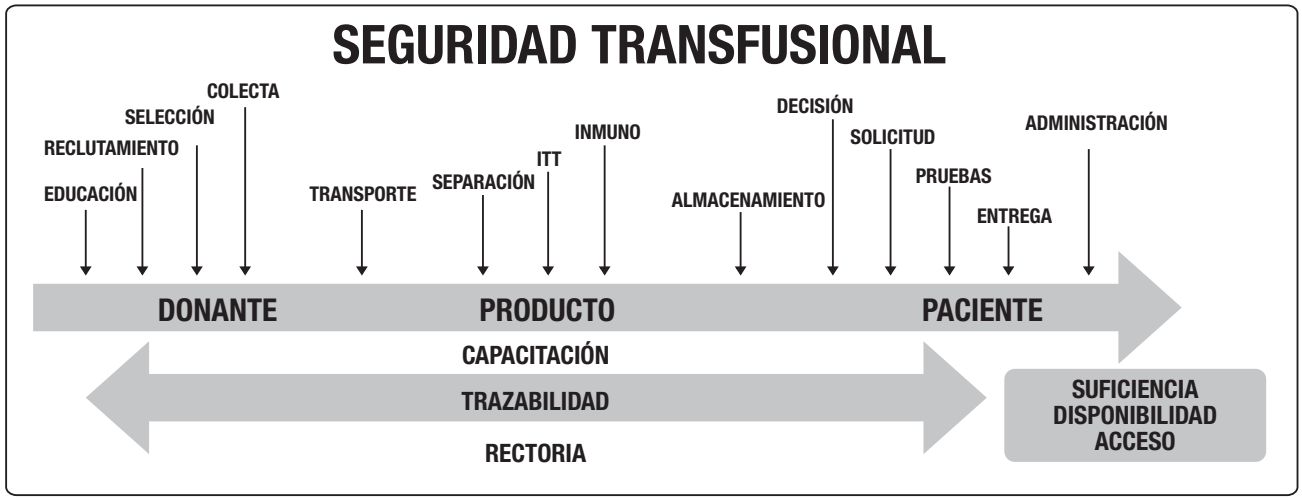
Un hito importante para la evolución del concepto de seguridad sanguínea hacia el de seguridad transfusional en Iberoamérica lo constituye el Plan Regional de Acción para la Seguridad Transfusional 2006-2010. El plan, desarrollado en 2003 durante la I Conferencia Panamericana de Seguridad Sanguínea y adoptado por la OPS en 2005,[3,13] claramente define que "*la finalidad* es *contribuir a reducir la mortalidad y a mejorar el cuidado de los 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 apropiada de componentes sanguíneos en cantidades suficientes para tratar a los pacientes que necesiten transfusiones de sangre.
b. Asegurar el acceso oportuno a los componentes sanguíneos de los pacientes que necesiten transfusiones de sangre.
c. Lograr el más alto nivel de seguridad sanguínea para evitar la transmisión de enfermedades infecciosas y otros efectos adversos asociados a las transfusiones.
d. Promover el uso clínico apropiado de la sangre.
e. Mejorar la eficiencia de los recursos nacionales".

Para alcanzar la seguridad transfusional se requieren la rectoría del Estado, la capacitación continua de personal, la adecuada trazabilidad de los productos y la hemovigilancia[14].

La autosuficiencia de sangre y sus productos implica que las necesidades de todos los pacientes atendidos

Figura 1. Marco Conceptual de la Seguridad Transfusional



en el sistema nacional de salud son satisfechas oportunamente, al mismo tiempo que se garantiza su acceso equitativo a servicios de transfusión[15]. En este ámbito, el término "productos" es más amplio que "hemocomponentes" e incluye sangre completa, glóbulos rojos, plaquetas, plasma para transfusiones, factor VIII de coagulación derivado de plasma, inmunoglobulina G polivalente y albumina[15]. Con este marco se hace evidente que precisar las necesidades de hemocomponentes —sangre completa, glóbulos rojos, plaquetas, plasma— con base en los números de habitantes, de pacientes admitidos a hospitales o de camas hospitalarias es imposible.

Las estimaciones del número de unidades de sangre que deberían colectarse en cada país muestran alta variación. Obviamente, los cálculos basados en 1% de la población representan la mitad de los que se obtienen con 2%. Examinar la relación entre el resultado obtenido usando número de camas y la cifra más cercana obtenida por el indicador de población de cada uno de los 19 países Iberoamericanos, demuestra que en algunos casos posiblemente estaríamos sobreestimando y en otras subestimando las necesidades de colecta de sangre (Tabla 1 séptima columna).

Análisis estadísticos de la relación entre el Índice de Salud Humana (HHI)[17] y las tasas nacionales de colecta por 10.000 habitantes, por cama y por médico no muestran asociación alguna (Coeficiente de correlación de rango de Spearman[21], $p>0,05$ en todos los casos). Tampoco se encontró correlación entre los tres indicadores de colecta ($p>0,25$ en todos los casos). Los datos muestran que las tasas de colecta de sangre expresadas por habitantes, por camas hospitalarias y por médicos existentes en el país, no permiten estimar las necesidades de sangre completa, como fuente de glóbulos rojos. Este concepto se refuerza por las altas tasas de glóbulos rojos descartados por tamizaje serológico y por vencimiento observado en la mayoría de países (Tabla 2, séptima columna). Llama la atención el hecho de que los dos países con las menores tasas de descarte, Cuba con 4,10% y Nicaragua con 4,23%, son los dos únicos países con 100% de donación voluntaria altruista[18] Por otro lado, es preocupante que seis países descarten más de 20% de los glóbulos rojos colectados y cuatro países descarten entre 12 y 19%. Es posible, sin embargo, utilizar este tipo de información para explorar los factores que afectan las prácticas actuales de la medicina transfusional en los países iberoamericanos, escrutar los

Tabla 1. Estimaciones de la colecta de sangre necesaria con base en la población nacional y al número de camas hospitalarias (2013).

País	Población x 1.000	Camas hospitalarias*	Número de unidades a colectar			Relación de estimados camas/ población
			Porcentaje de la población		Camas x siete	
			1%	2%		
Argentina	41.803	204.835	418.030	836.060	1.433.845	1,71
Bolivia	10.848	11.933	108.480	216.960	83.531	0,77
Brasil	202.034	464.660	2.020.340	4.040.680	3.852.620	0,95
Chile	17.773	39.101	177.730	355.460	273.707	1,50
Colombia	48.930	73.395	489.300	978.600	513.765	1,05
Costa Rica	4.938	5.432	49.380	98.760	38.024	0,77
Cuba	11.259	57.421	112.590	225.180	401.947	1,78
Ecuador	15.983	23.840	159.839	319.660	166.880	1,04
El Salvador	6.384	7.022	63.840	127.680	49.154	0,77
Guatemala	15.860	9.516	158.600	317.200	66.612	0,42
Honduras	8.261	5.783	82.610	175.220	40.481	0,49
México	123.799	185.699	1.237.990	2.475.980	1.299.893	0,52
Nicaragua	6.119	5.507	61.190	122.380	38.549	0,63
Panamá	3.926	9.030	39.260	78.520	63.210	0,80
Paraguay	6.819	8.865	68.190	136.380	62.055	0,91
Perú	30.769	46.154	307.690	615.380	323.078	1,05
República Dominicana	10.529	16.846	105.290	210.580	117.922	1,12
Uruguay	3.419	8.548	34.190	68.380	59.836	0,87
Venezuela	30.851	27.766	308.510	617.020	194.362	0,63

Datos de población y número de camas obtenidos de la referencia 16. * Calculadas con base en el índice de camas por 1.000 habitantes.

Tabla 2. Colecta de sangre en los países Iberoamericanos, 2013.

País	HHI	Colecta anual de unidades de sangre completa				% glóbulos rojos descartados
		Número	x 10.000 habitantes	x cama	x médico	
Argentina	0,866	966.059	231,10	4,72	6,08	33,25
Bolivia	0,727	102.146	94,16	8,56	22,42	12,72
Brasil	0,830	2.969.204	146,97	6,39	9,69	24,87
Chile	0,992	229.911	129,35	5,88	7,11	9,95
Colombia	0.831	740.173	151,27	10,08	9,00	14,66
Costa Rica	0,992	68.209	138,13	12,56	5,50	21,55
Cuba	0,912	411.545	365,52	7,17	5,22	4,10
Ecuador	0,869	229.018	143,29	9,61	9,02	9,38
El Salvador	0,809	98.088	153,65	13,97	6,68	10,70
Guatemala	0,802	121.921	78,87	12,81	10,38	25,29
Honduras	0,828	69.082	63,62	11,94	9,95	16,92
México	0,885	1.364.395	110,21	7,35	5,20	14,88
Nicaragua	0,844	72.658	118,74	13,92	14,13	4,23
Panamá	0,885	53.529	136,34	5,93	8,58	ND
Paraguay	0,804	86.056	126,20	9,70	7,79	28,14
Perú	0,843	204.871	66,52	4,44	6,55	21,43
República Dominicana	0,822	110.780	105,21	6,58	6,88	8,89
Uruguay	0,880	99.151	290,00	11,60	6,17	9,08
Venezuela	0,841	340.345	110,32	12,26	ND	10,33
Mediana	***0,843***		***129,35***	***9,61***	***7,45***	***13,69***

HHI: Índice de salud humana. Datos obtenidos de las referencias 16, 17, 18, 19 y 20

posibles requerimientos clínicos de los pacientes y, así, promover su acceso oportuno a transfusiones.

La Tabla 3 muestra que, a partir de 4.874.912 unidades de sangre completa recibida por 15 países, se prepararon más de 11 millones de hemocomponentes, equivalente a 2,26 por unidad. Este índice es un tanto inferior al informado por Brasil[19], 2,45, y por Venezuela[20], 2,40, países en los que se produjeron, respectivamente, 7.273.279 y 816.528 hemocomponentes en 2013.

La Tabla 3 también indica que las unidades que se mantuvieron como sangre completa representan el 8% de la colecta anual, suma que es superior al 5% acordado como meta regional en 2005[3], y que aún es válida por las condiciones especiales en que se recomienda usar sangre entera[22,23]. De sumo interés es que las 245.954 unidades de sangre completa que se transfundieron durante 2013 representan exactamente 5% de la colecta de ese año. Es imprescindible, sin embargo, documentar las condiciones clínicas y la evolución de los pacientes a quienes se transfundió sangre completa para juzgar si su uso fue apropiado.

El componente sanguíneo del que se preparó y se transfundió mayor número de unidades fue el concentrado eritrocitario, corroborando que es el determinante

Tabla 3. Preparación y uso de hemocomponentes en 15 países Iberoamericanos, 2013

Hemocomponente	Preparación	Vencimiento		Uso	
Sangre completa	388.392	142.438	36,7%	245.954	63,3%
Concentrado de glóbulos rojos	4.486.520	515.534	11,5%	3.970.986	88,5%
Plasma fresco congelado y plasma fresco	3.675.157	1.844.641	50,2%	1.830.516	49,8%
Crioprecipitado	343.946	50.229	14,6%	293.717	85,4%
Concentrado de plaquetas	2.125.670	593.213	27,9%	1.532.457	72,1%
Total	***11.019.685***	***3.146.055***	***28,5%***	***7.873.630***	***71,5%***

Datos obtenidos de referencia 18.

principal para el número de donaciones requeridas en cada nación. Es conveniente hacer notar que 11,5% de los concentrados de glóbulos rojos alcanzaron su fecha de vencimiento lo que, agregado al 11,1% de las unidades que se encontraron reactivas en el tamizaje[18], señala la necesidad de una mejor planificación de la colecta, procesamiento y distribución de paquetes eritrocitarios en los países Iberoamericanos. Un aspecto importante a considerar especialmente es el uso de unidades pediátricas de concentrados de glóbulos rojos[24]: en Paraguay, por ejemplo, se encontró que 10,8% de ellos se usaron en pacientes menores de 5 años[25] y en Nicaragua se reportó que 27% de las transfusiones de eritrocitos se dieron a pacientes menores de 14 meses[26]. La alta tasa de uso en neonatos[27] debe considerarse en las planificaciones del suministro a nivel hospitalario y nacional[28].

Los países incluidos en la Tabla 3 prepararon 4.019.103 componentes plasmáticos, es decir plasma fresco congelado, plasma fresco y crioprecipitado. Esta cifra es 467.417 (10,4%) menor que el número de paquetes globulares. Sin embargo, una menor proporción de plasma fresco y plasma fresco congelado, 49,8% fue transfundida. Dado que recientemente se ha informado que la indicación de plasma fresco congelado es adecuada solo en 38 a 67% de los casos[29,30], es recomendable documentar las razones para lo que parece ser una alta tasa de transfusión de plasma y su impacto en el estado clínico de los pacientes que lo reciben.

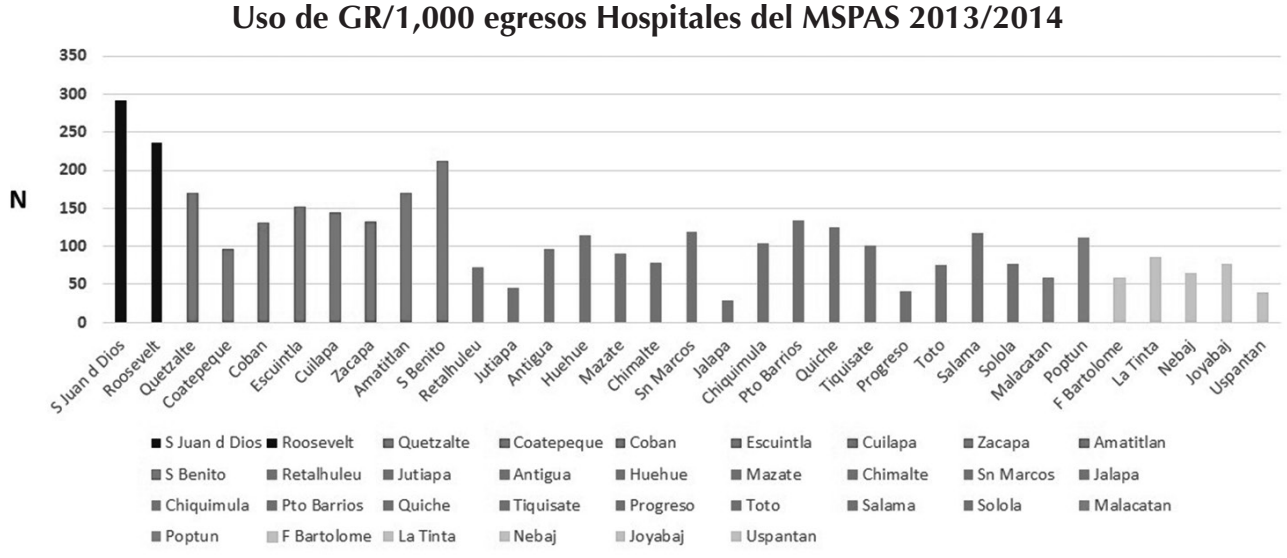
Los concentrados plaquetarios se obtuvieron del 43,6% de las unidades disponibles. Esta cifra quizá represente una adaptación planificada de los procesos de preparación de componentes a la demanda esperada y a los de colectas extramurales de sangre. Alternativamente, la tasa de preparación de plaquetas puede ser debida a limitaciones en las tecnologías necesarias para su preparación y almacenamiento. En todo caso, la relación de concentrados de plaquetas transfundidos/preparados podría ser más elevada si se evalúa su necesidad clínica y se ajustan los procesos para su preparación y posterior entrega a los servicios de atención a los pacientes, concepto que se aplica a todos los componentes sanguíneos usados en Iberoamérica. En general, para estimar los requerimientos clínicos y el uso de hemocomponentes, es indispensable considerar la práctica transfusional a nivel hospitalario y la variabilidad de las condiciones clínicas de los pacientes que acuden a los centros de atención.

Consideraciones sobre el uso de glóbulos rojos en Iberoamérica

La Figura 2 representa el uso de sangre entera y concentrados globulares, expresada en unidades por 1.000 egresos, en dos Hospitales de Referencia Nacional de máxima complejidad, ocho hospitales regionales con resolución de tipo general y especialidades, 16 hospitales departamentales con capacidad para manejar patologías de tipo general, dos hospitales distritales programados para manejar patologías locales y cinco hospitales de contingencia, localizados en centros de salud, con encamamiento mínimo y resolución limitada.

Los dos hospitales de referencia nacional transfundieron 22.758 unidades. El Hospital San Juan de Dios, con 40.744 egresos, transfundió 11.910 unidades de glóbulos rojos, para una tasa de 292,31/1.000, que es 24% más alta que la del Hospital Roosevelt, 236,01,

Figura 2. Consumo de concentrados de glóbulos en 33 hospitales públicos de Guatemala, 2015.

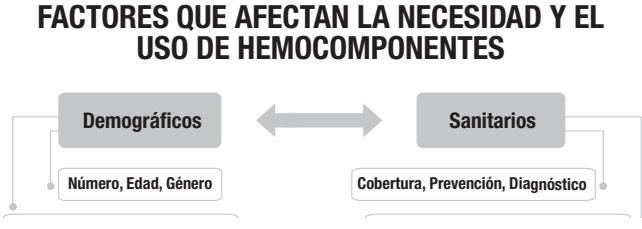


Datos obtenidos de referencias 31, 32

en donde se admitieron 45.963 pacientes. Los ocho Hospitales Regionales consumieron 20.582 unidades, con una alta variabilidad en la tasa por egreso: la de San Benito fue 211,92 y la de Coatepeque 96,91, 219% menor. Entre los hospitales departamentales el menor uso de glóbulos rojos se encontró en Jalapa, 29,37 y el mayor en Puerto Barrios, 133,70, tres veces y media más alto. Los dos hospitales distritales mostraron diferencia de 90%. Además de mostrar la alta variabilidad entre hospitales con facilidades y funciones similares, esta información permite hacer algunos comentarios sobre la pertinencia de emplear el número el número de camas para estimar necesidades de acuerdo con el grado de complejidad de cada uno de los servicios hospitalarios.

En Guatemala, país que en 2013 colectó 78,87 unidades por 10.000 habitantes, se puede apreciar que las transfusiones de eritrocitos tienen una tendencia decreciente pero no estadísticamente significativa asociada con la complejidad de los servicios terapéuticos ofrecidos. Al consolidar los hospitales por nivel de complejidad —referencia nacional, regionales, departamentales y distritales—, se encuentra que los dos centros con mayor capacidad tecnológica y con 1.844 camas, usaron 12,34 unidades por cama, los hospitales regionales, con 1.782 camas utilizaron 11,55 unidades/cama y los departamentales, con 1.929 camas, transfundieron 10,59 unidades/cama. En cuanto a los distritales, que cuentan con 596 camas, la tasa fue mucho menor, 2,14. Aun los hospitales de contingencia, que no tienen camas censables y se limitan a estabilizar pacientes graves y referirlos a un hospital departamental, transfundieron glóbulos rojos. Estas observaciones permiten concluir que la combinación de factores demográficos y sanitarios parece determinar el uso de componentes sanguíneos (Figura 3).

Figura 3. Determinantes de los requerimientos de hemocomponentes



La Tabla 4, que resume los datos nacionales de uso de glóbulos rojos transfundidos como sangre completa o en concentrados de eritrocitos, señala que ocho (42%) países de Iberoamérica utilizaron anualmente menos de 100 unidades por 10.000 habitantes, siendo la mediana 110,41. Estas cifras contrastan con las de colecta, citadas en la Tabla 2, en la que cuatro (21%) naciones mostraron tasas inferiores a 100, con una mediana de 129,35. La reducción en las tasas se debe al descarte de unidades por tamizaje serológico y por vencimiento, única información disponible para los 19 países de Iberoamérica en 2013. El descarte debido a otras razones, no incluido en este caso, obviamente reduce la disponibilidad y, por ende, el uso de componentes sanguíneos.

La Tabla 4 lista las dos causas principales de muerte y las dos de discapacidad, estimadas para 2015 como parte del Estudio Global de la Carga de Enfermedades[33,34]. La causa más común de muerte y de discapacidad es la enfermedad isquémica cardiaca, listada como una de las dos causas más importantes de muerte en 16 países y como causa de discapacidad, además, en Brasil y en Ecuador. En siete países se encontró la violencia como una de las dos causas principales de muerte y en seis de ellos induce discapacidad importante. El derrame cerebral se presentó como causa de muerte en cinco naciones, asociado con enfermedad isquémica en cuatro de ellos y con violencia en el quinto, y como causa principal de discapacidad en tres. Es muy probable que los pacientes que sufren de enfermedad isquémica, derrame cerebral y violencia presenten cuadros críticos que requieren consideraciones especiales para su cuidado, incluyendo transfusiones, motivo por el cual pudiesen resultar en requerimientos aumentados de sangre. Por otro lado, se puede considerar que la falta de acceso a hemocomponentes a nivel hospitalario contribuya a la mortalidad por estas tres causas.

La Tabla 4 incluye indicadores de mortalidad infantil y mortalidad materna, condiciones que están asociadas con acceso a cuidados médicos de la embarazada y del neonato[40,41]. Se ha demostrado que la razón de mortalidad materna y las muertes debidas a hemorragias periparto en América están inversamente correlacionadas con la disponibilidad de sangre a nivel nacional[42], hallazgo que se confirma al analizar las cifras correspondientes a uso de glóbulos rojos, en la Tabla 4 (coeficiente de correlación de rango de Spearman[21], r_s= -0,7231, t= -4,19, p=0,00035, una cola). Sumamente interesante es el hallazgo que las tasas nacionales de mortalidad infantil también tienen una relación inversa con las de uso de eritrocitos (coeficiente de correlación de rango de Spearman[21], r_s= -0,6127, t=3,00, p=0,00045, dos colas). Esta observación, los informes de alta tasa de transfusión en infantes y neonatos en Nicaragua[26,27], las limitaciones de acceso a la sangre debidas a procesos administrativos[43], y que las muertes maternas tienden a suceder durante los fines de semana[44], exigen enfatizar

Tabla 4. Uso de glóbulos rojos e indicadores de salud seleccionados 2013.

País	Uso x10.000	Principales causas		Mortalidad		Pacientes#	
		Mortalidad	Discapacidad	Infantil*	Materna+	Trasplante	Hemofilia
Cuba	350,53	Cardiaca Derrame	Cardiaca Derrame	4,2	38,9	13,2	41,66
Uruguay	263,73	Cardiaca Derrame	Cardiaca Derrame	8,8	16,0	38,2	56,16
Argentina	154,26	Cardiaca IRI	Cardiaca Dorsal	11,1	34,9	43,4	61,26
El Salvador	137,24	Violencia Cardiaca	Violencia Cardiaca		38,0		33,68
Colombia	129,09	Violencia Cardiaca	Violencia Cardiaca	17,8	69,7	23,2	37,03
Ecuador	129,04	IRI Vial	Cardiaca IRI	10,1	60,0	8,6	7,63
Chile	116,48	Cardiaca Derrame	Dorsal Derrame	7,4	17,2	22,8	87,04
Panamá	115,93	Cardiaca Violencia	Dorsal Cardiaca	14,3	64,9	18,1	73,36
Nicaragua	113,72	Renal Cardiaca	Renal Dorsal	20,0	50,8	1,8	51.48
Brasil	110,41	Violencia Derrame	Cardiaca Violencia	14,6	61,6	36,8	58,69
Costa Rica	108,36	Cardiaca Vial	Dorsal Cardiaca	8,7	17,0	30,0	42,73
Venezuela	98,92	Violencia Cardiaca	Violencia Cardiaca	15,0	73,3	11,6	87,42
República Dominicana	95,86	Cardiaca Derrame	Cardiaca Neonatal	24,8	108,7	5,3	19,94
México	93,81	Cardiaca Renal	Diabetes Cardiaca	13,3	42,3	24,1	39,89
Paraguay	90,68	Cardiaca Vial	Cardiaca Vial	14,7	84,9	7,5	61,00
Bolivia	82,18	IRI Cardiaca	IRI Cardiaca				6,08
Honduras	69,49	Violencia Cardiaca	Violencia Cardiaca	24,0	74,0		36,43
Guatemala	58,92	IRI Violencia	IRI Violencia	18,3	116,0	6,1	13,93
Perú	52,26	IRI Cardiaca	IRI Dorsal	16,0	93,0	6,7	28,87
Mediana	***110,41***			***14,6***	***60,8***	***15,65***	***41,66***

Datos obtenidos de referencias 16, 18-20, 33-38. *por 1.000 nv; + por 100.000 nv; #por millón

la prioridad que debe darse a las transfusiones como parte del buen cuidado materno-infantil.

Finalmente, en la Tabla 4 se encuentran indicadores de dos tipos de pacientes especiales: los receptores de trasplantes y los que viven con hemofilia, expresados por millón de habitantes. En el primer caso, se incluyen aquellas personas que han recibido trasplantes de riñón o de hígado (Paraguay, Nicaragua y Guatemala no reportaron receptores de este órgano) como indicador de la existencia de tecnología sanitaria de alta complejidad que, aunque pueden manejarse exitosamente sin transfusiones, puede requerir glóbulos rojos[45]. La tasa de pacientes con hemofilia se agregó a la Tabla 4 por dos razones: la primera es que tiene valor como indicador indirecto de la capacidad nacional de diagnosticar condiciones clínicas de relativamente baja prevalencia y, la segunda, porque señala la capacidad del sistema para salud de tratar adecuadamente a los pacientes. Las bajas tasas de prevalencia de hemofílicos, entonces, pueden ser el resultado de limitaciones en el diagnóstico de la enfermedad o en el cuidado de los pacientes. Los análisis estadísticos para definir si existe una relación directa entre uso de glóbulos rojos, por un lado, y tasa de pacientes receptores de trasplantes o con hemofilia, por otro, no demuestran relación directa alguna (coeficiente de correlación de rango de Spearman[21], r_s >0,5 en ambos casos). Sin embargo, al hacer pruebas estadísticas para analizar si hay patrones de agrupación de los países, de acuerdo con la mediana de los valores, se demuestra que aquellos con tasas de uso de glóbulos rojos menores a 100 tienen mayor probabilidad de mostrar tasas mayores de mortalidad y tasas menores de trasplantados y de hemofílicos que los seis países con tasas mayores a 120 (Prueba Bondad de Ajuste, Chi^2= 11,13; dos grados de libertad, p=0,0038)[21]. Para facilitar la interpretación de los análisis de los datos de la Tabla 4, los indicadores calificados como deficientes, en relación a cada una de sus medianas estadísticas, están sombreados.

Se puede resumir, entonces, que los sistemas nacionales de salud que tienen, en general, una mejor capacidad de atender a su población, ofreciendo oportunidades para el diagnóstico de enfermedades y de manejo de pacientes, también usan más sangre, lo que resulta en menores tasas de mortalidad. Los servicios sanitarios con mayor capacidad también pueden atraer a pacientes extranjeros en lo que ahora se denomina

"turismo médico"[46]. Según la organización Patients Beyond Borders, 14 millones de personas viajan fuera de su país para recibir cuidados de salud. Tres países iberoamericanos, Brasil, Costa Rica y México, están listados entre los 10 primeros destinos a nivel global, y reciben alrededor de 1,5 millones de pacientes cada año. Problemas cardiovasculares, ortopédicos y oncológicos están entre las razones más comunes para buscar servicios médicos en el extranjero[47]. Las implicaciones prácticas, financieras y éticas de esta situación han sido revisadas por OMS[48] pero, en el contexto de este capítulo, es necesario enfatizar que el fenómeno tiene importantes consecuencias para la validez del número de habitantes como base para proyectar requerimientos nacionales de sangre.

La situación actual de la seguridad transfusional en Iberoamérica acá descrita exige contar con información precisa sobre las prácticas transfusionales de todos y cada uno de los centros de atención a los pacientes de tal manera que se logre planificar la colecta, el procesamiento y la entrega oportuna de componentes sanguíneos necesarios y suficientes a cada uno de los hospitales.

¿Cómo definir los requerimientos de hemocomponentes para el apropiado manejo clínico de los pacientes?

Las *Recomendaciones para la estimación de necesidades de sangre y sus componentes*, publicada por OPS en 2010[8] se produjeron partiendo de la premisa que los centros proveedores de componentes sanguíneos deben conocer las necesidades futuras de los hospitales a quienes sirven. Martínez y colaboradores[49] opinan que, para garantizar la suficiencia de la sangre, se debe tener un adecuado suministro basado en la estimación de necesidades, en la captación de donantes suficientes, en una adecuada gestión de inventarios, en el uso apropiado de la sangre y en la aplicación de otras estrategias farmacológicas. Se ha sugerido, además, que para establecer y adoptar guías de transfusión se necesita tener un Comité de Hospitalario de Transfusiones[49]. Mi mejor entender me permite expresar que existen requisitos operacionales para lograr que el personal médico que atiende a los pacientes y es responsable del acto transfusional, estime las necesidades de sangre del centro en que labora.

Los esfuerzos históricos en los países iberoamericanos se han centrado en desarrollar guías de transfusión y talleres de capacitación del personal médico y paramédico. Lamentablemente, los ejercicios de revisión de la práctica transfusional, regularmente realizados por profesionales ajenos al servicio, han demostrado que los registros médicos de los pacientes muchas veces no son útiles para el propósito[26, 27, 29, 30, 50] y, entonces, el énfasis se vuelca a la mejora de la documentación. Los intentos de cambio frecuentemente se llevan a cabo en un ambiente en donde los clínicos deben preocuparse por el suministro diario de sangre, en el cual es imposible comprender la importancia operacional de los registros.

Figura 4. Requerimientos operacionales para estimar requerimientos clínicos de hemocomponentes

Para romper el círculo vicioso es conveniente identificar intervenciones que le permitan a los médicos enfocar su atención en el cuidado de sus pacientes y que los motiven a documentar las razones por las que consideran que ellos requieren transfusiones de algún componente sanguíneo. A la vez, es vital que el personal del servicio de transfusión participe activamente en los procesos de selección y entrega de hemocomponentes a las salas y de evaluación de la evolución clínica de los pacientes, documentando apropiadamente lo que es su responsabilidad. También es indispensable que las autoridades administrativas aprueben y vigilen las actividades y que asignen los recursos necesarios para el éxito de las intervenciones.

Ya que la producción y publicación de guías de transfusión y los talleres de capacitación no parecen modificar la práctica transfusional o la calidad de los registros, la única oportunidad de iniciar un proceso exitoso que permita contar con documentación útil para estimar las necesidades de sangre lo representa la revisión por pares (Figura 4).

La lección aprendida en Nicaragua en 2009 es que los clínicos pueden promover los cambios en sus propios hospitales si existe una opción operacional que les garantice el suministro suficiente de hemocomponentes en forma permanente[51]. Los pasos a seguir son:

1. Garantizar el suministro oportuno de suficientes hemocomponentes para que los médicos terminen de

preocuparse por exigirle donantes de reposición a los pacientes. Esto se logra haciendo el compromiso de entregar una cantidad semanal, determinada empíricamente, superior a lo que el hospital ha consumido semanalmente durante los meses previos.

2. Entregar, por un periodo determinado, los hemocomponentes que, de manera empírica, se consideren suficientes. Es recomendable que esta etapa dure no más de tres meses, luego de los cuales la entrega se ajustará a la práctica transfusional actualizada.
3. Documentar, desde el inicio de la etapa de ajuste, las razones para transfundir a cada paciente y el impacto clínico de cada transfusión. Para poder definir con mayor precisión el número y la frecuencia de entrega futura de hemocomponentes, es indispensable que el personal médico sea responsable de llevar a cabo este paso.
4. Revisar en forma colegiada la calidad de los registros, la pertinencia y el impacto de las transfusiones sobre el estado de los pacientes. Es recomendable que en este paso, que marca el final de la etapa de ajuste, se asegure la participación de todos los médicos de la misma sala o especialidad.
5. Consolidar las observaciones siguiendo los pasos y en los formatos incluidos en las Recomendaciones para la estimación de las necesidades de sangre y sus componentes[8] y seguir los procedimientos allí sugeridos para estimar las tasas de uso por servicio hospitalario.
6. Acordar los criterios para decidir, aplicar y evaluar las transfusiones que se consideren pertinentes para los pacientes que se atienden en el hospital. Para ello, es indispensable haber realizado las tareas previamente sugeridas.
7. Traducir los criterios de consenso a protocolos clínicos y guías de transfusión que sean aprobados por las autoridades del hospital.
8. Definir metas anuales, mensuales, semanales y diarias de entrega de hemocomponentes por parte del servicio de transfusión.
9. Asignar recursos para la implementación de los protocolos y guías de transfusión y para la entrega oportuna de hemocomponentes.
10. Asegurar la participación de los servicios de transfusión en las evaluaciones clínicas de los pacientes, incluyendo el análisis de posibles reacciones adversas.
11. Asegurar y vigilar la aplicación de los protocolos y de guías clínicas y el registro médico de las transfusiones, así como la entrega oportuna de hemocomponentes.
12. Revisar periódicamente y ajustar, cuando sea necesario, los protocolos de tratamiento, las guías de transfusión y las metas de entrega de hemocomponentes.

Seguir estos pasos permitirá establecer la práctica transfusional estandarizada y la consecuente satisfacción de los requerimientos de componentes sanguíneos para el apropiado manejo clínico de pacientes.

Referencias

1. Emmanuel JC. Servicios o sistemas nacionales de sangre. Políticas, planes y programas nacionales. Rev Arg Transf 1999; 4:301-304.
2. Cruz JR. Basic components of a national blood system. Pan Am J Public Health 2003; 13: 79- 84.
3. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre los progresos realizados por la Iniciativa Regional para la Seguridad Sanguínea y Plan de Acción para 2006-2010. Documento CD46/16. Washington DC, 2005.
4. Szilassy C. Calculation of present and projected blood needs. En: Management of blood transfusion services. Hollan SR, Wagstaff WW, Leikola J, Lothe F (editors). pp 27-30. World Health Organization. Geneva, 1990.
5. Gibbs WN, Britten AFH. Guidelines for the organization of a blood transfusion service. World Health Organization. Geneva, 1992.
6. Leikola J. How much blood for the world? Vox sang 1988; 54:1-5.
7. Organización Mundial de la Salud. Sangre y componentes seguros. Módulo 1. Donación segura. Ginebra, 1994.
8. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para la estimación de las necesidades de sangre y sus componentes. Washington DC, 2010.
9. World Health Organization. Blood safety: proposal to establish World Blood Donor Day. Fifth-eighth World Health Assembly. WHA58.13. Geneva, 2005.
10. Pan American Health Organization. Improving blood availability and safety in the Americas. 48th Directing Council. Washington DC, 2008.
11. World Health Organization. Availability, safety and quality of blood products. Sixty-third World Health Assembly. WHA63.12. Geneva, 2010.
12. Pan American Health Organization. Plan of action for universal access to safe blood. 53rd Directing Council. Washington DC, 2014.
13. Pan American Health Organization. Progress Report on the safe blood initiative and plan of action for 2005-2010. Resolution CD46.R5. 46th Directing Council and 57th Session of the Regional Committee. Washington DC, 2005.
14. Cruz Lopez, JR. Componentes esenciales del sistema de hemovigilancia. Rev Mex Med Trans 2015; 8(Supl 1):S94-S95.
15. WHO Expert Group on Self-Sufficiency in Safe Blood and Blood Products based on VNRBD. Expert Consensus Statement on achieving self-sufficiency in safe blood and blood products, based on voluntary non-remunerated blood donation (VNRBD). Vox Sang 2012; 103(4):337-342.
16. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2013. Washington DC, 2014.

17. United Nations Development Program. Human Development Report 2015. Washington DC, 2015.
18. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe 2012 y 2013. Washington DC, 2015.
19. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Relatorio dos dados da producao hemoterapica brasileira –Hemoprod 2013. Brasilia, 2015.
20. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Programa Nacional de Banco de Sangre. Consolidado de actividades de banco de sangre, Venezuela 2013. Caracas, 2014.
21. Vassar Statistics. Wilcoxon Rank-Order Correlation Coefficient. Chi Square Goodness of Fit Test. http://vassarstats.net/corr_rank.html http://vassarstats.net/csfit.html
22. Spinella PC. Warm fresh whole blood transfusion for severe hemorrhage: US military and potential civilian applications. Crit Care Med 2008; 36 (Suppl):S340-345.
23. Archer JP, Marks CM, Sheffield WR. Quality assessment of established and emerging blood components for transfusion. J Blood Transf 2016; Article ID 4860284. 28 pages.
24. Blood Center of Wisconsin. Pediatric transfusion guidelines. 2015. www.bcw.edu/cs/groups/public/documents/documents/lwd1/awrl/~edisp/pediatric-transfusion-guidelin.pdf
25. Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional y plan de acción para la seguridad transfusional 2006-2010. Evaluación Final. Documento CD51/INF/5. Washington DC, 2011.
26. Guido López C, Blandón Aguirre AM, Zeledón Contreras. Evaluación de necesidades de sangre y sus componentes en el Hospital César Amador Molina, Matagalpa, en el periodo del 1 de enero al 31 de julio de 2009. Taller de Validación de la Metodología. Managua, 2009.
27. Quintana R, Aguirre H, Somarriba. Análisis de la situación de las transfusiones sanguíneas de CGR. Hospital Materno Infantil Mauricio Abdalah, Chinandega 1 Semestre 2009. Taller de Validación de la Metodología. Managua, 2009.
28. Kuperman S. La transfusión en neonatología. En Aplicaciones y Práctica de la Medicina Transfusional. Cortés A, León G, Muñoz M, Jaramillo (eds) Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional, páginas 865-890. Cali, 2012.
29. Gutiérrez Rivera CA, Zuno Reyes EE, Licón González GE, Valdez Toral MA. Evaluación de la indicación de plasma fresco congelado en el OPD Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Rev Mex Med Trans 2016; 9(1-2):28-29.
30. De la Mora López PC, Becerra Leyva MG, Licón González GE. Uso de plasma fresco congelado (PFC) en un Hospital de Tercer Nivel. Rev Mex Med Trans 2016; 8 (Supl 1):S12.
31. Programa Nacional de Sangre. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 2016. Información obtenida durante la Consultoría a la Organización Panamericana de la Salud para Fortalecer los Servicios de Sangre. Mayo 2016.
32. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Estado del financiamiento y evaluación de la satisfacción de los usuarios en la red hospitalaria del MSPAS al año 2014. Guatemala, 2015.
33. GDB 2015 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016; 388:1459-1544.
34. GDB 2015 DALYs and HALE Collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet 2016; 388:1603-1658.
35. Organización Nacional de Trasplante. Memoria de Actividades ONT 2013. Madrid, 2015.
36. World Federation of Hemophilia. Report on the Global Survey 2015. Montreal, 2016.
37. Coto García KE, Linares Díaz NL, Piche Penate MC, Sánchez Sánchez KM. Hemofilia: Incidencia en El Salvador. Universidad Evangélica de El Salvador, Facultad de Medicina, Departamento de Biología y Química. San Salvador, 2016.
38. http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/390285-nicaragua-pais-region-mas-casos-hemofilia/ Información confirmada por Dr. René Berrios, Nicaragua.
39. Leal Noval, SR, Puppo Moreno A, Fernández Hinojosa E, Arellano Orden V. Transfusión en el paciente crítico. En Aplicaciones y Práctica de la Medicina Transfusional. Cortés A, León G, Muñoz M, Jaramillo (eds) Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional, páginas 941-953. Cali, 2012.
40. Berhan Y, Berhan A. Antenatal care as a means of increasing birth in the health facility and reducing mortality: a systematic review. Ethiop J Health Sci 2014; 24 (Suppl): 93-104.
41. Tura G, Fantahun M, Workv A. The effect of health facility delivery on neonatal mortality: a systematic review and meta-analysis. BMC Pregnancy Chil Birth 2013; 13:18.
42. Cruz JR. Reduction of maternal morality: The need for voluntary blood donors. Int J Gynecol Obstet 2007; 98:291-293.
43. Organización Panamericana de la Salud. Salud Materno Infantil en Bolivia: Análisis de la Respuesta del Sistema de Salud. Washington DC, 2011.
44. Kastler E, McCarthy B, Villar J. Assessing the capability of the obstetric team. Rev Latin Perinat 1993; 13(3):134-140.
45. Macía Mejía C. Transfusión en transplante de órganos sólidos. En Aplicaciones y Práctica de la Medicina Transfusional. Cortés A, León G, Muñoz M, Jaramillo (eds) Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional, páginas 1103-1113. Cali 2012.
46. http://www.medicaltourismassociation.com/en/about-us.html
47. http://www.patientsbeyondborders.com/reviews
48. http://www.who.int/bulletin/volumes/89/1/10-076612/en/
49. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones para el diseño de un programa de desarrollo de guías de práctica clínica: uso de la sangre y sus componentes. Washington DC, 2006.
50. Ordoñez R, Ruiz A, Cajina Bayers R. Validación del documento Recomendaciones para Realizar la Estimación de las Necesidades de Sangre del Hospital Dr. Juan A. Brenes Palacios, Somoto, Madriz. Enero- Junio 2009. Taller de Validación de la Metodología. Managua, 2009.
51. Berrios R, Gonzalez Z, Cruz JR. Achieving self-sufficiency of red blood cells based on universal voluntary blood donation in Latin America. The case of Nicaragua. Trans Aphe Sci 2013; 49:387-396.

Capítulo 9

Nuevas amenazas para los inventarios de sangre

ARMANDO CORTÉS BUELVAS, MD Patólogo Clínico. Especialista en Mercadeo estratégico y Gerencia en Salud. Director Hemocentro del Valle del Cauca. Cali Colombia. Profesor titular Departamento de Patología. Universidad del Valle. Presidente del Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional. Colombia. Email: acortes59@gmail.com.

El riesgo de infecciones transmitidas por transfusiones (ITT) es muy bajo en los países que aplican estrategias preventivas con una base de donantes voluntarios y habituales, la exclusión de los donantes con mayor riesgo de infección y en el análisis de laboratorio de todas las donaciones. Por otro lado, no se elimina el riesgo de las infecciones transmitidas por la sangre y los patógenos recién emergentes en la era en que los viajes internacionales de masas y el cambio climático representan una amenaza continua para la seguridad de la sangre. Los servicios de sangre deben identificar estas amenazas infecciosas para la seguridad de la sangre tan pronto como sea posible y evaluar oportunamente el riesgo. Tales estrategias pueden impedir en gran medida pero no completamente que la sangre infectada haga parte del inventario de sangre. La transmisión de un patógeno es siempre una complicación posible de la transfusión con efectos potencialmente dañinos sobre la salud del receptor. La importancia para la salud pública de las ITTs está determinada por la gravedad, la incidencia de la infección y el potencial de transmisiones secundarias. Sin embargo, la percepción pública es generalmente desproporcionada tanto para la gravedad como para el riesgo de adquirir una enfermedad causada por la ITT[1].

Los patógenos pueden entrar en el componente sanguíneo a partir del medio ambiente durante la recolección, procesamiento, almacenamiento, transporte y administración, o pueden originarse de un donante infectado. Dado que al menos tres componentes sanguíneos pueden prepararse a partir de la sangre total donada, un donante puede infectar al menos a tres receptores. Además, cuando el plasma contaminado es fraccionado y el patógeno es resistente a la inactivación, la infección puede propagarse a través de miles de productos sanguíneos.

Un patógeno se considera "transmisible por transfusión" si está presente en la sangre del donante asintomático, sobrevive en la sangre durante el procesamiento y el almacenamiento y es responsable de un resultado clínicamente aparente en al menos una proporción de los receptores que se infectan[2].

El riesgo relacionado con los donantes depende de la probabilidad de que una persona infectada done sangre (proporción de casos asintomáticos y crónicos, presencia del patógeno en sangre durante la incubación), la probabilidad de que un donante infectado sea excluido de la donación, la probabilidad de detectar el patógeno en la sangre donada, la supervivencia del patógeno durante el procesamiento y almacenamiento de los componentes sanguíneos y la distribución del patógeno desde la sangre completa hasta componentes sanguíneos particulares. El riesgo del receptor depende de la existencia de inmunidad protectora, específicamente contra la enfermedad o de la inmunidad general contra las infecciones.

Las amenazas a la seguridad de la sangre pueden originarse de infecciones existentes con transmisiones

documentadas a receptores de las transfusiones que incluyen VIH, VHC, HBV, HTLV-1 y sífilis. Otros, como la malaria, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis, están restringidos a países endémicos. Se han desarrollado e implementado intervenciones específicas, incluyendo análisis de laboratorio, para prevenir tales ITT existentes. Sin embargo, el riesgo infeccioso sigue existiendo debido a la posibilidad de una incapacidad de la prueba para detectar el patógeno en la sangre donada o una falla para detectar la presencia de una infección conocida en una población de donantes.

Las pruebas de pesquisa a veces no pueden detectar un patógeno debido a la donación en el período de "ventana de diagnóstico" o debido a los estados de portadores crónicos[3,4], variantes genéticas atípicas del patógeno[5], y errores de laboratorio[6].

El hecho de no reconocer que una infección particular es frecuente en una población de donantes puede retrasar la implementación de un tamizaje específico, lo que conduce a donaciones infecciosas; esto puede ser debido a la falta de evidencia científica de transmisión y a la escasez de datos epidemiológicos.

El riesgo de enfermedades infecciosas emergentes (EIEs) transmitidas por transfusión es usualmente desconocido y no se desarrollan o implementan intervenciones específicas para prevenir su transmisión por transfusión. Por lo tanto, la evaluación del riesgo proporciona un primer paso en una respuesta adecuada a las EIEs TT. La evaluación del riesgo determina la necesidad, la urgencia y la magnitud de la respuesta a las amenazas planteadas por los EIE TT.

La seguridad de la transfusión es desafiada por el riesgo residual de las infecciones transmitidas por la sangre existente y la amenaza continua de patógenos recién emergentes[7].

Infeccciones emergentes

El Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los EE.UU. definió enfermedades infecciosas emergentes aquellas de origen infeccioso y cuya incidencia en humanos ha aumentado en las últimas dos décadas, o amenaza con aumentar en el futuro próximo[8].

Este concepto aplica para enfermedades que provienen de un patógeno que (i) surge a través de la evolución o cambio en los patógenos existentes, (ii) no se conocía previamente o (iii) ya se conoce pero se extiende a nuevas áreas geográficas o nuevas poblaciones, o reaparece después de haber sido erradicada[9].

Los cambios globales que han ocurrido en el último siglo han facilitado la emergencia de enfermedades infecciosas. Un factor importante es la expansión geográfica de artrópodos asociada con el cambio climático[10].

Se estima que cerca de 70% de las enfermedades emergentes en el pasado reciente son zoonosis.

Otros factores que han favorecido la aparición de infecciones emergentes o remergentes incluyen incluyen: cambios en los hábitos alimentarios que facilitan la transmisión de zoonosis para humanos (VIH, ingestión de monos); la inmunosupresión inducida por medicamentos (Trypanosoma cruzi); las conductas sexuales y el uso de drogas (VIH, HTLV); los viajes (SARS); la recreación al aire libre (arbovirus como el virus West Nile); los cambios climáticos que favorecen la expansión geográfica de vectores (dengue); la pobreza, decaimiento urbano, barrios bajos (dengue); la reducción de los programas de prevención, reducción de vigilancia, investigación y entrenamiento, cambios de insecticidas (restricciones en el uso de DDT); la adaptación microbiana con cambios en la virulencia y la adaptación a nuevos vectores (chikungunya, Zika).

Qué organismos han sido considerados amenazas para la seguridad sanguínea en las últimas décadas

Varias enfermedades y agentes etiológicos que se habían considerado amenazas a la seguridad de la sangre, posteriomente no fueron confirmadas. El descubrimiento de la T-CD4+ -linfocitopenia idiopática (abreviada como ICL en inglés) en 1992, también llamada SIDA sin VIH, causó gran preocupación entre hemofílicos y otros pacientes transfundidos; investigaciones subsecuentes demostraron que la enfermedad era rara y no era transmisible por transfusión[11].

El Simian Foamy Virus (SFV, virus simio espumante), que aunque no se ha reconocido ninguna enfermedad causada por este virus en humanos, generó preocupación por el hecho de que 2-3% de los individuos que trabajan con monos están infectados con este retrovirus y de que el virus podría ser transmitido de mono a mono[12].

Finalmente, se concluyó que no existían razones científicas claras para rechazar a donantes que tengan contacto con monos[13].

Sin embargo, aun persiste en algunos la preocupación por el riesgo de adaptación genética del retrovirus en humanos, lo cual puede tener consecuencias que no se han previsto.

Un estudio sugirió la posibilidad de transmisión por transfusión del herpes virus HHV-8 en Uganda, un área de altísima incidencia y prevalencia en África, al encontrarse el desarrollo de anticuerpos en pacientes transfundidos con unidades de sangre serológicamente positivas[14].

Posteriormente las investigaciones publicadas redujeron la procupación al no documentar aumento del

riesgo clínico de sarcoma de Kaposi asociado con la transfusión de sangre positiva para anticuerpos contra HHV-8 y además porque el almacenamiento y la leucorreducción disminuyen sustancialmente el riesgo de transmisión[15].

En 2009, un virus llamado Xenotropic Murine Leukemia Virus-Related Virus, o XMRV, se encontró por PCR y cultivo in vitro en 67% de 101 pacientes con síndrome de fatiga crónica (CFS) y también se identificaron secuencias virales en 3.7% de los donantes de sangre normales, sugiriéndose un riesgo de trasmisión por transfusión, lo cual motivó a tener la precaución de rechazar a donantes con historia de CFS[16,17].

Finalmente, con estudios bien controlados no se pudo encontrar XMRV u otros virus de leucemia de ratones en pacientes o individuos normales, concluyendo que el virus XMRV era la recombinación de dos provirus, producto de un experimento de tumores en ratones[18].

No existe actualmente información sobre transmisibilidad del virus por transfusión.

Más tarde una enfermedad emergente desconocida al parecer originada en China, asociada con un síndrome de fiebre intensa con trombocitopenia (SFTS), con tasas de letalidad del 6% al 30%, se ha atribuido a un nuevo bunyavirus[19,20].

Se esperan datos sobre los índices virémicos y las investigaciones en donantes y receptores para proporcionar más evidencia sobre si SFSTV pone en peligro la seguridad de la transfusión

El virus de la hepatitis E (HEV) es un virus de ARN monocatenario, sin envoltura, del género Hepevirus, familia Hepeviridae, con al menos cuatro genotipos reconocidos que infectan a humanos. Los genotipos 1 y 2 se transmiten principalmente por vía fecal-oral debido a la contaminación fecal de suministros de agua o productos alimenticios y son frecuentes en países en desarrollo de Asia, África y Centroamérica, donde la hepatitis E es altamente endémica. Las infecciones por VHE en los países industrializados han sido, hasta hace poco, consideradas sólo en los viajeros que regresaban de las regiones endémicas del VHE. Sin embargo, el descubrimiento del HEV autóctono en los países industrializados ha cambiado la comprensión de la infección por HEV, que ahora se sabe se debe principalmente al genotipo 3 y es el resultado de la transmisión zoonótica[21,22].

Porcinos, jabalíes y ciervos han sido descritos como reservorios para las cepas zoonóticas del genotipo 3 del VHE, considerándose la vía alimentaria de la transmisión del VHE[23-27] y el contacto con los animales a través de la transmisión ocupacional que muestra una mayor probabilidad de infección en los veterinarios y los agricultores que trabajan con estos reservorios[28].

La evidencia indica que el VHE es endémico en los países industrializados, donde se dan cada vez mas informes de hepatitis E crónica en pacientes inmunosuprimidos y el reconocimiento de las manifestaciones extrahepáticas de la hepatitis E[29-31].

La hepatitis E es reconocida como una amenaza potencial emergente para la seguridad de la sangre en los países industrializados después de la documentación de varios casos de transmisión por sangre contaminada con HEV, hemoderivados o trasplantes[32].

Se ha documentado la infección por HEV silenciosa o asintomática en donantes de sangre suecos en 1 de cada 8000 donantes de plasma y 1 de cada 4500 donantes de plasma en Alemania[33] y en 1 de cada 2848 en el Reino Unido[34].

Varias organizaciones gubernamentales y privadas examinaron en profundidad el potencial de que las infecciones emergentes reconocidas hoy constituyan una amenaza a la seguridad de la sangre. Entre las publicaciones más significativas están el resumen de un taller sobre infecciones emergentes y transfusión de sangre organizada en 2010 por la Food and Drug Administration (FDA), de los EE.UU[35] y una revisión de la expansión geográfica de mosquitos y garrapatas resultantes de cambios climáticos[10].

Se ha publicado una revisión completa de los agentes infecciosos conocidos que presentan riesgo potencial para transfusión por el Comité de Enfermedades Transmitidas por Transfusión de la AABB, publicada en agosto de 2009[2]. y una nueva publicación, con adición de nuevos agentes y actualización, está disponible en Internet[36].

La revisión incluye evaluación a fondo de 68 agentes con riesgo actual o potencial de transmisión por transfusión en los EE.UU. y Canadá con tablas de prioridades de riesgo basadas en evidencia científica y epidemiológica y en la preocupación del público y de las autoridades sanitarias en relación con la seguridad de la sangre. Las prioridades de riesgo están agrupadas en colores: rojo para la más alta, y naranja, amarillo y blanco para las más bajas, que no causan preocupación en el momento. El virus del Nilo Occidental (West Nile Virus) no está incluido en el suplemento de la AABB porque aunque es considerado un agente epidémico/endémico en los EE.UU. y en Canadá en estos países se realiza el tamizaje por NAT para WNV en todos los donantes.

Prioridades de riesgo para transfusión de sangre

Agente Riesgo Epidemiológico/Científico Categoría roja (riesgo alto). Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob variante (prion, bajo, preocupación del público ingestión de carne bovina contaminada). Dengue (virus, mosquitos, áreas tropicales) Alto. Babesia sp (parásita garrapatas, EE.UU.) Moderado/Alto Plasmodium sp (mosquitos, áreas tropicales) Alto en áreas endémicas.

Categoría naranja Chikungunya (virus, mosquitos) Teórico. Encefalitis de Saint Louis (mosquitos, EE.UU.) Teórico. Leishmania sp (mosquitos) Bajo. Trypanosoma cruzi (vinchucas, América Latina) Muy bajo, tamizaje de donantes.

Categoría amarillo VIH - Variantes (sexual, sangre, fluidos) Teórico Hepatitis A (virus, contaminación fecal) Bajo. Influenza A (H5N1) (respiratorio, aerosol) Teórico. HHV-8 (virus, contacto, ¿saliva?) Bajo. Parvovirus humano B19 (respiratorio, aerosol) Bajo Simian foamy virus (monos) Teórico. Borrelia burgdorferi (espiroqueta, enfermedad de Lyme, EE.UU) Teórico, transmisión por transfusión documentada.

Dado que varias enfermedades infecciosas pueden transmitirse a través de la sangre, es necesario establecer prioridades para sugerir dónde se deben gastar los recursos en el desarrollo de evaluaciones de riesgo para alcanzar los objetivos óptimos de gestión estratégica. Desde la producción original, se han desarrollado seis nuevas hojas informativas y varias actualizadas.

Por otro lado, el European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) ha identificado y priorizado once enfermedades trasmitidas por artrópodos que pueden representar una amenaza para la seguridad. Algunas enfermedades son motivo de preocupación en la UE debido a los numerosos brotes de casos autóctonos o importados notificados en los últimos años[37], la presencia de artrópodos pertinentes vectores[38] y la transmisibilidad comprobada o potencial mediante transfusión o trasplante.

De las once enfermedades, sólo la fiebre del WNV, el dengue, la malaria, el chikungunya, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis se identificaron como amenazas urgentes.

No es el propósito de esta comunicación detallar las posibles enfermedades trasmisibles por tranfusión; a manera de ejemplo mencionaremos los alcances de la infección por el virus del Nilo Occidental (West Nile Virus) y por su novedad el riesgo de la trasmisión por virus del ZIKA (ZIKV).

WNV fue una verdadera experiencia de emergencia de una enfermedad transmitida por transfusión en los EE.UU., cuando en 1999 fue introducido en New York. Este virus lo transmiten los mosquitos, y la consecuencia de la infección depende del estado del sistema inmune y de la edad del individuo; los inmunodeprimidos y las personas de más de cincuenta años son más propensos a complicaciones. La mayoría de los infectados permanecen asintomáticos, cerca de 20% presentan fiebre y 1 de 150-350 presentan meningoencefalitis, que puede ser fatal. El WNV fue inicialmente identificado en Uganda en 1937 y causó pequeñas epidemias en África, Oriente Medio y Europa Oriental. En años recientes llegó a Italia. Es endémico en los EE.UU. con epidemias recurrentes desde 1999. El número de casos reportados al Centers for Disease Control and Prevention (EE. UU.) entre 1999 y 2011 llegó a 31.406; 13.225 fueron neurológicos, y 1.262, fatales. Los principales hospederos en que el virus se amplifica son los pájaros. Ellos facilitaron la difusión del WNV del este al oeste de EE.UU. Hoy el WNV se encuentra en todos los estados continentales del país. Otros vertebrados también son susceptibles a la infección, incluidos caballos, reptiles y roedores. La difusión explosiva del WNV en Norteamérica resultó posiblemente de la adaptación viral por mutaciones. Estudios moleculares documentaron un aumento en el número de mutaciones en el genoma del virus desde que llegó a New York en 1999 [39.40].

La transmisión del WNV por transplante de órganos se reconoció por primera vez en 2002, y por transfusión, en 2003. En julio de 2003 la cooperación entre centros de sangre, fabricantes de diagnósticos y autoridades sanitarias americanas permitió introducir ensayos moleculares para el WNV (PCR y TMA) para selección de donantes. Estudios retrospectivos detectaron 23 casos de trasmisión de WNV en 2002, antes de la introducción de tamizaje. El número de casos de WNV asociados con transfusión se redujo sustancialmente después de la introducción de ensayos moleculares.

El ZIKV se está difundiendo rápidamente por las Américas y está siendo considerado como una seria amenaza a la seguridad de la salud por sus consecuencias neurológicas. La potencialidad del virus para transmitirse por vía sanguínea en medio de esta situación de emergencia sanitaria (Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional: ESPII) exige la ejecución de medidas de prevención en los servicios de sangre. La infección por el ZIKV, un flavivirus, es transmitida por mosquitos del género Aedes, aislado por primera vez en 1947 en monos Rhesus del bosque de Zika (Uganda); la infección en humanos se demostró inicialmente por estudios serológicos en Uganda y Tanzania en 1952 y se logró aislar el virus a partir de muestras humanas en Nigeria en 1968[41].

El primer caso autóctono en un país de las Américas fue notificado en febrero de 2014 por el Ministerio de Salud de Chile (Isla de Pascua)[42] y, desde febrero de 2015 se ha verificado un importante incremento de casos por el Ministerio de Salud de Brasil[43]. Desde ese momento, y hasta la fecha son muchos los países y territorios que han confirmado circulación autóctona de virus Zika en las Américas www.paho.org/viruszika

Es importante señalar que se han comunicado casos de transmisión sexual además de la conocida transmisión vertical, perinatal, de laboratorio y por supuesto a través de la transfusión de sangre y o sus componentes, este último riesgo aún no está claramente determinado y necesita de una mayor evidencia. Sin embargo, en un estudio llevado a cabo en la Polinesia francesa en el Pacífico Sur, lugar donde un brote extenso de la infección por el ZIKV tuvo lugar (estimado de 28.000 casos desde noviembre del 2013 a febrero de 2014, 11% de la población), fueron detectados 42 casos positivos para el virus entre 1.505 donantes de sangre que se encontraban asintomáticos en el momento de la donación (3%). Para evitar la transmisión a través de la transfusión, se instauraron varios procedimientos de prevención, incluidas las pruebas de ácido nucleico (NAT). Lo anterior demostró que la transmisión transfusional del ZIKV es factible. De los donantes de sangre positivos, 11 de ellos (26,2%) reportaron haber tenido una "fiebre similar a la de ZIKV " 3-10 días después de la donación[44].

Las autoridades de salud de Brasil han confirmado el primer caso de posible transmisión transfusional del virus[45].

El donante experimentó síntomas 3 días después de la donación a diferencia del receptor quien no presentó sintomatología. Las pruebas de secuenciación genética de los virus del donante y paciente sugieren alta probabilidad de transmisión a través de la transfusión[46].

Sin embargo, se necesita proseguir con los estudios de valoración de la prevalencia real del virus y la transmisión a través de la transfusión de sangre, componentes y hemoderivados, así como profundizar el conocimiento en las posibles reacciones generadas en el receptor.

Para asegurar la existencia y disponibilidad del suministro de sangre, se recomiendan intervenciones específicas que incluyen: incorporar en la entrevista previa a la donación preguntas acerca de situaciones de riesgo para contraer la infección por ZIKV y realizar diferimientos de la donación, NAT en donantes para disponer de unidades para casos definidos (pacientes específicos; por ejemplo, embarazadas) en los lugares en que esto fuera posible, considerar procedimientos de inactivación viral de los componentes, cuarentena de los componentes donados y disponer de un suministro de sangre alternativo (de áreas no afectadas, si las hubiera). Cada país, región o ciudad debe establecer medidas locales adecuadas a la situación epidemiológica de su área.

Teniendo en cuenta el carácter global de las EIDs, se ha propuesto una mejor colaboración internacional con vínculos más estrechos entre los gobiernos y/o las autoridades reguladoras y los servicios de salud pública[47].

La acción también es necesaria para facilitar la creación de redes entre investigadores y clínicos, bancos de sangre y servicios de transfusión para la seguridad de la sangre. A este respecto, el establecimiento de marcos a nivel nacional e internacional puede contribuir a una mejor gestión de los riesgos para la salud que son de interés mundial.

Conclusiones

Hoy el riesgo de transmisión de infecciones por la sangre es menor que el riesgo de la mayoría de procedimientos médicos habituales. Pero es necesario que continuemos trabajando para prevenir que otra infección emergente produzca una nueva tragedia. La evaluación del riesgo es una parte del proceso de gestión de riesgos que determina la necesidad, urgencia y magnitud de la respuesta a las amenazas planteadas por los EID TT. Con el fin de evaluar oportunamente el riesgo, es importante estar atento e identificar la amenaza infecciosa para la seguridad de la sangre tan pronto como sea posible. La forma en que se aplica la evaluación del riesgo depende de las incertidumbres manifestadas por la EID, un contexto específico de las prácticas de transfusión de sangre y un marco dentro del cual se maneja el riesgo.

Referencias

1. Finucane ML, Slovic P, Mertz CK: Public perception of the risk of blood transfusion. Transfusion 2000; 40:1017–1022.
2. Stramer SL, Hollinger FB, Katz LM, et al.: Emerging infectious disease agents and their potential threat to transfusion safety. Transfusion 2009; 49(Suppl 2):1S–29S.
3. Centers for Disease Control and Prevention: Persistent lack of detectable HIV-1 antibody in a person with HIV infection– Utah, 1995. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1996; 45:181– 185.
4. Alter MJ, Margolis HS, Krawczynski K, et al.: The natural history of community-acquired hepatitis C in the United States. The Sentinel Counties Chronic non-A, non-B Hepatitis Study Team. N Engl J Med 1992; 327:1899–1905.
5. Loussert-Ajaka I, Ly TD, Chaix ML, et al.: HIV-1/HIV-2 seronegativity in HIV-1 subtype O infected patients. Lancet 1994; 343:1393–1394.
6. Busch MP, Watanabe KK, Smith JW, et al.: False-negative testing errors in routine viral marker screening of blood donors. For the Retrovirus Epidemiology Donor Study. Transfusion 2000; 40:585–589.

7. Semenza JC, Domanovic D: Blood supply under threat. Nat Clim Chang 2013; 3:432–435.
8. Emerging Infections. Microbial threats to health in the United States. Washington, DC: Institute of Medicine, 1992.
9. European Centre for Disease prevention and Control. Emerging and vector-borne diseases 2015 [cited 2015]. Available from: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/emerging_and_vector-borne_diseases/Pages/index.aspx#sthash.Nirnzi3s.dpuf.
10. Rios M. Climate change and vector-borne viral diseases potentially transmitted by transfusion. ISBT Science Series. 2009;4:8794.
11. Smith DK, Neal JJ, Holmberg SD and the Centers for Disease Control Idiopathic CD4+ T Lymphocytopenia Task Force. N Engl J Med 1993;328:373-379.
12. Brooks JI, Merks HW, Fournier J, Boneva RS, Sandstrom PA. Characterization of bloodborne transmission of simian foamy virus. Transfusion 2007;47:162-170.
13. Issue Summary, FDA Blood Products Advisory Committee, October 21-22, 2004 (fecha de acceso 30 de marzo de 2012); Disponible en: http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/briefing/2004-4074b1_02_topic%202. pdf
14. Hladik W, Dollard SC, Mermin J, Folkes AL, Downing R, Amin MM et al. N Engl J Med 2006;355:1331-8.
15. Katz LM, Dodd RY. Human herpesvirus-8: what (not) to do redux? Transfusion 2010;50:959-962.
16. Lombardi VC, Ruscetti FW, Gupta JD, Pfost MA, Hagen KS, Peterson, DL et al. Detection of an Infectious Retrovirus, XMRV, in Blood Cells of Patients with Chronic Fatigue Syndrome. Science.2009;326:585-589.
17. XMRV Fact Sheet, Xenotropic Murine Leukemia Virus-Related Virus (XMRV) and other Murine Leukemia Virus-Related Viruses (MLRV). AABB (fecha acceso 30 de marzo de 2012). Disponible en: http://www.aabb. org/resources/bct /eid/Documents/ xmrvfactsheet.pdf
18. Paprotka T, Delviks-Frankenberry KA, Cingoz O, Martinez A, Kung H,Teppre CG et al. Recombinant Origin of the Retrovirus XMRV. Science. 2011;333:97-101.
19. Yu X, Liang M, Zhang S, Liu Y, Li J, Sun Y et al. Fever with Trhrombocytopenia Associated with a Novel Bunyavirus in China. N Engl J Med. 2011; 1523-1532.
20. Liu Q, He B, Huang SY, Wei F, Zhu XQ. Severe fever with thrombocytopenia syndrome, an emerging tick-borne zoonosis. Lancet Infect Dis 2014;14:763–772.
21. Aggarwal R, Hepatitis E. Historical, contemporary and future perspectives. J Gastroenterol Hepatol. 2011;26:72–82.
22. Kamal SM, Mahmoud S, Hafez T, El-Fouly R. Viral hepatitis A to E in South mediterranean countries. Mediterr J Hematol Infect Dis. 2010;2:e2010001.
23. Berto A, Mesquita JR. Hakze-van der Honing R, Nascimento MS, van der Poel WH. Detection and characterization of hepatitis E virus in domestic pigs of different ages in Portugal. Zoonoses Public Health. 2012;59:477–81.
24. Berto A, Backer JA, Mesquita JR, Nascimento MS, Banks M, Martelli F, et al. Prevalence and transmission of hepatitis E virus in domestic swine populations in different European countries. BMC Res Notes. 2012;5:190.
25. Crossan C, Baker PJ, Craft J, Takeuchi Y, Dalton HR, Scobie L. Hepatitis E virus genotype 3 in shellfish, United Kingdom. Emerg Infect Dis. 2012;18:2085–7.
26. Mesquita JR, Oliveira RM, Coelho C, Vieira-Pinto M, Nascimento MS. Hepatitis E Virus in Sylvatic and Captive Wild Boar from Portugal. Transbound Emerg Dis. 2014. doi:10.1111/tbed.12297.
27. Di Bartolo I, Ponterio E, Angeloni G, Morandi F, Ostanello F, Nicoloso S, et al. Presence of Hepatitis E Virus in a RED Deer (Cervus elaphus) Population in Central Italy. Transbound Emerg Dis. 2015. doi:10.1111/tbed.12353.
28. Kamar N, Dalton HR, Abravanel F, Izopet J. Hepatitis E virus infection. Clin Microbiol Rev. 2014;27:116–38.
29. Santos L, Mesquita JR, Rocha Pereira N, Lima-Alves C, Serrão R, Figueiredo P, et al. Acute hepatitis E complicated by Guillain-Barre syndrome in Portugal, December 2012–a case report. Euro Surveill. 2013; 18(34).
30. Breda F, Cochicho J, Mesquita JR, Bento A, Oliveira RP, Louro E, et al. First report of chronic hepatitis E in renal transplant recipients in Portugal. J Infect Dev Ctries. 2014; 8:1639–42.
31. Kamar N, Abravanel F, Lhomme S, Rostaing L, Izopet J. Hepatitis E virus: chronic infection, extra-hepatic manifestations, and treatment. Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2015; 39:20–7.
32. Dreier J, Juhl D. Autochthonous hepatitis e virus infections: a new transfusion-associated risk? Transfus Med Hemother. 2014; 41:29–39.
33. Baylis SA, Gärtner T, Nick S, Ovemyr J, Blümel J. Occurrence of hepatitis E virus RNA in plasma donations from Sweden, Germany and the United States. Vox Sang. 2012; 103:89–90.
34. Hewitt PE, Ijaz S, Brailsford SR, Brett R, Dicks S, Haywood B, et al. Hepatitis E virus in blood components: a prevalence and transmission study in southeast England. Lancet. 2014;384:1766–73.
35. Atreya C, Nakhasi H, Mied P, Epstein J, Hughes J, Gwinn M etc al. FDA workshop on emerging infectious diseases: evaluating emerging infectious diseases (EIDs) for transfusion safety. Transfusion. 2011; 51:18551871.
36. Emerging Infectious Disease Agents and their Potential Threat to Transfusion Safety. AABB (fecha de acceso 30 de marzo de 2012) Disponible en: http://www.aabb.org/resources/ bct/eid/Pages/default.aspx
37. European Centre for Disease Prevention and Control. Annual epidemiological report 2014 – Emerging and vector-borne diseases [cited 2014]. Available from: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90&ID=1196.
38. European Centre for Disease Prevention and Control. VBORNET – European Network for Arthropod Vector Surveillance for Human Public Health 2014. Available from: http:// www.vbornet.eu/index.php. [Accessed 10 October 2014].
39. Grinev A, Daniel S, Stramer SL, Rossmann S, Caglioti S, Rios M. Genetic Variability in West Nile Virus in Human Infections: study of blood donor populations during four consecutive years (2002 to 2005) in the USA. Emerg Infect Dis 2008; 14:436-444.
40. Grinev A, Lu Z, Chancey C, Daniel S, Chizhikov V, Rios M. Genetic analysis of West Nile virus in the U.S. shows increasing variability, 2002-2010. Am J. Trop Med Hyg, 85S: 2011.

- Organización Panamericana de la Salud. Alerta Epidemiológica Infección por virus Zika 7 de mayo de 2015.Disponible en: http://bit.ly/1lMMCOt
- Chile. Ministerio de Salud. Instituto de Salud Pública confirma el primer caso en el país de infección por virus Zika (ZIKAV) (07/03/2014), Disponible en: http://www.ispch.cl/noticia/20750
- Brasil. Ministério da Saúde. Confirmação do Zika Vírus no Brasil, [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde , 2015 Disponible en: http://bit.ly/1E9j3Z2
- Musso D, Nhan T, Robin E, Roche C, Bierlaire D, Zisou K, et al. Potential for Zika virus transmission through blood transfusion demonstrated during an outbreak in French Polynesia, November 2013 to February 2014. Euro Surveill, 19; 2014.
- Disponible en: http://www.campinas.sp.gov.br/noticias-integra.php?id=29241
- Disponible en: http://www.reuters.com/article/us-health-zika-brazil-blood-idUSKCN0VD22N
- Gallagher LM, Ganz PR, Yang H, et al: Avanzar la evaluación del riesgo para las enfermedades infecciosas emergentes para la sangre y los productos de la sangre: procedimientos de un taller público. Transfusion 2013; 53: 455 – 463.

Capítulo 10

Necesidad de donantes voluntarios de sangre:

Base para un suministro de sangre seguro y suficiente

Armando Cortés Buelvas, MD Patólogo Clínico. Especialista en Mercadeo Estratégico y Gerencia en Salud. Director Hemocentro del Valle del Cauca. Cali Colombia. Profesor titular Departamento de Patología. Universidad del Valle. Presidente del Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional. Colombia. Email: acortes59@gmail.com.

Introducción

La transfusión de sangre es un recurso indispensable para el cuidado de la salud en situaciones de atención programada y de emergencia, tanto por condiciones médicas como quirúrgicas y en padecimientos agudos y crónicos; en especial en situaciones de atención complejas, mejorando sustancialmente la esperanza y calidad de vida de pacientes. Muchos avances médicos logrados en las áreas de la cirugía, el manejo del trauma y el tratamiento del cáncer que son indipensables para la supervivencia de los pacientes han aumentado la necesidad de transfusión, como un recurso valioso para lograr la recuperación o para mantener la salud de los afectados.

Los pacientes atendidos y los médicos tratantes demandan que haya suficiente sangre disponible para satisfacer sus necesidades de manera oportuna y lo más segura posible. Sin embargo, hoy día en muchos países en desarrollo y en transición hay un déficit generalizado entre los requerimientos y los suministros de sangre y como consecuencia muchos pacientes mueren o reciben una atención deficitaria porque no tienen acceso a una transfusión segura. Mientras en los países desarrollados con mayor capacidad del sistema y cobertura de la atención en salud, y con una población envejecida que requiere mayores servicios, la demanda de sangre continúa aumentando para apoyar los procedimientos médicos y quirúrgicos cada vez más sofisticados.

En los países donde las facilidades de diagnóstico y las opciones de tratamiento son más limitadas, la población más vulnerable por el déficit crónico de sangre son los niños que padecen anemias severas por desnutrición, malaria o hemoglobinopatías congénitas y las mujeres jóvenes por complicaciones del embarazo y el parto. El acceso a sangre segura podría ayudar a prevenir hasta una cuarta parte de las muertes maternas cada año.

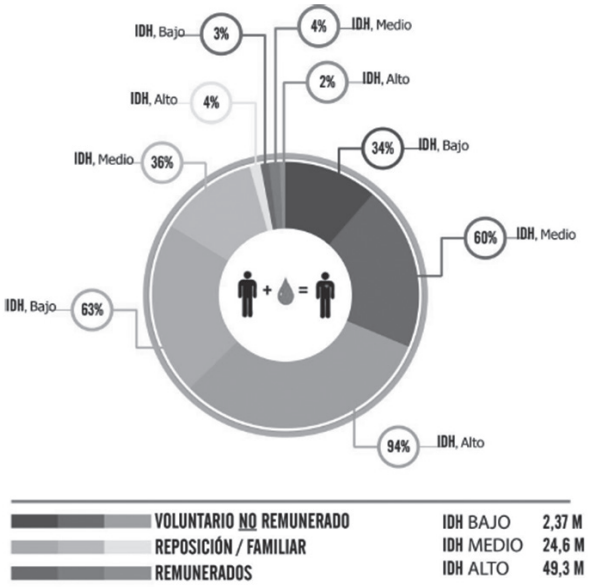
Por otro lado, los accidentes de tránsito matan o incapacitan a varios millones de personas cada año en el mundo, una gran parte de los cuales requieren transfusión durante la reanimación. Se estima que tanto las lesiones y muertes por accidentes de tránsito en todo el mundo van en aumento, pero con un mayor impacto en la mortalidad en los países de IDH bajo y medio, siendo la disponibilidad oportuna de sangre uno de los determinantes mayores de la supervivencia del paciente.

Suficiencia y seguridad

Los servicios de transfusión de sangre se enfrentan a un doble desafío de asegurar un suministro suficiente y la calidad y seguridad de los productos sanguíneos para los pacientes cuya vida o bienestar depende de la transfusión. El deber no se limita a satisfacer las necesidades actuales, hay que reponder a las crecientes demandas clínicas de sangre.

Los países desarrollados que han logrado la autosuficiencia de sangre han implantado servicios de sangre basados en donaciones voluntarias que suelen ser capaces de asegurar el acceso a la sangre segura para todos los pacientes que requieren transfusión; a pesar de que se enfrentan constantemente a las crecientes demandas clínicas, los criterios cada vez más estrictos de selección de donantes, a la escasez periódica estacional y las pérdidas de donantes mayores por el envejecimiento de la población; y esto se logra porque tienen programas más eficaces para reclutar y mantener los donantes de sangre, más donantes voluntarios, mayores tasas de donación y por ende más sangre disponible.

Figura 1. Tipo de donación y categoria índice desarrollo humano



Por el contrario, en los países en desarrollo y en transición, es común la escasez crónica de sangre. Aunque en la mayoría de las grandes ciudades puede haber una asistencia sanitaria apropiada, en grandes sectores de la población, especialmente en las zonas rurales o poblaciones pequeñas a menudo sólo tienen acceso a servicios de salud limitados en los que la transfusión de sangre puede ser insegura o no estar disponible en absoluto.

Se estima que la donación de sangre por el 1-3% de la población es generalmente necesaria para satisfacer las necesidades de sangre de una nación. Los requisitos son más altos en los países con sistemas de salud más avanzados. Sin embargo, la tasa media de donación es 15 veces menor en los países en desarrollo que en los países desarrollados. De hecho, de los 112,5 millones de donaciones de sangre recolectadas en todo el mundo, aproximadamente la mitad de estas se recaudan en los países de ingreso alto, donde reside solo el 19% de la población mundial (Figura 1).

En cerca de 70 países, la tasa de donación de sangre es inferior al 1% de la población (menos de 10 por cada 1000 habitantes), ver en la Tabla 1 la situación en los países de latinoamérica.

La mayoría de los países con bajas tasas de donación de sangre dependen en gran medida de la sangre suministrada por las familias o amigos de pacientes que requieren transfusión (donación de reposición) e incluso en donaciones pagadas (ver en la Figura 2, la situación de latinoamérica).

Por lo general estos países, no tienen programas estructurados de donantes de sangre y no pueden atraer a suficientes donantes para satisfacer la necesidad de sangre en emergencias, cirugía programada y transfusión regular. Paradójicamente, a pesar de un suministro de sangre marcadamente inadecuado en muchos países, a menudo se hacen transfusiones innecesarias cuando la disponibilidad y el uso de tratamientos más simples y menos costosos proporcionaría un beneficio igual o mayor. Esto no sólo expone a los pacientes innecesariamente al riesgo de complicaciones transfusionales potencialmente fatales, sino que también amplía la brecha entre la oferta y la demanda y contribuye a los inventarios insuficientes para atender a los pacientes que realmente los necesitan.

Se estima que la transfusión de sangre aún contribuye a una proporción significativa de nuevas infecciones por VIH, especialmente en los países de alta prevalencia. En algunas regiones del mundo, la hepatitis B, la hepatitis C y otras infecciones transmitidas por la sangre, como la enfermedad de Chagas, representan una amenaza aún mayor para los suministros nacionales de sangre.

En la mayoría de los países desarrollados, el riesgo de transmisión del VIH es muy bajo debido a la adopción de un enfoque integrado basado en la donación voluntaria de sangre, a los rigurosos procedimientos de selección de donantes, al tamizaje de toda la sangre donada para las infecciones transmisibles por transfusiones y a la restricción del uso de las transfusiones cuando no existen alternativas adecuadas. Sin embargo, existen varios grados de riesgo en muchas partes del mundo.

La prevalencia de marcadores infecciosos entre unidades de sangre donadas no sólo es un indicador del riesgo relativo de infección transmitida por transfusión, sino que también afecta directamente la disponibilidad real de sangre, al tener que descartar unidades ya colectadas porque las pruebas de laboratorio mostraron evidencia de infección, de igual manera se descartan unidades por defectos en la colecta, manipulación, preservación, vencimiento o capacidad de almacenamiento (Tabla 2).

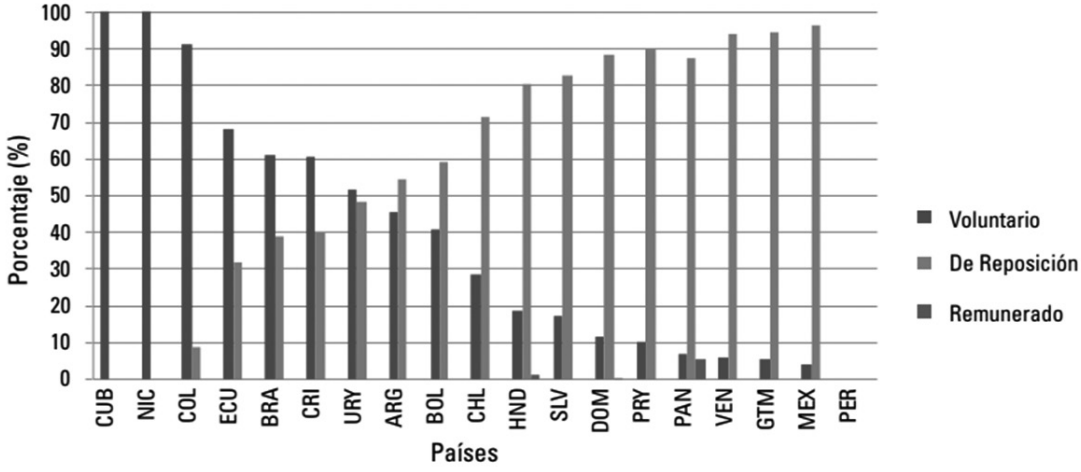
Tabla 1 Colecta de sangre en países de latinoamérica, 2015

PAÍS	TOTAL DE UNIDADES COLECTADAS	NÚMERO DE DONANTES				TASA DE DONACIÓN POR 1000 HABITANTES*
		AUTÓLOGOS	ALOGÉNICOS			
			VOLUNTARIOS	DE REPOSICIÓN	REMUNERADOS	
ARG	1.026.845	1.166	468.361	557.318	0	24,36
BOL	108.132	60	44.188	63.884	0	9,81
BRA	3.098.338	9.216	1.892.114	1.197.008	0	15,21
CHL	239.549	0	68.176	171.373	0	13,36
COL	795.792	104	725.209	70.479	0	16,07
CRI	75.733	1	45.733	29.999	0	15,14
CUB	416.923	0	416.923	0	0	37,06
ECU	246.887	118	168.464	78.305	0	15,21
SLV	92.882	63	15.810	77.009	0	14,45
GTM	126.244	22	6.870	119.352	0	7,77
HND	71.646	9	13.326	57.624	687	8,50
MEX	2.170.002	2.269	82.365	2.085.368	0	17,33
NIC	74.955	0	74.955	0	0	11,98
PAN	56.313	19	3.970	49.340	2.984	14,12
PRY	86.120	123	8.819	77.178	0	12,24
PER	NR	NR	NR	NR	NR	NR
DOM	78.533	18	9.126	69.330	59	7,37
URY	90.669	198	46.534	43.937	0	26,43
VEN	299.879	NR	17.420	282.459	0	9,58

*Los datos demográficos se obtienen de: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud/Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2015. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2015.
NR: No Reporta.

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe, 2014 y 2015. Washington, D.C.: OPS; 2017.

Figura 2. Porcentaje de colecta de sangre de mayor a menor por donaciones voluntarias, latinoamérica 2015



Tomado de: Organización Panamericana de la Salud Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe, 2014 y 2015. Washington, D.C.: OPS; 2017.

¿Por qué es preferible la donación voluntaria de sangre?

Los productos derivados de la sangre son un recurso nacional único y valioso porque sólo se pueden obtener de personas que los donan. La mayoría de los países necesitan urgentemente un aumento sustancial en el número de personas que están dispuestas y son elegibles para donar sangre o componentes a fin de asegurar un suministro estable de productos sanguíneos seguros que sea suficiente para satisfacer las necesidades nacionales actuales y futuras. Para este propósito es necesario que todas las donaciones de sangre sean voluntarias y no

Tabla 2. Número de unidades de sangre y componentes descartados en países de Latinoamérica, 2015.

PAÍS	SC	GR	PFC	PC	CRIO	PL
ARG	1.379	73.607	44.690	10.543	578	70.881
BOL	3.583	6.154	28.522	10.842	2.672	16.225
BRA	NR	NR	NR	NR	NR	NR
CHL	0	18.374	44.751	0	1.106	39.666
COL	6.027	53.669	369.721	103.882	13.110	79.562
CRI	0	10.868	55.482	0	3.838	19.724
CUB	11.898	32.698	6.904	NR	1.284	10.908
ECU	2.832	12.513	45.175	19.359	1.194	39.238
SLV	639	6.547	11.840	0	512	9.555
GTM	9.672	5.684	13.174	12.127	231	10.705
HND	3.402	3.621	26.727	7.146	634	5.676
MEX	65.050	130.596	649.876	385.104	17.745	258.560
NIC	612	1.021	32.369	4.030	81	1.043
PAN	117	8.189	8.275	35	507	11.375
PRY	1.241	12.094	18.402	11.659	599	23.442
PER	NR	NR	NR	NR	NR	NR
DOM	11.010	1.427	82	1	NR	110
URY	107	19.206	620	57	53	15.362
VEN	NR	36.189	NR	NR	NR	NR

NR: No Reporta.

Tomado de: Organización Panamericana de la Salud Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe, 2014 y 2015. Washington, D.C.: OPS; 2017.

remuneradas y que no se imponga coerción a los donantes para que donen. Un donante de sangre voluntario no remunerado da sangre, plasma o componentes celulares por su propia voluntad y no recibe ningún pago, ya sea en forma de dinero en efectivo o en especie que podría ser considerado un sustituto del dinero. Esto incluiría el tiempo fuera del trabajo que no sea razonablemente necesario para la donación y el traslado. Los pines, refrescos y reembolsos de los gastos directos del transporte son compatibles con las donaciones voluntarias y no remuneradas.

Los donantes familiares/de reemplazo son aquellos que dan sangre cuando es requerido por un miembro de su propia familia o comunidad. En la mayoría de los casos, los familiares del paciente son solicitados por el personal del hospital a donar sangre, pero en algunos lugares es obligatorio para todos los pacientes que requieren transfusión proporcionar un número específico de donantes de reemplazo en el ingreso de emergencia al hospital o antes de la cirugía programada. Aunque los donantes no son pagados por el servicio de transfusión de sangre u hospital, puede haber un sistema de donación oculto pagado, siendo el dinero u otras formas de pago proporcionados por las familias de los pacientes. En algunos países, los pacientes pueden preferir la donación directa por miembros de la familia o amigos en lugar de "extraños" porque creen que esto eliminará el riesgo de infección transmisible por transfusión. Sin embargo, las tasas de prevalencia de infecciones transmisibles por transfusión son generalmente más altas entre donantes familiares o de reemplazo que en donantes voluntarios.

Los donantes pagados o comerciales dan sangre a cambio de pago u otros beneficios que satisfacen una necesidad básica o pueden ser vendidos, convertidos en efectivo o transferidos a otra persona. A menudo dan sangre regularmente e incluso pueden tener un contrato con un banco de sangre para suministrar sangre por una cuota acordada. Alternativamente, pueden vender su sangre a más de un banco de sangre o acercarse a las familias de los pacientes y tratar de vender sus servicios haciéndose pasar por donantes familiares o de reemplazo

La infomación proporcionada por los países y las bases de datos sobre la seguridad de la sangre de la OMS dan cuenta que 54 de 193 países han logrado una donación voluntaria de 100% de sangre. La mayoría de ellos (68%) son países desarrollados, mientras que los países en transición y en desarrollo lo han logrado en el 23% y el 9%, respectivamente; solo dos paises en America latina, Cuba y Nicaragua. La tasa media de donación en los países con donación de sangre voluntaria del 100%

es de 31 por 1000 habitantes en comparación con los países con 50% o menos de donaciones voluntarias de sangre, que tienen una tasa media de donación de 9 por 1000 habitantes. Tanto en la Región del Caribe como en América Latina el porcentaje de donantes voluntarios tiende a un ligero incremento, pasando de un 38.53% en el año 2013 a un 44.17% para el año 2015 (54.89% en el Caribe y 43.28% en América Latina respectivamente).

Los países con donación voluntaria de sangre al 100% tienen una mayor proporción de donantes de sangre regulares y que esto se ha mantenido durante varios años. Además, en países donde el porcentaje de donaciones voluntarias de sangre ha aumentado, también ha habido una tendencia al alza en el porcentaje de donaciones de sangre regulares. Esto demuestra que los donantes voluntarios de sangre son más propensos a donar sobre una base regular que otros tipos de donantes. Un grupo de donantes voluntarios y seguros que donan sangre regularmente permite planificar sistemáticamente la recolección de sangre para satisfacer las necesidades de sangre y componentes. Esto permite que el servicio de transfusión de sangre mantenga un suministro constante y confiable de sangre segura cuando sea necesario en cada entorno clínico que practique la transfusión. La creación de un grupo de donantes de sangre voluntarios regulares también es más eficiente que el reclutamiento de nuevos donantes.

La evidencia muestra que la donación voluntaria y no remunerada regular es la piedra angular de un suministro nacional seguro, suficiente y sostenible de los productos sanguíneos para satisfacer las necesidades de transfusión de la población de pacientes. En los sistemas basados en la donación voluntaria de sangre, los pacientes han mejorado el acceso a las transfusiones sanguíneas seguras en situaciones de rutina y emergencia, sin las cuales su supervivencia o calidad de vida podría verse amenazada. La sangre y los productos de sangre que reciben conllevan un bajo riesgo de infección evitando asi comprometer aún más su salud. No se les presiona para que busquen donantes de sangre para recibir tratamiento y de esta manera perciben que son ayudados por personas a quienes no conocen. Esto puede motivar un espíritu de generosidad y un deseo de voluntariado recíproco en el futuro. En un programa bien organizado de donantes voluntarios, la necesidad de sangre en situaciones de desastres y emergencias normalmente se puede satisfacer a través de su base de donantes establecida. Los donantes regulares tienden a ser particularmente receptivos a las peticiones de donaciones durante períodos de escasez de sangre o en situaciones de emergencia porque ya han logrado un compromiso con la donación voluntaria de sangre

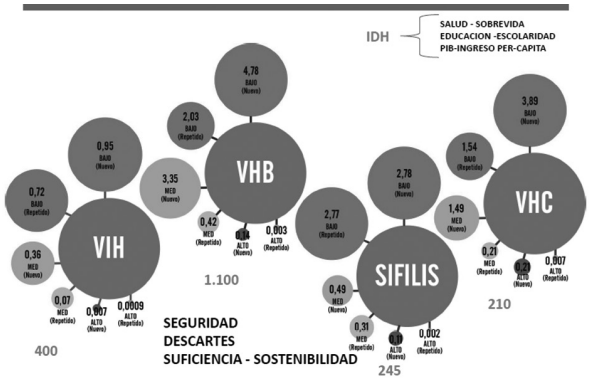
Los donantes familiares o de reemplazo no pueden satisfacer los requerimientos de sangre y productos sanguíneos de una comunidad porque proporcionan sangre solamente para pacientes individuales cuando se les solicita. Los hospitales que dependen de los donantes de reemplazo rara vez son capaces de mantener un inventario de sangre suficiente para satisfacer las necesidades de transfusión de todos sus pacientes, particularmente en situaciones de emergencia o para transfusiones regulares, o para compartir sus suministros de sangre con otros hospitales.

Pagar a la gente para dar sangre socava el principio de donación voluntaria no remunerada de sangre. Cuando los sistemas de donación de sangre pagas y voluntarias coexisten, las personas que de otra manera podrían donar voluntariamente pueden optar por recibir el pago de su sangre, debilitando así los programas voluntarios de donantes de sangre.

La donación remunerada y de reemplazo por la familia puede comprometer una colecta de sangre sostenible a partir de donantes de sangre voluntarios y no remunerados

Los donantes voluntarios de sangre, particularmente los donantes regulares, son la primera línea de defensa en la prevención de la transmisión del VIH, los virus de la hepatitis y otras infecciones transmitidas por la sangre a través de la vía de transfusión. Varios estudios han informado de una prevalencia significativamente más baja de marcadores infecciosos transmisibles por transfusión entre los donantes voluntarios en comparación con otros tipos de donantes, con las tasas más bajas entre los donantes regulares. (ver figura 3).

Figura 3. Prevalencia ITT en donantes nuevos y repetidos por índice de desarrollo humano



Se reconoce que los donantes voluntarios son los donantes más seguros porque están motivados por el altruismo y el deseo de ayudar a otros y por un sentido

de deber moral o responsabilidad social. No tienen razones para retener información sobre sus estilos de vida o condiciones médicas que pueden hacer que no sean aptos para donar sangre. El personal del hospital, los miembros de la familia o la comunidad no les presionan para que donen sangre y confían sus donaciones de sangre para ser usadas según sea necesario, en lugar de hacerlo para pacientes específicos. La única recompensa que reciben es la satisfacción personal, autoestima y orgullo. En un programa de donantes de sangre bien organizado, los donantes voluntarios, en particular los donantes regulares, están bien informados sobre los criterios de selección de los donantes y tienen más probabilidades de aplazarse si no son elegibles para donar, reduciendo la necesidad de aplazamientos temporales o permanentes de las donaciones. Esto también conduce a menos desperdicio de la sangre donada que hay que descartar, con todos sus costes asociados, porque resultan menos unidades de sangre positivas para las infecciones.

Mientras, los donantes familiares /donantes de reemplazo no suelen estar informados sobre las condiciones que pueden hacerlos inadecuados para donar sangre. Incluso durante el proceso de selección para evaluar su elegibilidad para donar, pueden ser inconscientes de la importancia de algunas de las preguntas en la entrevista. En su afán de donar sangre para salvar la vida de un ser querido o su temor de angustiar o desagradar a su familia, los donantes de reemplazo pueden ocultar información sobre su estado de salud o comportamiento de estilo de vida. Esto plantea un mayor riesgo de transmisión de la infección, lo que a menudo resulta en un mayor volumen de sangre donada que tiene que ser destruida debido a la positividad de los marcadores de enfermedades infecciosas.

Los donantes pagados frecuentemente llevan estilos de vida que los exponen al riesgo del VIH y otras infecciones que podrían transmitirse a través de su sangre. La mayor prevalencia de infecciones transmisibles por transfusión se encuentra generalmente entre los donantes pagados o comerciales.

Las personas que aceptan el pago por su sangre están motivadas principalmente por la perspectiva de obtener ganancias monetarias más que por el deseo de ayudar a salvar vidas. La necesidad de proteger sus ingresos de la "donación" de sangre compromete las respuestas honestas que demanda la entrevista con los donantes y es muy poco probable que revelen las razones por las cuales pueden ser inadecuados para donar. Además, a menudo están desnutridos y en mal estado de salud y pueden dar sangre con más frecuencia de lo que se recomienda, lo que da lugar a efectos perjudiciales para su propia salud.

La satisfacción de la necesidad nacional de sangre y productos sanguíneos seguros a través de la donación de sangre humana debe basarse en principios éticos que incluyan el respeto al individuo y su valor, la protección de los derechos y el bienestar de la persona, la prevención de la explotación y el principio hipocrático de "primero no hacer daño".

Los donantes pagados son vulnerables a la explotación y comercialización del cuerpo humano, al provenir de los sectores más pobres de la sociedad se convierten en donantes de sangre pagados debido a las dificultades económicas. Cualquier forma de explotación de los donantes de sangre, incluyendo el pago, la coerción y la recolección de sangre de comunidades institucionalizadas o marginadas como los presos disminuye el verdadero valor de la donación de sangre.

Una donación de sangre es un "regalo de vida" que no puede ser valorado en términos monetarios. La comercialización de la donación de sangre está en violación del principio fundamental del altruismo que la donación voluntaria de sangre consagra. En los sistemas basados en la donación familiar o de reemplazo, la responsabilidad de proporcionar sangre recae en la familia del paciente y amigos y no en el sistema de salud. Los pacientes y sus familias se ven sometidos a una presión considerable para encontrar donantes de sangre en un momento en que ya están estresados debido a la enfermedad del paciente. Los familiares que no desean o no pueden donar sangre y que no pueden encontrar otros donantes de reemplazo adecuados pueden recurrir a pagar a otros para que donen, incluso si esta práctica está prohibida por la legislación del país. El problema es particularmente critico cuando los pacientes requieren una transfusión regular para afecciones como la drepanocitosis y la talasemia y se requiere sangre cada mes o incluso con mayor frecuencia. Los pacientes también están en desventaja si han sido remitidos de centros de salud en otras poblaciones o veredas y no han sido acompañados por familiares o amigos.

Los pagos directos de la atención de salud, incluyendo el pago de donantes por dar sangre, pueden contribuir a que los hogares incurran en gastos catastróficos que pueden ayudar a llevarlos a la pobreza. La necesidad de pagar de bolsillo también puede significar que los pacientes no buscan atención cuando la necesitan. Garantizar que se proporcione un suministro universal de sangre seguro y suficiente a través de la donación voluntaria de sangre elimina de manera efectiva una de las principales barreras para el acceso universal y equitativo a la transfusión de sangre.

La donación de sangre sobre una base de reemplazo también tiene un impacto en su uso posterior. Los pa-

cientes y sus familias que han proporcionado donantes de sangre esperan que la transfusión se realice, incluso si ya no es necesario debido a los cambios en la condición clínica del paciente. Los médicos están bajo presión para transfundir el número de unidades suministradas como reemplazo por sus familiares, independientemente de la necesidad clínica y los posibles riesgos asociados con la transfusión.

Los donantes voluntarios de sangre se benefician de la educación sanitaria y el estímulo para mantener estilos de vida saludables, así como controles médicos regulares y derivación para la atención médica, si es necesario.

Siempre que los donantes de sangre reciben un buen cuidado cuando donan, sienten satisfacción personal y autoestima, lo cual proporciona un sentido de compromiso social y pertenencia que es reconocido y valorado por la comunidad. Los donantes voluntarios de sangre sirven como educadores efectivos de donantes, reclutadores y promotores de salud. La influencia de los donantes de sangre activos es una de las estrategias más eficaces para el reclutamiento de donantes.

Los donantes voluntarios también desempeñan un papel valioso como agentes activos en la promoción de la salud; además de que ellos mismos practican estilos de vida saludables, ayudan a construir comunidades saludables a través de su influencia entre sus pares y familias. Incluso los donantes que ya no son capaces de donar debido a la edad o condiciones médicas todavía pueden desempeñar un papel importante en la promoción de la donación voluntaria de sangre en sus familias, lugares de trabajo y comunidades.

El logro de la autosuficiencia en el suministro de componentes sanguíneos seguros se basa en la donación de sangre voluntaria y no remunerada, y los países deben asegurar que la oferta sea una importante meta nacional para evitar la escasez de sangre y satisfacer las necesidades de transfusión de los pacientes

Cómo lograr la implantación del 100% de donación de sangre voluntaria

Existen grandes diferencias entre los países que tienen sistemas completamente voluntarios de donación de sangre y altos índices de donación y los que aún están lejos de lograr donación voluntaria 100%. Los logros de los países con programas de donantes voluntarios exitosos apuntan a estrategias que han sido efectivas para pasar de una dependencia de la familia/reemplazo y la donación pagada a sistemas verdaderamente voluntarios, incluso en países con recursos limitados.

Compromiso estatal

El compromiso y el apoyo del gobierno a un programa nacional efectivo de sangre es un requisito previo para el logro de la donación de sangre voluntaria al 100%. Sin el reconocimiento concreto de la transfusión de sangre como parte integral del sistema de salud, es poco probable que se proporcione la infraestructura y los recursos humanos y financieros necesarios para asegurar la disponibilidad de suministros suficientes de sangre y productos sanguíneos seguros. Aunque la mayoría de los países de LA informan tener una entidad específica funcional en el Ministerio de Salud que es responsable de la planificación, monitoreo y evaluación del sistema nacional de sangre y una política nacional de sangre, solo cera de la mitad manifiestan tener planes estratégicos nacionales de sangre y presupuesto específico. El desarrollo de una política nacional de la sangre, como parte de la política nacional general de salud, no necesariamente refleja la extensión o calidad de la implementación, pero a menudo puede ser un requisito previo para una acción efectiva del programa. Se necesitan planes efectivos para demostrar la dirección y las medidas que el gobierno tomará para lograr la donación de sangre voluntaria al 100%. Los países no podrán alcanzar este objetivo hasta que el compromiso y el apoyo del gobierno sean demostrables mediante el desarrollo y la aplicación de un plan y un plan nacionales de asignación de recursos para el fortalecimiento de la infraestructura y los recursos humanos y financieros; por lo que se resalta la importancia de fortalecer las capacidades de rectoría y gobernanza de los sistemas nacionales de sangre

Programas de donación

Los sistemas fragmentados para los bancos de sangre que carecen de coordinación, en particular en los países en desarrollo, rara vez cuentan con la capacidad o los recursos necesarios para crear programas eficaces de educación de los donantes; sin la educación de los donantes, hay oportunidades limitadas para atraer a un número adecuado y consistente de donantes voluntarios para reducir la dependencia del sistema de atención de la salud sobre la donación familiar o de reemplazo. Tales sistemas fragmentados carecen también de la infraestructura más amplia que permite intercambiar sangre y productos sanguíneos entre hospitales o trasladarse a partes del país donde hay escasez. En la región de las Américas las deficientes infraestructuras y operaciones de los bancos de sangre y la escasa atención de los donantes son obstáculos importantes tanto para la donación voluntaria como para la retención de los donantes.

Recursos

Como cualquier otro elemento del sistema de salud, el servicio de transfusión de sangre no puede funcionar eficazmente sin una financiación adecuada y estable. Los programas de donación de sangre se perciben a menudo como actividades de costos mínimos. Como resultado, a menudo reciben menor prioridad en la asignación de fondos que en áreas como el análisis de sangre. Sin embargo, sin un presupuesto identificable, el programa no puede llegar a los donantes de sangre. Con demasiada frecuencia, los programas de donantes de sangre informan que no cuentan con fondos suficientes para el rellamado de donantes o para mantener vehículos y realizar jornadas móviles de donación.

Cuando se recoge sangre de donantes familiares o de reemplazo en bancos de sangre hospitalarios pequeños, no es raro encontrar personal que no cuenta con las calificaciones, capacitación y experiencia necesarias para que los procedimientos de colecta y procesamiento sean seguros. Más común es la falta de personal especializado con habilidades especiales en marketing y comunicaciones que son necesarias para brindar la información, educación y realizar la motivación de los donantes. No se trata solo de dar conferencias públicas, se requiere tiempo y experiencia para diseñar carteles y folletos eficaces u organizar campañas en los medios de comunicación. Del mismo modo, la notificación y el asesoramiento de los donantes, en particular para los donantes que se encuentran infectados por el VIH o la hepatitis, requieren personal calificado y capacitado con excelentes habilidades de comunicación interpersonal y capacidad de proporcionar apoyo y atención empática.

Estrategias de comunicación

Las estrategias de comunicación hacia los donantes y los materiales educativos están estrechamente relacionados con los presupuestos y la disponibilidad del personal apropiado. No basta con un lugar atractivo y bien localizado, sólo los donantes más dedicados asistirán a menos que se les anime a hacerlo. Esto requiere tiempo y dinero. Sin información, la mayoría de la gente simplemente permanecerá de espaldas al servicio de transfusión de sangre y la necesidad de donación de sangre. Sin educación y actividades motivacionales, pocos serán suficientemente motivados para descubrir cómo pueden donar su sangre. La comunicación es el núcleo de un programa voluntario y exitoso de donación voluntaria de sangre. Transciende todos los ámbitos, no sólo la información y la educación de los donantes, incluida la promoción y las relaciones con las partes interesadas. La comunicación se considera a menudo como simplemente el envío de mensajes, pero en realidad está más relacionada con la gestión y el relacionamiento

Por esta razón la importancia del mensaje no radica tanto en lo que se envía sino en cómo el mensaje es percibido por los receptores. Esta es la razón por la cual la comunicación requiere un mayor reconocimiento dentro de los servicios de transfusión de sangre como una disciplina profesional, requiriendo un presupuesto dedicado y personal especializado para emprender la investigación, planificación, información y educación de los donantes y la evaluación de las acciones.

Confianza de la comunidad

La comunidad debe tener confianza en su servicio de transfusión de sangre. Sin la confianza en su integridad, eficiencia y la seguridad de sus procedimientos, pocas personas elegirían donar su sangre. Esta confianza se obtiene durante un largo período de tiempo, pero puede ser socavada muy rápidamente, resultando en un efecto negativo en la lealtad y el apoyo continuo de los donantes individuales, la comunidad y las organizaciones asociadas. Incluso las percepciones públicas negativas injustificadas pueden resultar en una incapacidad para atraer donantes voluntarios y, en casos extremos, la rápida pérdida de donantes. Varios países han tenido que hacer frente a las respuestas públicas potencialmente perjudiciales en aspectos que van desde las acciones de un solo miembro del personal hasta deficiencias de las bolsas de recogida de sangre, políticas impopulares o nuevos criterios de selección de donantes. Los medios de comunicación suelen ser buenos amigos de los servicios de transfusión de sangre, pero su participación en situaciones negativas puede tener un gran impacto, sobre todo si se percibe que el servicio compromete la salud de sus donantes o ha sido responsable de la transmisión de la infección.

Resumen

El latinoamerica, pocos países tienen programas de sangre organizados, lo que exige la búsqueda de un modelo de gestión más eficiente, para lo cual un requisito esenciales es tener una política nacional de sangre financiada, con cooperación nacional e internacional y un cuerpo central de la organización del programa y un pequeño número de centros regionales

Los donantes voluntarios de sangre son la piedra angular de un suministro seguro y adecuado de sangre y productos sanguíneos. Los donantes de sangre más seguros son donantes de sangre voluntarios y no remunerados de poblaciones de bajo riesgo. A pesar de esta noción, los donantes familiares / de reemplazo todavía

proporcionan cerca del 60% de la sangre recolectada en Latinoamerica. Se supone que tales donantes están asociados con una prevalencia significativamente mayor de infecciones transmisibles por transfusión (TTI). Por otro lado, pagar a los donantes de sangre aumenta el riesgo de trasmitir infecciones por transfusión y este riesgo se estima no ha disminuido comparativamente en el tiempo

Por lo tanto, una de nuestras estrategias clave para mejorar la seguridad de la sangre es concentrarse en motivar a los donantes de sangre no remunerados y eliminar de manera definitiva a los donantes de reemplazo y remunerados.

La donación voluntaria repetida debe ser promovida y adoptada como el objetivo principal; con ella se puede lograr la autosuficiencia; es urgente abandonar las fórmulas obsoletas y contraproducentes que mantienen el déficit de inventario y la dependencia de donación de reposición/familiar o remunerada.

Lecturas recomendadas

- Organización Panamericana de la Salud Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe, 2014 y 2015. Washington, D.C.: OPS; 2017. http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34082/9789275319581-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Blajchman MA, Vamvakas EC. The continuing risk of transfusion-transmitted infections. N Engl J Med. 2006;355:1303–1305.
- Busch MP, Kleinman SH, Nemo GJ: Current and emerging infectious risks of blood transfusion. JAMA 2003; 289:959–962.
- Klein HG, Anderson D, Bernardi MJ, Cable R, Carey W, Hoch JS, et al. Pathogen inactivation: making decisions about new technologies. Transfusion 2007;47:2338–47.Eastlund T. Transfusion 1998; 38:874–82
- Goodnough LT, Brecher ME, Kanter MH, et al. Transfusion medicine: first of two parts -Blood transfusion. N Engl J Med 1999 340: 438-47
- United States General Accounting Office: Blood Plasma Safety: Plasma Product Risks Are Low If Good Manufacturing Practices Are Followed. Washington DC, GAO, 1998 (WWW. GAO/HEHS- 98–205)
- Zou S, Musavi F, Notari EP, Fujii KE, Dodd RY, ARCNET Study Group Prevalence of selected viral infections among temporarily deferred donors who returned to donate blood: American Red Cross blood donor study. Transfusion. 2005;45:1593–1600
- Sorrell MF, Belongia EA, Costa J, et al. ... Development Conference Statement: Management of hepatitis B. Ann Intern Med. 2009;150:104-10.
- Gregory L. Armstrong, MD; Annemarie Wasley, ScD; Edgar P. Simard ..... Armstrong GL. ... et al. Risk factors for hepatitis C virus infection in United States blood donors. ... Ann Intern Med .... 2006;144:705-14.
- Diarra A, Kouriba B, Baby M, et al.: HIV, HCV, HBV and syphilis rate of positive donations among blood donations in Mali: lower rates among volunteer blood donors. Transfusion Clin Biol 2009; 16:444–44
- Murphy EL, Bryzman S, Williams AE, et al. Demographic determinants of hepatitis C virus seroprevalence among blood donors. JAMA 1996; 275:995–1000.
- Glynn SA, Kleinman SH, Schreiber GB, et al. Trends in incidence and prevalence of major transfusion-transmissible viral infections in US blood donors, 1991 to 1996. Retrovirus Epidemiology Donor Study (REDS) JAMA. 2000;284:229–35
- Watanabe KK, Williams AE, Schreiber GB, Ownby HE for the NHLBI REDS Study Group. Infectious disease markers in young blood donors. Transfusion. 2000;40:954–60.
- Courouce AM, Pillonel J, Saura C. Screening for markers of infections transmitted by transfusions in the blood collected in France from 1996 to 1998. Transfus Clin Biol 2000;7:153-70
- Koerner K, Cardoso M, Dengler Th, Kerowgen M, Kubanek B. Estimated risk of transmission of hepatitis C virus by blood transfusion. Vox Sang 1998;74:213-6.

Capítulo 11

Ética de la donación y el sistema de atención de donantes y pacientes

Fabián Romano. Especialista en Medicina Transfusional. Magister en Ética Biomédica. Jefe del Servicio de Medicina Transfusional de la Clínica San Camilo – Buenos Aires. Jefe del Banco de Sangre del Policlínico Central de la UOM - Buenos Aires. Email: romanofabian@hotmail.com

Introducción

La búsqueda de la excelencia en la prestación de servicios, junto a la inquietud que presentan los aspectos bioéticos en la práctica de la medicina contemporánea, representa una clara manifestación de aquello que ha surgido de manera sostenida en los últimos tiempos.

Este pensamiento emerge precisamente en consonancia con los desafíos actuales que deben enfrentar las ciencias médicas, y en especial la Medicina Transfusional como una de sus especialidades, en donde la ética además constituye un aspecto fundamental en la promoción y la donación voluntaria de sangre en la actualidad.

Relacionaremos entonces el acto humanitario que ejerce toda persona cada vez que dona sangre de manera desinteresada y solidaria con los aspectos que presenta la bioética contemporánea. Para algunos el pensamiento en bioética se plantea como un auténtico cuestionamiento ético, y para otros queda reducido a un simple modo de resolución de controversias que se hace presente en el accionar médico de determinadas especialidades.

Cualquier acción en la que el hombre utilice su razonamiento y el libre ejercicio de su voluntad, y que a su vez lo sitúe al servicio de los otros y de una comunidad, no podrá desvincularse del análisis ético. Este es uno de los aspectos que acercan a la Medicina Transfusional de manera más estrecha al pensamiento de la bioética.

Desarrollaremos los aspectos del complejo proceso de la donación y sistema de atención al donante —dentro del marco de las buenas prácticas y los sistemas de calidad— centrándonos en la promoción, en la donación voluntaria y en las políticas sanitarias, en relación con los temas que surgen acordes con el pensamiento de la bioética.

Nos enfocaremos especialmente a tratar aquellos que parten de una realidad y una cultura específica tal como los que hoy presenta la región de Iberoamérica.

I. El desarrollo científico

El avance de las ciencias y de las tecnologías es celebrado dentro de la comunidad médica con entusiasmo, ya que ambas permiten acceder al conocimiento y develar enigmas centrados en algunas patologías. De este modo, los pacientes encuentran en ello un beneficio explícito, porque merced a los avances innovadores, reciben los tratamientos adecuados y específicos para aquellas enfermedades que hasta hace pocos años no tenían resolución.

Es así como los médicos, junto al equipo de salud y en medio de estos progresos, toman decisiones ofreciendo lo mejor para sus pacientes, buscando en cada situación concreta y en el marco clínico específico la terapia que a cada uno le corresponda.

La Medicina Transfusional no ha estado ajena a estos desarrollos y adelantos, y continúa ofreciendo a medida que ahonda en conocimientos, las herramien-

tas necesarias para acompañar a otras especialidades médicas. Por medio de las técnicas que le competen realiza el tratamiento de diversas patologías las cuales no podrían llevarse a cabo sin el apoyo y el sostén que brinda la terapia transfusional.

2. Acerca de la bioética

A medida que los avances médicos fueron consolidándose, trajeron consigo algunas preguntas que no encontraron respuestas certeras en las ciencias de su competencia. Por el contrario aquellos interrogantes hallaron refugio y sostén en una disciplina que se ha desarrollado en todo el mundo y que hoy conocemos como Ética Biomédica.

Esta nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con el sistema de valores humanos, tal cual fue descrito en su momento, pretendió ir más allá de ejercer la medicina de acuerdo con las normas, o quedar circunscrita al marco de la deontología profesiona[1].

La Bioética no nace de un hecho concreto sino frente a una necesidad particular que se instala en el campo de las ciencias biológicas y específicamente en la medicina. Esta disciplina no se limita a cotejar las opiniones y posiciones éticas adoptadas por las sociedades o la diversidad de culturas, sino que imprime una característica específica en donde median distintas disciplinas con el objetivo de dar respuestas adecuadas sobre el legítimo accionar médico en la intervención sobre la persona humana.[2]

La bioética va más allá de un análisis emocional, afectivo u operativo, que se lleva a cabo por medio de una acción colectiva o individual. En su esencia tiende a direccionarse hacia lo profundo y fundamental, sin comprometerse con ideologías y mucho menos asociarse a creencias religiosas. Teniendo en cuenta estas consideraciones fundamentales se puede apreciar aún más su solvencia e independencia.

Como toda disciplina que se asocia a las ciencias experimentales y las ciencias humanas, a las personas, y específicamente a la vida, tiende a crecer y a dimensionarse no sólo desde el aspecto médico, sino que se extiende más allá de los límites biológicos, porque su análisis se fundamenta también en la metafísica.

Poner en práctica el pensamiento bioético lleva a desentrañar entre otros, aspectos del campo de la filosofía y de la antropología. El análisis y la reflexión se orientan para resolver de manera ordenada los dilemas, justificando sus acciones y las conclusiones a las cuales arriba.

Así mismo, teniendo objetivos precisos y características propias, la metodología que utiliza la bioética puede presentar diversos modelos de análisis, fundamentados de acuerdo con su punto de partida.

Aun cuando las ciencias empíricas y el conocimiento de las ciencias humanas se unen para dar paso a esta nueva disciplina, podemos advertir que de acuerdo con los criterios en los que se basa el pensamiento de la bioética según las diversas escuelas, las acciones consecuentes presentan diferencias entre sí.[3]

Con el fin de ilustrar y dar sustento al tema que nos convoca, hemos creído necesario presentar aunque de modo resumido, algunos conceptos que son de orden fundamental, que hacen a su génesis y que ayudarán sin duda a entender el pensamiento bioético.

En todo el mundo se han disipado principalmente dos grandes corrientes de esta nueva disciplina, a saber: la Bioética de los Principios y la Bioética Personalista.

Bioética de los principios

Como consecuencia de los excesos cometidos por algunos investigadores médicos a fin de los años sesenta, en Estados Unidos aparece en 1978 los resultados del conocido y denominado Informe Belmont. Esto trajo aparejado que dos académicos de la Universidad de Georgentown, Thomas Beauchamp y James Childress publiquen una obra en la que aparecen por primera vez las bases de la llamada Bioética Anglosajona o de los Principios.[4]

Aquí se ponen de manifiesto los criterios generales propuestos en aquel Informe Belmond, que son: Autonomía, beneficencia y justicia.

Debido a su rápida difusión y su aceptación en el campo de la medicina por ser un sistema de análisis práctico ante situaciones que presenten alguna complejidad, muchos organismos internacionales han adoptado estos principios como propios.[5]

Pero a lo largo de la historia este método de la aplicación de principios ha generado flancos débiles, especialmente a la hora de aplicarlos a determinadas situaciones concretas.

---

1. V. R. POTTER, "Bioéthics. The science of survival": Perspectives in Biology and Medicine (1970) 127-153
2. SGRECCIA, E. Manual de Bioética. Tomo 1. 4ta Edición. Madrid. BAC; 2007.
3. . REVELLO, R. Bioética: La verdad que busca el bien. 1ra ed. Bs. As. EDUCA, 2010, 139-140
4. BEAUCHAMP, T. L. y CHILDRRESS, J. F. Principles of Biomedical Ethics, Oxford, Oxford University, 1989.
5. .CF. ACOSTA SARIEGO, J.R.: ob.cit.

Bioética personalista

Es así como aparecen a su vez corrientes bioéticas desde la Europa continental, llamadas personalistas, especialmente desde Italia y Alemania, que se ofrecen como alternativa al principialismo anglosajón desarrollado en América del Norte y con la intención de una búsqueda de fundamentación y anclaje más firme.[6]

Es claro que la utilización de los principios anglosajones se encuentra muy difundido en el campo de las ciencias de la salud, pero debemos observar que de acuerdo con las raíces históricas, sociales y culturales que presenta Latinoamérica a diferencia del país del norte, la bioética personalista incorpora conceptos en sus fundamentos que podrían quedar más asociados al modo de pensar de los países latinos.

La Medicina Transfusional y la bioética

La donación de sangre y la transfusión de sus componentes —como una consecuencia lógica de acuerdo con este orden de presentación— constituyen uno de los objetivos más relevantes de la Medicina Transfusional, los cuales se ejercen para cumplir con una de sus múltiples actividades. Estas acciones integran el soporte de tratamientos que son llevados a cabo de manera integrada junto a otras especialidades médicas. Principalmente cuando la acción está enfocada a suplir aquellas necesidades que la persona enferma no puede producir por sus propios medios, o en su defecto no llega a recuperar frente a pérdidas intempestivas.

Por otro lado, el ejercicio de su competencia está regulado de acuerdo con estándares mundialmente aceptados y científicamente comprobados en el marco de una revisión continua de sus procedimientos. No obstante ello, esta especialidad no escapa a los dilemas éticos que las ciencias médicas presentan en la actualidad.

La Medicina Transfusional es una de las pocas especialidades médicas que además de atender a los pacientes se ocupa de las personas sanas, especialmente en el momento de convocar a aquellas que realizarán el aporte solidario por medio de su sangre. Esta peculiar manera de proceder tal como lo venimos afirmando, también es competencia de la ética.

A saber de algunos analistas de la región de Iberoamérica[7] es una especialidad estrechamente relacionada con las ciencias sociales, ocupándose de las actividades del ser humano y de su comportamiento, demostrado en la donación de sangre, donde intervienen los individuos de una sociedad.

Código de ética

La Medicina Transfusional ha ido incorporado nuevas técnicas y procedimientos de acuerdo con los adelantos y conocimientos alcanzados para asegurar y garantizar la salud de los pacientes. Estos avances no sólo se desarrollaron el ámbito científico, sino que se ha advertido también la necesidad de incluir y contar dentro de la especialidad con un Código de Ética.

La Sociedad Internacional de Transfusión Sanguínea resuelve en su Asamblea General en París en 1978 sentar las bases del Código, el cual se aprueba por el XVIII Congreso de la Sociedad en Canadá en 1980.[8]

El objetivo fue definir los principios y reglas que se deben observar en el tema de la especialidad. Desarrolla sus conceptos de forma clara en sus 25 puntos, los cuales divide en tres títulos fundamentales: el donante, el receptor y los controles.

Avanzando aún más y con este propósito la Asamblea General de la Sociedad Internacional de Transfusión de Sangre y con el apoyo técnico y adoptado por la OMS se elabora en julio del 2000 el Código de Ética[9]. De esta manera quedan fundamentados los principios éticos que regulan la especialidad. A lo largo de esos 18 puntos sobresalen especialmente aquellos que vinculan la práctica con la protección de los donantes y receptores, marcando a su vez las políticas de sangre como un recurso público al servicio de los pacientes.

La especialidad a la luz de la ética

Este tipo de documentos adquieren una importancia fundamental por su propia relevancia, constituyéndose en una fortaleza para cualquier especialidad, demostrando a su vez la transparencia y el compromiso que los profesionales de la salud aportan desde su ciencia y sus valores.

Regular una práctica médica, ordenar y definir conductas son requisitos innegables para la organización sanitaria de un país, pero si a ello le sumamos el compromiso ético y moral de quienes la ejercen, se

---

6. LUKAC, M.L. Fundamentos filosóficos de la Bioética contemporánea. Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas. Bs. As. Tomo XXXIV, 2007, parte II, 17-39

7. GARCÍA CRISPIERI, M. del C. Ética y calidad en los servicios de sangre. Acta Bioethica 2011; 17 (1) 55-59.

8. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. (OSP); 97 (4), Octubre 1984. 362-364.

9. OPS. Elegibilidad para la Donación de Sangre: Recomendaciones para la Educación y Selección de Donantes Potenciales de Sangre. Washington, DC. 2009 Anexo 112-113.

constituye en un acto noble, porque se le suma a la ciencia la recta conciencia.

La Medicina Transfusional como tal debe asegurar por medio de sus prácticas la calidad y la excelencia en el ejercicio, especialmente cuando se trata de la transfusión de sangre, tejido que proviene de personas que voluntaria y desinteresadamente la donan. De allí la importancia de todas las recomendaciones y controles. Es así que encuentran justificación los esfuerzos de educación y promoción que se llevan adelante en la población mundial.

Los conceptos de la bioética dentro de la práctica de la Medicina Transfusional le imprime aún más el sentido de humanidad que lleva en sí misma esta especialidad, resguardando y protegiendo a aquellas personas que donan su sangre. En este punto se demuestra la cercanía de la bioética a todas las acciones que promuevan la donación, donde quedan resaltados valores como la dignidad y el cuidado de las personas. Estas acciones son entre otras las que impactan indudablemente en el aumento de la seguridad transfusional.

Promoción de la donación y bioética

Es preciso señalar con gran énfasis que gracias a los esfuerzos llevados a cabo por los organismos supranacionales —tales como la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, junto a otras instituciones y federaciones de reconocida y noble trayectoria— fueron las que han trabajado y llevado adelante de manera conjunta y en forma permanente y sostenida, acciones específicas con el fin de instalar en la región de las Américas, el modelo de la donación voluntaria sin retribución o recompensa, asegurando la calidad terapéutica. Todas estas acciones pensadas y justificadas tienen una estrecha vinculación con el pensamiento y el actuar de la bioética.

En cada acto de promoción se ponen de manifiesto de forma implícita los principios bioéticos de solidaridad y defensa de la vida como pilares y componentes básicos que justifiquen y sostengan ese modelo necesario de concebir la donación de sangre.

Acciones precisas

Promover la donación es generar en la población una responsabilidad individual y social, mediante una metodología de organización ética orientada al bien común.

Para ello es necesario utilizar una pedagogía precisa, que no abunde en conocimientos científicos, sino que tienda a explicar de manera sencilla y clara la mejor forma de contar con donantes seguros y suficientes con el fin de sostener las necesidades transfusionales de una población.

Así mismo la promoción no se agota en estimular a las personas a que donen sangre, sino que además fideliza a los que ya lo han hecho, dando como resultado un aumento de donantes repetidos; del mismo modo establece la donación como hábito desinteresado, de acuerdo con las recomendaciones y en consonancia con los esfuerzos de los organismos internacionales.

El manejo y la prudencia del lenguaje que debe utilizarse para este trabajo constituyen un aspecto fundamental. Si bien el mensaje tiene como objetivo transmitir lo que la evidencia médica ha demostrado, debe llegar de forma simple, pero sustentado bajo el rigor que impone la ciencia. Por lo dicho estará desprovisto de cualquier meta-mensaje y mucho menos de dobles discursos. Asegurar una ética referida a la promoción debe transparentarse también en este tipo de acciones.

Otra de las características que hacen al proceder de la promoción bajo la mirada de la bioética, es que todas sus acciones deben estar orientadas a preservar los valores de referencia con los que cuenta cada región. No será conveniente trasladar modelos de trabajo de un sitio a otro, por más efectivos que estos pudieran haber resultado, sin conocer y resguardar la cultura de una región determinada con la cual ha crecido y se ha desarrollado. Al momento de implementar programas que promuevan la donación, deben tenerse en cuenta las costumbres, hábitos y tradiciones como valores genuinos que esa población ha recibido y a su vez continúa transmitiendo durante generaciones. Nada deberá atentar contra ellos ni mucho menos violentarlos, imponiendo nuevas modalidades que busquen obtener algún supuesto beneficio.

Objetivos certeros

Promocionar la donación de sangre representa una solicitud de colaboración a los habitantes de una sociedad, la cual busca y lleva implícito un bien superior. La respuesta quedará supeditada a la voluntad y generosidad de sus pobladores. Es por ello que la verdad y la transparencia deben ser elementos constitutivos de las políticas a emplear.

Promover la donación voluntaria es sinónimo de inclusión. Aún en aquellos casos en que una persona no califique como donante por cualquiera de los motivos que se establecen en las normas. Esa persona nunca debería sentirse desplazada o distinta, y mucho menos "discriminada". Se trata justamente de promover un sentimiento que aproxime y no que disgregue.

El diferimiento de donantes: un acto referido a la seguridad

Cabe reafirmar la obviedad de la sentencia que dice que para realizar transfusiones seguras se necesita de donantes seguros.

Todos los pasos o instancias que conforman el proceso de donación representan siempre una barrera contra la inseguridad transfusional, dejando de manifiesto a aquellos donantes que puedan representar un riesgo real, prevalente o potencial para los pacientes.

La experiencia indica que los donantes que por alguna razón han sido diferidos, experimentan una sensación de insatisfacción y otros lo viven como una frustración. Es en ese punto en donde la especialidad debe trabajar de manera prolija y cuidadosa.

En primer lugar será preciso establecer una información certera para que el donante comprenda de manera inequívoca el fin que se pretende obtener cuando se difiere, ya sea de forma temporal o definitiva.

Impedir una donación de sangre se fundamenta en proteger la salud de cada donante, resguardando a las personas que pudieran recibir su sangre o de ambas a la vez. Este punto tiene una importancia radical, porque existen determinados grupos o personas que suelen enfrentarse y oponerse a la fundamentación científica. Será preciso entonces por parte de la especialidad identificar aquellas ideologías inconsistentes que interpretan la donación de sangre sólo como un derecho ciudadano.

El manejo y tratamiento de estos casos particulares deberá ser considerado con la prudencia suficiente y el marco ético necesario por la delicadeza que revisten en sí mismos.

Algunas causas de diferimiento, como bien nos indica la evidencia y la estadística, se encuentran relacionados con situaciones y hábitos en la esfera de lo privado e individual. Es de vital importancia aplicar las herramientas necesarias para asegurarse que esos potenciales donantes hayan comprendido con claridad el motivo de diferimiento y el fundamento en el cual se basa la especialidad.

Un donante diferido y mal informado puede impactar de manera negativa dentro de la sociedad respecto de la promoción. Aquí se justifica lo que hemos mencionado cuando nos referimos a que la promoción debe tener un criterio de inclusión y no de rechazo, y mucho menos de discriminación.

En materia de donación, son necesarios muchos brazos que se extiendan para extraer sangre, pero también debemos contar con muchísimas manos sinceras que hagan tomar conciencia de la importancia de donaciones seguras, en donde la población toda pueda ser educada, a la vez que no interfiera ni cuestione lo que la evidencia científica viene demostrando en estadísticas precisas.

Políticas sanitarias acordes con un sentido ético y moral

A la luz de la bioética, cabe afirmar que las políticas que regulan la donación de sangre deben estar basadas en principios superadores, los cuales no busquen el interés individual o sectorial, sino que tiendan a desarrollar y promover el bien común de una sociedad.

Así mismo, y para que la promoción de la donación de sangre pueda llevarse a cabo, resultando efectiva y sostenida en el tiempo, será preciso contar con políticas sanitarias y leyes que en cada región o país sean acordes con los objetivos propuestos; que del mismo modo acompañen y sustenten los emprendimientos. Así las personas responsables de llevar adelante estas acciones —agrupadas en asociaciones, organismos no gubernamentales o grupos de promotores ligados a instituciones— hallarán en la sociedad y en la legislación el respaldo necesario.

Acorde con cada emprendimiento, la planificación de la promoción debiera llevar a cabo y concretar las actividades en función del presupuesto asignado, registrando los eventos, alcanzando los objetivos y por sobre todo, evaluando los resultados.

Promover leyes

La legislación de una región o más precisamente de un país no puede estar desvinculada de los valores éticos de la población, ya que su finalidad es ser consecuente con los objetivos que se buscan, darle el marco conceptual y otorgar la seguridad jurídica. Mucho más cuando se trata de acciones referidas a la salud.

En algunas regiones de Iberoamérica se advierte la existencia de distintos paradigmas en donde el relativismo se impone como opción y cultura dominante. Este pensamiento forma parte de una visión individualista, en donde las acciones se fundamentan de acuerdo con el modo en que cada uno observe la realidad y la acomode a su beneficio. Esta actitud se opone a la búsqueda de políticas que tiendan al bien común de una sociedad, para reducirse al bienestar de unos pocos. Este modo de legislar en el campo de la política se muestra totalmente distanciado de lo que constituye un sistema de autoridad legal.

Por el contrario, resulta altamente positivo cuando la legislación regula el actuar de una especialidad médica y lo hace en función del desarrollo social y general de la población, máxime cuando se trata del cuidado de la salud pública.

De este modo, cuando se establece un consenso genuino y se fundamenta una decisión acerca de lo que se considera conveniente y beneficioso para el ejercicio de la práctica médica, la ley surge naturalmente para el ordenamiento y puesta en marcha de cualquier acción que lo requiera, enmarcadas dentro de su contenido específico.

La donación de sangre y la bioética

Hablar de donación voluntaria y altruista en la región de Iberoamérica representa para algunos sectores una modalidad innovadora y para otros continúa siendo un desafío, al advertirse diferencias entre regiones respecto del sistema, en donde aún pueden convivir donantes voluntarios y de reposición.

Pero sin duda en nuestra cultura hispana la palabra "donar" hace referencia a una forma de darse casi sin medida y sin esperar nada a cambio. Donar de sí mismo es un atributo de las personas. Es estar atento a la necesidad del otro. Más allá de cualquier subjetivismo, se puede definir como un acto de amor en el sentido amplio de la palabra, porque se constituye como una cualidad innata y exclusiva de la persona humana. Aunque paradójicamente el concepto de amor se encuentra en una categoría difícil de presentarla en el campo de las ciencias, porque parece basarse sólo en lo empírico.

Se puede afirmar con total certeza que los donantes voluntarios de sangre son personas con sentido de profunda humanidad, conscientes de las necesidades de otros, que guardan hábitos saludables para sí y por consecuencia para el prójimo. Este aspecto les proporciona a estas personas una mirada más amplia sobre las posibilidades que les ofrece la vida.

Un donante voluntario de sangre es aquel que ha experimentado la posibilidad de dar parte de su tiempo, de su dedicación y específicamente de su sangre, porque ha comprendido la dimensión que tiene la persona. Realiza el bien sin calificarlo como acto heroico, por más que éste no deje de ser una acción de nobleza.

La donación de sangre siempre encierra un sentido individual, colectivo y social. Esto la ubica dentro de las miradas a las cuales está muy atento el pensamiento de la bioética tal cual la hemos descrito.

Conclusiones

Hasta aquí hemos desarrollado, analizado e interpretado a la Medicina Transfusional a partir de los conceptos de la bioética. Queremos entonces concluir con algunas reflexiones que sinteticen de algún modo lo planteado.

- Todo trabajo realizado a conciencia debe estar orientado a ser parte constitutiva del desarrollo y bienestar de las personas, en el marco del respeto y las libertades, especialmente en aquellos casos en que ese trabajo tenga como fin último el bien común.
- Una conciencia bien formada es fundamental para el ejercicio del análisis y de la formación y aportes dentro del ámbito de las ciencias, máxime cuando ellas tienen por objeto de estudio y tratamiento a la persona humana.
- Un pensamiento basado exclusivamente en el relativismo que impera en muchas de las sociedades actuales no puede igualar al debate bioético, ya que lo reduciría a un acto fundamentado en el consenso o a la necesidad emergente, sacándolo de contexto y transformándolo en un acto meramente administrativo, o de proselitismo político.
- Toda persona tiene una conciencia universal sobre el bien y el mal, y es desde allí donde surgen las verdades, en las cuales la ética y la moral encuentran sustento natural.
- Cuando una ley es sancionada como consecuencia y resultado de un debate reflexivo, con valores de referencia objetivos, bajo una moral aceptable, y en donde los beneficios se encuentren al servicio de las personas, logran una equidad y una síntesis entre lo político, lo civil y la ciudadanía.
- Desterrar lo mítico que ha quedado atrapado en muchos mensajes de promoción y en algunos los sistemas de donación, constituirá una herramienta muy útil para estimular la voluntad de las personas a entregar más de sí mismas, dejando atrás el individualismo, el miedo y la aprehensión. Anteponiendo la necesidad que tienen otros individuos de contar con sangre para realizar tratamientos.
- La transmisión de la verdad como una realidad y no como elemento de coacción o dramatismo llevará a aquellas personas maduras y saludables a comprender la importancia que tiene contar con donantes voluntarios y habituales.

La medicina y los equipos de salud, por su propia esencia, deberán estar conformados por profesionales que hayan sido fieles a su vocación, reflexionando a su vez acerca del impacto y la tarea social que a cada uno le compete.

Humanizar la medicina no es sólo una técnica, sino una actitud que nace de lo más profundo de cualquier persona que se relaciona con otra persona.

No debemos olvidar que es en las personas en donde se construyen las profesiones.

Referencias

1. Beauchamp Tl, Childrress J F. *Principles of Biomedical Ethics.* Oxford. Oxford University; 1989.

2. Brown H. *La nueva filosofía de la ciencia.* Madrid; Tecnos; 1983.
3. Clouser K D, Gert B. *"A critique of principialism". Journal of Medicine and philosophy* 15: 2; 1990.
4. Donadío Maggi De Gandolfi C. *Aspectos históricos de los principios que soportan la bioética.* Fundación Alberto J, Roemmers. *Principios de Bioética.* Bs. As. ; 1998; 27-46.
5. Garcia J J. *Compendio de Bioética.* 1ra ed. – Bs. As. ; Librería Córdoba; 2006
6. García Crispieri M del C. *Ética y calidad en los servicios de sangre.* Acta Bioethica 2011; 17 (1) 55-59.
7. Graham L. *Scienza e valori.* Roma: Armando; 1990.
8. Lugo E. *Introducción a la Bioética Clínica: Perspectiva Personalista.*1ra ed. – Bs. As.; Ágape Libros; 2010.
9. Lukac ML. *Fundamentos filosóficos de la Bioética contemporánea.* Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas. Bs. As. Tomo XXXIV, 2007; parte II, 17-39.

Lecturas recomendadas

- OPS. *Elegibilidad para la Donación de Sangre: Recomendaciones para la Educación y Selección de Donantes Potenciales de Sangre.* Washington, DC. 2009; Anexo 112-113.
- Potter VP. "*Bioéthics. The science of survival": Perspectives in Biology and Medicine* 14/1 127-153; 1970.
- Revello R. *Bioética: La verdad que busca el bien*. 1ra ed. Bs. As; EDUCA; 2010.
- Sgreccia E. *Manual de Bioética*. Tomo 1. 4ta. ed. Madrid; BAC;

Sección II

Organización

Capítulo 12

Implementación de la donación voluntaria de sangre a nivel nacional: papel del Estado

JOSÉ RAMIRO CRUZ, DSc. Microbiólogo. Maestro en Ciencia en Salud Pública Tropical y Doctor en Ciencia en Virología e Inmunología. Coordinador, Comité de Asuntos Internacionales GCIAMT. Consultor Independiente, Ashburn, Virginia, USA. Email: jcruz62004@aol.com

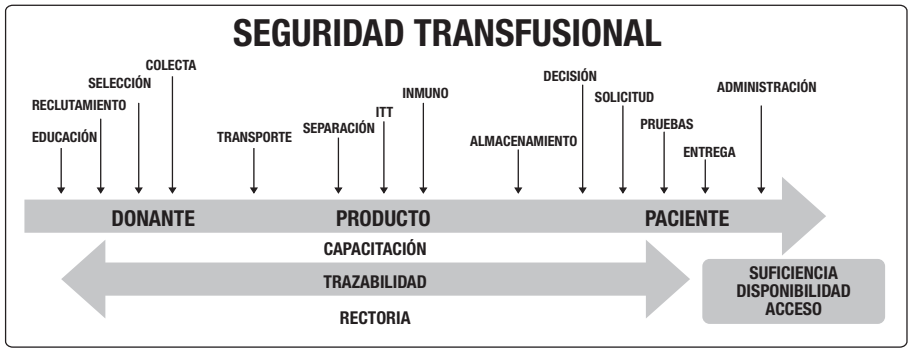
Introducción

Los componentes sanguíneos —sangre completa, paquetes de glóbulos rojos, plaquetas y plasma fresco congelado— usados para las transfusiones son considerados medicamentos esenciales[1] porque se usan para tratar condiciones clínicas que no pueden ser tratadas con otros medios terapéuticos [2]. Se reconoce que la estrategia más eficiente para alcanzar la suficiencia nacional de hemocomponentes seguros y el acceso oportuno a ellos es la donación voluntaria, altruista y no remunerada de sangre[3]. Los Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adaptados por el Grupo Cooperativo Ibero Americano de Medicina Transfusional (GCIAMT) para hacerlos propios, definen la donación voluntaria altruista como "*aquella que se hace por propia voluntad, sin intención de beneficiar a un paciente determinado y sin recibir pago alguno, ya sea en efectivo o en especie que pueda considerarse sustituto del dinero. Ello incluye el tiempo de ausencia en el trabajo por un lapso mayor al razonablemente necesario para la donación y el desplazamiento*"[4,5].

De acuerdo con el diccionario de la lengua castellana, donación es la acción y el resultado de donar, de entregar sin recibir pago o beneficio a cambio[6]. Existe también el concepto en derecho, que señala que la donación es una liberalidad del donante, quien entrega un bien sin que aquél que lo recibe quede obligado de alguna manera[7]. Estos conceptos sitúan a los donantes, es decir a personas con libertades y derechos, en el núcleo de la seguridad transfusional y, por lo tanto, en la planificación de los programas de donación y colecta de sangre para transfusiones.

La publicación "Elegibilidad para la donación de sangre: Recomendaciones para la Educación y la Selección de Donantes Potenciales de Sangre" define que "*el perfil deseado del donante voluntario es una persona que tiene la capacidad y la competencia para decidir ser donante de sangre; sabe que está saludable y desea mantenerse saludable; está bien informada sobre las medidas que debe tomar para mantenerse en buenas condiciones de salud, y cómo evitar conductas o riesgos no saludables; conoce cuáles son las necesidades de*

Figura 1. Marco conceptual de la seguridad transfusional.



sangre, y los requerimientos, procesos y riesgos de la donación de sangre; está positivamente motivada para donar sangre; decide voluntariamente donar sangre; y dona sangre en forma repetida"[8].

El presente capítulo tiene como propósito revisar la práctica actual y los preceptos de la donación voluntaria altruista en los países iberoamericanos, además de sugerir lo que es pertinente y deseable realizar a nivel nacional para establecer programas de donación voluntaria, altruista y no remunerada de sangre que permitan alcanzar la suficiencia, la máxima seguridad y el acceso oportuno a hemocomponentes para transfusión. Se tomarán en cuenta la responsabilidad y el papel rector del Estado, los derechos individuales de los donantes y de los pacientes, y la necesidad de hacer uso eficiente de los recursos nacionales.

La donación y la colecta de sangre en Iberoamérica

Durante 2013, año más reciente para el cual, al tiempo de escribir este capítulo, se cuenta con información oficial publicada para los 19 países de Iberoamérica, se colectaron 8.337.141 unidades de sangre, de las cuales 3.631.898 equivalentes a 43.56%, provinieron de donantes voluntarios, altruistas (DVA)[9-11]. Únicamente dos países, Cuba y Nicaragua, obtienen la totalidad de sus unidades de DVA y 13 lo hacen de menos del 50%. (Tabla 1).

Esta tabla lista a los 19 países iberoamericanos equidistribuidos en tres grupos: seis que tienen DVA menor a 10%, siete que tienen más de 10% pero menos de 50% DVA y seis que tienen más de 50% DVA, meta que fue adoptada por los encargados de los servicios de transfusión en los ministerios de Salud de toda la región de las Américas, durante la II Conferencia Latinoamericana de Bancos de Sangre en 1999[13], como parte del Plan de Acción para Mejorar la Seguridad de la Sangre para Transfusión en la Región de las Américas, 1999-2001, y aprobado por el Consejo Directivo de OPS en octubre de ese mismo año[14].

Los datos presentados en la Tabla 1 claramente demuestran que los centros que no alcanzan la meta de 50% de DVA difieren a una mayor proporción de aquellas personas que ofrecen donarla (tercera columna de izquierda a derecha, Prueba de Mann-Whitney U_a=10, p=0.0084[12]). Además, la comparación de valores superiores a la mediana, 19.45% y marcados con sombra, demuestra que la diferencia es estadísticamente significativa con los países en donde la DVA es mayoritaria (Chi^2= 3.12, 1fd, p=0.0773). Es más, los dos países con 100% de DVA reportan tasas de diferimiento de 4.1% y 9.8%. Este hallazgo es clara indicación que la forma de reclutar donantes potenciales atrae a personas que, por un lado, desconocen los requisitos y los riesgos de la donación o, por otro lado, presentan alguna condición potencialmente dañina para los pacientes que recibirán las transfusiones. Esta situación está asociada con el requerimiento por parte de los centros hospitalarios para que los pacientes sean responsables de cubrir sus necesidades de hemocomponentes, depositando un número determinado de unidades previo a ser admitidos, tratados o dados de alta[15,16].

Los datos resumidos en la Tabla 1 también evidencian que las unidades obtenidas en los bancos de los países con menos de 50% DVA presentan mayores tasas de prevalencia de marcadores de infecciones transmisibles por transfusión (ITT), como son las causadas por los virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), de la hepatitis B (VHB) y de la hepatitis C (VHC) y por el *Trypanosoma cruzi* (*T. cruzi*): Los seis países con tasas de DVA menores a 10% informan prevalencia de marcadores virales superiores a 0.835% entre quienes donan y los ocho países con prevalencias de *T. cruzi* mayores a 0.40% no alcanzan 50% de DVA (Chi^2= 5.19, 2df, p= 0.0746).

Que los países con menores tasas de DVA difieran más donantes y que aquellos que son aceptados presenten mayores tasas de prevalencia de marcadores de ITT

Tabla 1. Indicadores de calidad y eficiencia de la donación de sangre en países iberoamericanos, 2013

País	Donantes (%)		Unidades diarias/centro	Unidades reactivas (%)		Unidades GR vencidas (%)
	Voluntarios	Diferidos		VIH, HBsAg, VHC	T. cruzi	
Países con tasas de donación voluntaria altruista menores a 10%						
México	3.1	33.0	9.44	1.15	0.53	12.5
Perú	4.6	29.7	8.85	1.17	0.88	13.5
Guatemala	4.8	31.9	7.68	1.82	1.04	14.5
Panamá	5.8	ND	8.23	0.89	0.33	ND
Venezuela	5.9	19.6	3.88	0.89	0.32	ND
Paraguay	9.2	7.3	47.28	1.03	2.33	15.0
Países con tasas de donación voluntaria altruista entre 10% y 50%						
El Salvador	14.3	28.6	23.58	0.34	3.21	6.4
Honduras	15.0	15.6	13.98	0.78	1.06	11.7
R. Dominicana	16.0	21.6	6.45	1.40	NA	6.6
Chile	23.5	22.0	46.54	0.09*	0.15	9.3
Argentina	38.0	15.8	23.22	0.70	2.27	27.8
Bolivia	42.5	28.3	23.11	0.76	2.73	8.3
Uruguay	46.5	23.3	7.48	0.59	0.24	6.7
Países con tasas de donación voluntaria altruista mayores a 50%						
Brasil	56.9	19.2	24.20	0.74	0.34	17.1
Ecuador	57.1	17.7	41.94	1.16	0.30	5.5
Costa Rica	68.1	0.3	8.74	0.59	0.22	18.5
Colombia	86.8	19.3	32.72	0.78	0.40	10.0
Cuba	100	4.1	34.11	1.77	NA	1.6
Nicaragua	100	9.8	139.73	0.57	0.40	2.9
Mediana	***23.5***	***19.45***	***23.11***	***0.835***	***0.40***	***10.0***

Datos obtenidos de referencias 9, 10 y 11. Estado de Pará no incluido en informe de Brasil. Análisis estadístico con Prueba de Chi2, Bondad de Ajuste12.
*Valor excluido por ser resultado de pruebas de confirmación, comunicación personal, Dra. A. Jara, Ministerio de Salud, Chile.
GR: glóbulos rojos. ND: No disponible. NA: No aplica

tienen implicaciones no solo para la seguridad sanguínea sino también para el uso eficiente de los recursos nacionales. Desde el punto de vista de los servicios de salud, se desperdicia el tiempo que el personal de los bancos emplea para entrevistar a los personas que posteriormente son diferidas y para colectar y procesar las unidades que luego resultan reactivas para algún marcador de ITT. A esto se deben sumar los costos de los insumos y de los servicios empleados en el procesamiento, almacenamiento y disposición de las unidades potencialmente infecciosas. Desde la perspectiva del paciente, que los donantes sean diferidos o que su donación se encuentre no apta, resulta en retrasos en su tratamiento hospitalario y en redoblar esfuerzo y tiempo en la búsqueda de personas que cumplan con los requisitos y estén deseosas de donar, situación que se presta a la remuneración por la entrega de sangre[15,17,18]. En cuanto al donante, el tiempo invertido en el proceso, especialmente cuando se le requiere llegar a temprana hora de la mañana a centros que tienen horarios limitados para atender a un número predeterminado de individuos, resulta en períodos largos de ausencia de sus actividades productivas. Esta situación se vuelve aún más difícil cuando el paciente debe recibir tratamiento en un hospital localizado lejos de su lugar de domicilio y los familiares o amigos reclutados para donar se ven obligados a viajar a otra ciudad en día anterior a la donación. Además del pasaje y hospedaje, es común que se pida a los familiares del paciente que cubran los costos de la bolsa de colecta y de los análisis de laboratorio requeridos[15,19].

El buen uso de los recursos nacionales, incluyendo la sangre donada para transfusiones, también se compromete como consecuencia de la exigencia por parte de los hospitales a los pacientes que aporten donantes. Observaciones en la práctica transfusional hospitalaria sugieren que muchos pacientes cuya condición clínica no requiere transfusiones reciben paquetes globulares como justificación de su pre-depósito. Además, que las unidades entregadas sean asignadas innecesariamente a un paciente determinado limita el acceso administrativo a pacientes con necesidad urgente de transfusión[20] y, en otros casos, induce mayor descarte por vencimiento de unidades, tal como se observa en los países con menos de 10% de DVA (séptima columna de la Tabla 1).

Los datos presentados en la Tabla 1 son consolidados de todos los bancos de cada uno de los países y representan la operación de servicios dependientes de los ministerios de salud, de los sistemas de seguridad social y del sector privado, incluyendo organizaciones de beneficencia, todos con amplia variabilidad en su práctica. Existen, además, amplias diferencias entre regiones o estados nacionales, como se ejemplifica por la

tasa de DVA observada en México[21] y en la prevalencia de marcadores de ITT en Guatemala[22].

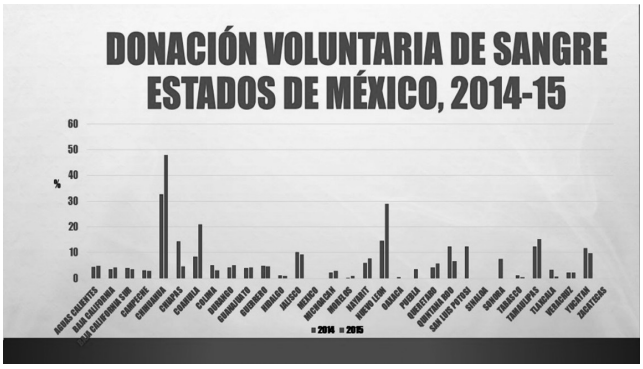
Es claro, entonces, que la donación de sangre en los países Iberoamericanos no está determinada por las actitudes de la población sino más bien por la forma cómo están organizados y operan los servicios de salud y, en particular, los de colecta y procesamiento de hemocomponentes usados para transfusiones. La Tabla 2 resume algunas de las expresiones funcionales de los procesos de colecta actualmente establecidos en Iberoamérica.

Para estudiar los datos de la Tabla 2 es conveniente hacer referencia a la Tabla 1, dónde la columna "Unidades diarias/centro" ilustra que los países con menor tasa de DVA tienden a procesar menor número de unidades cada día y, por lo tanto, cada 12 meses. En la Tabla 2, en el cual los países están listados en el mismo orden que en la Tabla 1, se señalan dos indicadores, expresados en función de la población nacional, del ejercicio operacional de los programas de colecta. Aunque los análisis de Bondad del Ajuste no muestran ninguna diferencia estadística, existen dos circunstancias que merecen ser analizadas. La primera está representada por los valores de "Bancos de Sangre por 100.000 habitantes". Es evidente que los países con menos de 10% de DVA tienen relativamente más del doble de bancos, 115%, que aquellos países con tasas de DVA por encima de 50%, mientras que los países con tasa intermedia de DVA tienen 50% más bancos que el grupo con mayores tasas de DVA. En cuanto a la segunda, "Colecta anual por 10.000 habitantes", el grupo de países con menos de 10% de DVA tiene la menor tasa de colecta por población, 102,40, comparada con las tasas de los otros dos grupos de naciones. Cuando se combinan los seis indicadores de donación y los dos de colecta de sangre, se demuestra que la prevalencia de tasas deficientes es mayor en los países con proporción de DVA por debajo de 50% ($Chi^2 = 10,12$, 1df, p=0,0015), lo que documenta las debilidades en la mayoría de los programas nacionales de sangre. Es obvio que, en las condiciones actuales en Iberoamérica, tener mayor número de bancos por unidad de población interfiere con el establecimiento de la DVA y no contribuye a elevar la tasa nacional de colecta. La Tabla 3 resume los datos en una forma más convencional.

Esta tabla muestra que los seis países con menos de 10% de DVA tienen la tercera parte de la población de Iberoamérica (35,3%), la mitad de los bancos (51%), colectan la cuarta parte de las unidades (26%) y aportan apenas 2,4% de los donantes voluntarios. No es apropiado incluir en esta Tabla 3 los números de quienes fueron diferidos y de unidades de glóbulos rojos vencidas porque los datos no están disponibles para todos los países en el grupo con menos de 10% DVA. Es oportuno, sin embargo, hacer notar que todos los países con información en este último grupo descartan más del 14% de las unidades colectadas anualmente.

La información resumida en las tablas y figuras anteriores indica, como ha sido señalado por la OPS en 2009 después de analizar los datos de Iberoamérica para el período 2002-2005[8], que es necesario modificar los procesos de colecta de sangre, de tal forma que se respeten los derechos de los pacientes y de los donantes, se busque la mayor seguridad transfusional posible y se haga uso eficiente de los recursos nacionales. Experiencias propias en Iberoamérica demuestran que, usando las herramientas técnicas disponibles, es posible eliminar la donación exigida cuando las autoridades nacionales toman la decisión e implementan una etapa apropiada de transición de corto plazo[23]. Este modelo puede aplicarse también a servicios individuales[24].

Figura 2. Tasas de DVA en los Estados de México (A) y de prevalencia de marcadores de ITT en Guatemala (B)



El Estado, los derechos humanos y del paciente

La Declaración Universal de los Derechos Humanos25, en su Artículo 25 dice literalmente "1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios;….

Tabla 2. Colecta de sangre para transfusiones en los países Iberoamericanos, 2013.

País	Población x 1,000	Bancos de sangre		Colecta anual		Donantes voluntarios
		Número	por 100,000	Número	por 10,000	
México	123 799	556	0.4491	1.364.395	110.21	41.708
Perú	30 769	89	0.2892	204.871	66.52	9.340
Guatemala	15 860	61	0.3846	121.921	78.87	5,862
Panamá	3 926	27	0.6877	53.529	136.34	3.100
Venezuela	30 851	327	1.0599	340.345	110.32	20.080
Paraguay	6 819	7	0.1319	86.056	126.20	7.904
Subtotal	212 024	1,067	0.5032	2.171.117	102.40	87.994
El Salvador	6 384	16	0.2506	98.088	153.65	14.022
Honduras	8 261	19	0.2299	69.082	83.62	10.363
R. Dominicana	10 529	66	0.6268	110.780	105.21	17.687
Chile	17 773	19	0.1069	229.911	129.35	54.068
Argentina	41 803	160	0.3827	966.059	231.10	362.750
Bolivia	10 848	17	0.1567	102.146	94.16	46.171
Uruguay	3 419	51	1.4916	99.151	290.0	45.802
Subtotal	99 017	348	0.3514	1.675.217	169.18	550.863
Brasil	202 026	491	0.2430	2.969.204	146.97	1.689.850
Ecuador	15 983	21	0.1313	229.018	143.29	130.603
Costa Rica	4 938	30	0.6075	68.209	138.13	46.465
Colombia	48 930	87	0.1778	740.173	151.27	641.920
Cuba	11 259	46	0.4085	411.545	365.52	411.545
Nicaragua	6 119	2	0.0326	72.658	118.74	72.658
Subtotal	289 255	677	0.2340	4.490.807	155.25	2.993.041
Mediana			0.2889		129.35	
Todos	600 296	2.092	0.3485	8.337.141	138.88	3.631.898

Tabla 3. Relación entre población, número de bancos y colecta anual de unidades en los países iberoamericanos, de acuerdo con su tasa de donación voluntaria.

Indicador	Tasa de donación voluntaria de sangre			Todos los países
	< 10%	14-47%	>50%	
Número de países	6	7	6	19
Población x 1.000 N %	212 024 35.3	99 017 16.5	289 255 48.2	600 296
Número de bancos N %	1.067 51.0	348 16.6	677 32.4	2.092
Colecta de sangre N %	2.171.117 26.0	1.675.217 20.1	4.490.807 53.9	8.337.141
Donantes voluntarios N%	87.994 2.4	550.863 15.2	2.993.041 82.4	3.631.898

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales.". La constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), órgano creado por las Naciones Unidas con el propósito de garantizar el derecho a la salud, manifiesta que "el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano"26, el cual incluye acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente27.

Mediante la Declaración Mundial de la Salud 28, los Estados miembros de la OMS reafirmaron, en 1998, su adhesión al enunciado de que "el goce máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano" y "a los conceptos éticos de equidad, solidaridad y justicia social", al mismo tiempo que se comprometieron a fortalecer, adaptar y reformar sus sistemas de salud a fin de asegurar el acceso de todos a servicios de salud de buena calidad. Más específicamente para Iberoamérica, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, también conocida como Pacto de San José,29 especifica en su Artículo 1, Obligación de Respetar los Derechos, "Los Estados partes de esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción…". Este compromiso contribuyó a que todos los países de Iberoamérica legislaran sobre la calidad

de la atención de la salud, la seguridad del paciente, el respeto a su confidencialidad y dignidad, y el acceso y la equidad en la prestación de servicios30. A pesar que la legislación iberoamericana reconoce que los pacientes tienen deberes, ninguno de ellos obliga a los pacientes a proveer al hospital medicamentos necesarios para su apropiado tratamiento.

El Estado, las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud

El Artículo 2 de la Constitución de la OMS [26], en sus incisos a y c, indica que la Organización tiene como funciones, entre otras, "*actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional*" y "*ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad*". Adicionalmente, los artículos 19, 29 y 21 definen la autoridad de la Asamblea de la Salud y las implicaciones para los Estados Miembros de las "convenciones" que ella adopte. El Artículo 50 determina la extensión de esas funciones a las oficinas regionales, una de las cuales es, desde 1949, la OPS que fue creada como la Oficina Sanitaria Panamericana en 1902[31]. En el ámbito de la OPS, los ministros de Salud de los Estados Miembros forman el Consejo Directivo, con funciones similares a las que cumple la Asamblea Mundial de la Salud.

La primera resolución de la Asamblea Mundial de la Salud que se refiere específicamente a la DVA, Utilización y Suministro de Sangre Humana y Productos Sanguíneos, fue adoptada en 1975 y promovida por el riesgo que la donación remunerada representaba para el establecimiento de servicios eficientes de transfusión y para la seguridad de los hemocomponentes[32]. No fue sino hasta doce años después, 1987, que dicho cuerpo volvió a referirse a la seguridad transfusional, haciéndolo en el contexto de la estrategia global para prevenir y controlar el SIDA[33]. En el caso de la región de las Américas, la primera discusión sobre servicios de transfusión en el Consejo Directivo de OPS 1983, quedó plasmada en el Documento CD29/12, "*Propuestas para el logro de la meta de prestación de servicios eficaces de transfusión sanguínea para el año 1990*". Las metas acordadas incluyeron establecer una política nacional de sangre y legislación, reglamentación y supervisión oficial efectivas de los servicios[34]. Dieciséis años más tarde, con base en el Plan Regional acordado por las autoridades nacionales[13], el Consejo Directivo adoptó una resolución en 1999 que urge a los Estados Miembros a promover el desarrollo de programas nacionales y servicios de transfusión basados en la DVA repetida y en la garantía de calidad[14]. Posteriormente, OMS y OPS han adoptado, respectivamente, resoluciones adicionales que incluyen específicamente el tema de la DVA[35-39].

Tabla 4. Resumen de las implicaciones para los Estados Miembros de las resoluciones adoptadas por los Cuerpos Directivos de OMS y de OPS, en relación con la donación de sangre

El Plan Regional de Seguridad Sanguínea para 2006-2010, adoptado por la OPS en su Resolución CD46.R5 claramente indica que todos los países tendrán un estimado de sus necesidades de sangre[40] como paso inicial, por considerar que la razón de ser del sistema nacional de sangre es satisfacer oportunamente los requerimientos de hemocomponentes de su población[41]. A partir de este estimado es posible planificar la carga de trabajo, y asignar los recursos necesarios para colectar, procesar, distribuir y transfundir los hemocomponentes seguros de manera oportuna, eficiente y eficaz. En lo que respecta a los donantes de sangre, se requiere establecer el número necesario, estimando que las personas donen dos veces anualmente, como fue propuesto por la iniciativa regional para las Américas "*Comprometi2 para salvar vidas*"[8]. La atención apropiada y la satisfacción del donante con los procesos de donación son indispensables para garantizar la DVA repetida[42,43].

Este fue el enfoque utilizado por Nicaragua para eliminar la donación obligatoria de reposición y alcanzar el 100% de DVA en el año 2009[23], con la mejora sostenida hasta el presente de la disponibilidad y la seguridad de hemocomponentes.

Dos medidas centrales para el éxito nicaragüense fueron abolir la donación de sangre a nivel hospitalario e implementar las colectas extramurales con la participación social activa[44].

La estrategia empleada por Nicaragua para eliminar la donación obligatoria de reposición fue posteriormente adaptada por el Hospital Garrahan de Buenos Aires, institución que también ha establecido colectas extramurales como principal fuente de donantes[24]. Las dos experiencias, la primera a nivel nacional y la segunda a nivel de un servicio que funciona como referencia para la ciudad de Buenos Aires, claramente demuestran que lograr la autosuficiencia de hemocomponentes de alta calidad y seguridad en base a la DVA no sólo es posible sino también deseable y beneficioso. La aplicación de los documentos técnicos y de política publicados por OMS y OPS contribuye a la planificación e implementación de acciones pertinentes para las condiciones locales. La función rectora del Estado, a través de un

Resolución	Acciones de los países
WHA58.13. Seguridad sanguínea: propuesta para establecer el Día Mundial del Donante de Sangre. 2005.	Establecer o fortalecer los sistemas para la captación y retención de DVA e implementar criterios adecuados de selección. Legislar para eliminar la donación remunerada. Promover la colaboración multisectorial.
CD46.R5. Informe de los progresos realizados por la iniciativa regional de seguridad sanguínea y plan de acción para 2005-2010. 2005.	Adoptar el Plan de Acción 2005-2010, que incluía entre las metas que cada país tendría al menos 50% de DVA, que todos los Estados revisarían su marco legal y normativo y que establecerían las colectas extramurales. Promover la participación de los sectores público y privado, y de la sociedad civil. Fortalecer los servicios y mejorar su eficiencia, a la vez que se promueve la cultura de DVA.
CD48.7. Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad transfusional en las Américas. 2008.	Establecer una red de voluntarios para educar a la comunidad y promover la DVA. Terminar la donación de reposición obligatoria para 2010. Alcanzar la meta de 100% DVA para 2010.
WHA63.12. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos. 2010.	Buscar la autosuficiencia de hemocomponentes Actualizar las normas de evaluación y selección de donantes.
CD53.R6. Plan de acción para el acceso universal a sangre segura. 2014.	Promover solamente la DVA y desestimular las donaciones remuneradas y de reposición.

Figura 3. Pasos y procesos responsabilidad del Estado requeridos para alcanzar la donación voluntaria altruista universal de sangre.

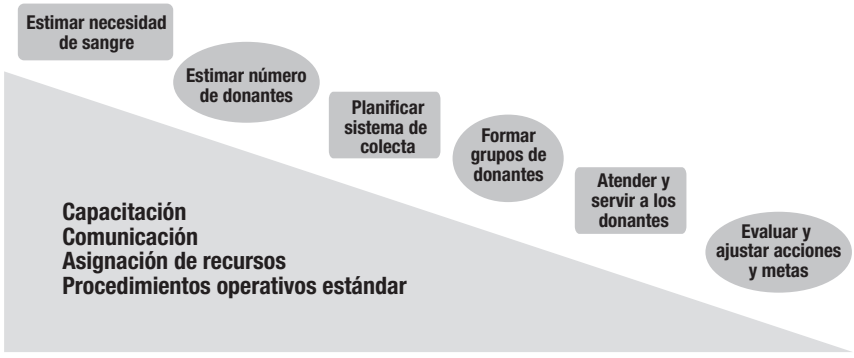


Tabla 5. Indicadores de la eficiencia del sistema de donación y colecta de sangre, Nicaragua 2015

Donantes		Colecta			Indicadores de calidad			
Entrevistados	Diferidos	Móviles	Unidades	Tasa[a]	DVA	ITT	Vencimiento	Uso[a]
82.463	9,9%	2.525	75.035	125.0	100%	1,1%	2%	122,5

a por 10,000 habitantes. Fuente de datos referencia (44)

Programa Nacional de Sangre, un enfoque inclusivo de todos los servicios existentes en el país, el liderazgo técnico apropiado y la participación de la comunidad, son vitales para el éxito de las iniciativas a nivel nacional[23].

Referencias

1. World Health Organization. Essential Medicines Model List. 19th Edition. Geneva. 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. El Uso Clínico de la Sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, Trauma y Quemaduras. Ginebra. 2001.
3. World Health Organization. Availability, safety, and quality of blood products. Document WHA.63.12. Geneva, 2010.
4. Organización Panamericana de la Salud. Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. Tercera Edición. Washington DC, 2011.
5. Grupo Cooperativo Ibero Americano de Medicina Transfusional. Estándares de Trabajo para Servicios de Sangre. 2013.
6. Farlex. The Free Dictionary. En http://es.thefreedictionary.com/donación
7. Enciclopedia Jurídica. En http://www.enciclopedia-juridica.biz14.com/d/donacion/donacion.htm
8. Organización Panamericana de la Salud. Elegibilidad para la donación de sangre: Recomendaciones para la educación y la selección de donantes potenciales de sangre. Washington DC, 2009.
9. Organización Panamericana de la Salud. Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe, 2012 y 2013. Washington DC. 2015.
10. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Relatorio dos dados da producao hemoterapica brasileira –Hemoprod 2013. Brasilia, 2015.

11. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Programa Nacional de Banco de Sangre. Consolidado de actividades de banco de sangre, Venezuela 2013. Caracas. 2014.
12. Vassar Statistics. Chi2 test for Goodness of Fit y Mann Whitney test.
http://vassarstats.net/csfit.html http://vassarstats.net/utest.html
13. Organización Panamericana de la Salud. II Conferencia Latinoamericana de Bancos de Sangre, Dra. Lorena Carboni Aguiluz (In Memoriam). Cartagena de Indias, Colombia. 31 de mayo- de junio 1999. Publicación OPS/HSP/HSE-LAB/09.99.
14. Organización Panamericana de la Salud. 41er Consejo Directivo. Resolución CD41.R15. Fortalecimiento de los bancos de Sangre en la Región de las Américas. San Juan, Puerto Rico, 1999
15. Cruz JR. Seeking a safer blood supply. Lancet 2005; 365:1463-4.
http://www.centromedico.com.gt/sitio/es/content/evaluacion-preoperatoria
https://es-la.facebook.com/Donantes-de-sangre-voluntarios-PERU-177935945593330/
https://es-es.facebook.com/donaresorhnegativo/
http://hospitalmedicatabasco.com/medicatab/index.php/mi-paciente-o-familiar-va-a-necesitar-sangre-o-paquetes-globulares-que-debo-hacer/
16. Organización Panamericana de la Salud. Salud materno infantil en Bolivia: Análisis de la respuesta del sistema de salud. Washington, DC. 2011.
17. Rojo, J. ¿A dónde vamos? Panorama de la DVA en México. Conferencia Inaugural. 1er Congreso Internacional de Donación Voluntaria Altruista de Sangre. CETS Chihuahua. Ciudad Juárez, 2016.
18. Programa Nacional de Sangre. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 2016. Información obtenida durante la Consultoría a Organización Panamericana de la Salud para Fortalecer los Servicios de Sangre. Mayo 2016.
19. Berrios R, González A, Cruz JR. Achieving self-sufficiency of red blood cells based on universal voluntary blood donation in Latin America. The case of Nicaragua. Trans Aphe Sci 2013; 49:387-96.
20. Del Pozo, A. Captación, selección y colecta de donantes de sangre. En Aplicaciones y Práctica de la Medicina Transfusional. Tomo II. Cortés A, León G, Muñoz, M, Jaramillo S, editores. Grupo Cooperativo Ibero Americano de Medicina Transfusional, Colombia. 2012.
21. Naciones Unidas. Resolución 217 A (III), Declaración Universal de Derechos Humanos. Ginebra. 1948.
22. Naciones Unidas. Constitución de la Organización Mundial de Salud. Ginebra. 1948
23. OMS. Derecho a la salud. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/
24. Organización Mundial de la Salud. Declaración Mundial de la Salud. Adoptada por la 51ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. 1998.
25. Organización de Estados Americanos 1969. En https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm
26. Bolis M, Cho M, Madles CV et al. Análisis comparado del marco jurídico sobre calidad de la atención y seguridad del paciente en América Latina, España y la Comunidad Europea. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2012.
27. Revista Inter-Fórum. Breve Historia de la Organización Panamericana de la Salud. En http://www.revistainterforum.com/espanol/articulos/042502Naturalmente.html
28. 28ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WAH28.72. Utilización y suministro de sangre humana y productos sanguíneos. Ginebra. 1975.
29. 40ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA40.26. Estrategia global para la prevención y control del SIDA. Ginebra. 1987.
30. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Documento CD29/12. Propuestas para el logro de la meta de prestación de servicios eficaces de transfusión sanguínea para el año 1990. Washington DC. 1983.
31. 58ª Asamblea Mundial del Salud. Resolución WHA58.13. Seguridad Sanguínea: propuesta para establecer el Día Mundial del Donante de Sangre. Ginebra. 2005.
32. 63ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA63.12. Disponibilidad, seguridad y calidad de los productos sanguíneos. Ginebra. 2010.
33. 46º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD46.R5 Informe sobre los progresos realizados por la iniciativa regional para la seguridad sanguínea y plan de acción para 2006-2010. Washington DC. 2005.
34. 48º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD48.R7 Mejoramiento de la disponibilidad de sangre y la seguridad transfusional en las Américas. 2008. Washington DC. 2008.
35. 53º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R6 Plan de acción para el acceso universal a sangre segura. Washington DC 2014.
36. 46º Consejo Directivo de la OPS. Documento CD46/16. Informe sobre los progresos realizados por la iniciativa regional para la seguridad sanguínea y plan de acción para 2006-2010. Washington DC. 2005.
37. Cruz JR. Basic components of a national blood system. Pan Am J Pub Health 2003; 13 (2/3):79-84.
38. Wevers A Wigboldus DH, van Baaren R, Veldhuizen IJ. Return behavior of occasional and multigallon blood donors: the role of theory of planned behavior, self-identity and organizational variables. Transfusion 2014; 54 (2 Pt 3):805-813.
39. Bagot KL, Murray AL, Masser BM. How can we improve retention of the first time donor? A systematic review of the current evidence. Transf Med Rev 2016; 30 (2): 81-91
40. Berrios R. ¿Cómo alcanzar la donación voluntaria verdaderamente altruista? La experiencia de Nicaragua. Presentación en el Curso de Maestría de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional, Universidad de San Carlos. Guatemala, Mayo 2016.

Capítulo 13

Organización. Nivel Nacional. Papel del Estado

ROBERTO J. ROIG OLTRA, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Hematología y Hemoterapia, Jefe del Servicio de Hemodonación y Aféresis del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: roig_rob@gva.es

TERESA ATIENZA MARTIN, Licenciada en Bellas Artes. Directora de Enfermería del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: atienza_ter@gva.es

LUIS R. LARREA GONZÁLEZ, Doctor en Medicina y Cirugía. Jefe del Servicio de Procesamiento del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: larrea_lui@gva.es

La utilización de la sangre con fines terapéuticos se ha convertido en una práctica cotidiana de la medicina actual. Una parte muy importante de la actividad hospitalaria está estrictamente condicionada a su disponibilidad.

Los beneficios que la sociedad obtiene de la utilización terapéutica de la sangre son incuestionables y, en ocasiones, dramáticos; de hecho, para ciertas personas la disponibilidad de sangre resulta ser una cuestión de vida o muerte.

Por otra parte, el aprovisionamiento de sangre humana, para uso terapéutico, sigue siendo un grave problema de la mayoría de los países de la región. La mayoría de los mismos siguen estando lejos del objetivo de autoabastecimiento dado que las tasas de donación (por 1.000 habitantes/año) son bajos con carácter general en todos y cada uno de los países del entorno.

Algo similar ocurría en España a mediados de los años ochenta: el sistema hemoterápico era ineficaz para hacer frente a las demandas de sangre y hemoderivados y, además, resultaba sumamente costoso. Era un sistema atomizado con enormes desigualdades y desequilibrios entre unos centros y otros.

Esta situación insatisfactoria de la hemoterapia a nivel nacional exigió, necesariamente, esfuerzos de estudio y análisis para determinar, con la máxima objetividad, las razones y sus causas.

Por otro lado, las necesidades de sangre, plasma, componentes y/o hemoderivados de un país son el resultado de un determinado grado de desarrollo terapéutico y tecnológico, influido a su vez por la oferta existente de estos productos.

En el momento actual, la única fuente de obtención de estos recursos son las personas. A su origen, exclusivamente humano, se debe la imposibilidad de su fabricación.

Además, la donación de sangre y plasma, sobre la base de criterios de calidad, tiene su fundamento en la voluntariedad, es decir, en la solidaridad humana. De este modo queda recogido en las sucesivas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, el Consejo de Europa, la Cruz Roja Internacional y aquellas otras organizaciones que apoyan el desarrollo de planes y programas de autosuficiencia basados en la donación voluntaria.

La infraestructura básica de un plan que contempla estas características es el Centro de Transfusión, el Banco de Sangre y/o el Servicio de Transfusión. Todas ellas son unidades funcionales responsables de cubrir

toda la cadena que abrocha del donante al receptor; actividades estas que comprenden: promoción de la donación voluntaria, procesamiento, estudio analítico y fraccionamiento de las unidades donadas, seguimiento transfusional y post-transfusional, así como las funciones de organización, gestión y administración que los sustentan.

Los elementos descritos son los pilares básicos que fundamentaron la elaboración y puesta en marcha, en 1984, del Plan Nacional de Hemoterapia, cuya base legal quedó reflejada en el Real Decreto 1945/1985, de 9 de octubre, que regulaba los Bancos de Sangre y la Donación y que se desarrolló en sus aspectos técnicos por la Orden Ministerial de 5 de diciembre de 1985.

Los objetivos, vigentes en la actualidad, del Plan Nacional de Hemoterapia se pueden resumir en los siguientes:

1. La autosuficiencia nacional en sangre y hemoderivados sobre la base de la donación voluntaria.
2. La protección de los derechos de los donantes y receptores, y
3. La correcta utilización de la sangre y sus derivados.

Para su consecución se establecieron cinco campos de actuación:

1. La reforma estructural de los Bancos de Sangre.
2. La creación de una infraestructura de planificación y evaluación del plan.
3. La puesta en marcha de actuaciones tanto publicitarias como informativas para la promoción de la donación voluntaria.
4. La cooperación internacional, y
5. El fraccionamiento industrial del plasma.

Con base en todo lo hasta ahora descrito, era estrictamente necesario la decisión y el impulso político de manera que, de una vez por todas y de forma definitiva, se resolviera un problema arrastrado en nuestro país desde inicios de la década de los sesenta.

El mencionado impulso político debía ir encaminado en dos vertientes:

1. Un decidido apoyo legislativo, y
2. La dotación económica necesaria y suficiente para que, cada región, pusiera en marcha su particular Plan de Hemoterapia.

Los diferentes marcos legislativos:

- Real Decreto 1945/1985 de 9 de octubre, por el que se regula la hemodonación y los bancos de sangre.

Este Real Decreto, que en su conjunto fija el Plan Nacional de Hemoterapia de 1984, se inicia con una disposición derogatoria que recoge los siguientes extremos: *"la vital importancia que para la salud de los individuos representa el bien precioso, y todavía escaso en nuestra nación, que es la utilización terapéutica de la sangre disponible, hace que su donación adquiera una dimensión social, que exige la actuación de los poderes públicos para organizarla y tutelarla a fin de satisfacer la totalidad de las necesidades del país por medio de una utilización óptima, al tiempo que se ha de garantizar en todas las operaciones la salud del donante y la del receptor".*

La regulación que ahora se contempla pretende resolver los problemas advertidos en la aplicación del Decreto 1574/1975, de 26 de junio, y se acomoda a dos exigencias esenciales en una doble vertiente legal y social.

De un lado, a los principios inspiradores de la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos, de conformidad con lo previsto en su disposición adicional segunda, constituyendo el más relevante de aquellos la configuración de la donación siempre como un acto voluntario de carácter altruista y desinteresado, asimismo esta regulación tiene en cuenta las recomendaciones de la O.M.S. y de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa relativas a la obtención de sangre humana y sus derivados.

De otro, a la organización territorial del Estado y a la consiguiente distribución de competencias, surgida de la Constitución, desarrollada por los Estatutos de Autonomía y completada por los Reales Decretos de transferencias de funciones y servicios de la Administración del Estado a las Comunidades Autónomas. Se contempla así una ordenación de los servicios más acorde para la satisfacción de las necesidades, descentralizando la planificación a los niveles en que éstas se presentan".

Capítulo I. Disposiciones generales.

Artículo 1. Ámbito de aplicación.

1. *La presente disposición tiene por objeto regular la donación de sangre humana y de sus componentes, los Bancos de Sangre y sus actividades.*
2. *El tratamiento industrial de la sangre y sus derivados, los productos farmacéuticos y especialidades farmacéuticas resultantes estarán sujetos a las competencias y régimen legal que le son propios.*

Capítulo II. La donación de sangre.

Artículo 3.

1. *La donación de sangre o alguno de sus componentes es el acto de someterse a su extracción para destinarla a la transfusión o a la obtención de derivados terapéuticos. Constituirá siempre un acto de carácter*

voluntario y gratuito y, consecuentemente, en ningún caso existirá retribución económica para el donante, ni se exigirá al receptor precio alguno por la sangre donada.

2. *La extracción se llevará a cabo por los servicios o unidades dependientes de un Banco de Sangre.*

Artículo 4.

Constituye objetivo prioritario, del más alto nivel sanitario y social, el fomento, estímulo y apoyo de la donación de sangre humana, a fin de disponer de toda la precisa para cubrir las necesidades nacionales, tanto para la hemoterapia como para la obtención de derivados del plasma sanguíneo. A tales efectos se adoptarán, entre otras, las siguientes medidas:

- *Desarrollar una labor continuada de educación ciudadana sobre donación de sangre, a través del sistema de enseñanza y de los medios de comunicación social.*
- *Programar y desarrollar campañas periódicas o extraordinarias de donación de sangre apoyadas por los medios de comunicación y difusión.*
- *Facilitar la creación y perfeccionamiento de la adecuada infraestructura sanitaria al servicio de la donación de sangre, así como los demás medios materiales, sanitarios y sociales necesarios para su organización y desarrollo.*
- *Fomentar la creación y apoyar el sostenimiento y desarrollo de las actividades de asociaciones y hermandades de donantes de sangre, coordinando su trabajo con el de la Administración Sanitaria.*
- *Establecer un sistema de incentivos culturales y sociales a favor de los donantes de sangre, así como los que pudieran establecer en las Fuerzas Armadas para los individuos del servicio en filas.*

Este sistema en particular podrá dar preferencia a los donantes en las actividades culturales, sociales, deportivas y de disfrute de la naturaleza organizadas por las Administraciones Públicas.

Artículo 5.

Se entregará al donante, previa inscripción en el registro de cualquier Banco de Sangre, una tarjeta de identificación en la que deberá reseñarse cada extracción que se efectúe a su titular, con indicación del Banco de Sangre que se realice, cantidad extraída, fecha y firma del médico responsable. A estos efectos se arbitrarán los mecanismos de coordinación y de intercambio mutuo de información. La tarjeta de identificación del donante será anulada en el momento que se compruebe que el titular ha perdido las condiciones de actitud. En caso de incapacidad temporal para la donación será objeto de suspensión por el tiempo que dure aquella. En ambos casos, se llevarán a cabo las correspondientes anotaciones en el registro de donantes de sangre.

Artículo 6.

1. *El empleo de tiempo necesario para efectuar una donación de sangre será considerado, a todos los efectos, como cumplimiento de un deber de carácter público y personal.*
2. *Todos los donantes de sangre tendrán los siguientes derechos: ser objeto de reconocimiento médico, con carácter gratuito, previo a cada extracción en el Banco de Sangre. En todo caso el reconocimiento se efectuará siempre antes de cada extracción.*

- *No sufrir otro menoscabo que el correspondiente a la pérdida de la sangre extraída.*
- *Obtener la correspondiente reparación, por parte del Banco de Sangre, de cualquier daño o perjuicio distinto que con motivo de la extracción le sea producida.*

A fin de garantizar debidamente este derecho, los Bancos de Sangre, procederán a la instauración de un seguro donante que cubra cualquier daño eventual en la persona del donante con motivo de la extracción de la sangre o hemocomponentes.

- *A recibir información sobre anomalías detectadas en la exploraciones clínicas o analíticas efectuadas con motivo de la donación.*

Capitulo III. Asociaciones de Donantes de Sangre.

Artículo 7.

1. *Se consideran asociaciones o hermandades de donantes de sangre aquellas que, mediante la organización adecuada, se propongan como fines la promoción altruista y desinteresada de la donación de sangre, la incorporación de voluntarios para su práctica habitual y el fomento de la solidaridad entre sus miembros a los anteriores efectos.*
2. *La constitución de asociaciones o hermandades de donantes de sangre será fomentada por los organismos oficiales de la Administración, que colaboraran a su mantenimiento y progresivo desarrollo, y se ajustará a lo establecido en el artículo 22 de la Constitución y en la Ley 191/1964, de 24 de diciembre.*

En España, de forma tradicional, la promoción de la donación voluntaria de sangre la habían llevado a cabo las Asociaciones y Hermandades de Donantes de Sangre de la Seguridad Social. Como hemos visto el Capítulo III (en su artículo 7) del Real Decreto 1945/1985 fija sus características generales y su modo de constitución. Sin embargo se hacía necesario conseguir la adecuada

financiación de este tipo de entidades. Para ello, el gobierno de España, promulgó la siguiente orden:

- Orden Ministerial de 15 de marzo de 1990 por la que se establecen las normas que deberán regir la adjudicación de subvenciones a Instituciones de cualquier titularidad, sin fines de lucro, para financiar programas de promoción de la donación de sangre y plasma.

En la precitada Orden Ministerial se recoge que, …*"reconociendo el importante papel que las Asociaciones, Hermandades de Donantes y otras Instituciones sin fines de lucro tienen en la promoción de la donación de sangre y plasma, se estima conveniente su apoyo y fomento.*

En su virtud, este Ministerio dispone:

***Artículo 1º**. La presente Orden tiene como objeto establecer las normas por las que ha de regirse la adjudicación de subvenciones destinadas a financiar en todo o en parte, con cargo a los créditos presupuestarios del ejercicio 1990, los programas de promoción de la donación de sangre y plasma, de sensibilización, información y/o educación, a llevar a cabo por Instituciones de cualquier titularidad sin fines de lucro a lo largo de 1990.*

***Artículo 2º.** Podrán solicitar estas subvenciones las Instituciones (o Entidades) públicas o privadas sin fines de lucro que, teniendo personalidad jurídica propia y estando legalmente establecidas*

***Artículo 6º.** Un Comité de Evaluación seleccionará entre las Entidades que cumplan los requisitos legales y administrativos –tras haber sido examinada la documentación por los Abogados del Estado, destinados en la Asesoría Jurídica del Departamento-, aquellos programas que se adapten mejor a los siguientes criterios:*

a. Calidad técnica del programa.

b. Tratarse de programas elaborados y ejecutados desde centros de transfusión sanguínea o bancos de sangre o por Entidades integradas o que colaboran con los mismos, debiéndose especificar en la programación la participación que corresponde a cada entidad.

Años después, en 1993, y la con la finalidad de actualizar el Real Decreto 1945/1985 el Gobierno de España a través del Ministerio de Sanidad y Consumo promulga el:

Real Decreto 1854/1993, de 22 de octubre, por el que se determina con carácter general los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y bancos de sangre.

En su preámbulo se recoge, en su tenor literal, lo siguiente:

La donación altruista de sangre y/o componentes es, hoy por hoy, el único mecanismo posible para la obtención de estos agentes terapéuticos. La necesidad de la transfusión es un hecho permanente y aún creciente dentro de las nuevas medidas terapéuticas aplicadas a la actividad asistencial.

El altruismo y la voluntariedad de los donantes son la mejor garantía de calidad y seguridad para el donante y para el receptor, hecho que ha quedado especialmente patente tras el conocimiento de nuevas enfermedades virales que pueden ser transmitidas por la sangre transfundida, y que han llevado a forzar y potenciar las políticas de autosuficiencia nacional y europea basadas en donaciones altruistas desde instituciones supranacionales, como la OMS, CEE y el Consejo de Europa.

El presente Real Decreto establece las exigencias técnicas a cumplir por los bancos de sangre, siguiendo las recomendaciones hechas al respecto por la Comisión Nacional de Hemoterapia, dada la necesidad de la permanente adaptación a las nuevas condiciones técnicas y nuevos conocimientos científicos que con el paso del tiempo van apareciendo en el campo de la transfusión sanguínea, manteniendo la uniformidad de los requisitos mínimos y por tanto de calidad y seguridad para todos los posibles receptores de estos productos terapéuticos en el conjunto del territorio nacional, tratándose, al abordar esta regulación, de recoger las recomendaciones y directivas de la Organización Mundial de la Salud, de la Comunidad Económica Europea y del Consejo de Europa.

Se respetan igualmente los principios de altruismo, gratuidad, información, consentimiento y finalidad terapéutica previstos en la legislación especial sobre extracción y trasplante de órganos, que son de aplicación conforme a lo establecido en la disposición adicional segunda de la Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos.

Para el asunto que nos ocupa, exclusivamente, recoger:

***Artículo 2.** Principio de altruismo.*

Se mantiene el carácter de la donación de sangre y se establece el carácter de la donación de plasma, como actos voluntarios, altruistas, gratuitos y desinteresados.

Ya en 2005, y siguiendo las directrices del Consejo de Europa se adapta al marco legislativo español, vigente a día de hoy, el

Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

En su exposición de motivos expresa que,… *"la transfusión es una necesidad permanente, y la amplitud con la que es utilizada exige que deba garantizarse su calidad y seguridad para evitar, en particular, la transmisión de enfermedades. Por otro lado, el altruismo y*

la voluntariedad de la donación de sangre son la mejor garantía de calidad y seguridad para el donante y el receptor, hecho que ha quedado especialmente patente tras el conocimiento de nuevas enfermedades emergentes que pueden ser transmitidas por la sangre y que ha llevado a potenciar y diseñar políticas de autosuficiencia comunitaria basadas en donaciones altruistas desde instituciones como la Organización Mundial de la Salud, la Unión Europea, y el Consejo de Europa.

Capitulo I

Artículo 4. *Principio de altruismo.*

La donación de sangre y de componentes sanguíneos son actos voluntarios y altruistas. A estos efectos, se define la donación voluntaria y altruista como aquella en la que la persona dona sangre, plasma o componentes celulares por su propia voluntad y no recibe ningún pago por ello, ya sea en efectivo o en alguna especie que pueda ser considerada sustituto del dinero. Pequeños presentes como reconocimiento o el reembolso de los costes directos del desplazamiento son compatibles con una donación voluntaria no remunerada.

1. *El empleo del tiempo necesario para efectuar una donación de sangre será considerado, a todos los efectos, como cumplimiento de un carácter público y personal.*
2. *Constituye objetivo prioritario, del más alto nivel sanitario y social, el fomento, estímulo y apoyo de la donación de sangre humana, a fin de disponer de toda la precisa para cubrir las necesidades nacionales, tanto para la transfusión como para la obtención de derivados del plasma sanguíneo. A tal efecto, las autoridades sanitarias competentes fomentaran las donaciones de sangre y adoptaran, entre otras, las siguientes medidas:*

a. *Desarrollar una labor continuada de educación ciudadana sobre la donación de sangre.*
b. *Facilitar la creación y perfeccionamiento de la adecuada infraestructura sanitaria al servicio de la donación de sangre, así como los demás medios materiales, sanitarios y sociales necesarios para su organización y desarrollo.*

Tal y como hemos podido contemplar, a lo largo de estos tres Reales Decretos que tienen su inicio en 1985, nuestro país tomó conciencia de la necesidad de aplicar criterios de solidaridad y altruismo a la donación voluntaria de sangre.

Hasta 1985 nuestro sistema de donación había sido, en ocasiones, remunerado (por ejemplo la donación de sangre y la plasmaféresis) y la mayoría de las veces familiar o de reposición. Todo lo hasta aquí referido hizo que se expresara, de un modo firme y convencido, la voluntad política que, como no pudo ser de otra manera, se manifestó en 2 líneas de trabajo (legislativa y económica) que confluyen, definitivamente, en nuestro Plan Nacional de Hemoterapia.

Lecturas recomendadas

- Real Decreto 1945/1985, de 9 de octubre, por el que se regula la hemodonación y los bancos de sangre.
- Council of Europe. Committee of experts on Blood Transfusion and Immunohaematology. Coordinated Research Programme in Blood Transfusion (1988). Strasbourg, 1989.
- Plan Nacional de Hemoterapia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Orden de 15 de marzo de 1990 por la que se establecen las normas que deberán regir la adjudicación de subvenciones a Instituciones de cualquier titularidad sin fines de lucro para financiar programas de promoción de la donación de sangre y plasma.
- Consejo de Europa. Comisión Ministerial. Recomendación núm. R (90)9.
- Real Decreto 1854/1993, de 22 de octubre, por el que se determina con carácter general los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y bancos de sangre.
- Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión.

Capítulo 14

Organización a nivel operativo de la donación voluntaria de sangre

Carmenza Macía Mejía, MD. Patóloga Clínica. Jefe del Banco de Sangre y Servicio transfusional, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia. Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Icesi. Colombia. Email: carmenza.macia@fvl.org.co

Diana Díaz Ossa, Comunicadora Social, Periodista. Analista de Campañas, Fundación Valle del Lili. Colombia. Email: diana.diaz.os@fvl.org.co

La disponibilidad de componentes sanguíneos varía de acuerdo con cada país y es claro que es mayor en los países desarrollados y menor en los países en vías de desarrollo.

Las necesidades se incrementan cada vez por el aumento de la sobrevida y la aparición de nuevas posibilidades terapéuticas como los transplantes o la implementación de quimioterapia personalizada que mejora la sobrevida, pero que paradójicamente requiere de otras ayudas terapéuticas como la sangre.[1]

Datos y cifras:

- Cerca de la mitad de los 112,5 millones de unidades de sangre que se extraen en el mundo se donan en los países de altos ingresos, donde vive el 19% de la población del planeta.
- En los países de ingresos bajos, el 65% de las transfusiones de sangre se realizan a los niños menores de 5 años, mientras que en los países de ingresos altos los pacientes más transfundidos son los mayores de 65 años, con un 76% del total.
- En los países de ingresos altos, la tasa de donación es de 33,1 por cada 1000 personas, mientras que en los países de ingresos medios y bajos es de 11,7 y 4,6, respectivamente.

Entre 2008 y 2013 se registró un aumento de 10,7 millones en las unidades de sangre donadas por donantes voluntarios no remunerados. En 74 países, este grupo de donantes suministró más del 90% de las unidades de sangre; sin embargo, en 72 países más del 50% del suministro de sangre lo aportaron familiares o allegados o donantes remunerados.

Solo 43 de los 175 países que han presentado datos obtienen productos medicinales derivados del plasma mediante el fraccionamiento de plasma recogido en el propio país, mientras que la mayoría de los 132 países restantes los importan.[2]

Este es el marco teórico de lo que significa iniciar un proyecto de Donación de sangre. Es algo general pero importante que debemos conocer como prerrequisito para seguir adelante.

Es importante conocer posteriormente el marco político nacional, para de esta manera fijar una mirada a nivel regional y local para acercarnos a nuestra institución o sitio de trabajo e iniciar nuestros proyectos y lograr la suficiencia que queremos.

Partamos de responder ciertos interrogantes. ¿Existe en nuestro país una política de sangre real, que favorezca y promueva la donación de sangre?

¿Existe una estadística en tiempo real, del año inmediatamente anterior que hable de la donación en nuestro país, que incluya número de donantes, donación por edad, sexo, donaciones de primera vez, donantes repetitivos, donantes de reposición —que aún se presentan lastimosamente en muchos países—, seroprevalencia, positividad con pruebas de ácidos nucleicos?

¿Tenemos información sobre el uso de la sangre? ¿Somos conscientes de cuáles son los servicios que más utilizan componentes? ¿Sí son las UCIS, las salas de cirugía, oncología o trauma? Conocemos el número de pacientes y el porcentaje de cada servicio que utiliza componentes sanguíneos?

¿Sabemos realmente cuantos componentes sanguíneos como producto terminado con sello de calidad se incineran por vencimiento? (Por no utilización).

¿Conocemos la distribución por grupos sanguíneos de nuestra región?

¿Existe una red real que nos permita el intercambio de componentes y la suplencia en momentos de emergencia?

Esto es lo macro, el entorno, lo que nos permite planear de acuerdo al diagnóstico que hagamos y de lo que necesitamos obtener. Generalmente existen varios documentos escritos muy valiosos que contienen datos que debemos conocer para iniciar.

Ahora bien, contando con el contexto nacional, con la política, los datos, el panorama regional…. ¿Qué sigue?

¿Debo definir o conocer si mis esfuerzos van orientados a satisfacer las necesidades de un Banco institucional, cuyo objetivo es el autoabastecimiento, o si prestaré servicios para abastecer centros transfusionales?; a partir de esta identificación se genera un nuevo interrogante que sería:

¿Cuál es la demanda? La demanda depende del nivel de complejidad de cada centro hospitalario, del número de camas y la especialidad del mismo. No es igual un centro hospitalario oncológico que un centro pediátrico o uno ginecológico. ¿Se manejan en los centros transfusionales paquetes de transfusión masiva? Si el centro es una mezcla, debemos conocer y revisar las estadísticas mensuales, que incluyan el número de transfusiones de componentes por mes y por servicio, de esta manera vamos a conocer cuáles son las necesidades reales del servicio que vamos a abastecer.

Adicional a las necesidades debemos saber cuál es el tiempo de inventario en días que requiere tener cada uno de los usuarios, para así terminar de ajustar la planeación según el número de unidades que debo recolectar.

El marco general que mencionamos, debe ir de la mano de la seguridad de los componentes y la suficiencia de los mismos, para lo que debemos cumplir la normatividad al 100% velando por la seguridad de la donación y los servicios de sangre.

A continuación revisaremos 5 aspectos que son requeridos por la norma y fundamentales para garantizar que cumpliremos nuestros objetivos:

1- La infraestructura del Banco de sangre, 2- Los equipos y suministros que incluyen las unidades móviles de captación de sangre, 3- El personal, 4- La información y 5- Los procedimientos.

1. La infraestructura

- Lugar de recepción del donante.
- Área de selección del donante, que incluye examen físico, entrevista, sitio de donación, área de toma de refrigerio.
- Área de recepción y separación de componentes, y un sistema de información que permita la trazabilidad de los mismos.
- Área de almacenamiento de componentes con neveras y congeladores para los productos en proceso y otras para los productos terminados con sello de calidad.
- Área de pruebas infecciosas.
- Área de inmunohematología.
- Área de entrega de resultados a donantes reactivos cuando la normatividad lo exija.
- Baños para donantes.
- Oficinas administrativas, jefatura, coordinación, secretaria, área de promoción y comunicaciones.
- Almacén.

2. Los equipos

Tensiómetro, termómetro, balanza pesa personas, balanzas para las unidades, equipos para donación por aféresis, botiquín, equipo para la medición de hemoglobina, equipos de calibración de balanzas, computadores.

Contar con camillas que puedan realizar Trendelemburg.

Es recomendable evaluar la posibilidad de contar con una reserva de equipos críticos como tensiómetros, pesa personas, medidores de hemoglobina para reemplazos y así evitar la afectación de las jornadas de donación o colecta, que generan incluso cancelaciones o el aplazamiento de las mismas.

Bolsas de recolección de componentes de acuerdo con la tecnología seleccionada por cada banco y neveras para garantizar la cadena de frío.

3. Personal

Según el país, el personal que hace selección de donantes puede ser de diferentes profesiones del área de la salud, sin embargo los profesionales en selección de donantes, tienen una alta responsabilidad para asumir el rol del entrevistador, quien es el responsable de aceptar o negar a través de la identificación de factores de riesgo, la donación de las personas que voluntariamente

participan en las jornadas. En este grupo se encuentra también el personal técnico, auxiliares de enfermería, quienes son los encargados de tomar signos vitales, peso, presión arterial, temperatura, hemoglobina y de realizar las flebotomías.

Es importante contar con promotores de la donación de sangre que manejen un perfil de ventas y servicio al cliente, para contactar, educar, sensibilizar y persuadir a los contactos y poder realizar jornadas en diferentes lugares y para que las personas se acerquen a los puntos móviles con una información clara y de esta manera alcanzar las metas.

Siempre se debe contar con un profesional jefe del área de promoción de la donación, que puede ser comunicador social, periodista, o alguien del área de la salud con cualidades y estudios de mercadeo, que haga un acompañamiento y seguimiento en las labores de relacionamiento estratégico que permita alcanzar el propósito del banco de sangre; este colaborador se debe encargar de realizar estadísticas periódicas para revisar si las estrategias están funcionando o se deben considerar nuevas opciones.

De acuerdo con el tamaño del Banco es importante contar con comunicadores y diseñadores gráficos que puedan formar un equipo que transmita lo que cada Banco quiere expresar . Este punto es muy importante, cada Banco debe tener una imagen o "marca registrada" que lo identifique, debe tener personalidad propia como cualquier empresa con puntos diferenciadores que generen recordación en los usuarios y que trabajen de la mano con el equipo de promoción, llegando de diferentes maneras a los posibles donantes, según la población a la que nos vamos a dirigir.

4. La Información

Es imprescindible contar con un sistema de información que permita la trazabilidad desde el brazo del donante hasta el brazo del paciente que recibe los componentes.

Existe la nomenclatura de la ISBT 128 que corresponde a un sistema de numeración que asegura una identificación global única de los componentes y que tiene vigencia internacionalmente y es utilizado globalmente en la actualidad[3].

Todos los procedimientos que realicemos deben estar completa y adecuadamente registrados, para tener trazabilidad total de lo que hacemos.

5. Los procedimientos

Es fundamental que definamos los procesos, que los POE (Procedimientos Operativos Estándar), se divulguen y se garantice que las personas tengan la competencia para acogerse a los mismos.

Con este marco general, existen tres momentos fundamentales cuando vamos a planear una campaña o colecta:

Antes de la campaña
Durante la campaña
Después de la campaña

Antes de la campaña

Un punto muy importante es la planeación que sólo se puede realizar si contamos con información propia. Lo primero es tener una META de componentes necesarios a un tiempo determinado. Algunas organizaciones recomiendan planear con tres meses de anticipación,[4] este tiempo es ideal y esta planificación debe obedecer a la pregunta inicial:

¿Cuál es mi meta en componentes sanguíneos mensual?

¿Con cuántos donantes de sangre, plaquetas o plasma debo contar diariamente?

Cada organización debe conocer su estadística propia, que puede realizarse con un cuadro de Excel que incluya el inventario diario y los componentes transfundidos, así sabremos cuántos componentes por grupo sanguíneo transfundimos y se puede calcular el inventario en días por cada componente.

Para responder a esta demanda, debo comenzar con la tarea de conseguir datos para crear una base de datos de lugares donde nos abran las puertas y nos apoyen con los permisos para realizar las jornadas, fidelizar los contactos de la base de datos existente y velar por garantizar que se acuerde con los contactos fechas periódicas anticipadas para hacer una planeación específica. Los lugares para realizar jornadas de donación de sangre, los podemos resumir así:

Comunidad general: plazoletas de asistencia masiva, parques, barrios, municipios, supermercados y demás poblaciones donde se pueda tener acceso y sean visibles para una población más amplia.

Para realizar campañas en este tipo de comunidades, es muy importante estrechar vínculos con líderes de Juntas de Acción Comunal, grupos voluntarios, propietarios de comercio local, así como debemos contar con el apoyo de las alcaldías, secretarias de salud, Policía, Tránsito, entre otros, quiénes serán los encargados de brindar apoyo para que la actividad se pueda llevar a cabo sin contar con imprevistos, garantizando mecanismos de seguridad para los participantes, así como los permisos de usos de vías para no obstaculizar o no llegar a ubicarnos en lugares no autorizados.

Otro punto a tener en cuenta al momento de programar una campaña en un lugar público, es monitorear antes de la jornada los factores sociales, políticos (manifestaciones, festividades, eventos locales, campañas) para identificar si se justifica continuar con la planeación o postergarla; así como también debemos contar con un plan B en caso de algún evento de los anteriores o incluso si se presenta un evento natural como las lluvias.

Comunidades privadas: empresas, colegios, universidades, establecimientos comerciales y demás lugares donde encontremos un grupo de personas específico, cuantificable.

Los contactos de este tipo de campañas deben ser nuestros aliados estratégicos, personas que se sensibilicen con la labor de salvar vidas a través de la Donación de Sangre, de su liderazgo y empoderamiento depende el éxito de la campaña, así mismo la posibilidad de programar la próxima fecha.

De las comunidades mencionadas debemos tener una base de datos con la siguiente información:

Al tener esta base de datos organizada, podemos además filtrar las campañas con menos de 100 personas, de 100 a 200, hasta 300 y más de 300 y luego filtramos por el número de donantes obtenidos y con

Cuadro No. 1 Inventario de componentes sanguíneos.

INVENTARIO DIARIO DE COMPONENTES SANGUINEOS MES XXX 2017 BANCO DE SANGRE										
G. ROJOS	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09	MIER10
O+	182	175	176	174	168	139	164	142	130	
A+	131	226	228	232	221	247	213	182	175	
B+	51	49	49	45	39	39	39	33	30	
AB+	16	15	13	13	14	14	14	14	14	
O-	37	28	28	32	33	35	33	30	28	
A-	17	17	17	18	18	19	19	19	17	
B-	1	2	2	2	2	3	1	0	0	
AB-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
TOTAL G ROJOS	435	512	513	516	495	496	483	420	394	0
PLASMA FRESCO	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09	MIER10
O+	152	147	141	149	152	152	157	136	140	
A+	73	73	73	78	76	72	70	54	38	
B+	117	117	118	120	120	121	123	123	123	
AB+	18	18	17	17	18	19	19	18	18	
O-	56	56	57	57	59	59	61	61	61	
A-	23	23	23	23	23	24	24	24	24	
B-	11	11	11	11	11	11	11	11	11	
AB-	5	5	5	5	5	5	4	4	4	
TOTAL PLASMAS	455	450	445	460	464	463	469	431	419	0
	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09	MIER10
CRIOP	80	80	109	137	140	155	151	114	92	
PLAQUETAS RANDOM	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09	MIER10
	3	1	1	3	2	4	3	2	2	
PLAQUETAFERESIS	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09	MIER10
CON PRUEBAS FILTRADAS/IRRADIADAS	24	22	11	1	11	15	27	19	14	
CON PRUEBAS SIN FILTRAR	12		3	11	11	15	7	2	0	
SIN PRUEBAS/IRRADIADAS/SINFILTRAR	0			2	3		2	8	8	
TOTAL PLAQUETOFERESIS	36	22	14	14	25	30	36	29	22	0

FUENTE: Banco de Sangre - Fundación Valle del Lili - Cali - Colombia.

Cuadro No. 2 Transfusión de componentes por día.

TRANSFUSION DE HEMOCOMPONENTES POR GRUPO SANGUINEO MES XXX 2017 BANCO DE SANGRE										
G. ROJOS	DOM 30	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09
O+	20	20	19	19	26	31	8			
A+	5	5	2	12	7	10	9			
B+	5	2	1	7	4	4	0			
AB+	0	0	1	0	0	0	0			
O-	15	3	1	0	0	2	0			
A-	0	0	0	0	0	0	1			
B-	0	0	0	0	0	0	1			
AB-	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL G ROJOS	45	30	24	38	37	47	19	0	0	0
PLASMA FRESCO	DOM 30	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09
O+	5	2	2	4	1	4	3			
A+	6	0	0	0	1	7	0			
B+	4	0	0	0	0	0	0			
AB+	0	1	1	0	0	0	1			
O-	0	0	0	0	0	0	0			
A-	0	0	0	0	0	0	0			
B-	0	0	0	0	0	0	0			
AB-	0	0	0	0	0	1	1			
TOTAL PLASMAS	15	3	3	4	2	12	5	0	0	0
CRIOP	DOM 30	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09
O+	8	0	6	0	0	4	4			
A+	6	0	1	0	0	0	0			
B+	12	0	0	0	0	0	0			
AB+	0	0	0	0	0	0	0			
O-	0	0	0	0	0	0	0			
A-	1	0	0	0	0	0	0			
B-	1	0	0	0	0	0	0			
AB-	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL	28	0	7	0	0	4	4	0	0	0
PLAQUETAS MANUALES	DOM 30	LUN01	MART02	MIER03	JUE04	VIER05	SAB06	DOM07	LUN08	MART09
O+	1	1	0	1	1	0	1			
A+	1	0	1	1	0	2	0			
B+	0	0	1	0	0	0	0			
AB+	0	0	0	0	0	0	0			
O-	1	0	0	0	0	0	0			
A-	0	0	0	0	0	0	0			
B-	0	0	0	0	0	0	0			
AB-	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL	0	0	0	2	1	2	1	0	0	0
PLAQUETAFERESIS										
O+	6	12	8	9	3	3	5			
A+	5	5	3	9	3	6	0			
B+	0	2	0	4	1	0	0			
AB+	0	0	0	0	0	0	0			
O-	0	0	0	0	1	0	0			
A-	0	0	0	0	0	0	0			
B-	0	0	0	0	0	0	0			
AB-	0	0	0	0	0	0	0			
TOTAL	11	19	11	22	8	9	5	0	0	0

Fuente: Banco de Sangre - Fundación Valle del Lili - Cali - Colombia.

esta información obtener el cálculo en porcentaje de número de donantes.

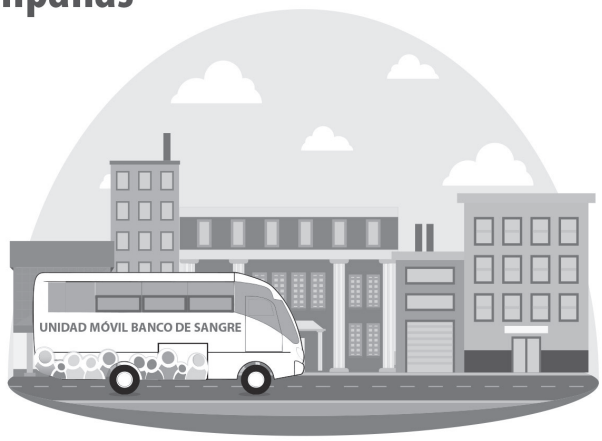
Para cumplir las metas semanales, se programan las colectas teniendo en cuenta los donantes esperados, de tal manera que se pueden planear una o más jornadas adicionales, en caso de contar con imprevistos que afecten la meta y con ella la planeación inicial. Estos imprevistos pueden obedecer a condiciones naturales, políticas, sociales, culturales, entre otras.

La Cruz Roja americana tiene un cálculo optimista y esperanzador del número de donantes adicionales que se pueden obtener en cada colecta, que incluye familiares y vecinos.

Cuadro No. 3 Tipos de campaña

Tipos de Campañas

Comunidades Públicas



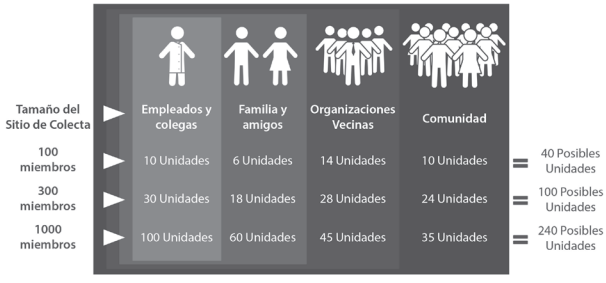
Comunidades Privadas

Cuadro No. 4 Información Base de Datos.

INFORMACIÓN BASE DE DATOS - PLANEACIÓN DE CAMPAÑA					
Nombre de la empresa:		Dirección:		Tipo:	
Contacto:		Cargo:		Profesión:	
Teléfono:		Correo electrónico			
Número de empleados:		Administrativos		Operativos	
Horario laboral		Turnos		Empleados por turno	
Fecha última campaña		No. Donantes última campaña:			
Fecha próxima campaña		Fecha llamado a confirmar		Fecha de promoción	

FUENTE: Banco de Sangre - Fundación Valle del Lili - Cali - Colombia.

Cuadro No. 5 Cómo ampliar el grupo de donantes



Fuente: American Red Cross. Running a Successful Blood Drive. [archivo PDF]. Recuperado de http://www.redcrossblood.org/hosting-blood-drive/coordinator-tools/recruitment-tools

Cuadro No. 6. Formato Autoexcluidos predonación.

Fecha	
aaaa	mm

AUTOEXCLUIDOS PREDONACIÓN

Unidad móvil 1 ☐ **Unidad móvil 2** ☐ **Extramural** ☐ **Sede** ☐

	FECHA DE EJECUCIÓN														
CAUSAL	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Cédula															
Ingesta de alimentos															
Gripa															
Edad															
Peso															
Hepatitis															
Zona endémica															
Parejas sexuales															
Embarazo - lactancia															
Tratamiento con agujas															
Tratamiento odontológico															
Antibiótico															
Poco tiempo															
No refiere motivo															
Otros															
Total predonantes															
Iniciales Responsable															

Fuente: Banco de Sangre - Fundación Valle del Lili - Cali – Colombia.

Eficiencia de la campaña o colecta

Es necesario tener la información de lo que sucede en cada parte del proceso de la donación, y cuantificar las "pérdidas" en el mismo.

Existen tres momentos que debemos cuantificar y conocer:

1.Encuesta

Autoexcluidos predonación

Las personas que acuden con el deseo de ser donantes, y al leer los requisitos o tener un acercamiento inicial se retiran. Esta información debe quedar consignada con las causas y son los posibles donantes que pueden ser autoexcluidos predonación, de forma temporal o definitiva.

Diferidos en la encuesta

Temporal o definitivamente.

Autoexcluidos en la encuesta.

Autoexcluidos postdonación.

2. Flebotomía

Malas flebotomías o flebotomías incompletas.

Reacciones severas a la donación que obligan a suspender el proceso.

3. Procesamiento de componentes

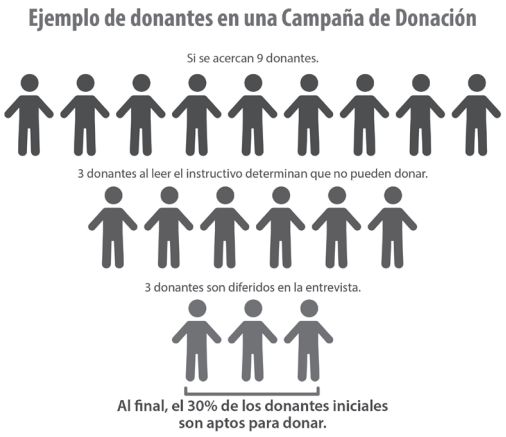
Descarte por fallas técnicas o control de calidad.

Descarte por pruebas infecciosas reactivas o por precaución.

Cada institución debe conocer estas cifras para planear sus colectas de forma eficiente.

En nuestra institución (Fundación Valle del Lili Cali) debemos atender 90 personas para tener al final 30 bolsas de sangre en el refrigerador con sello de calidad.

Cuadro No. 7. Eficiencia de la campaña o colecta



Es decir, tenemos una relación de 3:1. Lo que significa que debo atender tres personas para obtener un componente en el sitio de almacenamiento.

Clara esta información se debe dar inicio a la PLANEACIÓN de la campaña:

4 a 6 semanas antes:

Contactar a la persona del sitio de la colecta para lo siguiente:

Definición de la fecha de la colecta. Resolver inquietudes sobre jornadas de vacunación, fechas de alta producción en las empresas, vacaciones colectivas, rectificando que no existan factores que afecten la fecha de planeación de campañas por condiciones prevenibles.

Definición de la fecha de promoción dentro del sitio de la colecta.

Fecha de nuevo contacto para continuar con la logística de la programación.

Envío de un primer correo electrónico a las personas que ya han donado para que se preparen y estén enterados de la proximidad de una jornada. Si es posible contar con la base de datos de la comunidad general, enviar un contacto de expectativa para todos, a través

Cuadro No. 8. Planilla planeación de campaña

PLANILLA PLANEACIÓN CAMPAÑA DE DONACIÓN DE SANGRE			
Nombre del lugar de campaña:			
Nombre del Contacto:		**Cargo:**	
Dirección:		**Teléfonos:**	
Ubicación lugar de campaña:		**Persona que recibe la campaña:**	
INFORMACIÓN LOGISTICA DE LA CAMPAÑA UNIDAD MOVIL			
RECURSO REQUERIDO		**SI / NO**	**OBSERVACIONES**
Espacio para parquear adecuado			
Cercania del lugar de parqueo a los posibles donantes			
Servicios sanitarios cercanos al lugar de campaña			
Fuentes electricas cercanas al lugar			
Mesas			
Sillas			
INFORMACIÓN LOGISTICA DE LA CAMPAÑA SIN UNIDAD MOVIL			
RECURSO REQUERIDO		**SI / NO**	**OBSERVACIONES**
Espacio iluminado, con buena ventilación.			
Facil acceso al lugar de campaña			
Servicios sanitarios cercanos al lugar de campaña			
Cuenta con fuentes electricas cercanas			
Ventiladores - Aire Acondicionado			
Biombos			
Carpas			
Mesas			
Sillas			
PROMOCIÓN			
Promoción Previa SI / NO		Fecha de promoción:	
Lugar de Promoción:		Hora de promoción:	
Persona en la empresa que acompaña la promoción:			
Papeleria			
No. Afiches:	No. Volantes	No. Instructivos	Info. Virtual
Papeleria y / o material promocional adicional:			
Confirmación realización de campaña - Necesidades Adicionales - Observaciones:			

FUENTE: Banco de Sangre - Fundación Valle del Lili - Cali - Colombia.

del personal del Banco de Sangre o con departamentos de comunicaciones, mercadeo o recursos humanos de las diferentes instituciones, según aplique.

2 a 4 semanas antes:

Envío del segundo correo de expectativa.

Realización de llamadas telefónicas, para agradecer y recordar la invitación.

Programación de visitas al sitio con el objetivo de contactar a las personas que ya donaron.

Revisión de la ubicación de elementos publicitarios y de información.

Concretar citas o espacios para ampliar la información de la importancia de la Donación de Sangre, ya sea bien en intervenciones en las capacitaciones de la institución o que se abra el espacio para la conferencia, donde se despejaran dudas a nivel general.

Revisión de la ubicación del sitio de la colecta y de las necesidades logísticas. Definición del sitio dentro de la empresa o sitio de ubicación de la unidad móvil. En algunas empresas se pueden ubicar varios sitios de donación cuando son grandes para facilitar el acceso a los donantes.

El sitio si es dentro de la empresa debe ser suficiente en espacio, con temperatura hasta los 23°C para evitar el mareo en los donantes por calor, ventilado o con aire acondicionado, y debe cumplir con los mismos requisitos que un puesto fijo de donación. Diligenciar la planilla de planeación de campaña.

1 Semana antes:

Revisión de la planilla de planeación

- Nombre del sitio de campaña.
  - Empresa.
  - Iglesia.
  - Educativo.
  - Otros.
- Número de empleados.
- Número de donantes en campaña anterior.
- Número de donantes contactados.
- Número de donantes agendados.
- Se realizó promoción?

Cuadro No. 9. Formato programación de Campañas

PROGRAMACIÓN CAMPAÑAS DE DONACIÓN DE SANGRE

EXTRAMURAL	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
	EMPRESA: DIRECCION: CONTACTO: CARGO: TELEFONO: UBICACIÓN:	EMPRESA: DIRECCION: CONTACTO: CARGO: TELEFONO: UBICACIÓN:	EMPRESA: DIRECCION: CONTACTO: CARGO: TELEFONO: UBICACIÓN:	EMPRESA: DIRECCION: CONTACTO: CARGO: TELEFONO: UBICACIÓN:
	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: PROMOTORA: Unidad Móvil No: Hra entrada Banco: Hra. Salida INICIO: FINALIZA: Hra. Recogida Componentes NOTA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: PROMOTORA: Unidad Móvil No: Hra entrada Banco: Hra. Salida INICIO: FINALIZA: Hra. Recogida Componentes NOTA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: PROMOTORA: Unidad Móvil No: Hra entrada Banco: Hra. Salida INICIO: FINALIZA: Hra. Recogida Componentes NOTA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: PROMOTORA: Unidad Móvil No: Hra entrada Banco: Hra. Salida INICIO: FINALIZA: Hra. Recogida Componentes NOTA:
	DONANTES ESPERADOS	DONANTES ESPERADOS	DONANTES ESPERADOS	DONANTES ESPERADOS
EXTRAMURAL	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
	EMPRESA: DIRECCION: CONTACTO: CARGO: TELEFONO: UBICACIÓN:	EMPRESA: DIRECCION: CONTACTO: CARGO: TELEFONO: UBICACIÓN:	EMPRESA: DIRECCION: CONTACTO: CARGO: TELEFONO: UBICACIÓN:	EMPRESA: DIRECCION: CONTACTO: CARGO: TELEFONO: UBICACIÓN:
	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: PROMOTORA: Unidad Móvil No: Hra entrada Banco: Hra. Salida INICIO: FINALIZA: Hra. Recogida Componentes NOTA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: PROMOTORA: Unidad Móvil No: Hra entrada Banco: Hra. Salida INICIO: FINALIZA: Hra. Recogida Componentes NOTA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: PROMOTORA: Unidad Móvil No: Hra entrada Banco: Hra. Salida INICIO: FINALIZA: Hra. Recogida Componentes NOTA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: PROMOTORA: Unidad Móvil No: Hra entrada Banco: Hra. Salida INICIO: FINALIZA: Hra. Recogida Componentes NOTA:
	DONANTES ESPERADOS	DONANTES ESPERADOS	DONANTES ESPERADOS	DONANTES ESPERADOS
SEDE	FECHA: SEDE	FECHA: SEDE	FECHA: SEDE	FECHA: SEDE
	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: Hra entrada Banco: INICIO: FINALIZA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: Hra entrada Banco: INICIO: FINALIZA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: Hra entrada Banco: INICIO: FINALIZA:	SELECCIÓN SIGNOS V: FLEBOTOMIA: Hra entrada Banco: INICIO: FINALIZA:
	META	META	META	META
OBSERVACIONES:				

FUENTE: Banco de Sangre - Fundación Valle del Lili - Cali - Colombia

Cuadro No. 10. Relación de insumos para campaña

BANCO DE SANGRE
RELACIÓN DE INSUMOS Y EQUIPOS CAMPAÑAS DE DONACIÓN

UNIDAD MOVIL 1 ☐ UNIDAD MOVIL 2 ☐ SEDE ☐ EXTRAMURAL ☐

NOMBRE DE LA EMPRESA:

FECHA DE LA CAMPAÑA	**AÑO**	**MES**	**DÍA**

DESCRIPCIÓN	**VERIFICACIÓN**	
	SALIDA BANCO	**ENTRADA BANCO**
REFRIGERIOS		
JUGOS		
GALLETAS		
BOTELLAS DE AGUA		
INSUMOS	**SALIDA BANCO**	**ENTRADA BANCO**
ALCOHOL GLICERINADO		
BALANZA SANGRE		
BOLSA DOBLE DE SANGRE		
BOLSA TRIPLE DE SANGRE		
BOLSA CUÁDRUPLE DE SANGRE		
BOLSA ROJA – GRIS – INCINERACIÓN		
CAJA DE LANCETAS		
CAJA DE GUANTES		
CELULAR CAMPAÑA Y CARGADOR		
CINTA TRANSPORE		
CURAS		
EQUIPO PARA TOMA DE HB #		
COMPUTADORES PORTÁTILES		
CUBETAS		
DISPENSADOR ALCOHOL		
FUNDAS TERMÓMETRO		
GAFAS		
GRADILLA		
GUARDIÁN		
INSTRUCTIVOS – PLEGABLES – CARNÉ		
SELLADOR		
MANTELES		
MANUAL NORMA NACIONALES		
MONITOR DE PRESIÓN ARTERIAL #		
DESINFECTANTES		
NEVERA PARA TRANSPORTE DE TUBOS		
NEVERA ROJA		
NEVERAS TRANSPORTE DE COMPONENTES		
PESA		
PESA PATRÓN DE CALIBRACIÓN		
PINZAS		
ROLLO PAPEL TOALLA		
STIKERS		
STRIPER		
TABLAS PARA ENTREVISTA		
TARRO ALGODÓN		
TARRO GRIS		
TARRO ROJO		
TARRO VERDE		
TIJERAS		
TORNIQUETES		
TUBO TAPA LILA		
TUBOS TAPA AMARILLA		
TOALLAS ALCOHOLADAS		
TERMOMETRO DIGITAL		
MUEBLES	**SALIDA BANCO**	**ENTRADA BANCO**
BASE BALANZAS		
BIOMBOS		
BOTIQUÍN		

- Datos de la evaluación de la campaña anterior.
- Buenos.
- Por mejorar.
- Número estimado de donantes.

Con los datos anteriores se realiza la planeación para decidir el horario, ubicación, número de personas que asisten, horario de recolección de unidades que puede ser al medio día y en la tarde dependiendo del tiempo que dure la campaña y del número de donantes.

Con respecto al personal, el siguiente es un modelo de cómo se puede configurar un equipo de donación:

Promotor de la colecta móvil.

Médico que no es obligatorio en todos los países o profesional del Banco de sangre que pueden ser enfermeros, profesionales o técnicos de laboratorio, tecnólogos médicos, en la parte técnica: auxiliares de enfermería, motorista.

La programación de las jornadas se envía la semana anterior a la programada, con el fin de agendar los turnos del personal, separar vehículos a utilizar y concretar a los conductores encargados de trasladar los vehículos de las diferentes colectas.

El día antes de la campaña, se hace el alistamiento de insumos, llamados de rectificación y confirmación de lo acordado, así como validar la papelería, permisos de ingreso y demás documentación requerida según la institución.

Durante la campaña:

La clave es llegar temprano, cumplir con el horario pactado en la planeación de la jornada, el líder de la campaña debe ir a presentarse con el contacto de la empresa o la persona asignada para ubicarlos en el lugar, revisar en conjunto la planeación de la logística de la campaña para así hacer la instalación según acuerdos

Cuadro No. 11. Formato Evaluación Campaña de Donación.

Fecha			Hora
Año	Mes	Día	

BANCO DE SANGRE
REPORTE EVALUACIÓN DE CAMPAÑAS DE DONACIÓN

UNIDAD MOVIL 1 ☐ UNIDAD MOVIL 2 ☐ SEDE ☐ EXTRAMURAL ☐ PROMOTORA

Empresa	N° empleados	Meta donantes

Nombre de contacto	Cargo	Teléfono

ESPACIO PARA DILIGENCIAR POR LÍDER DE CAMPAÑA				
Hora ingreso a Banco	Hora salida de Bco a lugar de campaña	Hora de llegada del conductor al lugar de campaña	Hora cierre de campaña	Hora llegada a Bco

Nombre conductor que lleva la campaña	Hora envío de componentes	Nombre conductor responsable

Total evaluados	Total donantes	Aplazados temporalmente	Aplazados definitivamente

Reacciones pos donación (S/N)	Número de reacciones

Vasovagal	L		M		S		Venopunción	L		M		S	

Mala sangría	¿Cuántos?	Realizada por

DATOS DONANTES REACCIONES ADVERSAS				
Nombre	Teléfono	Tipo de reacción		
		Leve	Moderada	Severa

INSUMOS DONANTES	ENTRADA	SALIDA
Jugos		
Galletas		
Agua		

INSUMOS	ENTRADA	SALIDA
Stickers		
Bolsa doble		
Bolsa triple		

PERSONAL QUE ASISTE A LA CAMPAÑA	
Nombre	Cargo
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	

FUENTE: Banco de Sangre – Fundación Valle del Lili – Cali – Colombia.

establecidos anteriormente con la promotora. Hacer un recorrido, si se permite, para recordarle al personal que ya estamos listos para atenderlos. Ser amables y responder de manera atenta las necesidades de las personas que interactúen con el equipo de campaña. En el proceso técnico, informar absolutamente todos los procedimientos que se hacen con cada donante, para que éste se encuentre informado y le garanticemos la libertad de decidir de manera autónoma si realiza o no su donación. El líder de la campaña al finalizar la jornada debe agendar una cita para evaluar la campaña y programar la siguiente.

Después de la campaña:

Se agradece al contacto por el apoyo recibido, haciendo posible la realización de la campaña, al día siguiente hábil de la actividad se envían las cartas de agradecimiento al contacto y a la comunidad en general, para que ésta sea divulgada por correos electrónicos, en carteleras y demás. Se le envía a cada donante un mensaje por correo electrónico, agradeciendo su vinculación a la campaña.

Con el contacto se define un tiempo para poder planear la próxima jornada y citar una reunión previa. Así como se implementa al siguiente día hábil una encuesta

Cuadro No. 12. Formato Encuesta de Satisfacción de Donantes.

ENCUESTA BANCO DE SANGRE CAMPAÑA DE DONACIÓN

Apreciad@ Donante: Le agradecemos su sinceridad y colaboración. Por favor lea cuidadosamente cada una de las preguntas y marque la opción que mejor exprese su opinión.

Califique los aspectos relacionados en la encuesta de acuerdo a la siguiente escala:

E	B	R	D	N/A
Excelente	Bueno	Regular	Deficiente	No aplica

1. Califique las condiciones de las instalaciones físicas en cuanto a:

CARACTERÍSTICA	E	B	R	D	N/A
Acceso al lugar de donación.					
Señalización.					
Aseo y orden.					
Comodidad.					

Observaciones y sugerencias: _____

2. Califique la ejecución del proceso de atención de donantes respecto:

CARACTERÍSTICA	E	B	R	D	N/A
Respeto.					
Amabilidad y calidez.					
Habilidad.					
Instrucciones y recomendaciones.					

Observaciones y sugerencias: _____

3. Con relación a la entrevista para ser aceptado como donante califique los siguientes aspectos:

CARACTERÍSTICA	E	B	R	D	N/A
El entrevistador le inpiro confianza.					
El entrevistador está capacitado.					
La entrevista es clara.					
La entrevista es respetuosa.					
El ambiente fue discreto y confidencial.					

CARACTERÍSTICA	Si	No
Antes de diligenciar sus datos personales le fue entregado por el personal del Banco un instructivo alusivo a la donación de sangre.		
Al finalizar el formulario de interrogación y firmar la autorización de donación de sangre, ¿leyó y le quedó claro el formulario de autoexclusión e igualmente le fue entregado el desprendible?.		

4. Califique los siguientes aspectos:

CARACTERÍSTICA	E	B	R	D	N/A
Horario de atención.					
Respeto del turno.					
Utilización de elementos de protección adecuada. (guantes, equipos estériles)					

TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS	5´	10´	15´	20´
El tiempo de espera para ingresar a la entrevista fue:				
El tiempo de espera entre la entrevista y la donación fue:				

Observaciones y sugerencias: _____

5. ¿Cómo considera su nivel de satisfacción con respecto a la atención brindada por el personal del banco de sangre?.

Muy Satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Descontento

6. Su calidad de donante en el banco de sangre fue motivada por:

Su voluntad.	
Solicitud amable de la Enfermera/Médico	
Solicitud de una persona ajena a la institución.	
Requisito de la institucion para atender a su familiar/amigo.	

7. ¿Volvería usted a donar sangre en nuestra institución?.

Sí ☐ **No** ☐

Si su respuesta es NO, por favor explique por que _____

8. ¿Conoce algún medio por el Banco de Sangre divulga resultados de la gestión, servicios que presta y en general información de interés para la comunidad?.

Sí ☐ **No** ☐

La siguiente información es opcional, pero de gran valor para nosotros así podrémos tener una retroalimentación más amplia en caso de ser necesaria. ¡Gracias!

Nombre:	
Cédula:	
Teléfono:	
Fecha:	D M A

de satisfacción para conocer su percepción respecto a la campaña, al servicio, a lo pactado y la atención que le brindó el personal de la institución.

Una buena estrategia es enviar fotos de la campaña al personal de contacto en la colecta con los datos del número de donante por campaña. Esto estimula a las empresas o universidades y es un reconocimiento para los donantes.

Es muy importante contar con indicadores para tener clara la gestión.

Después de la campaña

Agradecimientos: Se recomienda enviar un mensaje personalizado a cada donante agradeciendo la donación

En algunos bancos de sangre se envía por correo un carné que lo acredita como donante con el grupo sanguíneo y fecha de la próxima donación. Nunca debe ser un carné de donante para reclamar beneficios por haber hecho la donación, en este caso ya no se llamaría donación sino transacción.

Evaluación

Debe incluir la evaluación del contacto en el sitio de donación, la encuesta de los donantes y la evaluación interna de acuerdo a las metas propuestas

Aparte de la llamada al líder de campaña para realizar una encuesta de satisfacción, se debe hacer un cálculo estadísticamente significativo, para realizar llamadas al personal atendido en las jornadas. Estas encuestas preferiblemente deben realizarse telefónicamente pero en algunos sitios se hacen vía web. La encuesta telefónica permite establecer una comunicación más cálida y es un excelente momento para fidelizar a los donantes

Siempre se debe definir una meta con respecto a la satisfacción de los usuarios. Lo ideal es que las respuestas de excelente a bueno sean mayores al 90%.

Cuando alguna respuesta sea regular, se debe indagar profundamente y generar un plan de acción del que debe ser informado posteriormente el donante que lo expresó.

Indicadores

Número de donantes / número de personas atendidas x 100: Mide la eficiencia de las atenciones.

Número de donantes de X grupo sanguíneo/ número total de donantes x100: Mide la distribución de los grupos sanguíneos.

Número de donantes/número de empleados x 100: Mide el porcentaje de donantes en el sitio de la colecta.

Número de donantes obtenidos/ número de donantes esperados x 100: Mide el % de cumplimiento de la meta.

Número de donantes voluntarios altruistas/total de donantes atendidos en la campaña x 100

Mide el porcentaje de donantes voluntarios.

Número de donantes voluntarios de primera vez/ total de donantes obtenidos: Mide el porcentaje de donantes voluntarios de primera vez.

Número de donantes repetitivos/total de donantes efectivos en la jornada x100: Mide el porcentaje de donantes repetitivos.

Número de flebotomías fallidas/número de flebotomías realizadas x100: Este indicador se puede hacer por operador, por colecta o por periodo de tiempo, semanal o mensual. Es muy útil cuando se realizan reuniones de evaluación en grupo para encontrar las oportunidades de mejora en algunos colaboradores.

Número de colectas canceladas/número de colectas programadas x100: Nos ayuda a buscar oportunidades de mejora y realizar análisis del porque se hizo la cancelación. Este indicador se debe medir mensualmente.

Número de resultados reactivos por cada marcador/ número de donantes aceptados x100: Nos permite evaluar la calidad de nuestra selección del donante y el número de unidades que debemos descartar luego de llegar con componentes a nuestro Banco de sangre.

La evaluación es fundamental para iniciar nuevamente el ciclo y poder continuar con nuestra labor de fidelizar donantes para garantizar la calidad de los componentes que recibirán los pacientes alrededor del mundo.

Referencias

1. Shrivastava SR SP, Ramasamy J. Thank you for saving my life: Blood donation matters. J Res Med Sci. 2016; 21-23 DOI: 10.4103/1735-1995.179891.
2. Organización Mundial de la Salud. Disponibilidad y seguridad de la sangre a nivel mundial. 2016, Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
3. IN-027-ISBT-for-Blood-Components-An-Introduction_Spanish.pdf. 2011.
4. Red crossblood hosting blood drive process. 2017; Available from: http.//www.redcrossblood.org/hosting-blood-drive/blood-drive-process-overview.

Capítulo 15

Organización: nivel operativo

Ana Lucía Cabezas Belalcázar. Comunicadora Social. Training Coach – PNL. Especialista en Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre y Humanización de los Servicios de Salud. Directora de Sea Asesores Empresariales Internacional. Colombia. www.seaasesores.com

Es un hecho que uno de los factores más importantes para los Bancos de Sangre, es el "*reclutamiento o captación de donantes voluntarios de sangre con estilos de vida saludables*".

Por esto los servicios de sangre deben disponer de un área dedicada a la promoción, información y divulgación de la donación voluntaria de sangre, conformada por un equipo interdisciplinario de profesionales. Asimismo, es recomendable que a estos equipos se integre personal voluntario. Algunos de las destrezas indispensables de estos equipos de trabajo son: competencias blandas, habilidades de relacionamiento estratégico y amplios conocimientos sobre la sangre como de sus componentes, los aspectos éticos legales y los propios de los servicios de sangre.

Es importante tener en cuenta que en razón a las características de la sangre donada voluntariamente, las personas que conforman los equipos de trabajo en los bancos de sangre deben ser profesionales responsables, comprometidos con la misión de edu-comunicar y con un alto sentido de vocación al servicio. Estas características son fundamentales en la ejecución de las actividades inherentes a su cargo pues deberán velar siempre por la adecuada atención de los donantes, buscando la habitualidad en la donación de sangre. También, es relevante que estos profesionales tengan presente la influencia que ejercen en los donantes habituales y potenciales, y las implicaciones técnicas y legales de su actividad.

El equipo de promoción para el reclutamiento y retención de donantes voluntarios de sangre

Objetivo de los equipos de promoción

El objetivo de los equipos de promoción es ejecutar actividades encaminadas a promover la cultura de la donación voluntaria y altruista de sangre a través de la sensibilización de los donantes. Estas actividades buscan incrementar el reclutamiento o la captación de donantes potenciales y repetitivos garantizando la distribución suficiente y oportuna a las clínicas y hospitales.

Este objetivo debe estar alineado al Plan Estratégico establecido por la organización, teniendo en cuenta:
La planeación estratégica de las diferentes campañas de captación de sangre.

- Cuotas de captación de acuerdo con las necesidades requeridas.
- Indicadores de gestión.
- La coordinación del equipo de trabajo.
- El seguimiento al cumplimiento de los indicadores de gestión.
- Las relaciones estratégicas con medios de comunicación, gestores sociales, comunidad, entre otros.
- El plan estratégico de comunicación, tanto interno como externo y el contenido digital.
- La estructuración de campañas educativas a corto y mediano plazo.
- El plan de reconocimientos a los donantes habituales.

- Las estrategias de fidelización a donantes.
- El plan de mejora continua para el equipo de promoción, selección y atención de donantes de sangre.
- La política de reconocimiento al equipo de trabajo.
- La política de servicio y atención memorable al donante de sangre.
- La política de calidad.

Principales actividades de los equipos de promoción:

Si bien cada miembro que conforma un equipo de promoción, cumple un rol específico, todos apoyan y establecen tácticas para cumplir las siguientes actividades encaminadas al éxito de su gestión:

- Programación de colectas masivas para fechas de difícil recolección.
- Programación semanal y mensual de las jornadas de donación.
- Creación y alimentación de la base de datos de empresas o puntos fijos.
- Preparación logística.
- Revisión y recomendación del mantenimiento de los equipos para las diferentes jornadas de captación de sangre.
- Visitas a terreno: reconocimiento y sensibilización previa a la donación.
- Atención a los donantes en las colectas de sangre.
- Evaluación de la satisfacción de los donantes y líderes de las organizaciones.
- Elaboración, ejecución y medición de las estrategias de Promoción y Comunicación.

¿Cómo está conformada el área de promoción en el Banco de Sangre?

El área de promoción debe contar con:

1. Un responsable o coordinador de promoción

Quien ocupe este cargo será el responsable de articular el funcionamiento del equipo y alcanzar las metas trazadas para éste. Por esto el coordinador, más allá de ser un trabajador, se convierte en un líder transformacional. Es indispensable que cuente con habilidades para trabajar en equipo, esté orientado al logro, sea carismático y motivador.

Adicionalmente, es importante que tenga la capacidad de tomar decisiones rápidas, pero bien informadas teniendo en consideración los campos de la informática, publicidad, marketing social y comunicación estratégica. Lo anterior debido a que su función principal es planear, organizar, controlar, ejecutar, supervisar y evaluar los planes y programas que se lleven a cabo para la consecución de donantes de sangre de bajo riesgo y al cumplimiento de las cuotas establecidas.

Por otra parte, el coordinador tiene contacto permanente con otros miembros del Banco de Sangre, como: el director, la administración, la coordinación de donación, la coordinación de aféresis, el coordinador técnico, control de calidad, a fin de evaluar procedimientos, analizar proyectos y establecer políticas para el mejoramiento continuo.

Así mismo, coordina al equipo de promoción (asistente, promotores, voluntarios y estudiantes) y verifica que las actividades sean desarrolladas según lo planeado. Ello implica que debe implementar acciones correctivas y preventivas. En este sentido, realiza informes de gestión de calidad, indicadores y estadísticas mensuales y semestrales para presentar a los directivos.

El coordinador como líder del equipo de promoción, participa también en la ejecución y evaluación de las estrategias de comunicación para aumentar la captación diaria de donantes.

2. Promotores

Los promotores a través de sus habilidades comunicativas y de relacionamiento, promueven la donación voluntaria de sangre. En el *antes,* asegurando la organización detallada de las colectas; *durante,* con el acompañamiento del desarrollo de la captación y recolección de sangre; y *después,* garantizando la evaluación y agradecimientos a quienes participaron de la colectas de sangre. En razón a ello, deben ser personas proactivas, capaces de tomar decisiones con los coordinadores de las jornadas y con los líderes de las empresas donde implementan jornadas de donación voluntaria de sangre.

Los Bancos de Sangre deben contar como mínimo con dos promotores que programen las jornadas de donación y las visitas de reconocimiento y sensibilización en espacios y el oportuno diligenciamiento de los formatos del proceso, mantener las existencias de sangre, permanecer en contacto con las organizaciones que facilitan el proceso extramural e intramural. También, son los encargados de velar por el adecuado servicio y atención que se brinde a los donantes durante el reclutamiento o captación de donantes, hacer seguimiento a los donantes potenciales y habituales de sangre, asegurar la distribución de las encuestas de satisfacción y medición de la eficacia de las jornadas de donación.

3. Asistente de promoción

Es la persona encargada de apoyar al coordinador y a los promotores en las funciones administrativas

necesarias para el cumplimiento de su labor. Dentro de sus principales funciones están: enviar mensajes físicos o a través de correo electrónico a las empresas potenciales para realizar jornadas de donación, llevar el control de correspondencia, enviar invitaciones de donación a empresas y donantes, tabular las encuestas de satisfacción, atender las llamadas telefónicas y realizar la solicitud de insumos de oficina u otros elementos para el óptimo trabajo de los demás miembros del equipo de promoción.

4. Profesional para el manejo de redes y comunicación virtual

También conocido como "*Community Manager*", es la persona encargada de gestionar los perfiles del Banco de Sangre, manejando una identidad corporativa y reflejando el espíritu de la marca en la comunidad virtual. Entre las principales funciones del "*Community Manager"* de los Bancos de Sangre están:

- Mantener actualizadas las cuentas de las redes sociales de los Bancos de Sangre, con contenido atractivo e innovador para los usuarios.
- Prestar atención al "*ruido*" generado por la marca en las redes sociales. Es decir, estar atento a lo que dice la comunidad del Banco de Sangre.
- Investigar sobre las nuevas tendencias tecnológicas para potencializar la marca del Banco de Sangre en los medios de sangre.
- Aumentar la comunidad, nuevos "*likes*", nuevos seguidores, más comentarios, más comparticiones.
- Promocionar el contenido generado por la marca.
- Responder las preguntas y comentarios que realicen los seguidores en los diferentes canales de comunicación.
- Algunos *Community Manager* también se encargan de mantener actualizada la Página Web del Banco de Sangre y comparten estas actualizaciones en las redes sociales para que sea conocido por el público objetivo en la comunidad virtual.

5. Comunicador y relaciones públicas

Es un cargo fundamental para la articulación de las actividades de promoción en los Bancos de Sangre. El comunicador social es un profesional cuya especialidad es el relacionamiento con los medios de comunicación y con la creación de contenido. Su labor es realizada a través de herramientas como los comunicados de prensa, mensajes innovadores, piezas gráficas y diseño de imágenes para publicidad que serán difundidas en los diferentes medios de comunicación.

En el Banco de Sangre, una de sus funciones principales es mantener una estrecha relación con los medios de comunicación tradicionales y no tradicionales. Esto es materializado con el envío de comunicados de prensa, mensajes promocionales, reportajes, y consecución de entrevistas. De esta forma, cumplen la labor de educar también a los periodistas para el uso adecuado del lenguaje de la Donación Voluntaria de Sangre.

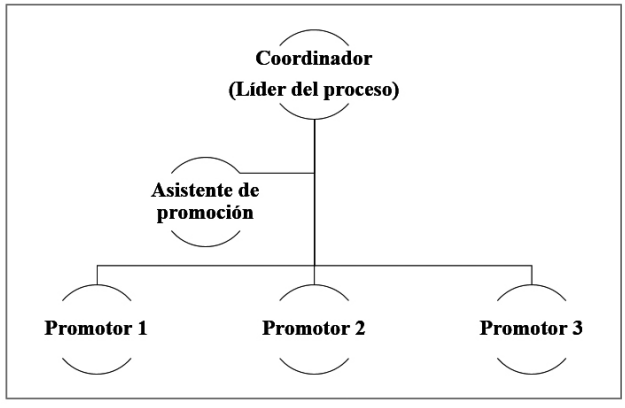
El comunicador social también puede encargarse de la producción de eventos para difundir el mensaje de la donación de sangre. Por ejemplo en las ruedas de prensa, las campañas de promoción de la donación de sangre en días conmemorativos y el lanzamiento de algún nuevo servicio que beneficie a la comunidad, para lo cual requiere del apoyo de todo el equipo de Promoción del Banco de Sangre.

6. Estudiantes y voluntarios

Es importante que los Bancos de Sangre cuenten con un grupo de estudiantes (pasantes universitarios) y voluntarios que apoyen en las colectas de sangre y en las comunidades donde son desarrolladas las actividades de reclutamiento de donantes. Con entrenamiento y un curso de formación en comunicación de la donación de sangre, en la atención al donante de sangre y evaluando su disposición de servir y ayudar a la comunidad, ellos serán un recurso fundamental para las actividades de colectas de sangre.

Una de las funciones principales de ellos, es la atención a los donantes de sangre en la bienvenida en la colecta de sangre. Posteriormente, podrán encargarse de la orientación en el diligenciamiento de la encuesta, atención en el refrigerio y recomendaciones después de la donación de sangre y repartición y recolección de las evaluaciones de satisfacción de los donantes. Asimismo, pueden apoyar el desarrollo de algunas funciones administrativas y de tele-reclutamiento.

Desarrollo de las actividades del Equipo de Promoción



Los estudiantes de carreras de comunicación, publicidad y mercadeo son fundamentales para el diseño y desarrollo de estrategias de comunicación, redes sociales, campañas publicitarias, entre otros. Esto debido a que contribuirán con nuevas ideas que permitirán acercarse a nuevos grupos de posibles donantes.

La estructura organizacional puede resumirse así:

1. Planificación de las jornadas de donación

Es importante tener una programación conjunta en donde se indiquen las actividades a realizar semanal o mensualmente. Esta programación debe contar con información actualizada y visible por todos los miembros del equipo de promoción.

La planificación inicia con la selección, con mínimo un mes de anticipación, de las instituciones entidades o lugares donde serán realizadas las jornadas de donación. La base de datos e información histórica del Banco de Sangre es de gran ayuda durante la etapa de planificación. Es importante, tener presente la meta de recolección proyectada para definir actividades acordes a dicho objetivo.

Otro aspecto relevante a tener en cuenta es la estimación del número de donantes. Para hacer la estimación deberá tenerse en cuenta el 30% o 40% del total de la población visitada y tener presente los siguientes parámetros:

- En universidades y empresas cuyo número de empleados es mayor a 300, el promedio a captar está entre 100 a 180 donantes.
- En empresas en las cuales el número de empleados es menor de 200 se estima un promedio entre 50 a 70 donantes.
- En empresas en las cuales el número de empleados es en promedio entre 80 a 100 personas, el número de donantes se estima entre 30 a 40 personas.
- En empresas o servicios a comunidades donde el número total de personas es menor a 80, el número estimado de donantes es alrededor de 20.

2. Ejecución

Parte del equipo de promoción estará encargado de contactar telefónicamente al líder o persona encargada de organizar los eventos de salud al interior de las organizaciones. Esto con el objetivo de establecer un canal de comunicación para explicar brevemente el objetivo del Programa de Donación de Sangre, y recibir información para planear la jornada de donación y definir la forma de divulgación de la colecta de sangre para la sensibilización de los posibles donantes y sugerir o si es posible concretar una fecha.

Luego es importante enviar una comunicación formal, confirmando la fecha de la jornada y especificar los requisitos necesarios para el óptimo desarrollo de la recolección de sangre.

3. Durante la jornada de donación de sangre

Antes de iniciar la jornada, es fundamental que el equipo de promoción se reúna y verifique la lista de chequeo con todos los aspectos logísticos que necesitará (papelería, material informativo, pendones, equipos médicos, y los recursos necesarios para la atención de los donantes de sangre en la colecta).

Durante todo el proceso, el equipo de promoción debe: (i) invitar permanente a los personas a donar sangre implementando las estrategias de comunicación y sensibilización, (ii) coordinar con el líder de la comunidad los turnos para que pasen a la colecta, (iii) responder a las dudas del donante, y (iv) promover la donación repetitiva. Durante todo el proceso el equipo deberá promover la cultura de la donación habitual de sangre, a fin de obtener reservas de componentes sanguíneos con altos estándares de calidad. Esto consecuentemente irá acompañado de la aplicación de políticas de fidelización de empresas donantes a fin de realizar actividad extramural como mínimo una vez al año a empresas contactadas. Así, podrán concientizar acerca de la importancia de la promoción durante la captación de donantes, involucrando el personal de donación, y crear una cultura y estilo de trabajo que garantice la excelencia en el servicio y atención.

Otro factor importante es suministrar siempre información clara, veraz y oportuna sobre el programa de donación voluntaria de sangre, a través de los diferentes canales de comunicación en que se maneje el proceso.

Recuerde siempre, durante toda la jornada, mantener una actitud positiva, motivadora y de agradecimiento a las personas que se acercan al punto de recolección, con la intención de donar sangre.

4. Después de la colecta de sangre

Es importante reconocer y agradecer a quienes intervinieron en el proceso de la colecta de sangre a través de una comunicación escrita o un boletín informativo destacando su participación. Es recomendable que esta comunicación dé a conocer información, como: cuántas personas donaron por primera vez, cuántos fueron los donantes repetitivos, fotografías de la colecta y notas de educación de los beneficios de donar sangre. También destacando el agradecimiento a quienes autorizaron la realización de la jornada, líderes de la colecta y donantes de sangre que participaron. Este es el punto de partida para programar la siguiente jornada de recolección.

A manera de conclusión, la promoción de la donación de sangre debe ser un programa principal y específico del Banco de Sangre, al que deben destinarse los recursos necesarios para realizar las diferentes actividades que permitan sensibilizar y atender a las personas para convertirlas en donantes habituales de sangre.

La promoción debe realizarse con un equipo profesional de personas que les apasione sensibilizar, motivar y comunicar sobre la importancia de donar sangre. Conocedores de las técnicas eficaces y habilidades para relacionarse con el donante de sangre que le permita despertar una actitud de habitualidad a ser donantes de sangre.

Es importante que el equipo de promoción y atención de donantes realicen de manera continua, actividades de capacitación para el fortalecimiento de sus habilidades blandas que les permita mejorar el relacionamiento con los donantes de sangre.

Con el modernismo del manejo tan amplio de la comunicación digital, es necesario que los bancos de sangre cuenten con un profesional que maneje de manera permanente los mensajes claves a través de las redes, con el fin de mantener la visibilidad de manera permanente y continúa a través de las redes sociales.

Las relaciones públicas constituyen uno de los factores más importantes de la comunicación estratégica y de promoción, que gozan de una buena credibilidad ante los medios masivos de comunicación y son un excelente complemento de la publicidad de los bancos de sangre.

La implementación de la política de servicio y atención a los donantes de sangre es necesaria, a través de un programa que permita mejorar el relacionamiento con los donantes, mejorar la atención que se lleva a los donantes de sangre a la habitualidad y a la fidelización.

Lecturas recomendadas

- Grifols J. Como promocionar la donación de sangre. i Espés. Barcelona 1990.
- Sociedad Española de Transfusión Sanguínea. Planificación de la hemodonación. Granda SETS. [en línea] 1994 [Fecha de acceso 12 de enero de 2017]; Disponible en: https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPública/medicinatransfucional/esquemaHemo/docs/promoDona_libroI.pdfwww.msssi.gob.es/profesionales/saludPública/medicinatransfucional/esquemaHemo/docs/promoDona_libroI.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Elegibilidad para la donación de sangre: Recomendaciones para la educación y la selección de potenciales donantes de sangre. Washington, D.C.: OPS. [en línea] 2009 [Fecha de acceso 12 de enero de 2017];htt://www2.paho.org//hq/dmdocuments/2009/Eligi-Blood09ESP.pdf.
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. INVIMA. ABC Bancos de sangre. Puestos fijos y móviles de recolección. [en línea] [Fecha de acceso 12 de enero de 2017 disponible en: https://www.invima.gov.co/images/stories/ABCpublicidad/ABC-Bancos-de-Sangre.pdf.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Manual de normas, técnicas y administrativas de banco de sangre. [en línea] [Fecha de acceso 12 de enero de 2017]; Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/MANUAL%20DE%20NORMAS%20TECNICAS%20ADMINISTRATIVAS%20Y%20DE%20PROCEDIMIENTOS%20PARA%20BANCOS%20DE%20SANGRE.pdf

Capítulo 16

Cómo Organizar Colectas de Sangre

Mónica Pesántez. Médico Cirujano General. Programa de desarrollo gerencial. Gerente Hemocentro Nacional Cruz Roja Ecuatoriana. Ecuador. Email: monica_pesantezp@hotmail.com mpesantez@cruzroja.org.ec

Introducción

Colecta (del lat. *collecta*, part. de *colligere*.) significa "recaudación de donativos voluntarios, generalmente para fines benéficos*"*.. Para el caso concreto de la donación de sangre, la colecta implica captar unidades de sangre provenientes de donantes de sangre para lograr así un suministro adecuado de sangre.

Las colectas de donación voluntaria de sangre constituyen una estrategia que la utilizan la mayoría de servicios de sangre así como las asociaciones de donantes, para mantener un adecuado abastecimiento de sangre en sus servicios, y para fomentar la cultura de la donación voluntaria de sangre en la comunidad. Es una estrategia que se ha aplicado con éxito en algunos países que buscaron cambiar la donación compensatoria o familiar por la donación voluntaria y altruista de sangre (Kaskraian L, 2010).

En esa medida, las colectas constituyen una oferta de servicio que se brinda a los donantes voluntarios de sangre en un sitio fijo o en un lugar externo al banco de sangre que puede ser un local temporal o un lugar abierto. Así, podemos establecer dos tipos de colecta de unidades de sangre: por un lado, las colectas intramurales, internas o fijas cuando se realizan dentro del banco de sangre o en un área o local fijo destinado para ello; y, por otro, las colectas extramurales, externas o colectas móviles que se realizan fuera del banco de sangre, en cualquier lugar en el que exista un área adecuada, un área en la que se pueda levantar un campamento de donación voluntaria de sangre o parquear una unidad móvil equipada para el efecto. Con las colectas externas o extramurales se busca facilitar el acceso a la donación –evitar que la población tenga que desplazarse a los puestos fijos de los bancos de sangre que atienden en horarios reducidos–, aumentar la concurrencia de los donantes, llegar al público en general o a grupos específicos de donantes.

Según el número de donantes a captar en determinada población, proyectos con la comunidad, instituciones y/o empresas, las colectas pueden ser de menor tamaño o hasta masivas, pero siempre coordinadas con base en los requerimientos específicos del servicio de sangre. Las colectas de sangre, siempre deben estar coordinadas con el Director del Centro de Sangre a quien se abastece. De esta manera, el Director establece su inventario requerido con sustento en cálculos como aquellos establecidos en el Manual AABB (Rae M, 2007).

Además, al realizar colectas resulta imprescindible ejecutarlas en ambientes seguros que reúnan todas las condiciones de confort e higiene a fin de que los donantes voluntarios de sangre se sientan tranquilos y en un ambiente agradable. Por lo mismo, toda colecta demanda una organización previa, personal capacitado e insumos y materiales suficientes y adecuados que garanticen una atención ágil y de calidad a los donantes así como, una captación efectiva de unidades de sangre y un manejo correcto de la sangre colectada que permita la obtención de productos sanguíneos seguros y de calidad. Es innegable que una colecta exitosa dependerá de su organización y del equipo que la lleve a cabo (Kumar AN, 2013).

Si bien las colectas, tanto externas como las realizadas en los puestos fijos de recolección de sangre, permiten contar con materia prima para la elaboración de productos sanguíneos y, de esta forma, cubrir la demanda de ellos en una determinada población, hay épocas del año en que se reduce el número de donantes voluntarios como es el caso de los feriados y vacaciones; épocas en las que se requiere realizar un mayor número de colectas o colectas de mayor volumen que permitan cubrir la demanda de sangre y asegurar la autosuficiencia y seguridad transfusional de los productos sanguíneos, en un marco de garantía de calidad. Es en estas épocas cuando se requiere contar con colectas exitosas que se constituyen en una estrategia salvadora que está al alcance de todos los servicios de sangre.

Adicionalmente, organizar colectas de sangre exitosas implica previamente haber realizado un trabajo de promoción sobre el proceso de la donación de sangre y la importancia de donar sangre. Por ende, se ha de comprender con claridad qué implica la promoción de la donación voluntaria de sangre. De acuerdo con la acepción del término recogida por el diccionario de la Real Academia Española se entiende por promoción a "la acción o efecto de promover, iniciar una cosa promoviendo su logro". Como se desprende de la definición referida, promover implica fomentar una idea o concepto a un público objetivo, en otras palabras, es una forma de comunicación. Dicho de otro modo, la promoción envuelve un conjunto de actividades que se realizan para comunicar apropiadamente un mensaje a un público objetivo, con la finalidad de lograr un cambio en sus conocimientos, creencias o sentimientos, a favor de una organización o de un objetivo determinado.

Bajo esta lógica, la promoción de la donación de sangre es el proceso que se utiliza para transmitir el mensaje de la importancia de donar sangre y se la puede realizar a través de diferentes canales o medios. El mensaje es dirigido hacia un público, potencial donante de sangre, que actúa como su receptor, este público decodifica o interpreta el mensaje en función de la forma como fue codificado, los medios o canales por los que se lo transmitió y en función de su capacidad o interés para hacerlo. Finalmente, este público emite una respuesta de cómo percibió el mensaje y se acerca a donar o no lo hace (Cabezas AL, 2006). La promoción utiliza el marketing aplicado al proceso de la donación de sangre.

La promoción de la donación voluntaria de sangre, es pues, una actividad permanente, creativa y multidisciplinaria que debe implicar una estrategia nacional en la comunidad –que envuelve información, educación, comunicación, sensibilización, motivación–, y con el personal de los servicios de sangre. Mediante la promoción de la donación de sangre se contemplan dos grandes objetivos: por una parte, un objetivo promocional directo que es el potencial donante de sangre; y, por otro, un objetivo promocional indirecto que abarca a toda la sociedad quien debe mentalizarse a actuar de manera solidaria como principio básico así como con responsabilidad social. En consecuencia, mientras más informada esté la población se obtendrán donantes más comprometidos (Alfonso ME, 2002).

Colecta móvil/externa/extramural

Estas colectas ayudan a alcanzar un suministro adecuado de sangre, a promocionar la donación voluntaria de sangre en la comunidad, a crear nuevos grupos de donantes y a acercarse y dar facilidades para donar a quienes ya lo han hecho anteriormente. Para llevar a cabo una colecta de sangre extramural, se deben cubrir algunos asuntos, entre otros, planear la colecta, organizar el equipo necesario, promocionar y difundirla, realizar las actividades propias del reclutamiento de donantes y colecta de sangre y finalmente, evaluar y analizar los resultados.

Con el propósito de demostrar de forma práctica la organización de una colecta se ha tomado como ejemplo el trabajo operativo de los centros colectores de Cruz Roja Ecuatoriana. Las colectas referidas, están bajo el liderazgo bien sea del Director del Banco de Sangre o del Centro de Colecta; el rol de liderazgo es clave y desafiante pues la persona al mando debe adoptar varias funciones a fin de asegurarse que la colecta funcione apropiadamente (Schaffler H, 2010). Además, el trabajo de las colectas es ante todo un trabajo de equipo orientado a la satisfacción del donante. A continuación se establecen las etapas o pasos a seguir para organizar una colecta externa de sangre de la manera más eficiente posible.

1. Establecer una meta: ¿cuántas unidades de sangre se prevé obtener?

La meta se determina según las necesidades de sangre, es decir, acorde con la demanda diaria, semanal o mensual de sangre de la zona de influencia de cada banco de sangre o hemocentro. Según la misma, se organizan colectas de menor o mayor tamaño cuya frecuencia puede ser diaria o semanal. Adicionalmente, cada banco de sangre establece sus costos y busca optimizar los mismos respecto de la colecta para lo cual es conveniente contar con una meta mínima que cubra costos así como trabajar con organizaciones que tengan

un mayor número de potenciales donantes a los de la meta mínima prevista. De igual manera, para cumplir la meta pueden también realizarse dos o tres colectas pequeñas en un mismo lugar o en sitios o poblaciones cercanos.

La meta hay que medirla; para ello, se lleva un registro de donantes por colecta, en el mismo se ingresan los siguientes datos: (i) el lugar de la colecta; (ii) el nombre del donante; (iii) el código alfanumérico del donante; (iv) el número de donaciones que registra el donante; y (v) si el donante es aceptado o diferido, así como la causa de dicho diferimiento.

Además, al fijar la meta, se debe establecer un número más alto de donantes al que realmente se pretende alcanzar pues se debe considerar que habrá una proporción de personas que no podrán donar, es decir, que serán diferidas ya sea temporal o permanentemente por diferentes razones tales como estar cursando un estado gripal, no alcanzar el peso, etc. Por lo mismo, el porcentaje de diferimiento se debe calcular luego de cada colecta. Concretamente, el porcentaje de diferidos se obtiene dividiendo el total de donantes que acuden a donar frente al total de donantes que efectivamente pudieron donar (Krishna M, 2015).

Finalmente, dado que con la colecta también se busca fomentar la cultura de donación voluntaria en la población, jamás debe dejar de atender a cualquier grupo humano motivado a donar por más pequeño que sea.

2. Determinar el público objetivo: ¿cuál es el público ideal?

En principio, todo ciudadano es susceptible de ser donante voluntario de sangre. Sin embargo, con el fin de tutelar la seguridad y calidad de la sangre siempre se debe buscar captar donaciones de la población sana o de bajo riesgo mayor de edad o de la edad que establezca la normativa de cada país, solidaria y con ánimo de donar (Gutiérrez, 2015). Para alcanzar esta finalidad es muy importante revisar los datos estadísticos de salud de la zona así como revisar el análisis de las colectas, su porcentaje de diferimiento, las causas de dicho diferimiento y su porcentaje de seroreactividad o de pruebas infecciosas positivas. En términos generales, la sangre y componentes sanguíneos más seguros son aquellos que provienen de donantes voluntarios con prácticas de vida saludables. En otras palabras, el perfil de un donante idóneo constituye el de una persona que tiene la capacidad y competencia de decidir serlo por su propia voluntad, es consciente de sus hábitos y estado de salud y además está informado sobre los requisitos y procedimientos a seguir (Orlovetskaya A, 2016).

3. Realizar un mapeo de posibles donantes de sangre

En la localidad, ciudad o región en la que se lleve a cabo la colecta se debe efectuar un mapeo de potenciales donantes voluntarios de sangre, es decir, un registro completo de todos los lugares posibles en donde se pueden captar potenciales donantes de sangre para así alcanzar el objetivo deseado. El mapeo no implica limitarse a realizar un simple listado de potenciales donantes sino que debe involucrar la elaboración de un registro completo que incluya los siguientes datos de cada organización: (i) nombre; (ii) ubicación; (iii) teléfono; (iv) actividades, objetivos o roles que desarrollan; y, (v) número de miembros. Además, se clasifica a las organizaciones según las actividades que ejecutan agrupando a aquellas que persiguen objetivos similares.

Bajo esta lógica, al realizar el mapeo de actores se debe responder la interrogante ¿Dónde se pueden encontrar potenciales donantes? La respuesta a tal cuestionamiento es sencilla, pues los donantes de sangre se encuentran en cualquier grupo humano, a manera de ejemplo, en: (i) organizaciones, colegios, universidades, empresas, fábricas, iglesias, entre otros; (ii) lugares públicos como parques, plazas, centros comerciales; (iii) asociaciones de profesionales, clubes sociales y deportivos y otras agrupaciones de similar naturaleza; y, (iv) eventos a donde acude la gente en forma masiva, eventos afines de salud, ferias, entre otros.

4. Contactar a los potenciales donantes y realizar un acercamiento

Al organizar la colecta de sangre se debe contactar a las distintas organizaciones, empresas, clubes, asociaciones y otras entidades de similar naturaleza de su mapeo. Con tal propósito, se debe enviar una carta de presentación a cada una de las instituciones que se considere relevante para atraer donantes voluntarios. En dicha carta se debe incluir como mínimo: (i) una breve introducción acerca del banco de sangre que está organizando la colecta; (ii) una explicación concisa de la necesidad de sangre en el país así como respecto de la importancia de contar con grupos de donantes voluntarios de sangre; y, (iii) finalmente, se debe solicitar una entrevista de coordinación. Durante el proceso mencionado, es crucial realizar una seguimiento adecuado a la carta ya sea mediante llamadas telefónicas, correo electrónico u otros medios apropiados. Por último, si se obtiene una respuesta positiva, es importante concertar una reunión de coordinación a fin de solventar cualquier duda, organizar la colecta y resolver los asuntos que se detallan en los párrafos subsiguientes.

5. Realizar una reunión de coordinación

Una vez que se obtiene una respuesta favorable de la institución a la que se remitió la carta, se debe concretar una reunión de coordinación. Para estar adecuadamente preparado para llevar a cabo la reunión, es importante tomar en cuenta las siguientes recomendaciones. En primer lugar, todos los asistentes que representen al banco de sangre deben acudir puntuales y contar con sus credenciales de identificación. Además, deben llevar el material informativo pertinente sobre las condiciones de salud del potencial donante, el proceso de donación, las posibles reacciones adversas que se pueden presentar, las enfermedades infecciosas transmisibles por sangre, entre otros aspectos relevantes de la donación.

Dado que la colecta es un proceso largo que implica un gran esfuerzo de coordinación es crucial que en la reunión también se establezca una persona de contacto en la entidad con quien se puedan profundizar y coordinar todos los detalles relativos a ésta. De igual manera, es importante que siempre se involucren los líderes de la organización; concretamente es conveniente lograr que éstos se comprometan a donar el día de la colecta pues su ejemplo atraerá a sus demás compañeros a donar.

Entre otros detalles relevantes que se deben concretar en la reunión se encuentra el determinar el área de la institución requerida para la realización de la colecta – ésta debe ser cómoda, ventilada y con suficiente luz–. Así, por ejemplo, si se va a colocar una unidad móvil de colecta se debe determinar el lugar apropiado para su estacionamiento. En el mismo sentido, si se va a colocar un campamento es necesario establecer el lugar y el espacio requerido en donde éste se va instalar para llevar a cabo la colecta. Es también importante fijar el horario de la colecta analizando que éste interfiera en la menor medida de lo posible con las actividades de la organización donante, por ejemplo, en el caso de universidades se debe buscar evitar las épocas de rendición de exámenes o de vacunación.

Además de coordinar los detalles indicados, también se debe: (i) acordar el horario de la charla de sensibilización o la forma en que se realizará la sensibilización y motivación de los potenciales donantes; (ii) obtener, si hay necesidad, los permisos requeridos por la autoridad de gobierno local, municipal, o distrital, para el uso de un parque, plaza, u otro espacio público; (iii) determinar el paquete de información a difundir, los artes para la reproducción de afiches y volantes, manejo de la promoción dentro de la organización –hay organizaciones con las cuales se puede trabajar un plan de comunicación y difusión a través de posters, volantes, correos electrónicos, etc.–; y, (iv) en caso de tratarse de una campaña de colecta más grande, puede ser necesario realizar una gestión adecuada para obtener auspicios para publicidad, refrigerios, pequeños incentivos, presentación de artistas u otras actividades lúdicas o de promoción.

6. Establecer un cronograma

Se debe fijar un cronograma, calendario o plan de trabajo operativo semanal, mensual y anual en el cual se registren todas las colectas a realizar. Es conveniente tratar de programar o agendar a cada organización dos veces en el año o en su defecto por lo menos una vez en las mismas fechas de donaciones anteriores así, cada año, el calendario será más completo. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que siempre es difícil mantener un cronograma pues éste depende de la voluntad de las organizaciones de potenciales donantes. Por lo tanto, como el cronograma está sujeto a variaciones, siempre se debe tratar de contar con organizaciones, facultades universitarias o espacios donde exista gente dispuesta a donar para así suplir la falta de alguna colecta programada y no afectar la meta. Además, debido a la posibilidad de cambios de última hora siempre es clave el seguimiento permanente y la reconfirmación de colectas (Pichardo MJ, 2011).

7. Ejecutar actividades de motivación y sensibilización.

Estas actividades las realiza un promotor de la donación voluntaria de sangre quien es generalmente un comunicador, psicólogo o médico. La persona en cuestión debe contar con la formación adecuada sobre la sangre, sus usos y sobre todo acerca del proceso de donación de sangre, los requisitos necesarios para poder donar, las condiciones que impiden la donación de sangre, ya sea de manera temporal o definitiva, las posibles reacciones adversas, entre otros aspectos relevantes, pues debe estar preparada para despejar cualquier duda de los potenciales donantes. De igual manera, debe adaptar su lenguaje al tipo de público al que dirija su mensaje para que así éste sea recibido de la mejor manera posible. La preparación adecuada de la persona encargada de ejecutar esta actividad es crucial pues un mayor nivel de información sobre la donación y su problemática facilita la predisposición a donar sangre.

Durante la realización de esta actividad se entrega material informativo y, cuando se trata de colectas en colegios con estudiantes de 16 o 17 años, puede ser necesaria la entrega de un consentimiento informado mediante el cual los padres autoricen a sus hijos a donar. Claro está que ello dependerá de las leyes aplicables en cada país, a manera de ejemplo, la ley ecuatoriana establece que se puede donar a partir de los 17 años de

edad pero que hasta alcanzar la mayoría de edad –18 años– el donante potencial requiere una autorización previa de sus padres.

8. Determinar el equipo de trabajo necesario

Al realizar una colecta, es necesario determinar el equipo humano que debe integrarse para que ésta se lleve a cabo adecuadamente. Un equipo básico de colecta está constituido por: (i) un seleccionador –médico, enfermera, tecnólogo médico–; (ii) un flebotomista –tecnólogo médico, técnico en emergencias médicas o enfermera–; (iii) un conductor; y, (iv) un promotor –puede ser un voluntario, trabajador social, comunicador, especialista en mercadeo, vendedor–. En términos generales, el recurso humano, número de personal de trabajo y de apoyo que se requiere para la realización de la colecta de sangre será determinado según la meta a alcanzar establecida por el centro de sangre que requiere captar unidades de sangre. De igual forma, según la meta fijada, se determinará el tamaño del campamento y el equipamiento requerido.

Cada miembro del equipo debe tener un rol concreto que cumplir, debe conocer la meta de captación a alcanzar y estar debidamente motivado. Así, por ejemplo, el reclutador es un motivador que el día de la colecta motiva e inspira cara a cara al potencial donante y lo acompaña hasta el punto de donación. Por su parte, el líder de la colecta es el máximo responsable de la misma y generalmente en un equipo básico, es el seleccionador –médico, enfermera, tecnólogo médico–. El líder tiene un papel clave pues debe supervisar a sus compañeros y además adoptar una serie de roles desde ser el jefe a ser parte del personal y suplir cualquier deficiencia en el mismo de ser el caso (Schaffler H, 2010).

En general, el seleccionador y el flebotomista integran el personal de atención. Por su parte, el personal de promoción está constituido por un promotor líder y otros promotores, según tamaño de la colecta, que pueden ser voluntarios capacitados en mercadeo cara a cara. En caso de ser necesario, dependiendo de la magnitud de la colecta, se debe contar con personal de apoyo. El personal de apoyo se utiliza en colectas masivas o de gran captación y está conformado por personal de logística que asiste en la colocación de carpas, camillas, mesas y equipos así como con el almacenamiento de las unidades de sangre y su traslado al banco cumpliendo a cabalidad con los controles de embalaje temperatura y tiempo de transporte. Además, el personal de apoyo generalmente ayuda en el proceso de agitación de unidades de sangre para evitar que se formen coágulos y sella las unidades cuando éstas alcanzan el volumen y el peso de extracción. Finalmente, también se debe contar con personal de limpieza para así garantizar las condiciones de higiene necesarias en una colecta.

9. Alistar el material y equipo necesario para la colecta

Según el número de potenciales donantes y según el tipo de colecta que se realice –unidad móvil, campamento– se debe determinar la cantidad de equipos y material necesario. Es conveniente realizar y mantener un listado de todo el material requerido; de esta manera, se evitan olvidos que pueden afectar el desarrollo y éxito de la colecta, ocasionar problemas con los potenciales donantes o con la organización donadora. En el listado detallado a continuación se coloca la cantidad de material y equipos que se requieren para llevar a cabo una colecta básica. Es importante tomar en cuenta que la capacidad de colecta con un equipo mínimo –tres, cuatro camillas– en una jornada laboral de ocho horas es entre 50-70 donantes. Lo anterior considerando que en promedio captar una unidad de sangre toma un tiempo aproximado de 20-30 minutos. A continuación, se establece un listado modelo a manera de ejemplo, que deberá ajustarse según las necesidades de equipo y materiales que presente cada equipo de colecta.

En general, para realizar una colecta eficiente es importante contar con equipos suficientes según la meta a alcanzar para así reducir el tiempo de espera de los potenciales donantes. Además, los materiales y equipos empleados para este tipo de colectas deben ser portátiles, de fácil transportación y uso tales como: carpas de fácil armado y extensión acorde con el número de donantes, sillas de donación portátiles confortables y seguras, balanzas portátiles y a pilas, tensiómetros digitales, hemoglobinómetros portátiles, coolers con termómetros que permitan el registro permanente de temperatura durante el transporte de la sangre, entre otros. Por último para evitar cualquier inconveniente el día de la colecta, todos los equipos y materiales necesarios deben haber tenido mantenimientos preventivos y correctivos y, de ser el caso, haber sido renovados oportunamente.

10. Establecer un croquis del campamento

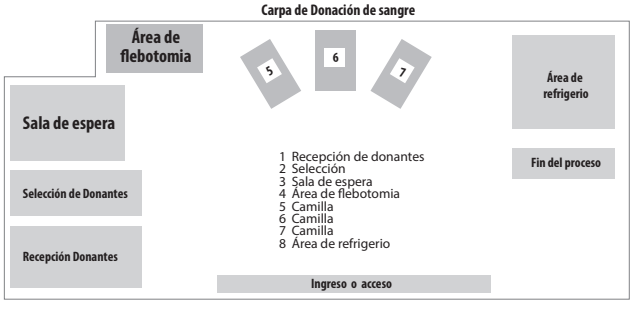
El croquis del campamento establece la ubicación de cada una de las áreas de la colecta, el material y los equipos de acuerdo con el espacio provisto para el efecto. Un croquis adecuado debe incluir: (i) área de

Tabla No. 1: Listado de materiales de una colecta básica

Equipamiento	Cantidad	Equipamiento	Cantidad
Atomizadores	4	Torundero con tapa	4
Hemocue	1	Lancetas	1 caja de 100
Alcohol yodado	1 frasco	Torniquetes	4
Tensiómetro	1	Fonendoscopio	1
Tijeras quirúrgicas	4	Termómetro de frente	1
Gafas protectoras	1/cada persona del equipo	Pinzas mosquito	4
Rodillos	2	Sillones para donación/camillas	4
Carpas 6x4 y dos paredes adicionales para separación de áreas de selección y refrigerio	2	Mesa pequeña	1/por cada 2 camillas
Mesas para registro, selección y examen de donantes y entrega de refrigerio	3	Biombo para separar área de selección confidencial	1
Sillas	10	Manteles	3
Cobijas	4	Sábanas	4
Almohadas	4	Balanzas portátiles con agitador de bolsa	4
Balanza para donantes	1	Sellador	1
Bolsas colectoras de sangre	Según meta	Códigos para donantes, bolsas fichas, tubos	Según meta
Tubos para muestras de laboratorio	Según meta y pruebas obligatorias de inmunohematología, serología y biología molecular	Geles	8
Curitas	1 caja de 100	Caja transportadora de sangre	4
Guardianes o contenedores para la colecta de material infeccioso	4	Basureros	6
Fundas rojas para basura	8	Fundas de basura	4
Material informativo y de publicidad	Para 50	Refrigerios para donantes/agua	Para 50
Botiquín	1	Planta portátil de requerirse	1
Extensión eléctrica (20 m)	2		

espera y recepción; (ii) área de registro y llenado de cuestionario de donantes; (iii) área de selección y examen de donantes; (iv) área de flebotomía y descanso; y, (v) área de entrega de refrigerios. La ubicación del campamento debe estar siempre en un lugar visible, con conexión a la red de electricidad y contar con servicios sanitarios cercanos. Si bien la organización del campamento se realiza en función del área proporcionada para operarlo y según la meta a cubrir, independientemente del área asignada, siempre se debe buscar una distribución del campamento que facilite el flujo de donantes. A continuación, a manera ejemplificativa, se incluyen dos gráficas que demuestran el croquis de una colecta básica y el croquis de una colecta masiva.

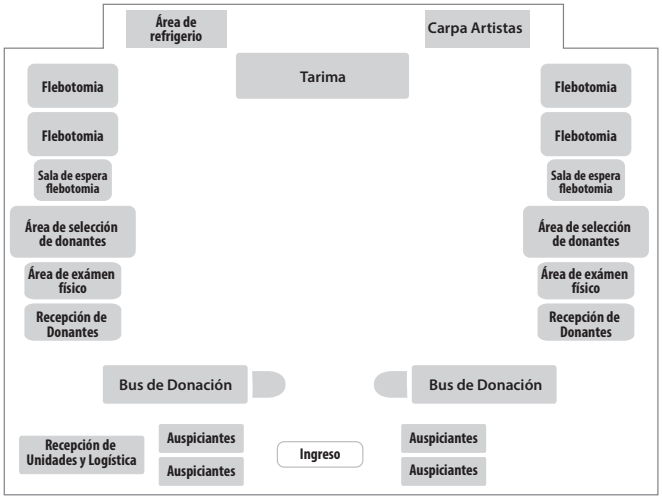
Figura No 1: Croquis para una colecta básica



11. Colecta

El día que se realiza la colecta, el donante potencial sigue el siguiente flujo. En primer lugar, el donante ingresa por el área de espera, se registra y recibe una ficha de donante y un cuestionario. La ficha de donante contiene un primer espacio para datos de filiación –nombres completos, documento de identidad, teléfono, dirección, edad, entre otros–. El cuestionario contiene una serie de preguntas que permiten al examinador determinar si el donante puede efectivamente donar o

Figura No. 2: Croquis para una colecta masiva



no y, de esta forma, proteger tanto la salud del donante como de quién va a recibir su sangre. Una vez diligenciados ambos documentos, el donante firma la ficha y otorga un consentimiento informando ratificando que sus respuestas son veraces y concediendo su autorización para que le extraigan muestras para pruebas de laboratorio cuyos resultados son confidenciales y sólo serán informados al donante en caso de ser reactivos. Es importante considerar que, en la mayoría de países, la ficha de donante de sangre está determinada o aprobada por la autoridad de salud pública.

Como recomendaciones, se debe tomar en cuenta que durante esta etapa el donante debe contar con un apoyadocumentos para facilitar el llenado de la ficha. Además, se puede aprovechar esta oportunidad para entregar material informativo sobre el proceso de donación para que el donante se instruya mientras espera. En cuanto a la ficha, es de suma importancia revisar que esté completamente llena, con letra legible pues es un documento de índole legal que debe ser llenado de forma correcta y almacenado de acuerdo con el tiempo que determina la normativa de cada país. Finalmente, para facilitar el proceso de llenado de la ficha y conservación de datos, algunos bancos de sangre trabajan con la ficha computarizada.

Una vez culminada la primera etapa, el donante potencial pasa a su examen físico. En este examen se realiza un control y registro de la tensión arterial, frecuencia cardíaca, peso y temperatura, y se efectúa un examen del nivel de hemoglobina del donante. El profesional médico o de enfermería orienta y profundiza en las preguntas del cuestionario, se asegura de cada respuesta, identifica factores de riesgo que puedan impedir la donación y otorga al donante asesoría sobre la autoexclusión, es decir, sobre el fragmento desprendible de la ficha en el cual el donante –de manera confidencial– establece si su sangre se puede utilizar o no; este desprendible lo puede llenar la persona mientras dona o al terminar su donación, y depositarlo en un buzón específico para tal efecto. Además, el examinador, cuando cuenta con una base de datos informatizada en una *tablet* o en una portátil, revisa si el donante ha tenido donaciones anteriores y si ha sido diferido por alguna causa. De lo contrario, este proceso lo realizan posteriormente, en el banco de sangre, al ingresar la ficha del donante. Es fundamental tomar en cuenta que el ambiente para esta etapa debe ser lo más privado posible –puede ser un consultorio, un área separada con un biombo, o en un campamento, un área separada con paredes de carpa o bien una carpa aparte– para que el donante pueda expresarse con sinceridad y decidir de manera responsable si dona o no.

Al analizar si una persona puede donar o no, el examinador debe contar con la normativa de selección de donantes de su país y la normativa internacional aplicable donde se establecen los valores de signos vitales y hemoglobina aceptables, las causas de diferimiento temporal y sus períodos de tiempo, así como las causas de diferimiento permanente. Por lo mismo, esta normativa debe estar al alcance del personal o éste debe contar con resúmenes o extractos de la misma que apoyen su trabajo, como por ejemplo cuadros de diferimiento por vacunas, por enfermedades tropicales, rangos de signos vitales, medicamentos que impiden la donación, entre otros datos relevantes. Si el donante es diferido temporal o permanentemente, el examinador debe explicarle las razones de tal decisión e invitarlo a donar cuando se cumpla el período de diferimiento o bien explicarle por qué nunca debería donar (Hillgrove T, 2012).

Si el donante es aceptado, el examinador coloca la codificación respectiva incorporando un código alfanumérico en la ficha del donante, y copias del mismo código alfanumérico en los tubos para muestras del donante, en las bolsas de extracción –en cada una de ellas según el tipo de bolsa y en la manguera del plasma que luego del procesamiento se reservará como plasmateca–. Para mayor seguridad, se puede también colocar el mismo código alfanumérico en el pecho del donante. El tipo de bolsa a utilizar en la extracción de sangre en la colecta, debe haber sido previamente coordinado con el Director de Banco de Sangre o su delegado, y se debe examinar la integridad de la misma.

Posteriormente, el donante –con su ficha, tubos y bolsa respectiva– es conducido al área de flebotomía en donde es ubicado en una camilla o silla de donación. Una vez ubicado, el personal del área pregunta el nombre del donante y revisa que éste coincida con la ficha, constatando que se conserve la misma codificación en

la ficha, bolsas y tubos. Cabe señalar que el momento de la codificación varía según el procedimiento de cada banco de sangre, así, algunos lo realizan en la ficha del donante una vez que éste es aceptado y en el área de flebotomía escogen la bolsas y las codifican junto con los tubos. Independientemente del momento en el que se realice la codificación, lo importante es verificar que tanto la ficha como los tubos y bolsas correspondan al donante y a la misma codificación.

Realizada la verificación referida, el flebotomista toma la bolsa y tubos piloto, hace un nudo flojo en la manguera de la bolsa principal de extracción, explica al donante detalladamente el procedimiento a realizar y le solicita que se recueste en la camilla, se doble las mangas de su prenda de vestir y deje descubierta la piel del antebrazo. Con ello, el flebotomista procede a realizar una inspección visual y con el tacto de la zona antecubital de ambos brazos del donante, coloca y ajusta moderadamente un torniquete, unos 10 cm por arriba del pliegue del codo, en la parte media del antebrazo. Colocado el torniquete, solicita al donante que empuñe la mano y lo abra y cierre repetidamente mientras selecciona la vena de mayor calibre. Elegida la vena correcta, el flebotomista realiza la asepsia de la zona en forma circular de adentro hacia fuera y procede a realizar la punción de la vena con el bisel de la aguja hacia arriba. Debe ejecutar un pinchazo suave y limpio, asegurar con esparadrapo la aguja y la manguera de la bolsa sobre el brazo del donante. Finalmente, debe solicitar al donante que abra y cierre la mano durante la recolección de la sangre. Durante la extracción, resulta crucial no desatender al donante pues éste debe sentirse cuidado.

Adicionalmente, la bolsa debe colocarse por debajo del nivel del brazo en la balanza agitadora. Una vez terminada la extracción, dentro del volumen y el peso requeridos de la unidad de sangre, se cierra el nudo, se pinza y corta la manguera sobre el nudo. De igual manera, se realiza la extracción de muestras en los tubos piloto. Cumplido ello, se afloja el torniquete, se retira la cinta adhesiva, se coloca una torunda de algodón seca sobre el sitio pinchado y se retira la aguja. Finalmente, debe solicitarse al donante que se presione el sitio del pinchazo durante 3 a 5 minutos, sin doblar el brazo.

Para completar el proceso adecuadamente, el flebotomista debe rodillar la manguera o tubuladura del equipo con la unidad de sangre extraída, 2 a 3 veces para que la sangre remanente en la manguera se mezcle con el anticoagulante de la bolsa. Las unidades de sangre colectadas deben conservarse a temperatura ambiente durante 10 a 15 minutos. Como último paso, el flebotomista debe llenar la ficha del donante en la parte correspondiente a la flebotomía e incluir los datos pertinentes tales como tipo de bolsa, código, tiempo de extracción, entre otros (Ahmed N, 2013).

Culminado el proceso de extracción, tiene lugar la última etapa: el descanso y refrigerio. Para asegurar el bienestar del donante, se le debe solicitar que descanse durante 10 minutos; durante este tiempo se debe cuidar que el donante no presente reacciones adversas. Además, se le debe entregar una hoja informativa con los cuidados posteriores a la donación que debe adoptar así como realizar la entrega de su carnet de donante voluntario de sangre. Nuevamente, en esta etapa, se debe reforzar al donante acerca de la importancia de llenar el desprendible de la autoexclusión voluntaria y confidencial, que se debe colocar en el buzón de autoexclusiones. Cumplido el tiempo de descanso, se conduce el donante al área de refrigerio en donde se aprovecha la oportunidad para charlar con él, pedirle que llene la encuesta de satisfacción, agradecerle su donación y animarlo a una nueva donación conforme a los intervalos exigidos por la normativa aplicable.

Se entrega al donante un refrigerio, lo más saludable posible, como una bebida de origen natural –agua, té, jugos– y un acompañante ligero –fruta, bocadillo, galletas– con la finalidad de aportar a la recuperación de la volemia. Algunos bancos de sangre entregan recordatorios o incentivos a sus donantes tales como llaveros, lápices, camisetas, tickets para almuerzos o cine, entre otros. Sobre este punto, los criterios de cada banco de sangre difieren pues algunos sostienen que como su nombre lo indica la donación es voluntaria mientras otros reconocen que si bien los donantes voluntarios no esperan nada cambio, entregar un pequeño presente constituye un agradecimiento atractivo. Es preferible y más seguro que la donación tenga una motivación intrínseca que no requiere de incentivos o presentes; estas personas donan de corazón, con una clara motivación prosocial (Ferrari J, 1985).

12. Embalaje y envío

Respecto del embalaje y envío de las unidades de sangre resulta imperativo mantener la cadena de frío. Por ende, se debe preparar un cooler o caja transportadora de sangre, con geles congelados en la parte inferior cubiertos con un aislante como fundas de aluminio obtenidas de los equipos. Se deben colocar las unidades de sangre paradas, una delante de la otra, dejando un espacio para que fluya el ambiente frío. Una vez organizadas las unidades, se debe tomar su temperatura utilizando un termómetro de sangre y luego proceder a colocar más aislante y geles encima de las unidades. Adicionalmente, se debe registrar en la hoja de registro de envío el número de unidades, código, temperatura,

número de fichas, número de tubos, la firma del flebotomista y la hora de entrega. Para realizar un embalaje adecuado, es pertinente contar con cajas de diferentes tamaños, cada una con una capacidad preestablecida así como con el número de geles requeridos. De igual manera, durante el transporte, se deben realizar pruebas de temperatura para determinar la conservación apropiada de las unidades de sangre o bien utilizar dispositivos de control y registro de temperatura permanente. En general, la mayoría de bancos de sangre cuentan con transporte termorefrigerado.

Dependiendo de la distancia a la que se encuentra el banco de sangre y del tipo de productos en los que se va a fraccionar la sangre, las unidades pueden ser conservadas en refrigeración a una temperatura 2 a 10 grados centígrados por un período de 72 horas o mantenidas a temperatura ambiente estable entre 20 a 24 grados centígrados por 24 horas previo a su procesamiento. Finalmente, los tubos se deben colocar junto con las muestras en gradillas adecuadas. Es recomendable utilizar papel film, papel de embalaje o en su defecto bolsas de aluminio o plástico bien selladas con cinta adhesiva para asegurar los tubos en sus respectivas gradillas o tuberas, evitando el esparcimiento o movimiento de estos durante el envío.

13.Agradecimiento

Finalizada la colecta, es muy importante enviar cartas de agradecimiento a los donantes, a la organización y a quienes han apoyado o auspiciado la colecta. Incluso, hay bancos de sangre que entregan un diploma a la institución señalando el número de unidades colectadas. En la carta de agradecimiento, se puede sugerir la programación de una nueva colecta. Agradecer resulta crucial, tanto los donantes como la institución deben sentir que su aporte es valorado.

14.Evaluación

Las colectas deben ser manejadas de la manera más eficiente en cada una de sus etapas; de lo contrario, puede verse afectado el abastecimiento del banco de sangre y, por lo tanto, la atención a los pacientes. Por tal motivo, toda colecta debe ser evaluada con el fin de analizar las causas de errores, implementar soluciones y mejorar el servicio al cliente para futuras colectas (Bourget S, 2003). Así, al realizar la evaluación, se deben tabular las encuestas de satisfacción de donantes, analizar los indicadores de resultados y rendimiento así como las razones de cancelación de colectas programadas. Además, cada cierto tiempo se debe evaluar la actitud del equipo, el clima laboral, la cantidad de personal, la suficiencia del presupuesto, las necesidades de capacitación, entre otros. Por último, de manera permanente se debe evaluar el resultado de las estrategias de promoción que maneja el banco de sangre.

Colectas con aliados

Cuando hay épocas del año difíciles para colectas normales como es el caso de la época de vacaciones, puede ser necesario realizar colectas más grandes en parques o plazas. Para tal propósito, es conveniente contar con aliados que promocionen la colecta y ayuden a atraer donantes nuevos, por ejemplo, invitando a artistas que canten y ofrezcan un show sin costo, logrando que empresas de alimentos puedan ofrecer productos para el refrigerio de los donantes e incorporando atracciones para la familia y los niños como actividades lúdicas. Además, en estas colectas pueden participar otros actores que oferten otros servicios tales como exámenes de laboratorio, servicios de nutrición, primeros auxilios de tal manera que la colecta se convierte en una fiesta familiar atractiva.

Evidentemente, estas colectas implican una coordinación con los diferentes auspiciantes y una mayor organización del campamento. Así, se debe coordinar el espacio para cada auspiciante, la tarima para los artistas, la cantidad de material, equipos y personal de atención conforme a la meta esperada, entre otros aspectos relevantes. Por ende, organizar una colecta de tal magnitud, implica el contar con un plan de comunicación en diferentes medios y lograr que estos medios también sean auspiciantes de la misma a través de la difusión. Estas colectas sensibilizan, motivan y ayudan a posicionar la imagen del servicio (Hogan B, 2007).

Al organizar esta clase de colectas, también se pueden suscribir acuerdos o convenios de asistencia con las diferentes organizaciones que apoyan la donación voluntaria de sangre. Esta es una buena estrategia para incrementar el número de convenios y así fortalecer la Responsabilidad Social Empresarial pues, de esta manera, las empresas forman parte del Programa de Donación Voluntaria de Sangre, promocionan la donación y organizan colectas en sus empresas así como también colaboran con financiamiento para renovar equipamiento, con capacitaciones, servicios, o productos.

Colecta Fija/Interna/Intramural

Este tipo de colecta se realiza en el Banco de Sangre, en un área destinada para la donación de sangre o bien puede realizarse en Centros de Colecta de Sangre que son establecimientos fijos que cuentan con los elementos necesarios exclusivamente para extraer sangre de do-

nantes voluntarios de sangre y abastecer a bancos de sangre o a un hemocentro, según la región, conforme a una meta acordada mensualmente. El banco de sangre debe contar con una ubicación conveniente de fácil acceso, buena iluminación y ventilación que contemple facilidades de parqueo (Shaz B, 2009).

Los siguientes espacios o áreas son necesarias, tomando en cuenta que sus medidas deben cumplir lo exigido por la normativa del país o de la entidad que proporcione el permiso de funcionamiento: (i) sala de espera/secretaría/recepción; (ii) área de registro y llenado de fichas de donante; (iii) consultorio de selección de donantes; (iv) sala de flebotomía; (v) área de refrigerio; (vi) área de almacenamiento de unidades; (vii) bodega; y, (viii) área de manejo de desechos, sanitarios.

El equipo es igual al de la colecta extramural y su incremento será acorde con la capacidad que se pueda tener. Adicionalmente, se debe contar con equipos de computación, un sistema informático que permita contar con una base de datos y teléfonos. Al respecto, es muy importante llevar una adecuada gestión de la información de las colectas fijas y móviles y mantener una estrecha coordinación con el Banco de Sangre para actualizar las fichas de donantes con sus correspondientes resultados de laboratorio.

En el área de espera se puede contar con un televisor o una cartelera en la cual permanentemente se presenten videos informativos alusivos a la sangre y al proceso de donación. Por su parte, en el área de registro se puede contar con cubículos para el llenado cómodo y confidencial del cuestionario de donantes. Además, los centros pueden contar con máquinas de aféresis –método automatizado para la extracción de plaquetas, de doble rojo y de plasma. Con este método, se obtienen productos de calidad que pueden disminuir los efectos adversos que experimenta el receptor (Charbonneau J, 2015). Se debe tomar en cuenta que el donante de aféresis debe cumplir con otros requisitos. Adicionalmente, el procedimiento requiere mayor tiempo 1-3 horas. El procedimiento en mención constituye un gran apoyo para grupos con mayor demanda, como es el caso de plaquetas para pacientes con quimioterapia y para pacientes Rh negativos. Para facilitar la donación, hay bancos de sangre que entregan el servicio en unidades móviles.

Entre otros aspectos a considerar, los centros de colecta intramural deben tener horarios adecuados para que los donantes puedan acudir después de finalizar su jornada laboral (Charbonneau J, 2016). Además, deben aplicar estrategias para incrementar el número de donantes; una de ellas es la de emplear llamadas telefónicas a los donantes para recordarles su siguiente donación –colocando en agenda la fecha y hora de su siguiente donación– para felicitarlo por su cumpleaños y para pedirle que done cuando hay faltantes de su grupo sanguíneo. En general, esta es una estrategia sencilla, eficaz y poco costosa. Al utilizarla, es recomendable llevar un registro de las llamadas realizadas así como de los donantes que efectivamente acuden a donar gracias a dicha llamada para así establecer el porcentaje de eficacia del método. Esta estrategia suele ser más útil con los donantes de primera vez y con los donantes irregulares pues los donantes repetitivos ya están altamente motivados. Existen bancos de sangre que implementan esta estrategia con el uso de otras tecnologías o aplicaciones tales como whatsapp. Mientras tanto, otros, que operan a una mayor escala, cuentan con call centers y software para contacto con donantes a través del cual el donante puede mantenerse informado y agendar citas. En general, esta clase de centros también cuenta con aplicaciones para teléfonos inteligentes que permiten que el donante fácilmente realice una cita para su próxima donación (Bruhin A, 2015).

En algunos países se cuenta todavía con donantes compensatorios o familiares, que en su mayoría, acuden a los centros fijos. Para esta clase de donantes hay que aplicar estrategias que los motiven a convertirse en donantes voluntarios. Se trata de un público cautivo que hay que aprovechar y explicarle la importancia de la donación voluntaria de sangre así como manifestarle que los productos que se entregan a su familiar no serán los suyos pues la sangre hay que procesarla y tamizarla. Una vez culminada su donación, es necesario invitarlo a donar voluntariamente para otra ocasión; a partir de los tres meses de su donación se le puede llamar para agendar una cita de donación de sangre (Goncalez, 2003).

Además de las funciones principales que debe cumplir un centro, cada centro o cada brigada de colecta debe medir sus tiempos de atención para así establecer su capacidad, la cual puede variar según lo extenso del cuestionario y el número de registros a cumplir de acuerdo con la normativa local, lo importante es establecer un estándar de tiempo de atención real y propio que permita determinar con claridad el número de brigadas requeridas para alcanzar una meta de colecta. De igual manera, el centro debe realizar un análisis de costos por cada actividad. El trabajo con voluntarios influye notablemente en el presupuesto, reduciendo los costos de personal del banco de sangre o centro.

A continuación se detallan algunas reglas básicas de atención que se deben aplicar para que el donante tenga una experiencia placentera.

1. Reglas básicas para lograr una buena experiencia del donante en una colecta de sangre

- Controlar los primeros segundos de interacción con el donante, durante los cuales se debe dar una buena impresión. Salude, sonría, el donante debe sentirse bienvenido.
- Entender al donante, escuchar, mostrar aceptación y entusiasmo. Sea perceptivo, provea al donante de información.
- Hacer que el donante se sienta importante. Trátelo con respeto, logre que se sienta seguro y atiéndalo de manera eficiente y rápida, a nadie le agrada esperar.
- Brindar una atención personalizada, utilice el nombre del donante.
- Realizar promesas que se pueden cumplir, las promesas son como un contrato.
- Agradecer, solicitar sugerencias, receptar y solucionar quejas. Las percepciones del donante son su realidad, es muy importante su retroalimentación (Bourget S, 2003).
- Considerar que un donante insatisfecho le dirá a otras personas su mala experiencia. Y que cuesta mucho más atraer un nuevo donante de sangre que mantener uno repetitivo.

2. La responsabilidad es de todos

El trabajo en donación voluntaria de sangre es un trabajo en equipo y no es exclusivo del personal directamente involucrado en la atención del donante voluntario de sangre (Schaffler H, 2010). Cada persona cumple un rol crucial en la motivación y retención de los donantes, así, por ejemplo, el personal encargado del reclutamiento debe atraer un número adecuado de donantes apropiados mientras que quienes colectan las unidades de sangre deben motivar a los donantes para que éstos retornen. Bajo esta lógica, la responsabilidad de la retención de donantes es una regla de 80/20; el 80% de responsabilidad pertenece a todos en la organización –quienes desarrollan e implementan el servicio– y el 20% al servicio directo al donante. Es así que todo el personal es clave para el éxito del servicio por lo que debe estar correctamente entrenado, capacitado de forma continua y empoderado en el servicio al cliente así como respecto de los deberes y derechos de los donantes de sangre.

3. Medir la satisfacción de los donantes

El donante voluntario es el principal cliente de un banco de sangre, por ende, éste debe estar plenamente satisfecho. Para medir la satisfacción hacia el servicio se deben realizar encuestas, grupos focales, estudios con el propósito de conocer la percepción que tienen los donantes de sangre, donantes de aféresis, voluntarios, colaboradores, organizaciones, entre otros respecto del banco de sangre. En el análisis de los mismos, se detectarán fallas y oportunidades que permitan mejorar el servicio, considerando que la mejora del servicio al cliente dará como resultado la retención de donantes. Por lo mismo, se debe dejar de lado la errónea idea de que quienes integran el banco de sangre conocen a la perfección qué esperan los donantes de sangre sin si quiera habérselo preguntado.

Más bien es importante que el personal del banco de sangre responda interrogantes como: Cuando se adoptan decisiones en el servicio de sangre, ¿se analiza previamente si estas pueden afectar a los donantes?¿Se conocen las necesidades y deseos de los donantes y de los potenciales donantes? ¿Qué piensan los donantes del servicio que ofrece el banco? Responder estos cuestionamientos permitirá evaluar si existen brechas en: (i) la calidad del servicio que piensa el banco que ofrece y lo que en realidad percibe el donante; (ii) entre lo que el banco piensa que el donante necesita y lo que en realidad quiere el donante; (iii) entre lo que el banco promete y lo que en realidad sucede (Bart T, 2010).

Finalmente, es esencial dar una mirada a la actitud general que se ha adoptado en el banco o centro como servicio de sangre frente a los donantes como clientes así como al tipo de servicio que se entrega, pues para mejorar puede ser necesario un cambio actitudinal en todos los niveles de la organización.

Lecturas recomendadas

- Alfonso ME, Lam R, Ballester J, Cao W, Ballester L, Morales C, *et. al.* Aspectos socioculturales relacionados con la donación de sangre en Cuba. Revista Cubana Hematología Inmunología y Hemoterapia. 2002; 18.
- Bart T, Bartlett L, Carter M, Degiorgio A, Demetriades M, Dobrota AM *et.al.* Manual de gestión del donante proyecto DOMAINE. Madrid: Solana e Hijos; 2010.
- Bednall T, Bove L. Donating blood: a meta-analytic review of self-reported motivators and deterrents. 2011; 25:317-334.
- Bourget S. How to rejuvenate a tired blood drive. Vox Sanguinis 2003; 83: 235-236.
- Bruhin A, Goette L, Roethlisberger A, Markovic A, Buchli R y Frey, B. Call of duty: the effects of phone calls on blood donor motivation. Transfusion 2015; 55: 2645-2652.
- Cabezas AL. El ABC de la donación voluntaria de sangre, el arte de relacionarse bien con el donante. IX Congreso Colombiano y XV Iberoamericano de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional. 2006.
- Charbonneau J, Cloutier M y Carrier E. Motivational differences between whole blood and apheresis donors in Quebec,

Canada: a questionnaire-based survey in a voluntary nonremunerated context. Journal of Blood Transfusion 2015; 1: 1-11.

- Charbonneau J, Cloutier M y Carrier E. Why do blood donors lapse or reduce their donation's frequency? Transfusion Medicine Review 2016; 30: 1-5.
- Diccionario de la lengua española Real Academia Española. Vigésima primera edición Madrid, España: 1994 Editorial Espasa CalpeSa, 506.
- Ekwere T, Ekanem M, Motilewa O e Ibanga, I. Pattern of blood donor deferral in a tertiary hospital, south-south, Nigeria: a three-year study review. International Journal of Blood Transfusion 2014; 4: 7–13.
- Ferrari J, Barone R, Jason L, Rose, T. Use of incentives to increase blood donations. Journal of Social Psychology 1985; 6: 791-793.
- García M, Sáenz E y Cruz JR. Estudio de factores socioculturales relacionados con la donación voluntaria de sangre en las Américas. Revista Panamericana de Salud Pública 2003; 13: 85-90.
- Giacomini L y Lundardi W. Strategies to increase recruitment of voluntary and habitual blood donors. Acta Paul. Enferm 2010; 23: 65-72.
- Gómez, M. Planeación estratégica para la captación y retención de donantes. Medicina Transfusional 2010; 9: 37.
- Goncalez T, Sabino EC y Chamone DF. Trends in the profile of blood donors at a large blood center in the city of São Paulo, Brazil. Rev. Panamericana de Salud Pública 2003; 13: 144-148.
- Gutiérrez R y Vásquez L. Identificación de factores de riesgo en donadores de sangre como estrategia para aumentar la calidad en la obtención y la seguridad en la transfusión sanguínea, así como la seguridad del donador. Revista Latinoamericana de Patología Clínica 2015; 62: 183-186.
- Hillgrove T, Doherty K y Moore V. Understanding non-return after a temporary deferral from giving blood: a qualitative study. BMC Public Health 2012; 12.
- Hogan B, Hersey L, Hogan R y Callum C. Using a sponsorship to improve the success of blood drive donations. Health Marketing Quarterly 2007; 24: 51-61.
- Kaskraian L. Causes of discontinuity of blood donation among donors in Shiraz, Iran: cross-sectional study. Sao Paulo Medical Journal 2010; 128: 272-275.
- Krishna, M, Sharada M, Harish, S y Raman M. An analysis of pre-donation deferral of blood donors in a teritiary care teaching hospital blood bank unit, Tumakur, Karnataka, India. International Journal of Healthcare Sciences 2015; 2: 258-262.
- Kumar, A. A guide to organizing a voluntary blood donation camp. International Journal of Blood Transfusion and Immunohematology 2013; 2: 13–18.
- Orlovetskaya A. From donors to donation: a new perspective of blood donation in social sciences. The Journal of Social Policy Studies 2016; 14: 295-298.
- Pichardo MJ y Malagón, A. Estrategias en el reclutamiento de donadores de sangre voluntarios en el Banco Central de Sangre Centro Médico Nacional «La Raza» del Instituto Mexicano del Seguro Social. Revista Mexicana de Medicina Transfusional 2011; 4: 105-110.
- Rae M, Denomme G, Grossman B, Haley R, Harris T, Jett, B *et. al.* Gestión de la utilización de la sangre. Manual Técnico AABB 2007; 15: 91-92.
- Rehman S, Arif S, Mehdi G, Mirza S, Saaed, N y Yusuf F. The evaluation of blood donor deferral causes: a tertiary care centre-based study. Journal of Blood Disorders 2012; 3: 1-3.
- Schaffler H y Rebosa M. Evaluating the impact of the blood drive "person-in-charge" on blood drive effectiveness. Journal of Blood Services Management 2010; 50: 1608-1611.
- Shaz B, Demmons D, Crittenden C, Carnevale C, Lee M, Burnett M *et. al*. Motivators and barriers to blood donation in African American college students. Tranfus Apher Sci 2009; 41: 191-197.
- Trejo J, Estrategias para la captación de donantes en el banco de sangre de la Clínica Metropolitana de Bucaramanga. Medicina Transfusional 2010; 9: 34-36.

Capítulo 17

Competencias de desempeño del promotor de la donación voluntaria de sangre

Ana Lucía Cabezas Belalcázar. Comunicadora Social. Training Coach – PNL. Especialista en Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre y Humanización de los Servicios de Salud. Directora de Sea Asesores Empresariales Internacional. Colombia. www.seaasesores.com

¡Haciendo sueños realidad! Por más de 25 años he estado dedicada a la ***promoción de la donación voluntaria de sangre*** como promotora, docente universitaria y en la actualidad, como consultora y asesora de procesos de mejoramiento continuo para el crecimiento y fortalecimiento de las competencias blandas de trabajadores, a nivel nacional e internacional. Poder plasmar en este libro la experiencia de años de trabajo, es un privilegio. De igual manera, es un motivo de alegría e inmensa satisfacción pues he contribuido en dejar un legado al personal de los Bancos de Sangre que hoy realiza esta tarea de informar, comunicar, educar, movilizar, captar y fidelizar a seres humanos solidarios, para convertirlos en donantes habituales de sangre.

La ***promoción*** de la donación voluntaria de sangre siempre ha sido una motivación e impulso para investigar, estudiar, aprender y reaprender temas que permitan realizar mejor la tarea para aquellos profesionales que deciden estar de frente con los Bancos de Sangre. Ellos son quienes realizan el primer acercamiento e interactúan con la comunidad buscando su participación en la aventura de donar sangre de manera voluntaria.

Escribir sobre las ***competencias del promotor*** en la donación voluntaria de sangre, implica tomar conciencia de la importancia del perfil y de las habilidades que debe tener el profesional en el entorno integral del Banco de Sangre. Es preguntarse y entender en qué consiste la ***cara social*** de la hemoterapia y medicina transfusional. Aquí se rescata el objetivo primordial de la ***promoción voluntaria de sangre***, relacionado con la preparación de la sociedad para que haga frente a las necesidades de las personas que requieren una transfusión para mejorar sus condiciones de salud y su calidad de vida.

Para cumplir este desafío, los Bancos de Sangre no solo necesitan profesionales preparados y calificados, también requieren de personas dedicadas, comprometidas, con pasión de divulgar, informar, educar y vender la idea de la importancia de la donación. El talento humano que presta servicios en un Banco de Sangre debe acercar a las personas, fortalecer los canales y construir relaciones estratégicas que faciliten la habitualidad en esta labor social.

Por tanto, el promotor deberá ser una persona de alta sensibilidad social, que tenga vocación para ayudar y apoyar a los donantes de sangre. Así mismo, debe estar unido en una misma visión para satisfacer las necesidades y expectativas de los donantes, prevenir los problemas y resolver de manera rápida y eficaz las dificultades que pueden presentarse en el proceso de la atención integral.

En este sentido, el personal de atención requiere tener ***habilidades para relacionarse con los demás***, para ayudar, orientar, comunicarse de manera efectiva

y afectiva, trabajar en equipo, liderar una jornada cuyos resultados dejen en la mente de los donantes una experiencia positiva hacia la donación y en beneficio mutuo, con el único objetivo de salvar vidas.

Los promotores abren y preparan el camino para que los profesionales de la salud puedan realizar sus funciones. Con sus habilidades técnicas, son ideales para que hagan de la ***donación de sangre*** un encuentro que genere en el donante voluntario de sangre una gratificante, sencilla y cómoda experiencia.

En este orden de ideas, el perfil de los promotores debe basarse en dos características importantes:

1. Cualidades profesionales, como conocimientos técnicos propios y conocimiento sobre la importancia del banco de sangre, su estructura, regulaciones, estado del suministro de sangre en su región y localidad, características de los productos sanguíneos, el riesgo de infecciones de transmisión por transfusión, y en especial la cultura, creencias e idiosincrasia de la población. Así mismo, planificar de acuerdo con las metas y expectativas de su propia operación, su agenda de trabajo para la realización de jornadas de recolección y relaciones estratégicas con la comunidad.
2. Cualidades humanas, referentes a los atributos personales del promotor que le permiten relacionarse con las personas. Su optimismo, perseverancia, empatía, ética, honestidad, puntualidad, creatividad, capacidad de escucha y de comunicarse de forma verbal y escrita, habilidades de mercadotecnia/ventas, así como la de realizar presentaciones de alto impacto transformador, son algunas de las características que permiten cumplir con el objetivo de captar donantes.

También es importante contar con una organización efectiva que articula adecuada y consistentemente con su estructura, visión, manejo y posición ética, garantiza y protege los derechos y deberes y prioriza la atención de las necesidades tanto de dadores como receptores de sangre. Estos aspectos se relacionan y se ratifican con la experiencia recibida en las relaciones humanas, razón por la cual es fundamental que los bancos de sangre cuenten con profesionales que tengan un perfil profesional integral, en el que su ser caracterice su hacer y su estar sea acorde a su saber, conforme a los propósitos establecidos.

Competencias blandas/transversales del promotor del banco de sangre

En la actualidad, la evaluación de desempeño en los distintos sectores laborales ha cobrado una fuerza latente como requerimiento indispensable para cualificar los equipos de trabajo, de quienes se espera estén calificados no sólo en el dominio de lo que hacen desde su formación profesional sino desde su conocimiento disciplinar y profesional. Sin embargo, las empresas y personas con mayor fortaleza, son y serán aquellas que cuenten adicionalmente con capacidades y cualidades humanas que potencialicen, enriquezcan y dinamicen su práctica profesional desde su carisma, empatía y armonía de ***su ser*** para ***su hacer,*** conocidas como personas cada vez más competentes.

Para ello, es importante saber en qué consisten las competencias y cómo se clasifican. Vale la pena aclarar que este tema ha sido motivo de múltiples, variadas y extensas miradas disciplinares que han ido creando modelos en el marco educativo y laboral a lo largo de la historia. Sin embargo, el capítulo no pretende realizar una pesquisa conceptual y argumentativa de la evolución del concepto, sus posiciones y énfasis interpretativos, puesto que existen interesantes posiciones convergentes, divergentes y complementarias como camino de lectura y aproximación al estudio basto y robusto del mundo de las competencias, como se evidencia en el texto de Pereda, S y cols.2002).[1]

Como el capítulo pretende abordar las competencias del promotor de la donación voluntaria de sangre y teniendo en cuenta diversos referentes de la realidad y vivencias adquiridas en la experiencia, la competencia en este contexto será entendida como esa **"*Capacidad de desarrollar efectivamente una actividad, utilizando los conocimientos, habilidades, destrezas y comprensión necesarios, así como los atributos que faciliten solucionar situaciones contingentes y problemas*"**[2]

Por tanto, para el caso concreto del promotor podemos decir que es necesario que tenga claro lo que busca (objetivos y propósitos dados por los indicadores a alcanzar de acuerdo con toda la planeación estratégica del Banco de Sangre), así como la forma en que utiliza e interactúa con cada uno de los recursos disponibles para tal fin (equipos, tiempo, personas, materiales, entre otros), lo que repercutirá con esa ***capacidad de desarrollar una práctica y habitualidad efectiva***, en donde

[1] / Pereda, S, Berrocal, F, López, M. Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. Dirección y Organización, 2002; 28:43-54. [fecha de acceso 10 de diciembre de 2016]; Disponible en: file:///Users/Mchc/Pictures/159-317-1-SM.pdf file:///Users/Mchc/Downloads/competencia_esencia_utilizacion_concepto_formacion_incial_permanente.pdf

se hace siempre bien lo correcto, es eficaz y eficiente de acuerdo con el cargo y funciones desempeñadas.

De igual manera, se espera que utilice adecuadamente los conocimientos adquiridos en su formación, necesarios para el trabajo, comprensión y entendimiento de su ejercicio profesional conforme a las necesidades de los Bancos de Sangre, así como la actitud de perseverar constante y sostenidamente en la actualización que demanda su ejercicio profesional, aspecto conocido como el SABER-SABER.

Desde la parte práctica ese SABER-SABER del promotor de la donación voluntaria de sangre se ve reflejado en acciones como:

- Contar con los datos, hechos, información, conceptos y conocimientos necesarios para su labor.
- Conocer las necesidades de sangre y componentes de su región.
- Conocer las creencias, mitos y actitudes que le impiden donar sangre.
- Responder a las dudas del donante y promover la donación repetitiva.
- Proponer estrategias de comunicación, sensibilización y capacitación para promover la cultura de la donación habitual de sangre, a fin de obtener reservas de componentes sanguíneos con altos estándares de calidad.
- Suministrar información clara, veraz y oportuna sobre el programa de donación voluntaria de sangre, a través de los diferentes canales de comunicación que maneja el proceso.
- Formular estrategias de comunicación con base en el mercadeo social y la publicidad para difundir el mensaje con un propósito educativo.
- Conocer la reglamentación propia de su región en materia de servicios de sangre.

Así como existe un referente del saber (conocimiento necesario para el perfil), es necesario un elemento del SABER-HACER, en donde se pone en evidencia la experticia, destreza, habilidad y desempeño de lo que se sabe hacer. Este elemento, el cual se va optimizando cada vez más con la capacidad de desaprender para reaprender permanentemente, a través de acciones rutinarias y habituales. Desde la práctica ese ***saber-hacer*** del promotor de la donación voluntaria de sangre se ve reflejado en:

- Tener habilidades, destrezas, técnicas para aplicar y transferir del saber a la actuación.
- Aplicar políticas de fidelización de empresas donantes a fin de realizar actividades extramurales como mínimo una vez al año en empresas contactadas.
- Habilidades de oratoria y de relacionamiento con los demás.
- Habilidades de realizar presentaciones de alto impacto transformacional en los distintos auditorios.
- Crear conciencia sobre la importancia de la promoción durante la captación de donantes, involucrando el personal de donación, a fin de crear una cultura y estilo de trabajo que garantice la excelencia en el servicio.
- Programar jornadas de donación de forma efectiva según las metas dadas por la dirección, en términos de cantidad de donantes proyectados al mes.
- Diligenciar de manera clara y completa los formatos propios del proceso.
- Realizar una encuesta de satisfacción en el 10% del total mensual de donantes.
- Diligenciar la encuesta de medición de eficacia de las jornadas de donación en el 80% del total de líderes.
- Habilidades de apropiado relacionamiento con las personas.
- Manejo de situaciones de difíciles con los donantes.
- Capacidad de organizar eventos con el fin de obtener donantes de sangre.

Una práctica competente donde se sabe muy bien lo que se deber hacer, requiere tomar conciencia de otro elemento que interactúa indiscutiblemente en esta relación, y es la interacción con otros, conocida como el SABER-ESTAR. Este trabajo en equipo permite cumplir con los propósitos comunes, en donde cada miembro es parte fundamental e indispensable de las acciones articuladas a favor de la donación de sangre, en donde coordinadores o líderes de procesos, promotores, asistentes, donadores y demás personas que intervienen, son las responsables de las relaciones humanas alcanzando los desafíos de la práctica habitual y fidelizada de la donación de sangre.

Ese saber-estar del promotor de la donación voluntaria de sangre se ve reflejado en acciones como:

- Disponerse al entendimiento y a la comunicación interpersonal, favoreciendo un comportamiento colaborativo.
- Programar visitas de reconocimiento y/o sensibilización en empresas, espacios públicos y municipios, con el fin de verificar las condiciones del lugar y los requerimientos básicos para garantizar el éxito de las jornadas de donación.
- Motivar a líderes comunitarios y empresariales para que abanderen las colectas extramurales.
- Ser proactivos, tomando decisiones concertadas con los coordinadores de las jornadas (seleccionador, flebotomistas, auxiliares de colectas) y líderes de las empresas sobre los horarios, modificación de condiciones o suspensión temporal o definitiva de la jornada.

- Enviar a través de correo electrónico o físico a las empresas potenciales carta de presentación, de compromiso o confirmatoria (según corresponda) e información general sobre el programa de donación voluntaria de sangre.
- Crear estrategias de reconocimiento a los donantes y para el equipo de trabajo con el fin de fortalecer el trabajo en equipo y la cooperación para el cumplimiento de los objetivos del banco de sangre.
- Apoyar al equipo de promoción con los requerimientos necesarios que favorezcan el propósito común.
- Manejar acertadamente las diferentes situaciones que se presenten en las colectas.

Un promotor que sabe lo que debe saber, hace muy bien lo que se espera que haga, se relaciona de manera proactiva con las personas a favor del propósito de la donación voluntaria de sangre, debe contar con una gran capacidad de adaptabilidad y gestión al cambio, con una flexibilidad de respuesta y adecuación al entorno, puesto que la práctica de la donación de sangre demanda desafíos inesperados que requieren respuestas rápidas, seguras y efectivas para lo que se espera, aspectos que se conocen como el SABER-ENTENDER y dentro de las acciones esperadas se encuentran:

- Adaptarse a los ambientes laborales y saber interactuar coordinadamente con otros.
- Comprender que su comunicación, trabajo en equipo, liderazgo, manejo de conflictos, capacidad de adaptación y proactividad son fundamentales para el propósito de la donación voluntaria de sangre.
- Tomar decisiones de acuerdo con las necesidades y eventualidades a favor de la donación de sangre y su interacción con el equipo.
- Crear y sujetarse a las normas, seguridad y cuidado del servicio realizado al donante, dando solución a problemas, adaptándose y gestionando el cambio.
- Adaptarse a los cambios.

Las competencias, según indican Bradberry y Greaves en su libro *Las claves de la inteligencia emocional*, se refiere a "*formas de comportarse o pensar, que se generalizan a través de situaciones que perduran durante un período razonable de tiempo*", aspectos fundamentales para potenciar las habilidades en cada uno de los miembros del equipo del Banco de Sangre.

Por otro lado, hay un elemento que en lo personal considero que es esencial para el promotor, y hace referencia al SABER-SER. En éste se expresa esa comprensión y sujeción a las normas, actitudes, intereses, valores que llevan a asumir responsabilidades y a tener convicciones propias de su ejercicio y vocación, ese alto impacto transformador es visible en la forma de expresión, de interacción y de innovación en el desarrollo del perfil profesional deseado para el desempeño del promotor, dentro de las cuales se pueden rescatar:

- Posee comportamientos y actitudes como orientación ética, dominio personal, inteligencia emocional y adaptación al cambio.
- Son apreciados y generan recordación por su forma de ser. Lo anterior debido a que reflejan alegría y felicidad, esa mejor versión de sí mismo al momento de interactuar con los donantes y demás seres humanos que intervienen en el proceso.
- Son carismáticos, empáticos, cuentan con sentido social y pensamiento ganador en todo momento.
- Son coherentes en su Ser y Hacer
- Son líderes trascendentes.

Para fines prácticos, a continuación se enmarcan los aspectos y directrices a considerar para el perfil de competencias del promotor requerido para la promoción de la donación voluntaria de sangre (DVS):

Figura 1. Competencias del promotor para la promoción de la DVS

Tabla 1. Competencias del promotor para la promoción de la DVS y requerimiento fundamental:

SABER SABER (competencia técnica)	Estructura integral y segura de la sangre
SABER HACER (competencia metodológica)	Edu-comunicación
SABER ESTAR (competencia participativa)	Relacionamiento estratégico del equipo
SABER ENTENDER (competencia crítica)	Adaptabilidad al cambio
SABER SER (competencia personal)	El don de SERvir a través del atender

Ese alto impacto transformador de las competencias se hace evidente en las formas de expresión, de interacción y de innovación en el desarrollo del perfil profesional deseado para el desempeño del promotor para la promoción de la DVS, y si se agrupa con lo anteriormente expuesto, las cualidades profesionales

serían el equivalentemente asociativo de la APTITUD. Ese "saber-hacer", el cual depende del saber-saber y el saber-hacer, equivalente al 15% del éxito profesional de una persona, lo que significa que el 85% de ese óptimo desempeño, requiere de algo esencial, fundamental, impactante y determinante en el perfil profesional del promotor y es esa disposición, manera de estar y ser, ese ánimo con el que realiza su actuar, es su ACTITUD "querer hacer".

Figura 2. Relación actitud y aptitud

Dicha actitud es sin lugar a dudas uno de los aspectos más atractivos y diferenciadores de las personas, las cuales brindan en los espacios, escenarios y ambientes laborales una atmósfera de calidez, admiración e inspiración donde se percibe que quieren lo que hacen, y al hacerlo irradian una actitud adecuada.

En este sentido, se puede decir que sólo existen dos actitudes en el servicio y atención al donante en los Bancos de Sangre, una adecuada o favorable y otra inadecuada o desfavorable. Por supuesto, el promotor para la promoción de la donación voluntaria de sangre debe tener una adecuada calidad de vida reflejada en su actitud.

Conociendo las situaciones problemáticas o eventualidades que pueden presentarse en el proceso de la donación de sangre, la actitud de los funcionarios de los Bancos de Sangre deben ser el reflejo de tres pilares indispensables. El primero hace referencia a la ***coherencia*** con lo que son, hacen y lo que representan. El segundo con la ***sostenibilidad***, que es reflejo de las acciones, actuaciones y comportamientos visibles en todos los miembros del equipo de manera permanente. Y, el tercer pilar se enfoca en que el promotor sea ***diferencial,*** implicando con ello que su actitud lleve a crear experiencias positivas, memorables, excepcionales, habituales y de fidelización con el donante de sangre.

La ***actitud*** es entonces la manera como nos mostramos a los demás. Es esa percepción captada por los demás en los primeros dos segundos en donde una persona entra en contacto con otra. Esa huella que cobra fuerza y se alimenta, se destruye o debilita con la forma en que nos relacionamos con los demás, puesto que el cuerpo habla de lo que la mente piensa y siente. Entonces, el ***valor*** real de ese potencial del promotor para la promoción de la donación voluntaria es ese ***multiplicador que potencializa*** sus conocimientos y habilidades, llamado ***actitud***.

Dicha actitud debe ser trabajada de forma consciente, habitual, cuidadosa, transcendente y atenta. No como un simple pensamiento de querer algo, sino con la intención de darse permiso de salir de la zona de confort donde se pueden romper y cambiar paradigmas, ideas, ruidos sigilosos que están impregnados, anudados en el actuar, el ver, el comprender y el responder a las demandas del mundo y de los otros, que muchas veces no son las más memorables al momento del servicio y la atención.

Concluyo este capítulo, manifestando que todos los Bancos de Sangre deben continuar fortalecidos en su competencia técnica y científica, la cual les permitirá desarrollar su saber y saber hacer. Ello sin olvidar que es de vital importancia potencializar, dinamizar y trabajar sostenida y coherentemente en la competencia del saber ser y saber relacionarse. Lo anterior con el propósito de generar y vivenciar una actitud de servicio en cada funcionario del Banco de Sangre, permitiendo que el donante a través de la experiencia recibida en el proceso de donación, sea llevado a la habitualidad y fidelización desde el trato y cuidado recibido por parte del promotor, como amigo, orientador y acompañante.

Y así como nos hemos enfocado en la enseñanza para la selección del donante de sangre, conforme a criterios establecidos, a las reacciones adversas, a la flebotomía segura, es una responsabilidad inminente para los Bancos de Sangre fortalecer las competencias transversales (***conocidas como blandas o que apoyan el saber-saber y no se relacionan propiamente en el conocimiento concreto de lo profesional, pero son determinantes para desarrollar la tarea***). Éstas fomentarán la habitualidad y la fidelización donde se promueve y mejora la actitud, disposición, trabajo en equipo, liderazgo, comunicación y el relacionamiento con los otros, aspectos trascendentes y fundamentales en el servicio y la atención del promotor de la donación voluntaria de sangre.

Para terminar, plasmo unas recomendaciones que espero sean motivo de trabajo e interés para los Bancos de Sangre comprometidos con el desempeño y las competencias de los promotores de sangre:

- La actitud es una competencia fundamental para el trabajo, la cual debe estar en cada una de las personas que laboran en los Bancos de Sangre. Razón por la cual se debe trabajar de forma sostenida, secuencial y programática en procesos que lleven a la formación de líderes competentes con el perfil esperado.
- Los Bancos de Sangre deben contar con evaluaciones de desempeño de acuerdo con los perfiles y competencias esperadas para cada rol y cargo.
- Las competencias blandas y/o transversales permiten que los Bancos de Sangre cuenten con recursos y herramientas que favorecen la cultura interna, el clima organizacional y con ello se potencializa la experiencia de servicio y atención percibida por los donantes de sangre, con fines de generar habitualidad y fidelización.
- La evaluación de desempeño permite crear los escenarios más factibles de fortalecimiento, inducción, re-inducción y trabajo según los perfiles y competencias esperadas para cada cargo.
- Los Bancos de Sangre deben velar por trabajar de forma coherente, sostenible y diferencial, conforme a los cambios y necesidades culturales, poblacionales y de desempeño requeridas en un mundo global.

Concluyo convencida que los promotores de los Bancos de Sangre somos todos los que trabajamos por una causa humana: SALVAR VIDAS y ésta es la motivación que nos lleva a ser más humanos, menos imperfectos y más felices en favor de los donantes habituales de sangre y por quienes reciben la sangre o componentes para seguir viviendo.

Lecturas recomendadas

1. Alessandra T. Carisma. Grupo Editorial Norma. Bogotá. 1999.
2. Alles M. Elija al mejor, cómo entrevistar por competencias. Guía para el entrevistador. Granica. Buenos Aires 1999.
3. Bradberry T, Greaves J. Las claves de la inteligencia emocional, Grupo Editorial Norma. Bogotá. 2007.
4. Espinosa V. Trabajo en Equipo. [En línea]. Disponible en Internet en: http://www.monografias.com/trabajos10/tequip/tequip.shtml. Consultado en: Enero de 2014.
5. Ginebra J. El liderazgo y la acción; Mc Graw Hill. México. 1997.
6. Goleman D. La inteligencia emocional en la empresa. Zeta. Montevideo 2007.
7. Knight S. PNL en el trabajo, el recurso que hace la diferencia. 3R Editores. Bogotá 2008.
8. Lindemann HJ. Competencias fundamentales; competencias transversales; competencias clave: aporte teórico para la reforma de la formación técnico profesional. Bs. As. INET/GTZ, 2000.
9. Martínez T. Administración de empresas. Organización y planificación. Capítulo 8: Dirección de la Empresa. Planificación y Organización. [En línea]. Disponible en Internet en: http://www.mailxmail.com/curso-administracion-empresas-organizacion/direccion-empresaplanificacion-organizacion. Consultado en: Enero de 2014.
10. Méndez Alvarado M, Competencias transversales: una herramienta fundamental para un excelente desempeño en el puesto de trabajo Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. [fecha de acceso 15 de diciembre de 2016] http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/10794/1/MendezAlvaradoMarisol2014.pdf.
11. Pereda S, Berrocal, F, López, M. Gestión de recursos humanos por competencias y gestión del conocimiento. Dirección y Organización, 2002; 28: 43-54. [fecha de acceso 10 de diciembre de 2016]; Disponible en: file:///Users/Mchc/Pictures/159-317-1-SM.pdf file:///Users/Mchc/Downloads/competencia_esencia_utilizacion_concepto_formacion_incial_permanente.pdf
12. Revista académica de la Federación Latinoamericana de Facultades de comunicación social ISSN: 1995 – 663. El aprendizaje por competencias transversales: la competencia informacional y comunicacional. file:///C:/Users/Ana%20Lucia%20Cabezas/Downloads/Dialnet-ElAprendizajePorCompetenciasTransversales-3719693.pdf.
13. Argudin Y. Educación basada en competencias. Trillas, Barcelona. 2010.
14. Universidad Nacional del Nordeste. Argentina. Competencias Transversales. [En línea]. Disponible en Internet en: http://www.med.unne.edu.ar/internado/transver.htm. Consultado en: Enero de 2014.

Funciones, responsabilidades y compromisos del recurso humano:
Responsable Médico

MIGUEL CAÑIGRAL FERRANDO, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable Médico de Equipos Móviles del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. Valencia. España.
E-mail: canyigral_mig@gva.es

Juramento Hipocrático:

JURO POR APOLO médico y por Asclepio y por Higia y por Panacea y todos los dioses y diosas, poniéndoles por testigos, que cumpliré, según mi capacidad y mi criterio, este juramento y declaración escrita:

TRATARÉ al que me haya enseñado este arte como a mis progenitores, y compartiré mi vida con él, y le haré partícipe, si me lo pide, y de cuanto le fuere necesario, y consideraré a sus descendientes como a hermanos varones, y les enseñaré este arte, si desean aprenderlo, sin remuneración ni contrato.

Y HARÉ partícipes de los preceptos y de las lecciones orales y de todo otro medio de aprendizaje no sólo a mis hijos, sino también a los de quien me haya enseñado y a los discípulos inscritos y ligados por juramento según la norma médica, pero a nadie más.

Y ME SERVIRÉ, según mi capacidad y mi criterio, del régimen que tienda al beneficio de los enfermos, pero me abstendré de cuanto lleve consigo perjuicio o afán de dañar.

Y NO DARÉ ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso, y del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente.

Y NO CASTRARÉ ni siquiera (por tallar) a los calculosos, antes bien, dejaré esta actividad a los artesanos de ella.

Y CADA VEZ QUE entre en una casa, no lo haré sino para bien de los enfermos, absteniéndome de mala acción o corrupción voluntaria, pero especialmente de trato erótico con cuerpos femeninos o masculinos, libres o serviles.

Y SI EN MI PRÁCTICA médica, o aún fuera de ella, viviese u oyere, con respecto a la vida de otros hombres, algo que jamás debas ser revelado al exterior, me callaré considerando como secreto todo lo de este tipo. Así pues, si observo este juramento sin quebrantarlo, séame dado gozar de mi vida y de mi arte y ser honrado para siempre entre los hombres; así lo quebranto y cometo perjurio, sucédame lo contrario.

El Juramento Hipocrático, es un juramento público que pueden pronunciar los que se gradúan en medicina ante los otros médicos y ante la comunidad. Su contenido es de carácter estrictamente ético, y les sirve para orientar la práctica de su oficio.

El proceso de gestión y atención de donantes engloba diversas tareas que se reparten entre los distintos puestos de trabajo.

Cada puesto y cada trabajador deben contar con una descripción detallada y actualizada de su puesto de trabajo que recoja sus obligaciones y responsabilidades con indicación de la estructura jerárquica y el marco de responsabilidad de cada uno de los componentes.

El médico está obligado a cumplir con todos los deberes y obligaciones, tanto legales como éticos, que rigen su profesión.

La responsabilidad del médico en particular será establecida por el régimen jurídico y organizativo de la institución sanitaria de la que dependa.

Responsabilidad consiste en la obligación de reparar o compensar los daños producidos por el médico en su actividad profesional por las conductas realizadas en contra de las normas legales y deontológicas que regulan su ejercicio profesional.

Para que pueda hablarse de responsabilidad médica en la actuación del personal médico deben concurrir una serie de circunstancias y requisitos que necesariamente deberán ser demostrados:

Infracciones

Las infracciones se califican como leves, graves y muy graves, atendiendo a los criterios de riesgos para la salud, cuantía del eventual beneficio obtenido, grado de intencionalidad, gravedad de la alteración sanitaria y social producida, generalización de la infracción y reincidencia.

Obligaciones preexistentes

En cuanto a obligaciones, el nivel de responsabilidad del médico variará en función del puesto que ocupa en la organización de la que depende. Estas pueden ser:

Obligaciones generales

Son las normas y deberes acerca de la actuación profesional de los médicos inspirados en los principios básicos de respeto a la vida, el derecho a la integridad de las personas y el mantenimiento de la salud individual o colectiva.

a. Información

Es un apartado fundamental y siempre será previa a la obtención del consentimiento.

La información mínima que se debe proporcionar:

- Información sobre la naturaleza de la sangre.
- Las razones de la exploración física, la anamnesis y los análisis, así como el consentimiento informado.
- Información sobre protección de datos personales.
- Razones por las que no se debe donar sangre.
- Información sobre la naturaleza de los procedimientos y los riesgos asociados.
- Información sobre la posibilidad de autoexclusión o retirada en cualquier momento.
- Información sobre la obligación de informar al donante de las alteraciones analíticas observadas. Y de que un resultado positivo en las pruebas de detección de enfermedades transmisibles por sangre supondrá la exclusión del donante y la destrucción de la donación.
- La importancia de que el donante informe de cualquier complicación o enfermedad posterior a la donación.
- Posibilidad de realizar cualquier pregunta.

b. Consentimiento:

Mediante el cual el donante expresa su voluntad y acepta o rechaza libremente el plan propuesto de donación y utilización terapéutica de la sangre donada.

El previo consentimiento escrito debe ser condición necesaria para la donación. Y para que este consentimiento deba considerarse válido deben darse las siguientes circunstancias:

- Debe ser libre y voluntario.
- Tras una información adecuada que incluya riesgos y limitaciones.
- La persona que otorga su consentimiento debe tener las capacidades para conocer, comprender y aceptar su decisión.
- Deberá otorgarse por escrito.
- El médico, a su vez, aceptará también por escrito su compromiso.

c. Diagnóstico y tratamiento y medios técnicos:

Supone un juicio acerca del estado del donante y de la idoneidad o no de la extracción.

Para ello el médico deberá poseer los conocimientos necesarios para desarrollar su actividad así como mantenerlos actualizados, y la pericia necesaria para aplicarlos de forma adecuada. Deberá disponer del material imprescindible para realizar su función de forma segura y eficaz manteniéndolo siempre en las mejores condiciones para su utilización.

El secreto profesional será inherente al ejercicio profesional.

d. Otros:

Deber de asistencia, consejo y cumplimentación de certificados legales.

e. Deberes derivados de la relación laboral:

Estos vinculan al trabajador con la empresa de la que depende y debe contemplar las funciones y deberes de los médicos.

f. Deberes derivados de la organización:

Los médicos de las unidades móviles serán dependientes del Jefe de Servicio o Sección correspondientes y sus funciones serán:

- Dirigir,coordinar y supervisar al resto de personal.
- Tomar las decisiones oportunas.
- Realizar o supervisar las entrevistas médicas.
- Valorar los resultados de las pruebas complementarias.
- Aceptar o rechazar al donante.
- Atender las reacciones adversas.
- Solucionar cualquier problema que pudiera surgir.

g. Deontológicos:

Son los principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional.

El progreso de la ciencia ha condicionado la actividad médica, nuevas situaciones y planteamientos distintos ante circunstancias clásicas de la práctica médica.

Por ello al médico le es exigible el conocimiento de lo que es justo y conveniente, la actitud a tomar ante situaciones concretas. Y el conocimiento de las conductas incorrectas, lo que no debe hacerse.

La salvaguarda del código deontológico la asume la Organización Medico Colegial.

El Código deontológico tiene cuatro grandes capítulos:

1. Deberes generales de los médicos: publicidad, clientela, tortura, declaraciones, etc.
2. Deberes hacia los enfermos: la preservación de la vida, dedicación, devoción, respeto a las confidencias, etc.
3. Deberes de los médicos entre sí: reglas de confraternidad, trabajo en equipo, consideraciones a sustitutos y colaboradores, etc.

4. Deberes con la colectividad: medicina social, preventiva, médico-legal, etc.

El incumplimiento de la normativa sanitaria dará lugar a faltas que podrán ser:

- Faltas leves
- Faltas menos graves
- Faltas graves
- Faltas muy graves

Responsabilidades

Personas civilmente responsables son:

El individuo.

La aseguradora.

La administración de forma subsidiaria.

Si como consecuencia del incumplimiento de las obligaciones se produce un daño, surge la responsabilidad u obligación de reparar el daño causado.

Esta puede ser: civil, administrativa, penal, disciplinaria. Así como también la responsabilidad patrimonial del organismo del que depende.

Responsabilidad civil

Consiste en la obligación del médico de reparar el daño o perjuicio causado en su ejercicio profesional.

La responsabilidad civil nace de la ley, de los contratos y casi contratos, y de los actos y omisiones ilícitos o en los que intervenga la culpa o negligencia, y comprende la restitución, la reparación del daño causado y la indemnización de los perjuicios.

Cabe distinguir 3 tipos:

1. Responsabilidad civil contractual: Es un contrato bilateral, consensuado, es decir, con consentimiento previo de las partes intervinientes y condicionado por la capacidad civil.
2. Responsabilidad civil extracontractual. Nace del daño causado a otro por acción u omisión interviniendo culpa o negligencia.
3. Responsabilidad civil delictual o de origen penal. Derivada de la conducta delictiva que genera el daño.
4. Este tipo de responsabilidad civil va unida a una sanción de carácter penal y se corresponde a los daños derivados de un hecho tipificado como delito o falta.
5. Responsabilidad administrativa. Deriva de la relación del profesional sanitario y un ente. Y surge cuando no se cumplen las normas que rigen esta relación (horarios, trato del material, faltas de asistencia etc…).
6. En ella se incurre cuando se incumple y vulnera una norma legal, calificada como falta administrativa y que genera una sanción administrativa o disciplinaria.
7. En el caso de que la conducta sea constitutiva de delito, la Administración elaborará informe pertinente a la jurisdicción competente.
8. Las infracciones se calificarán en leves, graves o muy graves atendiendo a:
   - Si existe riesgo para la salud.
   - El grado de intencionalidad.
   - La gravedad del hecho con base en la alarma sanitaria o social producida.
   - El beneficio obtenido.
   - La reincidencia.

Responsabilidad patrimonial de la administración

Nace del funcionamiento tanto normal como anormal de los servicios públicos, pero en los que resulta difícil probar, por parte del usuario, en qué momento, lugar o persona se originó el error que produjo el daño.

Para que surja deben darse los siguientes requisitos:

- Que sea cierto y efectivo el daño, individualizado y relacionado con una persona o grupo de personas.
- Que el daño sea consecuencia del funcionamiento de estos Servicios.
- Que exista una acción inmediata, directa y exclusiva de causa efecto.

Responsabilidad penal

El médico será responsable penal en las siguientes circunstancias:

- Como persona que es, tendrá sus virtudes y vicios y puede cometer cualquier acción prohibida por Ley.
- Cuando se aproveche de las ventajas que le da la profesión.
- Atendiendo a la intencionalidad del delito:
  1. Delitos dolosos: cuando existe intencionalidad. La responsabilidad en este caso puede estar agravada por el hecho de ser médico.
  2. Delito culposo: sin intencionalidad.
  3. Imprudencia profesional:
     - Imprudencia grave: cuando se actúa sin cautela, omitiendo las precauciones elementales y necesarias.
     - Negligencia: por no prestar al caso la atención y el cuidado que merece.
     - Impericia: cuando se actúa sin los debidos conocimientos, o sin la mínima precaución para evitar o disminuir los riesgos.

Responsabilidad moral y ética

La responsabilidad moral de cada persona surge de la obligación de uno mismo de actuar bien y sentirse bien con lo que hace.

Independientemente el colectivo médico está representado por Asociaciones o Colegios profesionales, que

tienen entre sus fines la salvaguarda de los principios deontológicos y ético-sociales de la profesión médica, cuyas normas se encarga de elaborar, de difundir y recoger en un Código Deontológico y de velar por su cumplimiento.

El no cumplimiento de las normas del Código Deontológico o de los Estatutos puede dar lugar:

- A una falta deontológica, disciplinaria o administrativa (responsabilidad corporativa).
- Además a una sanción legal de carácter penal, civil o administrativa.

Fundamentos de la responsabilidad médica

Para establecer la responsabilidad con independencia del tipo deberán concurrir los elementos siguientes:

1. *El error o la falta médica:*
- La mala práctica debe ser estrictamente profesional. La falta puede ser por acción u omisión.
- Las faltas pueden clasificarse:
- Leve: omisión de la cautela necesaria.
- Grave: por imprudencia o impericia.
- Muy grave: por ignorancia.
2. *Daño o perjuicio:* Necesariamente la falta debe originar un daño.
3. *Causalidad*: Entre la falta y el perjuicio ocasionado.

Medidas a adoptar para no incurrir en falta por responsabilidad

1. Cumplimiento de los preceptos legales en cuanto a información, intimidad, consentimiento, historia clínica y elaboración de informes y certificados.
2. Seguir los procedimientos, pautas y tratamientos consensuados.
3. Dedicar el tiempo necesario al donante.
4. Considerar la voluntad del donante.
5. Evitar garantizar resultados.
6. Evitar críticas.
7. No aceptar consultas por teléfono.
8. Establecer controles de calidad.
9. Informar por escrito a los superiores de las deficiencias observadas.

Código deontológico del Consejo General de Colegios Médicos

En España está vigente el denominado Código de Deontología Médica, actualizado por la Organización Médica Colegial (OMC) en 2011. Su contenido se puede dividir en tres grandes apartados: la relación con el paciente, la relación interprofesional y la relación con la sociedad.

Los capítulos del II al VII, se dedican a la actitud y el comportamiento del médico en la relación clínica y ante la calidad de la asistencia, incluyendo el secreto profesional y la atención al final de la vida. Otro grupo de capítulos, del XI al XVI, tratan sobre la reproducción humana, el trasplante de órganos, la investigación en el ser humano, el dopaje y la prohibición de colaborar en la tortura o vejación de seres humanos.

Los capítulos del VIII al X, trata de las relaciones entre médicos y con otras profesiones, en la propia corporación y en las instituciones sanitarias (también tratado en el capítulo II). Aquí se sitúa el capítulo XIX de las normas sobre publicaciones profesionales y el XX sobre publicidad médica.

Y en el tercer y último bloque se encuentran los artículos dedicados al sistema sanitario y otras instituciones. Se comparte con el bloque anterior el capítulo X, relativo al Sistema Nacional de Salud. El capítulo XVII trata sobre el médico perito y la relación con la institución judicial, y el capítulo XVIII, sobre la docencia y las instituciones universitarias.

Codigo de ética ISBT:

La Asamblea General ISBT, julio 12, 2000, establece un código ético que se deberá observar en el campo de la medicina transfusional.

En cuanto a los donantes de sangre establece:

- La donación de sangre es un acto voluntario y no remunerado. El donante autorizará mediante su firma la donación de sangre y el uso terapéutico de la sangre donada.
- No existirá lucro ni en el establecimiento ni en el funcionamiento de los servicios de sangre.
- El donante será informado de los riesgos relacionados con el procedimiento.
- Se garantizará el anonimato entre donante y receptor así como se asegurará la confidencialidad de la información del donante.
- El donante comprenderá los riesgos de donar sangre infectada.
- La donación se basará en criterios de selección sin lugar a discriminación.
- La responsabilidad final de la recolección de sangre siempre será de un médico cualificado.
- Todos los asuntos relacionados con la donación se ajustarán a normas definidas e internacionalmente aceptadas.
- En caso de daño, el donante debe ser informado.

Actualmente la actividad del personal, tanto sanitario como no sanitario, se enmarca integrada en equipos de trabajo, donde se establecen relaciones jerárquicas de diferente tipo. Es por ello que los criterios que deben

regir el nivel de responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo son el principio de división de trabajo y el principio de confianza.

Cada miembro del equipo debe realizar de forma óptima su tarea correspondiente, asumiendo su responsabilidad. La confianza entre los miembros es fundamental para el buen desarrollo de las tareas asignadas.

Si a algún miembro del equipo le constara que la actividad no se está desarrollando de modo adecuado deberá ponerlo en conocimiento de su superior e incluso detener su actividad para no incurrir en responsabilidad.

Referencias

- Responsabilidad médica. En: Villanueva Cañadas E, editor. Gisbert Calabuig. Medicina legal y toxicología. 6.a ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 57-142.
- Criado del Río MT. Valoración médico-legal del daño a la persona. Civil, penal, laboral y administrativa. Responsabilidad profesional del perito médico. Editorial Colex ciudad 1999.
- Decreto 174/1985 de 28 de octubre, por el que se crea el Centro de Transfusión de la Comunidad (modificado por Decreto 156/1992, de 14 de septiembre y este a su vez modificado por Decreto 7/1998 de 27 de enero).
- Ley 1/2003, de 28 de enero, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 4.430 de 31.01.2003).
- COMPENDIO LEGISLATIVO DE SANIDAD. Diari Oficial de la Comunitat Valenciana.
- Organización Médica Colegial de España. Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica [Internet]. 2011.
- www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf
- Organización Panamericana de la Salud "Elegibilidad para la Donación de Sangre: Recomendaciones para la Educación y la Selección de Donantes Potenciales de Sangre" Washington, D.C.: OPS, © 2009. www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/EligiBlood09ESP.pdf

Funciones, responsabilidades y compromisos del recurso humano: Responsable de enfermería y auxiliares de asistencia

INMACULADA LAHIGUERA ÁBALOS, Enfermera. Supervisora de Unidades Móviles del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: lahiguera_inm@gva.es

Presentación

Es una responsabilidad y un privilegio compartir, a través de este capítulo, el trabajo que diariamente venimos realizando desde la Dirección de Enfermería con los equipos móviles del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana, en concreto coordinando los recursos humanos y materiales necesarios para que todas las colectas que diariamente se programan desde promoción, cubran las necesidades hemoterápicas de nuestros hospitales.

En todos los Centros de Transfusión se nos plantea un desafío principal, y es el de FIDELIZAR a nuestros donantes; es decir, que las personas que donan sangre por primera vez, vuelvan a hacerlo y, por otra parte, mantener a los que ya tenemos. Entendiendo por donante a toda persona sana que de forma altruista y voluntaria deja en nuestras manos un bien de gran valor, su sangre, "su salud", para garantizar la salud de un tercero.

Hay que saber que a pesar de que son muchas las personas que se interesan por la donación, sólo un porcentaje pequeño, menos del 4%, se incorporan como donantes, y son éstos los que mantienen y cubren las necesidades hemoterápicas de nuestros hospitales, y aquí en este punto es dónde nuestros equipos juegan un importante papel y en especial el equipo de enfermería.

Funciones de la supervisión de enfermería

1. Organizar, dirigir, controlar y evaluar el funcionamiento de los equipos, proponiendo a la Dirección del Centro las medidas necesarias para el mejor funcionamiento de dichos equipos.
2. Asegurar la adecuada relación y coordinación entre los equipos.
3. Promover y estimular el trabajo en equipo, así como la participación de todos en las tareas asistenciales, docentes, investigadoras y administrativas.
4. Facilitar y estimular el adiestramiento, formación y capacitación del equipo.

5. Evaluar periódicamente las actividades realizadas y los resultados alcanzados.
6. Optimizar los recursos humanos y materiales.
7. Dirigir las actividades relacionadas con la mejora de la calidad asistencial, docencia e investigación realizado por el personal de enfermería.
8. Representar al equipo ante la Dirección de Centro.
9. Informar a la Dirección del Centro de las dificultades y problemas existentes para el desarrollo de las actividades, cuando se precise de su intervención para solucionarlos.
10. Garantizar una adecuada organización del personal a su cargo (bajas, permisos, licencias y vacaciones, etc.).
11. Asumir las funciones que, expresamente, le delegue o encomiende la Dirección del Centro.

Funciones de la enfermería

Son muchas las definiciones que se le han dado a la enfermería con el objeto de articular sus papeles y sus funciones. Las personalidades más destacadas en esta disciplina desde los tiempos de Florence Nightingale 1958, pasando por Virginia Henderson 1966, por Yura y Walsh 1978, han definido la enfermería como un Arte y una Ciencia.

Las funciones de la enfermería las podemos englobar en cuatro principalmente

- Función asistencial.
- Función docente.
- Función investigadora.
- Función administrativa.

Y todas ellas se pueden unir en una sola, que es la función de **"CUIDAR"**, función que habitualmente se relaciona con enfermedad, cuidar a enfermos; en nuestro caso cuidamos a personas sanas, a donantes, que dan salud a personas enfermas, por lo tanto, de forma indirecta, actuamos sobre estas personas.

No es fácil cuidar a personas sanas ya que la interrelación: enfermería-salud-enfermedad está alterada.

¿Cómo trabajamos?

Debemos dar una Atención Integral al Donante de sangre, entendiendo por Atención Integral la que se da desde un punto de visto físico, psíquico y social y para ello incidimos en las aptitudes de nuestro personal y en las actitudes frente al donante a través de cursos de formación.

Contamos con un equipo multidisciplinar, formado por médicos, enfermeras/os, técnicos en cuidados de enfermería (TCE), celadores y conductores, que se distribuyen en equipos dependiendo de las previsiones y de las necesidades de cada colecta así para:

Donantes	Enfermería	TCE	Celador	Conductor	Médico
20-25	1	1	1	1	1
26-45	2	1	1	1	1
46-55	3	1	1	1	1
56-75	4	1	1	1	1
76-100	5	1	1	1	1
101-120	6	2	2	1	2

Y así sucesivamente, pudiendo variar la dotación de personal si las necesidades lo requieren.

También disponemos de una flota de 21 vehículos, de los cuales 4 son autobancos, que son autobuses dotados de la infraestructura y la logística necesaria para realizar la extracción en su interior, el resto llevan una dotación de material necesaria para montar una sala de extracción en los locales que nos ceden en cada uno de los puntos a los que nos desplazamos.

Estandarización de los procesos

Para prestar Atención Integral, de la que he hablado anteriormente, nuestros procesos deben estar lo más estandarizados posible, para ofrecer un producto de calidad, de acuerdo a nuestro sistema de calidad, pero a la vez deben ser lo suficientemente personalizados e individualizados para cumplir con las expectativas de los donantes, debemos adaptarnos a sus circunstancias, por ejemplo no es lo mismo realizar una colecta en una población donde el 90% de las personas que se acercan a donar son ya donantes y tienen conocimiento del proceso, que en una facultad donde el 90% de los donantes lo hacen por primera vez. En las dos colectas debemos seguir los procedimientos estandarizados pero adaptando nuestra atención a las necesidades de los donantes.

De la profesionalidad, la pericia, la habilidad, la buena atención, depende el éxito de futuras colectas, de ahí la necesidad de formar y capacitar a nuestro personal, aumentando la satisfacción del donante y del profesional.

Tareas generales de la enfermería

- Atención al donante: es el responsable del trato al donante en general, atención a sus requerimientos, dudas, problemas, consejos post-donación e información sobre la donación.
- Selección de donantes: orientar, en cuanto a requisitos, para la donación, siempre dentro de los estándares vigentes y bajo supervisión médica.
- Flebotomía: técnica de extracción según el Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) correspondiente en cada caso.

- Cuidado al donante: atención de posibles problemas derivados de la donación, efectos adversos, administración de fármacos bajo supervisión médica.
- Preparación del equipo: comprobar que todo el material está vigente y disponible, notificar, si lo hubiere, material pendiente de reponer, realizar partes de averías para tramitar su reparación.
- Cumplimentación de documentación.
- Poseer conocimientos suficientes y adecuados sobre serología para comprender y orientar a los donantes que presenten este tipo de alteraciones
- Donación de médula ósea y cordón: conocimiento de este tipo de donación, muestras a extraer, posibilidad de citación y manejo de donantes.
- Procesos de securización de hemoderivados: conocimientos básicos sobre cuarentena, inactivación del plasma/plaquetas, leucorreducción.
- Promoción de la donación: información y educación del donante en todos sus aspectos. El personal de enfermería forma parte esencial de la imagen del centro.
- Participación en las labores inespecíficas de los equipos móviles contempladas en un acuerdo consensuado con la administración.
- Adecuación de la colecta según el personal y los recursos disponibles bajo coordinación médica.
- Participación en el Sistema de Gestión de la Calidad: siguiendo el plan de formación elaborado al efecto y, aportación de propuestas y mejoras.

Intervenciones de enfermeras y actividades

El personal de enfermería estará capacitado para actuar en cualquier nivel del proceso de la donación

1. Promoción
2. Montaje del área de la donación, teniendo en cuenta la luz, el espacio, el flujo de donantes, la privacidad, etc…siempre en consenso con el resto del equipo.
3. Recepción-filiación, fecha de la donación, apellidos y nombre, fecha de nacimiento, Documento Nacional de Identidad (DNI), Tarjeta Sanitaria (SIP, si lo aporta), país de nacimiento, dirección de residencia, código postal, teléfono (fijo y móvil), email.
4. Determinación de constantes, peso, TA, pulso y medición de la hemoglobina por cualquiera de los procedimientos estandarizados.
5. Entrevista médica, realizada por el médico o personal de enfermería adiestrado bajo supervisión médica. Debe conocer los criterios de selección de donantes regulados por Real Decreto 1088/2005 del 16 de septiembre, encaminados a la protección del donante y receptor y los criterios de exclusión temporal y definitiva.
6. Extracción de sangre:

Materiales y equipo

- Materiales de recolección de sangre, etiquetas.
- Tubos piloto (4 por donante):
  - 1 seco, para inmunohematología.
  - 1 con gelosa sin anticoagulante para serología.
- 2 con EDTA para tipificación y biología molecular (NAT).
- Bateas, guantes, pinzas, tijeras, algodón, agua oxigenada, solución jabonosa neutra, solución antiséptica, alcohol, tiritas, esparadrapo, vendas, gasas, compresores, rodillos, sistemas de sellado de tubulares.
- Material de papelería, gomas, bolígrafos, grapas, grapadora.
- Nevera, placas de butanodiol, mesas de trabajo, camillas, paños, balanzas, alzapiés, contenedores de material de riesgo biológico, pañuelos de papel.
- Medicación, pomada fibrinolítica y antiinflamatoria.

Desarrollo

- Tras la entrevista médica el donante pasa al área de donación con el personal de enfermería quien lo acomodará en una camilla.
- Identificación, comprobar de forma inexcusable nombre y apellidos (dígame su nombre por favor), firma del donante, firma del médico, constantes (peso, pulso y tensión arterial) y hemoglobina.
- Identificación de la bolsa, ficha y tubos pilotos, obligatorio comprobar con lector código de barras de la balanza.
- Preparación de la zona de venopunción: seleccionar el acceso venoso más adecuado, una vena grande y firme en una zona de piel exenta de lesiones. Limpieza de la zona de punción; la venopunción se debe realizar con guantes de protección.
- La punción debe ser limpia y canalizar la vena al primer intento ya que cualquier movimiento posterior puede causar lesiones, fijar el tubular al brazo del donante con esparadrapo.
- Llenar la bolsa reservorio (Bactivan®) de toma de muestras en primer lugar en sus ¾ partes, cerrar y romper el clamp de seguridad de la bolsa y poner en marcha la balanza.
- Extraer los tubos pilotos para analítica, primero los secos y por último los que tengan EDTA agitándolos suavemente para evitar coágulos.
- No perder de vista al donante durante todo el proceso, atendiendo cualquier requerimiento que manifieste durante la extracción.
- Comprobar en todo momento que el flujo es el adecuado para obtener la sangre en un tiempo inferior a

10 minutos; rebasado este tiempo se calificará como extracción lenta.
- Controlar que el volumen extraído sea de 465ml.
- Retirar el compresor y la aguja, ejercer presión con una gasa o algodón, indicando que eleve el brazo.
- Introducir la aguja en el protector para evitar punciones accidentales.
- Efectuar un doble sellado y retirar la aguja tirándola al contenedor especial para material contaminado
- Homogeneizar el tubular, mediante un rodillo al efecto, mezclando la sangre de éste con la de la bolsa a fin de evitar coágulos.
- Realizar dos segmentos para posterior comprobación en el centro si fueran necesarios.
- Inspeccionar la bolsa, de nuevo, para comprobar que no tiene ninguna deficiencia
- Almacenar la bolsa en las neveras especiales con placas de butanodiol; 15 bolsas y dos placas en cada una, que mantendrán la sangre a 22ºC (rango 20-24ºC)
- El donante permanecerá entre 3 y 5 minutos en la camilla y una vez colocada la cura, la flebotomía, pasará a la zona de refrigerio
- Se anota en la bolsa la hora a la que ha sido extraída.
- Reflejar las incidencias que ocurran durante la donación, circuito abierto, exceso de peso, defecto de peso, extracción lenta, tubos sin bolsa, uso no transfusional…

Cuidados del donante post-donación

Información que proporcionamos al donante durante el periodo de recuperación:
- Ingesta de líquidos no alcohólicos, especialmente agua.
- Si es fumador, evitar fumar en la hora siguiente a la donación (la nicotina produce vasodilatación y puede provocar mareos).
- Evitar actividades físicas agotadoras o peligrosas durante las 12 horas posteriores (natación, submarinismo,…); asimismo se desaconseja conducir en los 15 minutos posteriores a la extracción.

Estas recomendaciones deben realizarse con particular cuidado en aquellos donantes que acudan por primera vez.

En todo momento permanecerán vigilados y atendidos por el personal del equipo

Complicaciones de la donación de sangre y su tratamiento

Aunque la mayoría de los donantes toleran bien la donación, en ocasiones pueden presentarse reacciones adversas (en menos del 5% de los casos), y la mayoría son de carácter leve y se resuelven rápidamente.

Las complicaciones pueden ser consideradas como generales y locales.

Complicaciones generales:

- Signos de carácter general, signos vaso-vagales.
- Lipotimia o pre-síncope.
- Síncope.
- Náuseas y vómitos.
- Reacciones de hiperventilación y crisis de ansiedad.
- Hipocalcemia.
- Convulsiones.
- Complicaciones cardiacas y parada cardiorrespiratoria (PCR)

Complicaciones locales:

- Hematoma local.
- Punción arterial.
- Lesión nervio periférico, irritación neurológica.
- Reacciones alérgicas locales.
- Flebitis y tromboflebitis.

Complicaciones generales

1. *Signos vasovagales:* pueden ser previos a la aparición de lipotimias o síncopes, sensación de mareo, sudoración, o náuseas entre otros. **Actitud:** al primer signo durante la flebotomía interrumpir el flujo de sangre, posición Trendelemburg y valorar al donante
2. *Pre-síncope o lipotimia,* es el problema más frecuente de la donación de sangre, se caracteriza por una disminución del estado de consciencia, en ocasiones acompañado de respuesta vegetativa, sudoración, palidez, taquicardia, náuseas..
   Suele desencadenarse, frecuentemente, por estímulos psicógenos, calor, aglomeraciones, visión de sangre o procedimientos médicos. **Actitud:** interrumpir la extracción, posición de Trendelemburg, generalmente la distracción y la relajación son suficientes para que desaparezcan los síntomas, invitarle a que realice respiraciones profundas con la boca abierta.
3. *Síncope*: es más grave que el anterior pero menos frecuente, se define como la pérdida de conciencia y del tono muscular de aparición brusca y de corta duración que se resuelve espontáneamente y sin secuelas neurológicas. Si la pérdida de conciencia se prolonga pueden aparecer espasmos o contracciones tónicas seguidas de una o dos contracciones clónicas (síncope convulsivo), suele acompañarse de debilidad, sensación de sofoco, palidez, náuseas, vómitos, sudoración fría, zumbidos de oídos, relajación de

esfínteres, bradicardia y pulso débil. La persistencia de un estado confusional debe sugerir crisis epiléptica y la existencia de disartria, parestesias u otros síntomas focales un accidente isquémico transitorio. **Actitud:** a los primeros síntomas distraer al donante y ponerlo en posición de Trendelemburg para aumentar el retorno venoso, aflojar ropa (corbata, cinturón…), aplicar frío en frente o nuca. Normalmente se presenta al finalizar el proceso de la donación. Si está donando finalizar donación. Vigilar constantes vitales y nivel de consciencia.

Apoyo farmacológico: Efortil®, atropina, soluciones salinas intravenosas, administración de oxígeno, Diazepam. En caso necesario derivar al donante a un centro hospitalario.

4. *Reacciones de hiperventilación:* donantes ansiosos que acuden a donar con gran nerviosismo, casi siempre la primera vez, conduce a hipocapnia con alcalosis respiratoria y tetania. **Actitud**: relajar al donante y corregir la alcalosis (re-respirar dentro de una bolsa de plástico).
5. *Náuseas y vómitos:* es raro y suele ser el pródromos de un cuadro sincopal. **Actitud**: colocar al donante en postura cómoda que dificulte la aspiración de vómito y si es necesario administrar antieméticos.
6. *Hipocalcemia:* en aféresis secundaria a la utilización de sustancias quelantes del calcio (citrato sódico), aparecen parestesias sobre todo periorales, hormigueo, inquietud, temblor, raramente tetania. **Actitud:** calcio oral a demanda.
7. *Convulsiones:* es infrecuente. **Actitud:** sujetar entre dos al donante para que no se lesione, asegurar libre la vía aérea, colocar un tubo de Guedel y diazepam 10 mg en 100 cc de suero fisiológico y administrar lentamente (alrededor de 20 minutos) NUNCA administrar el diazepam directamente en vena ya que podría provocar una parada respiratoria. En caso necesario derivar al donante a un centro hospitalario.
8. *Parada cardiorespiratoria*: iniciar maniobras RCP y llamar al Servicio de Urgencias.

Complicaciones locales

1. *Hematoma local*: es la más frecuente, suele localizarse a nivel antecubital aunque a veces se extiende a todo el antebrazo. Excepto por el aspecto no revisten importancia, a veces presentan dolor local y excepcionalmente trombosis venosa. **Actitud:** 1) quitar el torniquete y la aguja si está donando, colocar gasas estériles sobre el hematoma y hacer presión, de 7 a 10 minutos elevando el brazo; 2) aplicar pomada fibrinolítica y antiinflamatoria y vendaje compresivo, 3) indicar al donante que evite esfuerzos con ese brazo en las 24h siguientes.
2. *Punción arterial:* flujo sanguíneo pulsátil, rápido y de color rojo vivo. **Actitud:** 1) retirar el torniquete y la aguja, 2) comprimir con fuerza entre 10 y 15 minutos; 3) vigilar pulsos distales, coloración y aspecto de la mano, 4) vigilar al donante, por lo menos, en los siguientes 30 minutos, 5) si se presentan manifestaciones distales de bajo flujo remitir a un centro hospitalario para valoración por un cirujano vascular.
3. *Lesión nervio periférico:* comezón, irradiación, pérdida de fuerza y parestesias en el territorio dependiente del nervio afectado, es molesto y puede ser grave. **Actitud:** si no cede en los siguientes 30 minutos, derivar al neurólogo para valoración.
4. *Reacciones alérgicas locales:* si se trata de reacciones locales derivadas del antiséptico utilizado valorar la administración de corticoides (Urbason®), si son graves o generalizadas administrar adrenalina subcutánea y derivar al donante a un centro hospitalario.

Complicaciones retardadas de la donación

La aparición de lipotimias una vez que el donante está en su domicilio son esporádicas y son más frecuentes las complicaciones locales, por ello los donantes deben conocer el teléfono del Centro, se les citará para una primera valoración y tratamiento y se derivará a su médico de cabecera o especialista que corresponda.

Notificación de complicaciones de la donación de sangre

Cualquier complicación que se produzca en la donación de sangre se deberá comunicar al Servicio de Hemodonación, para su registro en el programa de Hemovigilancia.

Actitud y trabajo en equipo

Desde la Dirección de Enfermería también tenemos la responsabilidad de incidir en la actitud de nuestro personal. El equipo móvil es la vitrina del Centro y de su actitud depende en gran medida que el donante vuelva, es decir que se cumpla el reto de FIDELIZAR a nuestros donantes, para ello organizamos cursos de habilidades sociales, de asertividad, en definitiva crear un clima laboral satisfactorio.

Resumen

Nuestras colectas forman parte del entramado sanitario de la comunidad y como cualquier servicio sanitario tenemos la obligación de informar, atender,

educar a nuestros donantes y a toda la población en general para contribuir a la salud individual y colectiva.

Referencias

1. Fernández Filgueiro M, al menos dos autores más et al. Guía práctica de cuidados enfermeros en el donante de hemocomponentes SETS ciudad?? 2003.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de Planificación Sanitaria
3. Guía de funcionamiento del equipo de atención primaria, 1991. Secretaría General Técnica publicaciones, documentación y biblioteca.
4. Brunner LS, Suddarth DS. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica Interamericana. McGraw-Hill, país?? 1987
5. Procedimientos Operativos Estandarizados Internos del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana:
6. POE-Hem04, recepción y fidelización de donantes de sangre.
7. POE-Hem07, extracción de sangre.
8. POE-Hem08, cuidados y atención al donante postdonacion.
9. POE-Hem09, tratamiento de las complicaciones de la donación de sangre.

Funciones, responsabilidades y compromisos del recurso humano:
Responsable de comunicación

Eva Mª Xandri Ibañez, Licenciada en Ciencias de la Información-Periodismo, Técnico de Gestión de la Función Administrativa. Responsable de Gabinete de Comunicación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: xandri_eva@gva.es

Para ejercer el periodismo, ante todo, hay que ser buenos seres humanos. Las malas personas no pueden ser buenos periodistas. Si se es una buena persona se puede intentar comprender a los demás, sus intenciones, su fe, sus intereses, sus dificultades, sus tragedias. Y convertirse en parte de sus destinos."
Ryszard Kapuscins

Es importante contar con un gestor de comunicación en cualquier organización y la nuestra no es una excepción. La comunicación ayuda a resolver conflictos y no solo por su parte informativa sino por un alto contenido social. Por ello el profesional debe "pasear" por todos los rincones, desde el almacén hasta los laboratorios, pasando por las unidades de extracción, visitas, cierres de colecta, etc., y no solo como espectador sino, en la medida de lo posible como parte del equipo aunque sea por unas horas. La figura del responsable de comunicación ayudará a encontrar soluciones a conflictos, porque cree en la empresa pero sobretodo en el trabajo en equipo y en sus compañeros que deben convertirse en sus aliados.

También debe actuar como observador, no basta con conocer el entorno de trabajo a la perfección, muchas veces pesará más el entorno social, el momento político, una moda, un acontecimiento. La inmediatez de la información es un hecho, la influencia de determinadas tendencias otro, la rapidez con la que cambian los iconos sociales no deja a nadie indiferente. ¿Cómo gestionar todas estas realidades y estar en ellas para no perdernos nada?

En este momento es importante el análisis. Por una parte debemos estar presentes en todas las novedades sanitarias que acontezcan, a través de las redes sociales pero también con presencia en ferias, certámenes. También buscar vitrinas en los medios y buena relación con el tejido empresarial. También se tiene que buscar la oportunidad del momento, aprovechar una forma de comunicación que triunfe ya sea de forma visual, tendencias en redes….

Pero manteniendo siempre un tono responsable, medido, coherente y trabajado.

Las principales virtudes de un buen gestor de la comunicación giran siempre alrededor de la información y las habilidades sociales. Debe ser asertivo porque en ocasiones las líneas comunicativas no son fáciles.

Por todo ello trasciende que el responsable de estas unidades tiene una gran oportunidad de participar en las estrategias y en gran parte de su habilidad dependerá el éxito.

Detallemos las distintas posiciones de un responsable de comunicación:

1. Enfocar la comunicación según el contexto social y geopolítico.
2. Marketing estratégico y publicidad: en este apartado toman relevancia funciones relacionadas con el desarrollo de actos promocionales, la publicidad, y la gestión y elección de patrocinios.
3. Asuntos institucionales: sigue creciendo en importancia por la necesidad de relacionarse con los agentes decisorios de cualquier índole: las relaciones con el Gobierno y empresas
4. La comunicación no se puede olvidar, pero entendida como una función gerencial y no instrumental. Aquí aparecen los diferentes públicos con los que se debe relacionar: empleados, medios de comunicación, medios sociales, clientes y prescriptores.
5. Reputación corporativa: se ha convertido en una de las funciones clave de los nuevos responsables de comunicación de las organizaciones: salvaguardar la reputación de la institución.
6. Marca e identidad: el responsable de comunicación deberá ser el encargado de traducir la identidad, el propósito, la visión, la misión, el diseño, la marca y los valores de la organización. Así mismo deberá ser capaz de conseguir la vinculación y alineamiento de la marca corporativa; ser capaz de estructurar la arquitectura de la marca y su protección legal; y la expresión visual e implementación en todos los puntos de contacto con el público.

- Control, creación y supervisión de diseño de:
- cartelería
- imágenes para redes sociales
- cartelas para circuitos cerrados o pantallas
- reportajes
- montaje de escenarios, canutazos (un sinónimo??), ruedas de prensa

7. Generación de contenidos: es, a día de hoy, una de las funciones estrella, aquí el responsable deberá ser capaz de crear la narrativa corporativa a través del *storytelling* y los nuevos formatos, todo ello con el fin de generar contenido alrededor de su marca y/u organización.
   - Elaboración notas de prensa en campañas de sangre extraordinarias como maratones, entidades deportivas,…
   - Entrevistas e intervenciones radiofónicas
   - Entrevistas en programas televisión
   - Preparación intervenciones y respuestas a medios
   - Asesoría en casos de crisis y nuevas acciones
   - Comunicación interna

La figura de gestión de la comunicación debe saber, debe impulsar, que el fin de la propia empresa está por encima de todo.

Referencias

1. BARRANCO J. Planificación estratégica de recursos humanos. Del marketing interno a la planificación, Madrid: Pirámide,1993.
2. DAVARA F J. *Estrategias de comunicación en marketing*, Madrid: Dossat 2000, 1994.
3. DRUCKER P. "The coming of the new organization", en Harvard Business Review: *Gestión del conocimiento*, Bilbao: Deusto, 2000.
4. GAN F.*Manual de programas de desarrollo de Recursos Humanos*. Barcelona. Apóstrofe, 1996.
5. GARRIGÓS JL. "Cómo elaborar un plan de comunicación interna". *Capital Humano*, Madrid, nº. 94, 1996.
6. GOMEZ Y PATIÑO MªG. "El Gabinete de comunicación sinónimo de hermetismo" La Coruña: VI Congreso Español de Sociología, 1998.
7. KATZ D, KHAN R. *Psicología social de las organizaciones*. México. Trillas, 1986.
8. KLEIN JA. "Why supervisors resist employee involvement". *Harvard Business Review*, 62;87-95, 1984.
9. LUCAS MARIN A. *La comunicación en la empresa y en las organizaciones*, Barcelona. Bosch comunicación, 1997.
10. LUHMANN N. *Sistema Social*. México. Universidad Iberoamericana, 1995.
11. MAZO J M. "Paradojas de la empresa interconectada" *Anuario de Comunicación*. Madrid. ADC-DIRCOM, 1998.
12. NONAKA I. "The knowledge-creating company", en Harvard Business Review: *Gestión del conocimiento.* Bilbao. Deusto, 2000.
13. PETIT F. *Psicosociología de las organizaciones.* Barcelona. Herder, 1984.
14. PRATKANIS A, ARONSON E. *La era de la propaganda. Barcelona.* Paidos Comunicación, 1994.
15. PUCHOL L.*Dirección y Gestión de Recursos Humanos*. Madrid. Díaz de Santos, 1997.
16. PUYAL E. "La supervisión de grupos autónomos de trabajo: una cuestión paradójica". *Revista de Gestión Publica y Priva*da, 4:301-314, 1999.
17. ROBBINS H, FINLEY M. *Por qué fallan los equipos*. Barcelona. Gránica, 1999.
18. SERIEYX Hervè. *El Big Bang de las organizaciones*. Barcelona. Ediciones B, 1994.
19. SIMON H. "La comunicación", Lecturas de teoría de la organización. Madrid. MAP, pp 353-369, 1993.
20. SOMOZA F. "La comunicación interna, instrumento de motivación de la empresa", *Alta Dirección*; nº. 179, 1996.
21. STRAUSS G. "La participación de los trabajadores en la gestión" en HARTLEY JF, STEPHENSON G. *Relaciones laborales. La psicología de la influencia y del control en el trabajo*. Madrid. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, 1992.

Funciones, responsabilidades y compromisos del recurso humano:

Responsable de Administración

Carmen Sancho-Tello Valls. Jefe de Grupo Administrativo. Servicio de Hemodonación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: sancho_carval@gva.es

En la actualidad el Servicio de Hemodonación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana se encuentra subdivido en cuatro secciones, independientes en sí mismas, pero formando parte de un todo:

1. Promoción: es el primer y, tal vez, más importante "eslabón de la cadena". La promoción representa la vitrina que el Centro de Transfusión proyecta hacía el exterior, hacía las personas que colaboran con nosotros en las colectas extramurales (donantes y colaboradores).
2. Secretaría: la secretaría del servicio se ocupa por una parte de la citación de los donantes (utilizando los medios a su alcance: cartas, email, página web —www.centro-transfusion.san.gva.es— SMS, redes sociales) y de otra del control de la base de datos de donantes. Como no puede ser de otra manera en un contacto muy estrecho con el Departamento de Informática del Centro.
3. Equipos Móviles: además de la recepción y cumplimentación de los registros de filiación del donante, atienden a éste durante el periodo de donación y en la post-donación inmediata.
4. Mecanización: finaliza el proceso de integración de las unidades de sangre al histórico de cada donante y, en su caso, la corrección de la base de datos de donantes.

Funciones de la secretaría del servicio de hemodonación

La dotación de personal para esta sección está estrechamente relacionado con las funciones a desarrollar. Por otra parte el grado de compromiso está muy vinculado a la consecución de objetivos; este importante eslabón es el puente que une, de forma bidireccional, a los donantes con el Centro de Transfusión. Evidentemente, el mayor grado de informatización de las funciones se corresponde con un menor número de personal necesario.

Son funciones específicas de nuestra secretaría de administración, entre otras, las siguientes:

- Comprobación diaria de los listados (denominado *"listado fin colecta"*) de las donaciones hechas por el Equipo Móvil en las sesiones de extracción del día anterior, con el listado informático. Si coinciden las cantidades de cada una de las colectas se archivan los listados en orden de fecha.
- Diariamente se llama a los contactos/colaboradores de las colectas programadas para el día siguiente.
- Diariamente se repone el material administrativo y se preparan los obsequios/recuerdos que llevarán los equipos móviles en las colectas programadas el día siguiente.
- Edición de cartas de citación: Con 15 días de antelación (previos a la colecta) se editan las cartas de cada una de las colectas programadas. Una vez editadas se compara el texto de la carta con los datos del protocolo que nos ha proporcionado el promotor responsable de dicha colecta. Si son coincidentes (edición + protocolo) se pliegan y se preparan en "paquetes" para su envío al Servicio de Correos quien será el responsable último de su distribución. Todo esto hace que se deba de llevar un exhaustivo control del número y lugares de las cartas enviadas.
- Diariamente se actualiza la base de mensajes a móviles (SMS) y se envían los mensajes a las colectas designadas para utilizar este tipo de citación.
- Diariamente se envían emails de citación a los distintos sitios programados. La actualización de la base de emails se realiza en estrecha colaboración con el departamento de Informática.
- Los protocolos de promoción que afectan a grandes ciudades, por las dificultades que conllevan, llevan asociado una petición de permiso y una placa de reserva de estacionamiento para la correcta ubicación de las Unidades Móviles. Dicha placa de reserva de estacionamiento lleva asociadas un documento de "control de reserva de estacionamiento". Como es lógico, este control de reserva de estacionamiento se

le hace llegar, vía email, a la Central de Policía Local que se encarga de su distribución en las diferentes unidades.
- Con periodicidad semanal se controlan los protocolos de promoción con la supervisora de enfermería del Equipo Móvil.
- Diariamente se recibe, vía email, desde el Servicio de Procesamiento el inventario actualizado de unidades de sangre. Esto permite saber si hace falta citar a donantes de grupos determinados de manera urgente (SMS o vía telefónica).
- Diariamente se contesta, o se deriva a los responsables del servicio, los distintos emails en los que los donantes realizan quejas o sugerencias de mejora.
- Corrección de errores en la base de datos de donantes; por ejemplo: dirección postal, teléfono y correo electrónico.
- Escritos de tramitación de incidencias para los distintos departamentos.
- Notificación de los cambios de protocolos a los servicios implicados.
- Solicitar al archivo externo la documentación necesaria para consulta y, una vez consultada la información, devolverlos a dicho archivo.
- Sacar listados mensuales y anuales de donación a través de los distintos programas informáticos para elaborar los indicadores estadísticos.
- Edición de cartas especiales, comprobación de texto, plegado y envío a correo.
- Concertar con los colegios las visitas escolares. Nuestro programa de "puertas abiertas" involucra, semanalmente, a colegios o Institutos de Formación Profesional que visitan nuestras instalaciones. Esta visita a la larga se convierte en una ventana abierta a la donación y es el puente que une a la sociedad civil con el enfermo.
- Preparación y reparto del material necesario para las ediciones de nuestro programa educativo "Mensajeros Solidarios"; llevarlo a los distintos colegios y posterior recogida de los trabajos correspondientes al concurso de dibujo. En su caso, preparar los diplomas a los colegios participantes en el programa.
- Confección de listado del "pueblo del mes", envío de invitaciones y confección de diplomas. Esta actividad trata de agradecer, de forma sencilla, la colaboración de los donantes y sus representantes en una determinada localidad.

Funciones, responsabilidades y compromisos del recurso humano:

Personal Informático

CARLOS GIL PIQUERAS. Ingeniero Técnico en Informática de Sistemas. Departamento de Informática del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: gil_carpiq@gva.es

Funciones:

El personal informático adscrito al Centro de Transfusión tiene encomendadas las siguientes funciones:

1. Administración de software y hardware del sistema informático del Centro de Transfusión.
2. Ampliación de funcionalidades del software de gestión del banco de sangre mediante desarrollos propios.
3. Creación de herramientas independientes de introducción y gestión de datos para salvar las limitaciones del software.
4. Creación de Scripts para la automatización de tareas.
5. Elaboración de paquetes software para su distribución.
6. Planificación, gestión y ejecución de proyectos.
7. Parametrización de aplicaciones.
8. Creación de informes y estadísticas para la explotación de la información por parte de todos los departamentos.

Responsabilidades:

El departamento de informática de cualquier Centro o Servicio de Transfusión es un órgano vital dentro de la estructura pues maneja gran cantidad de información y proporciona seguridad al entorno. Entre otras dependen de él las siguientes responsabilidades:

1. Mantenimiento de la integridad de la base de datos de donantes (donaciones y productos). Esto incluye

coherencia de la base de datos y gestión de las copias de seguridad.
2. Garantizar la seguridad de la información.
3. Atención y soporte al usuario de centro, equipo móvil y de hospitales.
4. Tareas de operación y monitorización de la infraestructura.
5. Revisión de las tareas críticas para garantizar la disponibilidad.
6. Elaboración de informes técnicos para contratación y de informes de necesidades para la compra de material informático.

Compromiso del recurso

1. Asegurar la confidencialidad de los datos de donante y usuario de acuerdo con la Ley 15/1999 de protección de datos de carácter personal.
2. Proactividad en los proyectos, anticipación a las necesidades del usuario y capacidad de adaptación ante los cambios introducidos por los servicios centrales del ente gestor de la sanidad pública.
3. Proporcionar al usuario las herramientas para desarrollar su trabajo.
4. Respecto a la atención de incidencias, respuesta priorizada según la gravedad para garantizar un tiempo de respuesta adecuado.

Con seguridad el aspecto más importante de la Unidad de Informática es el de **Validación de los Sistemas Informáticos** en nuestro Centro que se desarrolla con arreglo al siguiente Procedimiento Operativo Estandarizado:

Objeto: descripción de la validación del sistema informático con el fin de evidenciar que el mismo, dentro de los parámetros definidos, es capaz de funcionar de una manera eficaz y reproducible y de acuerdo con las especificaciones de calidad previamente establecidas.

Material y equipo: Programa Hematos®.

Método:

- **Personal:** Personal de la Unidad de Informática.
- **Periodicidad:** Se realizará, como mínimo una vez al año, y cada vez que se realicen actualizaciones o cambios significativos que afecten al producto de base.
- **Desarrollo:** Se efectuará una comprobación de que todos los pasos relevantes del sistema funcionan correctamente. Si los datos se transfieren a otro formato de datos o sistema, la validación debe incluir comprobaciones de que los datos no se alteran en valor y/o en significado durante el proceso de migración.
- **Control de accesos:** Se validarán los distintos perfiles de usuario y sus permisos asociados.
- **Almacenaje de datos:** Se comprobará la accesibilidad, la legibilidad y la exactitud.
- El acceso a los datos debe asegurarse durante todo el periodo de conservación de los mismos.
- **Control de los productos:** Se comprobará que el sistema controla el inventario y la liberación de los productos. Se comprueban aspectos como la trazabilidad inequívoca de donaciones o la imposibilidad de distribuir productos no conformes.
- **Seguridad de la información:** Se comprobará la integridad y exactitud de las copias de seguridad de datos y la capacidad de reestablecer los datos en caso de fallos funcionales imprevistos.
- **Registro de auditoría ("Audit trail"):** Cualquier cambio realizado en el sistema informático debe documentarse, incluyendo el motivo del cambio. Dicho registro de auditoría tiene que estar disponible.

Resultados: Tras finalizar el proceso de validación, el responsable de la Unidad de Informática emitirá un informe de validación. Si existe alguna desviación o incidentes: fallos de sistema, errores de datos, serán comunicados como no conformidades, para su evaluación y cierre.

Capítulo 18

Asociaciones de donantes de sangre

Sabin Urcelay Uranga. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de la unidad de promoción y extracción del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Gipuzkoa. España.
Email sabin.urcelay@gmail.com

Son asociaciones que nacen con el fin de lograr el número suficiente de donantes que puedan asegurar el suministro necesario de hemoderivados para los pacientes de una zona determinada (en el Capítulo 1 se ha descrito el origen de las asociaciones de donantes en diferentes partes del mundo).

En nuestra provincia de 680.000 habitantes existe la Asociación de Donantes de Sangre y en sus estatutos figura que su misión es

Agrupar a todas aquellas personas que estén dispuestas a dar su sangre de forma gratuita en beneficio de cualquier semejante que la necesite, sin distinción de raza, religión o fronteras.

Para la consecución de dichos fines se llevarán a cabo, previo el cumplimiento de los requisitos legales establecidos, las siguientes actividades:

- Preparar las colectas que con anterioridad se hayan pactado con el centro vasco de transfusión y tejidos humanos.
- Realizar aquellas actividades que se estimen oportunas para difundir el mensaje de la importancia de la donación altruista de sangre, órganos y tejidos entre la población gipuzkoana.
- Velar en la medida de sus posibilidades de que los derechos de los donantes sean respetados.

Como se explica en el capítulo dedicado al voluntariado, nuestro Centro de Transfusión actual nació en 1964 como un pequeño Banco de Sangre perteneciente a la Asociación de Donantes de Sangre de Gipuzkoa que en 1982 tras 18 años de existencia viendo que la complejidad de las pruebas de serología que había que desarrollar junto con la necesidad de técnicas de fraccionamiento se decidió dar una entidad propia al Banco de Sangre que se hizo cargo desde ese momento de la extracción, Procesamiento y distribución de los hemocomponentes procedentes de las donaciones de donantes voluntarios, altruistas que eran captados por la Asociación. A partir de ese momento la labor del voluntariado se centró en promocionar la donación de sangre.

Cuando se empieza a desarrollar un programa de promoción de la donación de sangre es porque hay un problema de falta de donantes voluntarios habituales y altruistas. Esta situación favorece que en un momento dado surja en una parte de la población la necesidad de paliar ese problema y con esto es posible que nazca una organización de voluntarios que observa cómo un tema crucial no está cubierto por las instituciones oficiales. Este fue el caso de la aparición de asociaciones de donantes de sangre en España y otras partes de Europa.

El voluntariado puede aparecer de manera espontánea y suplementaria a las instituciones sanitarias o de manera complementaria e inducida por las propias instituciones sanitarias. Esta segunda opción tiene innumerables ventajas y adolece de los peligros de la anterior.

Una asociación que nace de manera espontánea que adquiere la responsabilidad de solucionar un problema en algunas ocasiones se acaba sintiendo el "dueño" de ésta tarea llegando en ocasiones a un conflicto de intereses entre que se realice ésta tarea de la manera más eficiente y el defender la "propiedad" de esa tarea y en consecuencia su propia existencia.

Una asociación que surge de manera inducida nace con la idea de ayudar al Centro de Transfusión para solucionar un problema; si el problema es solucionado o desaparece sentirán el orgullo y satisfacción de haber participado en el éxito del programa y podrán, de así desearlo, ofrecer su experiencia y organización a otra labor que pueda beneficiarse del voluntariado

La ventaja de contar con una Asociación de Donantes facilita la promoción de la donación de sangre. Las asociaciones no son necesarias pero sí son muy útiles si su objetivo no es otro que el de ayudar al Centro de Transfusión para lograr un número suficiente de personas que donen sangre de una manera habitual, voluntaria, altruista y responsable.

Entre las ventajas de contar con una Asociación de Donantes de Sangre con implantación en el área de influencia de nuestro Centro de Transfusión se encuentran:

1. Podemos asegurarnos que en cada municipio de nuestra zona habrá un equipo que trabajará de manera permanente en promocionar la donación de sangre y colaborará para que aquellas acciones que queramos desarrollar desde el Centro de Transfusión se vean facilitadas.
2. Los donantes de cualquier municipio tendrán un primer interlocutor para cualquier duda, sugerencia o reclamación, siendo este interlocutor conocido y semejante a él.
3. Una Asociación de Donantes puede ser homenajeada de una manera sencilla siendo este homenaje extensivo a todos los donantes.
4. Las Asociaciones están libres de cambios políticos en la gestión de los recursos sanitarios. Por ejemplo, si ahora por motivo de la crisis en nuestro entorno se produjera una disminución de los servicios sanitarios, un incremento de las listas de espera o alguna otra circunstancia que perjudicase a la población, cabría la posibilidad de que los donantes como "respuesta" decidieran donar menos sangre a ese sistema sanitario que los "castiga". Al haber una Asociación, ésta siempre podría transmitir que en tiempos de crisis son más necesarias que nunca las donaciones de sangre y que entre todos debemos lograr mantener, al menos, el nivel de donaciones existente.
5. Las asociaciones son susceptibles de mecenazgo tanto en su conjunto como en los equipos de los diferentes municipios. Estos mecenazgos pueden provenir de empresas con programas de Responsabilidad Social Corporativa, fundaciones que destinan recursos para campañas de utilidad pública, instituciones locales o provinciales que disponen de ayudas para entidades de utilidad pública, o personas privadas que agradecidas por la labor de los donantes de sangre pueden hacer un donativo en un momento dado.
6. Como ejemplo diremos que la Asociación de Donantes de Sangre de Gipuzkoa recibe el 80% de sus recursos del Centro Vasco de Transfusión mediante una subvención fija anual y el 20% restante de empresas con programas de Responsabilidad Social Corporativa. Queda fuera del presupuesto todo el refrigerio que damos a los donantes que realizan sus donaciones fuera del punto fijo de donación; estos 24.000 refrigerios se sufragan mediante aportaciones diversas de cada municipio y que puede suponer un mínimo de $50.000. Como ejemplo también expondremos la recepción de manera excepcional de una herencia de un hombre que los últimos años de su vida sufrió una leucemia que le obligó a recibir innumerables transfusiones de plaquetas y al morir nos dejó 160.000 €. Y el dinero, aunque es importante, no es lo primordial. Estos donativos nos permiten trasladar a los donantes toda la generosidad que provocan sus donaciones. Un donante al que se le explica que la televisión de 100 pulgadas que se ha puesto en la sala de extracción ha sido un obsequio para agradecer la labor de los donantes de sangre.
7. En la Asociación podemos disponer de voluntariado de grados profesionales elevados que nos aporten su conocimiento y habilidades bien a nivel personal o de su empresa. Nuestro logotipo, los distintivos de los cristales de nuestros locales, los biombos desmontables para separar posibles áreas en las salas de donación, apliques especiales para manejar las camillas de donación son aportaciones gratuitas de diseñadores de prestigio de nuestra provincia.
8. Una asociación transmite una sensación de grupo a las personas que están pensando hacerse donantes de sangre. Conocer que en Gipuzkoa hay 18.500 donantes de manera habitual ayuda a dar ese último paso.
9. Una asociación con representación en todos los municipios de una región permite una difusión casi inmediata de cualquier mensaje o campaña que el Centro de Transfusión quisiera poner en marcha. En Gipuzkoa se están reclutando "embajadores y embajadoras" de la Asociación. Son personas (en su mayoría son donantes pero que no haría falta que lo fueran siempre y cuando estuvieran en favor de la donación de sangre) que se comprometen a difundir por sus redes sociales las fechas de donación de su municipio y aquellos mensajes que una vez al mes les enviamos desde la Asociación. Es una manera de "viralizar" cualquier mensaje o campaña. En nuestro caso que tenemos 68 delegaciones de Donantes de

Sangre distribuidas por nuestra provincia, si tenemos 10 embajadores mínimo en cada delegación podemos calcular que 680 personas una vez al mes van a distribuir entre sus amistades estos mensajes difundiéndolos (fundamentalmente por Whatsapp). Partiendo de 10 mensajes por cada embajador lograríamos empezar con una difusión que alcanzaría al 1% de la población en el 1er impacto. Es fácil pensar que tanto el número de embajadores como el número de mensajes es muy fácil de superar con lo que el resultado se incrementaría de manera exponencial

Se puede pensar que hablar de organizar una asociación bien estructurada en una población de 680.000 habitantes es fácil y no así si hablamos de territorios o poblaciones mayores. Como ejemplo podríamos citar la Federación de Donantes de Sangre de Cataluña que cubre una población de más de 7.523.000 habitantes. Esta Federación está formada por 35 asociaciones que abarcan 625 municipios en las que realizan más de 6000 campañas de donación al año.

Da vértigo pensar los recursos necesarios para que un Centro de Transfusión pueda realizar las gestiones necesarias para organizar esas 6000 campañas. Gestiones que se diluyen una vez repartidas entre los voluntarios de esas 35 asociaciones que a su vez cuentan con delegaciones locales en muchos municipios.

En último término las Asociaciones de Donantes son un medio de llegar a los puntos más remotos de nuestra zona de influencia y contactar con las personas e instituciones locales a fin de facilitar las gestiones necesarias para realizar las colectas de sangre a la vez y que en el período entre dos colectas intentan sensibilizar a la población de su municipio para que se hagan donantes voluntarios habituales y altruistas.

La Asociación deberá contar con una persona responsable en cada punto de colecta que puede ser un municipio, un barrio, un centro educativo, una empresa o institución. A esta persona le denominaremos delegado. Lo ideal es que sea el responsable de un equipo de colaboradores. El que exista un equipo de colaboradores ayuda a que la labor sea menos pesada, haya más motivación y aseguran una continuidad en el caso de que por cualquier motivo la persona que ejerce de delegado tuviera que dejar esa actividad. A ese equipo le denominaremos delegación

Las tareas que podrían ser labor de las delegaciones serían:

1. Representar a la Asociación de Donantes de Sangre.
2. Promocionar la donación de sangre y sus componentes siguiendo el criterio marcado por la Junta de la Asociación.
3. Desarrollar los programas que se diseñen para cada momento.
4. Participar en las actividades, cursos, charlas que se organicen desde la Asociación.
5. Obtener los recursos necesarios para atender a los donantes el día de la colecta (en el caso de que no se pudiera obtener los recursos necesarios la Asociación se haría cargo).
6. Conocer todos los recursos públicos y privados de que se disponen en su localidad:
   a. Espacios físicos donde se puedan realizar las colectas.
   b. Medios de comunicación locales que pueden hacer difusión de la fecha, lugar y horario de la colecta.
   c. Otros colectivos que pudieran colaborar.
7. Colocar los carteles anunciadores de la colecta en los sitios habituales y visibles para la población.
8. Enviar una nota informativa a los medios de comunicación locales: radio, prensa y TV local si la hubiera.
9. Preparar con antelación a la llegada del equipo móvil.
   a. El local con las salas destinadas.
   A las entrevistas de salud.
   Valoración de hemoglobina y tensión.
   Sala de espera.
   Sala de extracción.
   Sala de refrigerio.
   b. El refrigerio consistente de bebidas sin alcohol.
10. Atender a los donantes de la delegación facilitando su participación no sólo en la donación de sangre sino también en las actividades que se organicen desde Asociación.
11. Pulsar el estado de opinión y respuesta de los donantes de su localidad o área y transmitirlo a la Asociación.
12. Encargarse de organizar la extracción junto con el Centro de Transfusión.
13. Colaborar en la elaboración del calendario, respondiendo rápidamente a las fechas propuestas por el Centro de Transfusión indicando si son idóneas (fiestas locales, circunstancias temporales, hábitos de la población…).
14. Avisar con tiempo suficiente a los propietarios de los locales que se vayan a utilizar para la extracción de modo que cuando llegue el equipo móvil todo esté dispuesto y a punto para comenzar. En el caso de desplazarse una Unidad Móvil obtener los permisos necesarios para poder estacionarlo en un lugar céntrico con las acometidas de agua y corriente eléctrica si fueran necesarias
15. Atender a los donantes durante el tiempo de la colecta, sin entorpecer el trabajo del equipo sanitario (atención del refrigerio, recogida de sugerencias …)

16. Procurar que el donante se encuentre cómodo creando un ambiente cordial y relajado, prestando una atención especial a los donantes que acuden por primera vez y avisando al equipo de extracción en cuanto observe cualquier problema derivado de la extracción.
17. Aprovechar el contacto con los donantes para reforzar el agradecimiento por la donación y recalcar la importancia de que existan donantes voluntarios habituales y altruistas.
18. Dar opción a que los donantes puedan expresar sugerencias o quejas que deberán hacer llegar al Centro de Transfusión.
19. Estar a disposición del equipo sanitario para todo aquello que pudieran necesitar.
20. Cuando finalice la extracción todo deberá quedar limpio y bien recogido, convendría también agradecer personalmente la colaboración de aquellas personas e instituciones que nos han facilitado el trabajo (Ayuntamiento, Centro de Salud, particulares…).
21. Comunicar a la Asociación los posibles problemas o incidencias que puedan afectar e interferir cualquiera de las fases que comprenden una extracción con equipo móvil, con la mayor brevedad posible para solucionarlos cuanto antes.
22. Interesarse por el estado de salud de un donante si ha sufrido algún percance después de la donación e informar a la Asociación si hubiera alguna novedad al respecto.

La delegación deberá estar formada por personas:

1. Voluntarias que dispongan y deseen poner su tiempo al servicio de los demás.
2. Que posean unas cualidades personales de liderazgo e iniciativa.
3. Que sepan utilizar habilidades sociales.
4. Que tengan un conocimiento sobre la Asociación, sus funciones y objetivos.
5. Con un conocimiento básico sobre la donación de sangre.
6. Conocidas en su municipio.

Es deber de la Asociación la formación, motivación y reconocimiento de todos sus voluntarios (ver el capítulo que trata sobre el voluntariado)

Asociaciones de pacientes

Dependiendo del grado de desarrollo de la Promoción de la Donación de Sangre su labor e implicación va variando.

Cuando la donación voluntaria, habitual y altruista es escasa, las asociaciones de pacientes de aquellas enfermedades que necesitan de las transfusiones pueden colaborar de manera activa. Según se van cubriendo las necesidades transfusionales y las transfusiones se entienden como un derecho y no como un maravilloso regalo de vida, estas asociaciones de pacientes se movilizan para cubrir carencias propias de su enfermedad tanto del punto de vista sanitario como social.

Mientras la transfusión no esté asegurada al 100% por un respaldo de una donación de sangre consolidada, se podrán hacer simbiosis con aquellas asociaciones de pacientes que estén implicadas en la necesidad de sangre o hemoderivados.

De todas formas, un buen plan de Promoción de la Donación debería intentar tender puentes de colaboración con este tipo de asociaciones, máxime cuanto es fácil lograr apoyos puntuales de enfermos que dan testimonio de su agradecimiento por las transfusiones recibidas.

Capítulo 19

Recursos materiales publicitarios

Sabin Urcelay Uranga. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de la unidad de promoción y extracción del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Gipuzkoa. España. Email sabin.urcelay@gmail.com

Este capítulo se presta a presentar ejemplos de diferentes recursos materiales, pero dada la imposibilidad de hacerlo en un libro se ha dispuesto un enlace en el que se podrá acceder a material de diferentes Centros de Transfusión http://bit.ly/2rildZ0

Todo el material audiovisual y merchandising que nosotros vamos a diseñar tiene que estar enfocado a lograr alguno de estos objetivos:

- Dar a conocer nuestra "Marca" (nuestra representación visual).
- Sensibilizar a la población general.
- Sensibilizar a segmentos específicos.
- Sanitarios.
- Medios de comunicación.
- Pedagogos.
- Pacientes.
- Informar a la población general.
- Informar a segmentos específicos.
- Sanitarios.
- Medios de comunicación.
- Pedagogos.
- Pacientes.
- Informar a los donantes.
- Fidelizar a los donantes.

Cada una de estas categorías como veremos más adelante las deberíamos segmentar por edad y por sexo. No deberíamos utilizar el mismo material para cubrir todos los objetivos y destinarlo a todos los segmentos.

De los objetivos que hemos enumerado el primero sería el más importante. Tenemos que ser conscientes que vamos a pedir a la gente que venga a donar su sangre, o sea, que nos dé parte de "su vida". Tenemos que

tener una "Marca" que sea identificativa, de manera que seamos reconocidos por toda la población y que nuestra marca transmita seguridad, seriedad, transparencia, equidad y altruismo.

La "Marca" puede estar formada por:

- Un anagrama o símbolo que sería un signo no verbal, ejemplos podrían ser la manzana de Apple y la coma de Nike
- Un logotipo que sería una marca verbal, una palabra dibujada, ejemplo de logotipo famoso sería IBM.
- Una combinación de ambos; hay que ser una institución muy grande para dar a conocer una marca y que sea identificada sólo con una de las dos opciones. Lo más lógico es utilizar una combinación de ambas y

en determinadas ocasiones poder usar el anagrama de manera individualizada.

Nuestra "Marca" debe ser algo que esté organizado y tenga una coherencia con nuestro mensaje y con todo el material que generemos. Nuestro objetivo es que con un símbolo se nos reconozca sin necesidad de que digamos quiénes somos. Si no hubiera intereses creados por cada uno de nosotros que tenemos una "Marca" y/o un "símbolo", qué bueno sería que la donación de sangre tuviera un símbolo mundial. Sería ideal que cualquier persona, en cualquier lugar del mundo, al ver un determinado símbolo reconociera la representación de la donación de sangre. En los países donde no existiera un símbolo único se debería crear sin "adornar" con símbolos locales porque al final se desvirtuaría.

Hay muchos símbolos que son mundialmente conocidos. Símbolos que no necesitan de tener una leyenda en nuestro idioma para que los podamos reconocer.

Veamos tres ejemplos de marcas que se conocen sin necesidad de que tengamos que leer nada o no entendamos lo que dicen:

La ventaja de tener un símbolo único que represente la donación de sangre tiene muchas ventajas y permite una alta "rentabilidad". Con una imagen única podríamos generar materiales compartidos a un menos coste tanto económico como en labor de diseño; se podrían realizar campañas nacionales para acreditar la "Marca", podríamos negociar para que apareciera en eventos de alta audiencia: una final deportiva, una telenovela o serie de TV nacional, una aparición pública de un personaje famoso, como una pegatina en los vehículos de todos los donantes del país…

Cuando hablamos de marca hablamos de forma y color del logotipo junto con la tipografía que lo acompaña. Todo tiene que estar establecido y tiene que respetarse. Se debe contar con un manual que especifique todas estas cosas así como las posibles variaciones tanto en orientación y distribución de sus partes. De ser necesario debemos saber cómo se puede reproducir en un solo color, cómo poder hacerlo en blanco y negro.

Hasta hace 10 años en nuestra Comunidad Autónoma (España está dividida en 17 Comunidades Autónomas) cada asociación de donantes de sangre tenía su propio nombre y su logotipo identificativo. Desde entonces compartimos una Marca compuesta por anagrama y logotipo. Su diseño fue donado por una de las firmas de diseño y publicidad más prestigiosa de nuestra provincia. Cuando nos mostraron la marca final también nos dieron un manual de uso (*incluido en el enlace*) con todas las especificaciones de cada uno: colores, tipografía, proporciones, cómo utilizarlo en un solo idioma o en bilingüe (nuestra comunidad tiene dos idiomas que coexisten), tamaños mínimos en los que puede ser reproducido. Además tiene la cualidad de admitir una pequeña modificación para individualizar la marca según hablemos de la donación en toda la comunidad, en una provincia, incluso una empresa sin que se altere la propia marca.

Como hemos dicho es una marca en dos idiomas y para personalizar nuestra marca basta con sustituir la primera palabra del logotipo en euskara y la ultima en castellano para que ese logotipo, sin variar visualmente, represente a los donantes de sangre de Euskadi, Gipuzkoa, Donostia o un barrio de nuestra ciudad como puede ser Antiguo, incluso una empresa. Además utilizamos el anagrama por separado para dar un recuerdo de la primera donación y reconocimiento en plata y baño de oro a los donantes que alcanzan las 25 y 50 donaciones.

Para terminar nuestra marca debe de:

- Ser fácil de reconocer y recordar.
- Ha de plantearse con carácter estable, con vocación de permanencia.

Euskadiko Odol Emaileak
Donantes de Sangre de Euskadi

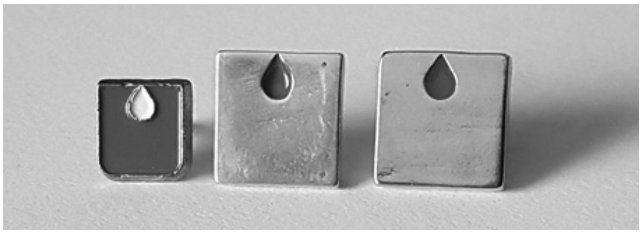
- Sus formas deben ser sencillas, fáciles de reproducir en las peores circunstancias.
- Conservar sus atributos si se muestra a un color o en negativo.
- Reconocerse incluso desenfocado, (a gran distancia, en movimiento...).

El siguiente paso sería diseñar el material publicitario para cubrir el resto de objetivos que hemos enumerado al comienzo del capítulo. Cuando nos disponemos a diseñar nuestros mensajes pensamos en los receptores de los mismos y lo hacemos como si fueran personas que sólo necesitan información para hacerse donantes. De hecho uno de las ideas más extendidas es que la "falta de información" es la principal causa de que la gente no sea donante de sangre. Si eso fuera así el porcentaje de donantes entre el personal sanitario y centros de transfusión rozaría el 100%, pero la realidad nos muestra que además de la falta de información hay más causas

para que la gente no sea donante de sangre. Muchas veces ni la propia persona sabe por qué no dona sangre.

Expertos en neuromarketing nos dicen que el 80% de las decisiones que tomamos lo hacemos por razones inconscientes que luego seremos capaces de disfrazar con un discurso racional.

El neuromarketing es un nuevo sistema de investigación que aplica técnicas pertenecientes a la neurociencia al ámbito de la mercadotecnia, estudiando los efectos que la publicidad tiene en el cerebro humano con la intención de poder predecir la conducta del receptor de esta publicidad. Utilizando una combinación de sofisticados medios técnicos se puede apreciar que parte del cerebro se activa cuando una persona mira un punto



exacto de un folleto, pasea frente una estantería de un supermercado, escucha un sonido, ve una imagen, huele un aroma…. Con estas técnicas se mide la emoción que transmitimos y la capacidad de esta para hacer que esta publicidad nos deje un recuerdo favorable y perdurable.

No es un capítulo destinado al Neuromárketing pero sí podemos traer unas conclusiones obtenidas de diferentes estudios.

Uno de los conceptos que se describen tras estos estudios es el de marcador somático, que es una especie de activador de respuestas inconscientes que nuestro cuerpo es capaz de generar tras una experiencia que nos haya causado un impacto emocional. Este Marcador Somático nos hará reaccionar de manera subconsciente la próxima vez que nos enfrentemos con una situación que nos rememore la experiencia.

Les refiero un ejemplo que me describieron para intentar explicar el concepto del párrafo anterior: "Suponga que está paseando por un campo abierto y tras subir una colina ve que a 20 metros de usted se encuentra mirándole fijamente un toro de 525 kilos. ¿Qué haría Usted?" Intentar ponerme a salvo, respondí. Sonriendo me contestó: Es posible, pero tardaría 2 o 3 segundos. En las primeras décimas de segundo usted:

1. Activará su glándula suprarrenal.
2. Segregará adrenalina.
3. Dilatará su pupila.
4. Expandirá sus pulmones.
5. Acelerará su corazón.
6. Subirá la T/A.
7. Su hígado generará una liberación de glucosa.
8. Se palidecerá la piel.
9. Tendrá una dilatación bronquial.
10. Si la impresión es muy fuerte se puede producir una relajación de esfínteres.
11. Todo ello generará una marcador somático que volverá a actuar con solo recordar la experiencia.
12. Al cabo de 2 o 3 segundos usted intentará ponerse a salvo, empezará a tomar decisiones de "manera consciente".

Con este ejemplo lo que quiero transmitir es que cuando una persona recibe una información sobre la donación de sangre es posible que tenga un marcador somático relacionado con la sangre, las agujas... ¿Cuánta gente conocemos que nos dice "*Es que cuando pienso en agujas me pongo malo"*? Esta frase en muchos caso es cierta al 100 %, su marcador somático actúa sólo con pensar en la posibilidad de un pinchazo y dispara muchos de los mecanismos que hemos mencionado. Cuando diseñamos un material de publicidad no solo deberemos intentar transmitir lo que queremos decir si no que deberemos de intentar vencer los posibles marcadores somáticos negativos. Para lograr esto deberemos ser capaces de anularlos o vencerlos transmitiendo el verdadero valor y necesidad de la donación de sangre, para que tras ver lo que aporta la donación sea capaz de superar sus sensaciones negativas.

Es un hecho que incluso los medios de comunicación tienen estas ideas negativas hacia la donación de sangre. Podría decir que en más del 80% de las entrevistas en algún momento me han preguntado si los mareos son frecuentes entre los donantes, si duele mucho o cuánto tarda en recuperarse el organismo. Afortunadamente son preguntas esperadas, por lo que las repuestas intentan ser rápidas y relajantes. ¿Doler ? Mucho menos que una depilación. ¿Marearse? Muy pocos, menos de 1 de cada 100, y además puestos a marearse ¿qué mejor sitio que una camilla rodeada de enfermeras? ¿Recuperarse? Tras el refrigerio en el que fundamentalmente se debe de ingerir líquidos, el donante puede reincorporarse a su vida normal.

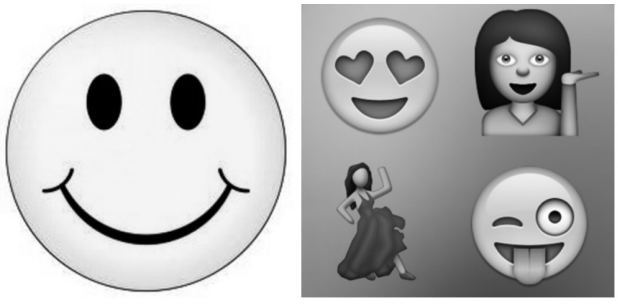
Por lo expuesto anteriormente, cuando diseñemos nuestros materiales publicitarios y de información recordemos que la población general ya tiene unas ideas previas sobre la donación de sangre y nuestro material deberá favorecer la motivación a la vez que luchamos contra la desmotivación. Tenemos que tener claro que no debemos convencer a la persona, tenemos que convencer a la mente.

Siguiendo con lo que nos puede aportar el neuromarketing a la hora de diseñar nuestro material de publicidad diremos que esta técnica ha demostrado que existen unas claves o "insight" que deberíamos de tener en cuenta. Entendemos por "insight" aquellas percepciones que pueden conectar con la persona que se enfrenta a un mensaje y facilita que se sienta identificado con el mensaje. Según Jürgen Klaric, experto en neuromarketing, hay 11 claves principales que son efectivas en todas las sociedades ya que no varía con el código cultural de los consumidores:

1. Los ojos: Cuando nos enfrentamos a una publicidad en la que destacan unos ojos nuestra mirada es capturada por estos y si no miran directamente a la persona que se enfrenta a la publicidad sino que miran a un punto de la publicidad nuestra mirada también se dirige hacia esa zona. En la imagen se aprecia en rojo los puntos que atraen la mirada. Esta técnica se realiza mediante unos anteojos denominados Eye Trakers que son capaces de medir de manera milimétrica la posición y la duración de las miradas en las diferentes partes de los objetos de los que estamos evaluando su capacidad de atraer la atención de la persona que lo mira. Veremos varios ejemplos de la utilidad de esta técnica en algunos de los "insight" que vamos a describir. Empecemos viendo cómo reacciona nuestra mirada ante un anuncio dependiendo de la posición de los ojos del "modelo" que figura en el anuncio:
2. Lo sencillo gusta más. Las formas básicas conectan mejor con el cerebro y el exceso de elementos generan frustración. Una de la imágenes más utilizadas ha podido ser el "smile" precursor de emoticonos como los de Whatsapp
3. Daño reversible. Al cerebro le gusta el peligro controlado y reversible. Así se puede entender que haya personas que le atraigan las atracciones que generan adrenalina como las montañas rusas o similares. También se podría aplicar cuando solicitamos algún alimento que sabemos que nos va a resultar picante o nos comemos una hamburguesa "completa" a pesar de saber que debemos controlar nuestros niveles de ingestas de grasa.
4. Completa la imagen. Al cerebro le gusta completar imágenes, en un anuncio en el que se muestre el momento anterior a que ocurra la acción, nuestro cerebro construye la historia que parece que va a suceder. Esta acción hace que participe en el anuncio, lo que va a ayudar a que lo recordemos durante más tiempo e incluso nos resulte más agradable.
5. Formas naturales y orgánicas. Desde la existencia del ser humano el cerebro está programado y codificado a interactuar con flora y fauna. Entre más orgánico sea lo que el cerebro ve, mejor será la conexión. En la naturaleza la redondez es la formulación más corriente siendo una rareza en el estado natural la recta o el cuadrado, hay pocas cosas que tengan aristas y cuando las encontramos es fácil herirnos con ellas. Un ejemplo de persistencia en las formas redondeadas puede observarse en la evolución de la botella de esta famosa bebida
6. Busca y disfruta lo tangible. En este punto es donde nos damos cuenta el por qué es más difícil vender servicios que productos; el cerebro conecta con lo tangible, por ello muchos intangibles utilizan tangibles para poder comercializar sus productos. También como ejemplo: si tenemos que viajar en avión, autobús, tren o barco, en cada uno de ellos te hacen entrega de un boleto que es el medio tangible para poder que el cerebro sienta, conecte y perciba que está comprando un producto. En nuestro entorno además de decirle al donante que su donación salva 3 vidas, sería interesante darle una foto -y mejor si fuera explicada en primera persona- de un paciente que ha salvado su vida en el último mes gracias a una donación de sangre.
7. Dispersión de elementos. Prácticamente todas las campañas que realizamos son unisex, pero el hombre y la mujer son muy distintos, para darnos una idea de qué tan distintos son hablaremos sobre algunas diferencias:
    - Hombre: Se satura con muchos elementos (visión de túnel). Se dice que el hombre desde los orígenes se dedicó a la caza, por lo que su visión está distorsionada hacia la búsqueda de un punto que puede representar una posible pieza a cazar. También hay estudios que demuestran que ven mejor los objetos en la distancia y en movimiento.
    - Mujer: Es capaz de atender a más puntos de visión, ya que por la misma distribución de trabajos se habría dedicado a la recolección y a la vigilancia de sus hijos, por lo que tenía que

prestar atención a puntos dispersos incrementando su ángulo de visión. También tienen mejor percepción en las gamas de colores.

8. El cerebro registra todo y lo lleva a un simbolismo metafórico: En cada generación podemos encontrar simbología y metáforas distintas. El cerebro recuerda en imágenes; cuando oímos algo nos lo imaginamos y cuando generamos una metáfora nos obligamos a realizar una asociación con una nueva imagen con lo que reforzamos la memoria, ya que la asociación crea un punto de anclaje. El cerebro acaba por ver las cosas aunque no estén porque es capaz de crear asociaciones y añadir aquello que falta. En la siguiente imagen, los que hemos crecido con las imágenes de



Walt Disney seremos capaces de ver al Pato Donald con sus tres sobrinos.

Como ejemplo de metáfora, contaré una que escuché hace mucho en un curso donde había que hablar durante 5 minutos sobre el mejor viaje de su vida. Una mujer nos contó que para ella el mejor viaje de su vida fue el que emprendió al dar a luz a sus gemelos Laura y Luis. Que cada vez que uno de sus hijos le sonreía para ella era el mejor de los paisajes, y por el contrario, cuando alguno de los dos tenía un berrinche, lo tomaba como un día de verano que amanece lluvioso y con truenos pero que generalmente en pocas horas sale el sol y nos reconforta con sus cálidos rayos. Hoy es el día que cuando estoy de viaje y saco una fotografía a algún paisaje, me acuerdo de las sonrisas de los hijos de aquella mujer. Es el único relato de aquel curso que sigue en mi memoria.

9. El cerebro se abre a lo nuevo y a lo desconocido, le gustan las cosas que no conoce y que le crean curiosidad. El contenido creativo es la clave de la seducción. Hay muchos ejemplos de campañas de éxito que empezaron de una manera enigmática, generando expectación. Dentro de este tipo de campaña podríamos recordar una realizada por la Asociación Colombiana de Bancos de Sangre y Medicina Transfusional denominada Lo Rico Que Se Siente.

Esta campaña empezó mostrando imágenes sugerentes y durante unos meses mantuvo la intriga en las redes sociales generando mucha expectación que luego se tradujo en miles de seguidores de la campaña una vez se resolvió el enigma.

10. El género evalúa diferente todo estímulo. No todos lo asimilamos igual y no se deberían ha-

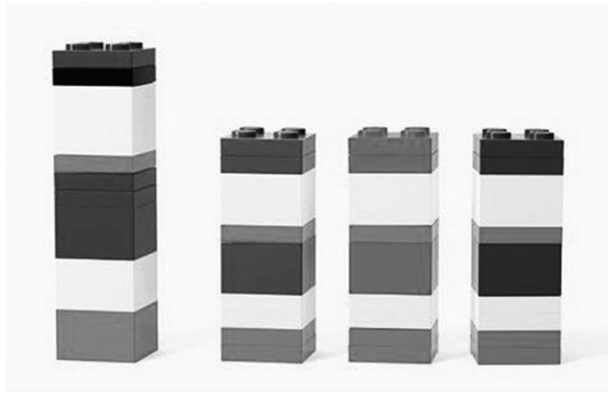
cer anuncios o material publicitario unisex. Otra vez acudiremos a la ayuda de los "Eyes Trakes" y veremos cómo hombres y mujeres miramos diferente cosas tan banales como una fotografía de dos personas saliendo de un baño de mar: Además de apreciar que una foto genera intereses

diferentes, hay otros factores que pueden diferenciar ambos receptores de la publicidad como pueden ser el color predominante o el tipo de mensaje.

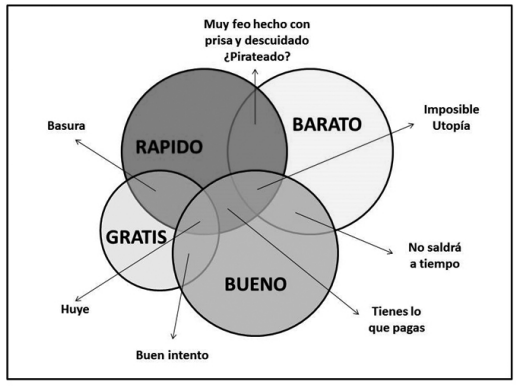
11. El Humor. Al cerebro le encanta el humor, cuando sonreímos disminuimos el stress y eso satisface al cerebro límbico que se hace receptivo y conecta con el mensaje.

Una vez que tenemos una idea de cuáles son las claves que conectan con las personas deberemos tener un protocolo antes de generar un material publicitario ya se para sensibilizar o informar:

a. Cuál es nuestro objetivo real de este material: no podemos cubrir todo con un solo material. Tenemos que decidir qué queremos lograr cuando la gente a la que va destinada reciba el estímulo que le enviamos.
b. Cuál es el público al que va dirigido: qué tipo de mensaje pensamos que será el más adecuado para que le resulte atractivo y le incite a actuar en consecuencia.
c. Investigar el entorno: ver cuáles son las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades que tenemos. Cuales pueden ser nuestras competencias y nuestra sinergias.
d. Decidir cuál es el mensaje adecuado: No es lo mismo decir: *le necesitamos para poder cubrir nuestras reservas,* que decir: *le necesitamos para salvar la vida de 1.000 personas cada año.* En la primera hacemos protagonistas a nuestras neveras, mientras que en la segunda ponemos 1.000 caras ante la persona que recibe el mensaje.
e. Diseñar el material de una manera específica: nuestro material deberá ser diferente dependiendo del público al que va dirigido. No podemos utilizar un mismo material para la universidad, para un municipio rural o para una población urbana.



f. Cuál es el mejor material para cubrir nuestro objetivo: Un folleto, un póster para colgar en las paredes.
g. Debemos respetar nuestra identidad de marca : Color, tipografía, lenguaje.
h. A la hora de maquetar debemos contar una historia: Cualquier material debe ser planificado como una novela, aunque sea de una página debe enganchar a la persona que se dispone leerlo. El discurso debe de tener un flujo con presentación, desarrollo y cierre.
i. Tener en cuenta que poca gente te dará más de 15 segundos de atención.

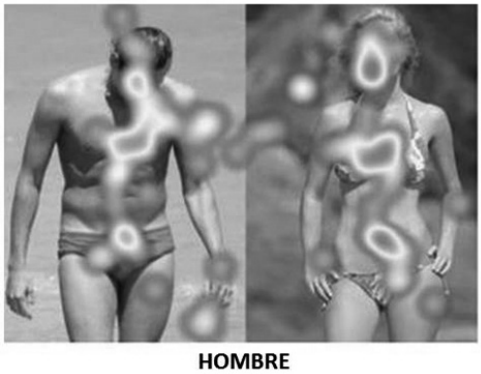


j. Tendremos que competir por llamar la atención: cada día recibimos miles de impactos publicitarios, ¿por qué se van a detener en el nuestro?

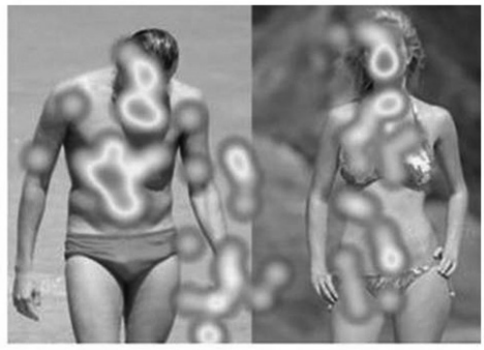
k. Cuidar los acabados: pueden hacer que llamen la atención de manera favorable o desfavorable, todo dependerá del objetivo y del público al que va dirigido.

l. Control de impresión: antes de realizar la producción total debemos hacer una prueba de imprenta. Los colores que vemos en el ordenador y los que se consiguen en la impresión final no suelen tener nada que ver.

m. Presupuesto: hace mucho me dijeron que "solo el necio confunde valor y precio". A veces nuestros cortos recursos hacen que optemos por el presupuesto más reducido, pero estamos seguros que la disminución de precio no acarreará una disminución del éxito de nuestra campaña. Otras veces optamos por producir más material del que necesitamos. En ocasiones incrementar casi en un 100% el material



HOMBRE



MUJER

que vamos a producir sólo nos cuesta un 25% más. Lo que parece rentable nos lleva a gastar un 25% más de lo previsto y además nos quedamos con un material que no sabemos si nos va a servir la próxima vez. A veces dependiendo del objetivo del material puede ser más eficiente realizar una producción más limitada y de mayor calidad

n. Tener en cuenta la incompatibilidad de los 4 deseos: siempre que nos decidimos a generar material nos enfrentamos a una trilogía: calidad del producto, coste y tiempo de ejecución. Por cortesía de Test Media exponemos una imagen que vale más que mil palabras.

A la hora de diseñar nuestro material publicitario tendremos que tener en cuenta nuestra imagen corporativa, pero dependiendo de cada caso tendremos que decidir cuáles serán los colores predominantes de este material.

Es una pena cómo en muchas ocasiones un material creado con mimo, al cabo de un tiempo pasa a ser utilizado en el blanco y negro de las fotocopias. Nosotros casi lo veremos igual, ya que sabemos perfectamente lo que dice y lo que queremos transmitir, pero la persona que lo lee por primera vez se ve ante un material que "parece" que nosotros mismos le damos poca importancia, siendo casi una falta de respeto que se lo demos para que lo lea "atentamente".

Sobre los colores hay mucha bibliografía y casi toda coincidente. Se habla del lenguaje de los colores. Los colores nos transmiten unas sensaciones bastante generalizadas en el hemisferio occidental.

Los colores básicos que podemos destacar serían:

1. El rojo: Es el más vital de todos los colores. Es el color de la puesta del sol, lo que nos aporta una sensación cálida, también está relacionado a sensaciones de ira y fuego. Por estar asociado a la sangre tiene correspondencia con el peligro, en nuestro caso la asociación con la sangre la debemos enfocar con la vida. Es uno de los cambios que tendremos que generar en la mente de las personas que reciban nuestro

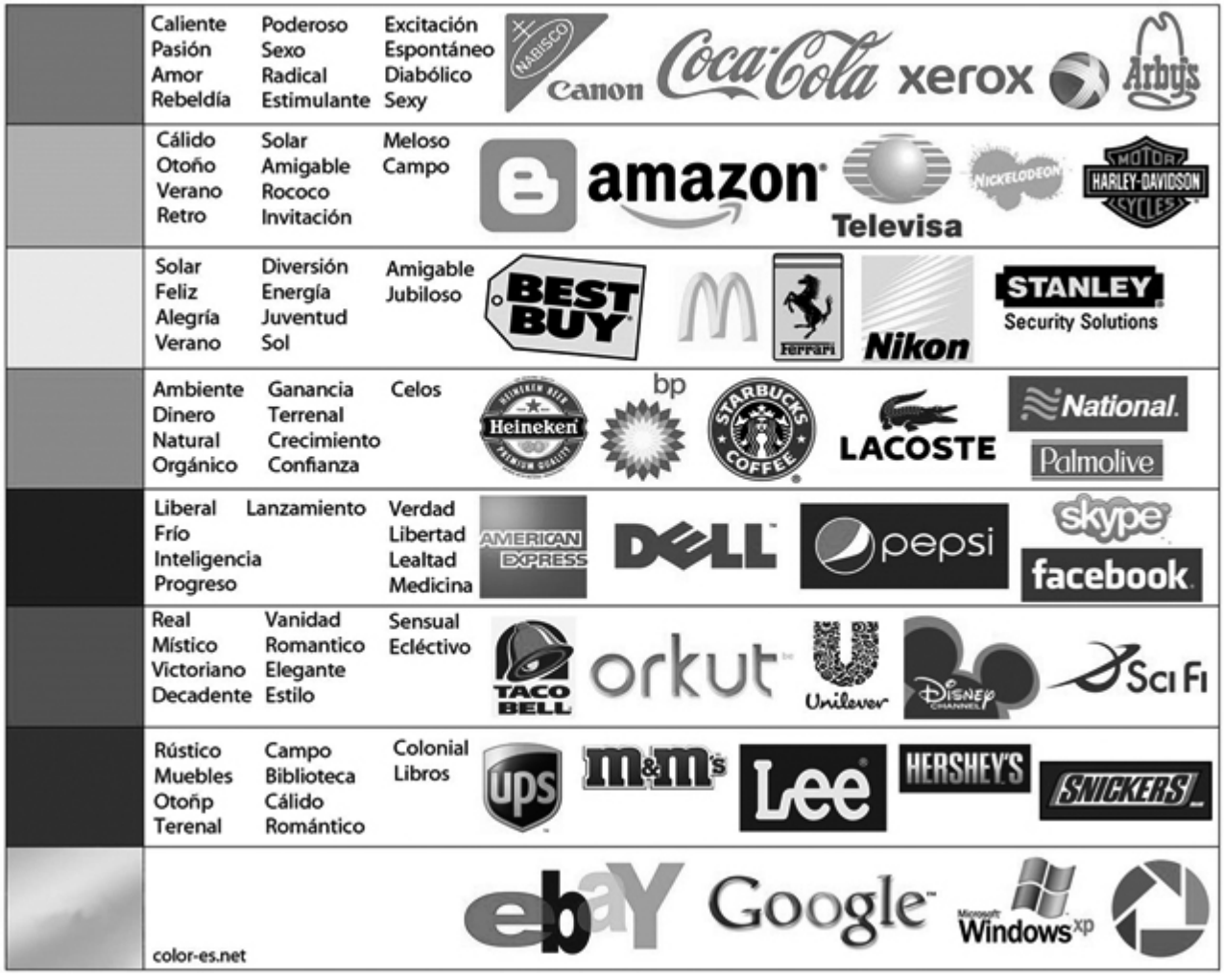
material publicitario. Pero en definitiva, el rojo es el color más dinámico y raramente deja de llamar la atención. Es un color activo y alentador.

2. El azul: se asocia a espacios abiertos, nos sugiere distancia, aislamiento, pero también paz, descanso y limpieza. En combinación con el blanco nos recuerda el hielo, la nieve. El azul también está relacionado con la inteligencia y los ambientes sanitarios.
3. El amarillo: lo asociamos al brillo, color y vitalidad del sol. Lo que nos trae relaciones con el verano, el aire libre, la alegría.
4. El verde: es un color reposado, lo asociamos a naturaleza, ecología, energías renovables.

Para terminar espongo un cuadro con colores, atributos y marcas que los utilizan. Está extraído de *lmaxigrafixsolutions.wordpress.com* y me parece que hace un buen resumen de lo que según los expertos transmiten los diferentes colores

Lecturas recomendadas

- Neuromarketing. Alvarez del Balco R. Person Education S.A 2011.
- Véndele a la mente no a la gente. Klarick J. 2014.
- Claves del diseño del diseño Folletos. Taute M. 2009.
- Neuromarketing: Conocer al cliente por sus percepciones TEC Empresarial Vol.4 Num. 3 (9-19) 2010.
- Canal YuoTube de Jürgen Klaric.
- Aportación personal de diverso material obtenido durante los cursos : Curso de Marketin Digital .CEBANK 2011.
- Jornada sobre Diseño de Folletos. Cámara de Comercio de Gipuzkoa 2016.
- Colección Escuela de Marketing y Publicidad F&G Editores 1991.
- Jornada de Neuromarketing. Araba Empresa Digital 2016.



Capítulo 20

Instalaciones y espacios físicos. Unidades móviles.

Miguel Cañigral Ferrando, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Responsable Médico de Equipos Móviles del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. Valencia. España. e-mail: canyigral_mig@gva.es

Sabin Urcelay Uranga. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de la unidad de promoción y extracción del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Gipuzkoa. España. Email sabin.urcelay@gmail.com

Hay que recordar una vez más que el fin de un centro de transfusión es *lograr captar suficientes donantes voluntarios, formados y responsables como para cubrir las necesidades hemoterápicas de su zona de influencia,* por tanto al final de una colecta nuestro resultado no lo debemos medir en unidades extraídas sino en donantes que han donado de una manera efectiva y que han abandonado el lugar con un grado de satisfacción suficiente como para pensar que van a seguir acudiendo en la siguiente convocatoria. Para lograr nuestro fin es fundamental que el índice de satisfacción del personal que trabaja en las colectas también sea suficiente para que el ambiente sea propicio para los donantes. Desafortunadamente en demasiadas ocasiones los índices de éxito de una colecta solo se miden en el número de donaciones, postura que a mediano plazo jugará en nuestra contra.

Para efectuar una labor de fidelización entre aquellas personas que acudan a donar debemos dotarnos de recursos que nos permitan generar un ambiente adecuado a las expectativas de estas personas.

Se entiende como ambiente las condiciones físicas y emocionales que percibe la persona que acude a donar. Para que el ambiente sea adecuado y agradable necesitamos disponer de unos recursos apropiados.

Los recursos los podremos dividir en:

1. Materiales
   a. Locales y unidades móviles con un lugar físico destinado a :
      Espera.
      Entrevista médica.
      Extracción.
      Recuperación.
   b. Material de información.
   c. Refrigerio.
   d. Material e instrumental de extracción.
   e. Material de urgencias.
2. Humanos
   a. Personal Médico.
   b. Personal de Enfermería y Auxiliares.
   c. Conductor.
   d. Celador.
   e. Administrativos.
   f. Personal de apoyo.

Medios materiales

Independientemente que la donación de sangre se realice en un punto fijo destinado a ese único uso, en una unidad móvil, en un local acondicionado para ese evento o en una estructura móvil que se monta para esa colecta, las condiciones de esos espacios deben intentar lograr ese ambiente agradable que satisfaga a la persona que acude a donar.

En este capítulo nos referiremos a espacios utilizados fuera de los centros de transfusión ya que los equipos móviles son la pieza fundamental mediante la cual nos acercamos al donante evitando desplazamientos, pérdidas de tiempo, a la vez que nos permite acceder a sectores de la población que de otra manera sería muy difícil que empezaran a donar sangre de una manera habitual, voluntaria, altruista y responsable.

Para lograr estas condiciones en España tenemos unos mínimos que están señalados en el Real Decreto 1088/2005 de obligado cumplimiento. Una vez cumplidos nuestro objetivos es irlos superando a fin de generar satisfacción entre los donantes y el personal de las colectas. A pesar de ser una legislación que sólo atañe a España, la podemos utilizar para desarrollar este tema por lo que a continuación transcribiremos algunos artículos de este Real Decreto:

Locales

Artículo 31. El tamaño y emplazamiento de los locales donde se instalen los centros de transfusión serán adecuados para facilitar su uso, limpieza y conservación correcta conforme a las normas de higiene, y dispondrán de espacio, iluminación y ventilación suficiente para ejercer las actividades recogidas en el anexo IX. En los casos en los que se utilicen unidades móviles para la extracción de sangre o componentes sanguíneos, deberán reunir las condiciones idóneas de higiene, espacio y ventilación para prestar asistencia adecuada a los donantes que puedan sufrir algún tipo de reacción adversa y evitar riesgos en la sangre o los componentes extraídos, así como en el equipo encargado de la extracción.

Los espacios habilitados para realizar las extracciones reunirán las condiciones de higiene y amplitud requeridas para las unidades móviles, que en todo caso serán adecuadas para preservar la intimidad del donante.

Como se puede apreciar los requerimientos son muy genéricos y seremos nosotros los que deberemos determinar nuestros propios requerimientos. Los espacios habilitados para realizar las extracciones de sangre fuera de los puntos fijos de colecta los podríamos dividir en 3 categorías:

- Unidades móviles.
- Espacios abiertos habilitados para la extracción en el momento de la colecta.
- Espacios cerrados habilitados para la extracción en el momento de la colecta.

Actualmente las características de las unidades móviles, salvo pequeños detalles, están muy generalizadas lo que hace que prácticamente todas estén planteadas para cumplir con los requisitos necesarios. En la Figura 1 se pueden apreciar dos modelos de unidad móvil con pequeñas diferencias. En cada caso se deberán corregir algunos aspectos para que se adecúen a nuestra actividad diaria.

A pesar de lo dicho anteriormente, hay unidades móviles que pueden destacar por su modernidad, comodidad e imagen. Un ejemplo de estas unidades móviles podría ser la que utiliza el Hemocentro de Maldonado (Uruguay) que cuenta con la particularidad de que su coste fue sufragado en parte por una entidad particular. Pero podemos decir que una unidad móvil por sencilla que sea puede y debe estar acondicionada para lograr un mínimo de ambiente que cumpla con las expectativas de los donantes

En la imagen se presentan dos modelos con diferente distribución y capacidad de albergar donantes. Lo ideal es que podamos lograr un flujo unidireccional desde la entrada a la unidad móvil hasta la salida de la misma, pero como vemos esto no ocurre en las dos, ya que la primera ha sacrificado el flujo unidireccional en aras de lograr espacio para colocar una camilla más.

A diferencia de las unidades móviles, tanto en los locales fijos como en los que habilitamos para realizar una colecta externa dependerá de nosotros que se cumplan los requisitos necesarios en cada ocasión.

A modo de ejemplo se presentan los requerimientos que tenemos en nuestro centro para los espacios destinados a las colectas tanto en el local fijo como en los locales que nos ceden para realizar las colectas externas:

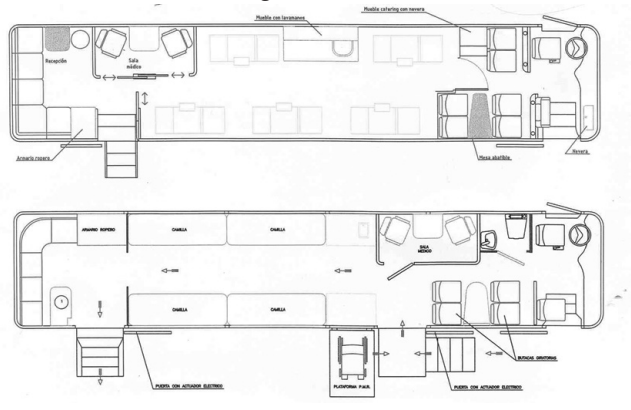
1. Camillas
   - Al menos habrá 1 por cada 10 donantes que se esperen.
   - 9 camillas si hay 4 enfermeras pinchando; 7 camillas si hay 3 enfermeras y 5 camillas si hay 2.
   - Las distancias mínimas entre camillas serán:
     - Lateral entre dos camillas > 60 cm.
     - Frente entre las camillas > 150 cm.
2. Iluminación aconsejada
   - Más de 200 lux en la zona de extracción.
   - Más de 100 lux en la zona de entrevista y refrigerio.
3. Temperatura aconsejada

Este parámetro es muy geográfico existiendo una gran variabilidad de una región a otra tanto en la temperatura real como en temperatura aparente.

En nuestra zona tenemos establecido que en la medida de lo posible.

- Zona de espera se encontrará entre 18ºC y 25ºC.
- Zona de T/A y Entrevista de Salud entre 18ºC y 25ºC.

Figura No.1



- Zona de extracción entre 20ºC y 25ºC.

4. Ventilación
   - No se permitirá fumar:
     En la zona de espera.
     En la zona de la entrevista de salud.
     En la zona de extracción.
     En la zona de refrigerio.
   - La zona de extracción debe tener la posibilidad de ventilación para airear en caso de :
     Momentos de calor o sobrecarga del ambiente.
     Derramamiento de algún producto que vicie el ambiente.

5. Limpieza
   - Todas las papeleras estarán vacías al iniciar la sesión.
   - Tiene que tener un aspecto limpio.
   - No tiene que haber restos de sesiones anteriores.
   - La actividad diaria del local debe permitir las extracciones, y marcará la necesidad del grado de desinfección antes y después de la sesión.

6. Acústica
   - El ambiente debe estar exento de ruidos que perturben la comodidad de los donantes. Es verdad que en muchas ocasiones son los propios donantes quienes entablan una conversación entre ellos que al final adquiere un tono demasiado alto. Es labor del personal de la sala de extracción moderar estas situaciones e intentar establecer desde el comienzo un ambiente agradable con música ambiental.

7. La separación de las áreas debe ser clara y sin posibilidad de solapamiento durante la sesión. Todas las áreas deben de tener una vigilancia por parte del equipo de la colecta prestando especial interés al área de refrigerio tras la donación. Esta área a veces suele estar un tanto desasistida.
8. Las zonas de entrevista de salud y medición de parámetros previos (tensión arterial, pulso….) deben permitir la confidencialidad de las conversaciones que se mantienen en las mismas.
9. Es aconsejable un W.C. y un punto de agua contiguos a la sala de extracción.

En los casos que no se cumplen estas condiciones, será el responsable médico de la colecta quien debe autorizarla. En el caso de haber una discrepancia importante deberá redactar una nota de no conformidad a fin intentar solventarlo para la siguiente colecta.

Información que se debe dar al donante

Cada país tendrá una legislación sobre la información que se ha de facilitar a los donantes a fin de cumplir con los requisitos legales, pero más importante que esto es intentar que además de facilitar la información logremos que los donantes lean y entiendan la información que se les facilita. La información fundamental e imprescindible debería de ser:

- Proceso que se seguirá durante la donación.
- Criterios básicos que se deben cumplir para poder donar.
- Prácticas de riesgo que se deben de evitar si se quiere donar sangre.
- Explicación sencilla sobre el período ventana y que los análisis “no lo detectan todo siempre”.
- Cuál va ser el uso de esa donación. Si somos capaces de que la persona que dona a los tres días de haberlo hecho se sienta orgullosa de su acto por estar convencida de que ha salvado una vida, habremos dado el paso más importante en la fidelización de esa persona.

En nuestro centro se colocan carteles plegables y folletos en las zonas previas a la entrevista así como en la zona del refrigerio.

Refrigerio

Hay que hacer constar que tras la donación el refrigerio debe cumplir tres aspectos fundamentales:

- Ayudar a reponer la volemia del donante y en aquellos centros que exigen una ayuno previo de algunas horas el refrigerio debe asegurar que logra romper este ayuno de una manera eficaz.
- Transmitir al donante el agradecimiento por la donación que ha realizado, aclararle alguna duda que haya podido surgirle, realizar una pequeña encuesta de satisfacción y transmitirle el mensaje de lo necesario que es que vuelva dentro de unos meses.
- Lograr que interiorice que su acción va salvar tres vidas, es muy importante que no quede en una mera frase de publicidad sino que seamos vehementes en explicarles que sin las donaciones no se podría llevar a cabo todas las actividades sanitarias.

Material e instrumental de extracción

Lo podríamos dividir en fungible (que se agota con el uso), no fungible (que con el tiempo se deteriora pero permanece en cantidad y forma, según se consuma con su uso o no).

Fungible:

- Etiquetas código de barras.
- Tubos y gradillas para extracción de muestras.
- Gradillas.
- Bolsas de sangre total.
- Bolsas de plástico.
- Sistemas de escritura: bolígrafos, rotuladores.
- Refrigerio para los donantes: consistente en bebidas o refrescos variados agua, bebidas azucaradas, zumos.

Así como un pequeño tentempié (galletas, pequeño bocadillo…).
- Servilletas.
- Vasos desechables.
- Pinzas pean.
- Tijeras.
- Gasas.
- Grapas para tubulares.
- Bolsas plástico pequeñas y grandes.
- Jabón, solución jabonosa.
- Alcohol, solución alcohólica.
- Toallas.
- Guantes desechables.
- Gomas grandes y pequeñas.
- Sistema de desinfección: povidona yodada.
  - Medicación:
  - Equipo de resucitación dotado de botella de oxígeno, mascarillas, tubo güedell, aspirador....
    Soluciones salinas 500 cc.
    Solución glucosada 500 cc.
    Pomada heparinoide.
    Metoclopramida: Procinético y antiemético.
  - Adrenalina: Estimulante beta y alfa adrenérgico (incrementa la presión de perfusión de órganos vitales). Efecto inotrópico y cronotrópico positivos. Aumento de la excitabilidad miocárdica.
  - Valium-R: Presenta actividad tranquilizante, relajante, anticonvulsivante y antipsicótica.
  - Gluconato cálcico: Calcium-Sandoz-R
  - Urbason soluble 40 mg -R:
  - Atropina: Parasimpaticolítica (acelera el ritmo de descarga del nódulo sinusal y mejora la conducción auriculo-ventricular).
  - Metamizol.
  - Nitroglicerina (cafinitrina-R): Vasodilatador coronario.
- Baterías de reserva.
- Toner de impresión de reserva.
- Grapas para tubulares.
- Material de papelería:
  - Grapadora.
  - Hojas de filiación de donantes.
  - Hoja de requisitos.
  - Información postdonación.
  - Hoja resumen de la colecta.
  - Hojas fin de colecta.
  - Hojas de incidencia.
  - Partes de avería.
  - Relación nominal de donantes, (si se trabaja con datos informatizados todo este material ya saldrá impreso).
  - Bolígrafos, rotuladores, folios, clips, grapadora, sobres…

Material no fungible

- Camillas en número suficiente a las necesidades. (3 por enfermera/o más una por si se necesita para la atención de reacciones adversas); de ser posible facilitarán la maniobra de Trendelemburg.
- Balanzas automáticas (1 por camilla más otra para completar 1 para cada brazo), ó balanzas romanas.
- Neveras para el transporte de la sangre.
- Sistemas de conservación de la sangre a la temperatura requerida de transporte.
- Cestos y carros de transporte.
- Ordenador con la base de datos de donantes.
- Impresora.
- Taburetes (1 por enfermero).
- Mesas:
- Mesa grande para la sala de extracción.
- Mesa pequeña para registro.
- Mesa pequeña para el médico.
- Mesa pequeña para el refrigerio.
- Nevera para el refrigerio:los vehículos siempre mantendrán una pequeña reserva de bebida.
- Sistemas de sellado automatizado o mediante grapas.
- Rodillos para los tubulares.
  - Sistemas de medición de hemoglobina.
  - Material eléctrico
  - Alargaderas.
  - Cargadores de reserva.
- Sistemas de iluminación adicional si fuera preciso.
- Calefactor o ventilador si fuera requerido.
- Alzapiés para ayudar en la maniobra de Trendelemburg.
- Maletín con material administrativo.
- Maleta con lencería:
- Sabanillas.
- Almohadas
- Sistema de comprobación de hemoglobina.
  - Invasivo: requiere punción digital.
  - No invasivo: no requiere punción digital.
- Tensiómetro digital.
- Esfigmomanómetro.
- Selladora de tubulares.
- Rodillo de tubulares.
- Grapadora de tubulares manual.
- Pinzas.
- Tijeras.
- Material de reparación del propio vehículo.
  - Herramientas básicas.
  - Repuestos eléctricos.
  - Cables batería.
  - Linterna, gato, triángulos de avería, extintor, cadenas (si procede).
  - Material para limpieza del vehículo.

- Guantes de trabajo.
- Chalecos reflectantes para todo el personal.

La mayor parte del material formará parte de la dotación fija de cada uno de los vehículos distribuida en los compartimientos adecuados y en cajas o cestas cerradas para su protección y transporte. Únicamente se cargará en cada ocasión el material necesario.

Una duda que nos puede asaltar es: ¿cuál de las opciones es mejor, una unidad móvil o espacios adecuados para realizar una colecta sin que esa sea su actividad habitual? La verdad es que no hay una respuesta única. Cada centro verá en función de sus necesidades, su idiosincrasia, sus características geográficas y sus posibilidades si opta por una u otra o incluso las simultáneas. Cada opción tiene sus ventajas e inconvenientes. Las ventajas de las unidades móviles son:

- Nos facilitan la posibilidad de acercar la donación a la población general.
- Toda la infraestructura es estable y no hace falta montar y desmontar en cada ocasión.
- El personal puede sistematizar sus acciones al estar todo siempre en la misma ubicación.
- Es un reclamo publicitario que facilita que la población acuda.
- Tanto el calendario como el horario influyen poco a la hora de montar una colecta extraordinaria al no depender de terceros.
- Una vez adecuados al RD estamos seguros de cumplir con las normas en todas las colectas.

Las desventajas son:

- Ofrecer un espacio reducido para todo el proceso. El problema de espacio se puede solventar en algunos casos utilizando espacios externos. En las Figuras 2 y 3 se pueden apreciar algunos ejemplos de unidad móvil con utilización de espacios externos.
- Depende de las ubicaciones a las que deseemos llegar podemos encontrar problemas de maniobrabilidad y aparcamiento.
- En el caso de reacciones adversas su repercusión sobre los donantes que están en el resto de las camillas es mayor por la cercanía.
- No permite la utilización de más de 4-5 camillas.
- Causas ajenas a nosotros y difícilmente previsibles pueden impedir la utilización del espacio previsto (obras, eventos prioritarios coincidentes en la ubicación…).

Figura 2

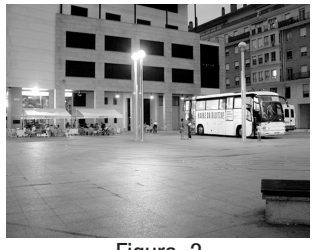


Figura 3

Locales de extracción

- Podemos invertir las ventajas y desventajas de las unidades móviles.

En el Centro de Gipuzkoa, dada nuestra distribución de población e infraestructuras hemos optado por los locales de extracción para la mayoría de nuestras colectas, pensamos que el espacio y el número de camillas que permite esta modalidad superan las posibles desventajas. En algunas ocasiones también adecuamos espacios abiertos para realizar las colectas (Figura 4) Para transportar al personal y todo el material utilizamos vehículos de transporte ligeros que deben tener zona de carga de material y zona de transporte de personal. En la zona de carga irá el material necesario para realizar las colectas, tanto el material fijo (el que no se debe bajar todos los días, salvo avería) como el material diario, distribuido en compartimientos, de tal forma que el transporte no pueda dañarlo. El número y tamaño de este tipo de vehículos estará en consonancia con el personal a desplazar y el volumen de extracción previsto.

Figura 4

Cada centro tendrá que valorar ambas opciones y optar por la más conveniente en cada caso.

En este capítulo estamos recalcando la necesidad de lograr la satisfacción del donante como pieza clave del sostenimiento del sistema; según el Dr. Noriaki Kano existen al menos tres niveles de satisfacción que se generan dependiendo de las diferentes percepciones de la calidad:

- Calidad que se espera: es la más básica y depende de que el cliente reciba lo que espera. Si lo recibe no le genera satisfacción, pero su falta sí produce insatisfacción.
- Calidad que satisface: es la originada al cumplir lo que el donante solicita, su logro genera satisfacción, y su falta, insatisfacción.
- Calidad que deleita: es la que se logra cuando se sorprende al donante ofreciendo algo que ni espera ni solicita.

Como se puede suponer esta es una clasificación dinámica. Cuando repetimos la sorpresa pasa a ser algo que el cliente solicitará en futuras ocasiones y con el tiempo ya ni tan siquiera lo solicitará, solo lo esperará. En los

donantes habituales estos niveles se van deslizando de una manera paulatina y sin generar mayores problemas, ¿pero qué espera un donante cuando viene por primera vez? En muchas ocasiones nuestra información le crea unas expectativas difíciles de cumplir, me refiero a que en demasiadas ocasiones utilizamos lemas del tipo:

- 10 minutos de tu tiempo pueden salvar una vida.
- En el tiempo que tomas un café puedes salvar una vida.

Son frases que utilizamos todos, pero no informan sobre la realidad y pueden generar insatisfacción entre los donantes ya que el tiempo real en el mejor de los casos triplica el "anunciado".

En nuestras encuestas de satisfacción del donante, hemos introducido una pregunta que dice: *¿Cree que el que transcurran menos de 45 minutos desde que entra en nuestros locales hasta que se sienta en el refrigerio, es un tiempo de espera aceptable*? Con esta pregunta estamos logrando un doble objetivo: por una parte, conocer lo que espera el donante, y por otra le vamos transmitiendo cual es el tiempo real estimado para realizar una donación. Dependiendo de las respuestas tendremos que trabajar para que la calidad que se espera por parte del donante se acerque a la realidad.

Medios humanos

La dotación de personal de los distintos equipos móviles estará en consonancia con los objetivos a cumplir y con las previsiones realizadas y con el tiempo disponible, calculado mediante métodos estadísticos u otros estudios de previsión.

Cada uno de sus miembros asumirá las tareas propias de su cualificación profesional.

Todos los miembros del equipo móvil realizarán, además de las labores propias de su estamento, tareas comunes como son: adecuación de los locales, carga y descarga del material, labores de tipo administrativo y de atención al donante.

El equipo mínimo estará constituido por:

- Médico. Dirige y coordina, y es el responsable del cumplimiento de las tareas encomendadas.
- Personal de enfermería. En número suficiente para las previsiones efectuadas y los rendimientos de personal estimados mediante los estudios pertinentes.
- Se puede tomar como base, para distribuir al personal de enfermería, que cada enfermera/o lleve 3 camillas a un ritmo de 1 donante /20 minutos = 9 donantes /hora.
- Personal auxiliar. Sirve de ayuda y apoyo al personal de enfermería.
- Celador o administrativo. Se ocupa de la carga y descarga y del trabajo administrativo.
- Conductor. Se responsabilizará del mantenimiento de los vehículos y del traslado de personal a los diferentes puntos de colecta.
- En algunos centros hacen coincidir el puesto de estos dos últimos con una figura de conductor/celador.
- También hay centros que cuentan con personal voluntario de asociaciones de donantes que ayudan en la labor de bienvenida, refrigerio y despedida de los donantes.

Todo el personal irá equipado con un vestuario acorde con su trabajo y sus funciones, limpio e identificado y con las prendas necesarias para que le protejan de las inclemencias del tiempo.

Ejemplo de tabla de distribución de personal en el Centro de Valencia. Según previsiones podría ser para una colecta promedio de 3 horas y media de duración:

Esta tabla es orientativa, pudiéndose modificar en función de las características de las colectas y de la disponibilidad de personal.

Como resumen final de este capítulo debemos recordar que los puntos de colectas fuera de los centros son la cara visible de los mismos y en demasiadas ocasiones no reflejan la realidad de estos centros. Lo que hagamos en los locales de donación será la pieza clave para lograr una fidelización de las personas que acudan a donar.

Donantes	Médicos	Enfermería	Técnico	Cel/administ.
Hasta 25	1	1	1	1
26 a 45	1	2	1	1
46 a 60	1	3	1	1
61 a 80	1	4	1	1
81 a 100	2	5	2	2
101 a 120	2	6	2	2

Sección III
Métodos de Trabajo

Capítulo 21

Desarrollo de la planificación de colectas

María Soledad Vivó Lozano, Jefe de Grupo Administrativo. Coordinadora de Promotores del Servicio de Hemodonación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: vivo_mar@gva.es

Desarrollo de la planificación

La planificación anual de colectas se genera en un archivo Excel donde se insertan todos los puntos de colecta diario con el sumatorio final de las previsiones para ese día concreto. Por lo tanto existe una página Excel por cada uno de los meses del año. En cada celda figura una colecta distinta y lleva asociado un número que representa la previsión de dicha colecta. Para su mejor comprensión y distinción se advierten por colores aquellas colectas efectuadas en autobanco, extraordinarias, maratones, etc.

Es por tanto este archivo Excel la herramienta que plasma y recoge todo el trabajo de investigación que lleva aparejada la elaboración y desarrollo de la planificación de colectas. El siguiente es un ejemplo de nuestra planificación mensual

La planificación de colectas tiene una doble finalidad:

1. Cubrir las necesidades de sangre y hemoderivados de nuestra área de influencia y,
2. Optimizar los recursos humanos y materiales de la Institución.

La coordinadora de promoción planifica el año siguiendo la estructura general del año previo. Dicha planificación se consensúa con el resto del equipo de promoción y se realizan las modificaciones que se consideren oportunas. Por motivos operativos planificamos la actividad de los fines de semana en consenso con el Servicio de Producción y la Dirección de Enfermería.

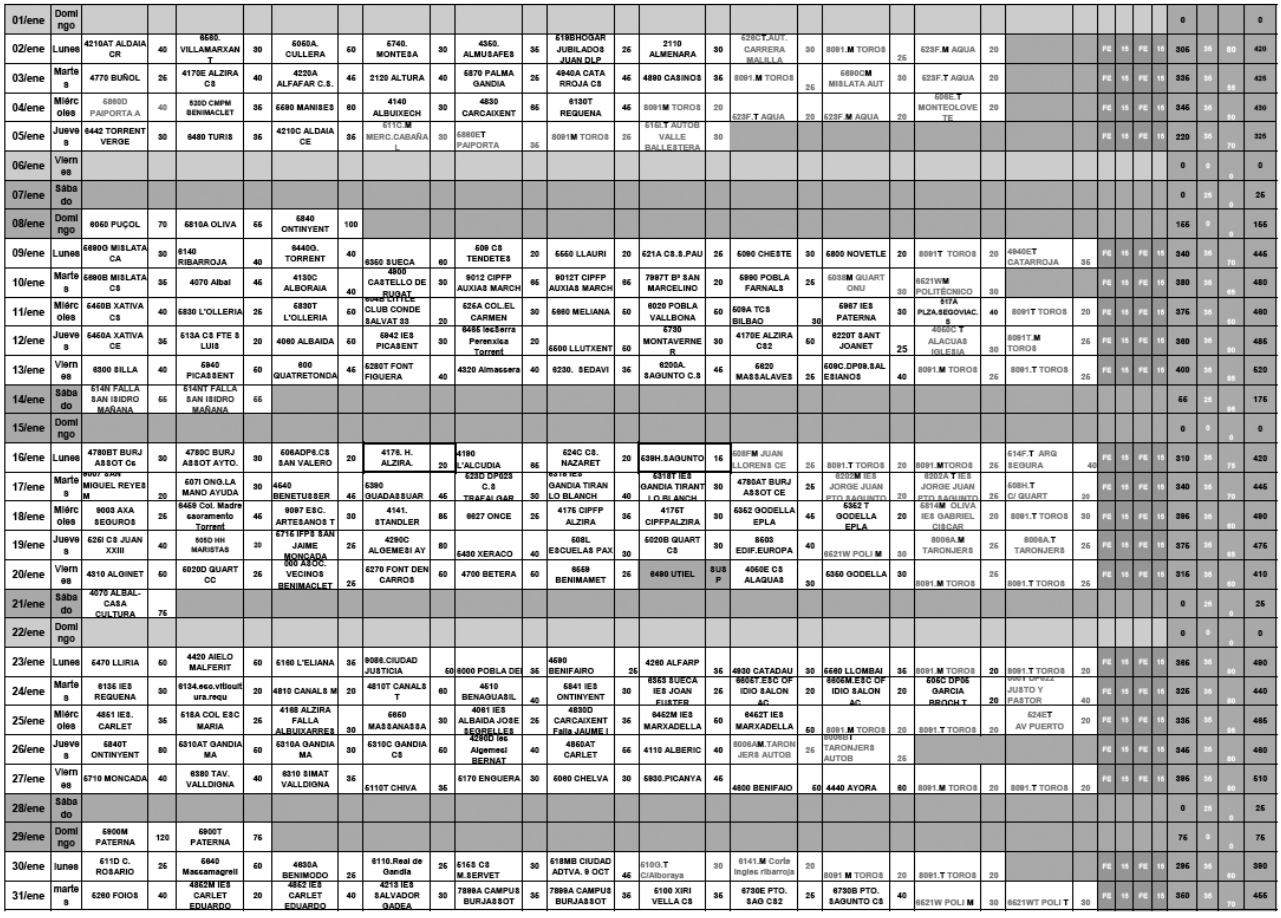
Por otra parte, cada uno de los promotores ajusta, con la coordinadora de promoción, las fechas más convenientes para aquellas poblaciones que requieren establecer un calendario anual de colectas fijo.

Como soporte informático se utiliza el programa Microsoft Excel. Cuando está confeccionada la planificación mensual se imprime una copia para cada miembro del equipo de promoción, enfermería, mecanización y coordinación médica.

Puntos clave en el desarrollo de la planificación de colectas

Los puntos a tener en cuenta a la hora de desarrollar la planificación anual de colectas son:

- Demanda de sangre y hemocomponentes en el año anterior
- Control de concentrado de hematíes por grupo sanguíneo. Variaciones estacionales de los diferentes grupos ABO.



- Población potencial asociada al punto de colecta que se va a programar.
- Acciones promocionales extraordinarias.
- Personal de los diferentes estamentos (médicos, enfermeras, auxiliares, …) y número y variedad (autobancos, unidades mixtas: personal/carga) de unidades móviles existentes.

Colectivos a considerar

- Poblaciones estructuradas por número de habitantes.
- Ciudad capital distribuida y segmentada en sus diferentes distritos postales.
- Universidades, institutos y colegios.
- Asociaciones culturales, deportivas, ONGs
- Empresas públicas y privadas.
- Otros organismos públicos y privados.
- Fuerzas Armadas.
- Hospitales de nuestro entorno con capacidad de donación.
- Acciones especiales y colectas extraordinarias: maratones de donación.

Cálculo de previsiones

Con carácter general el cálculo de donantes previstos se realiza con arreglo al promedio de las últimas cinco visitas, aunque también se deberán tener en cuenta las siguientes circunstancias:

- Variación en la periodicidad de las colectas en ese mismo punto.
- En empresas, asociaciones y organismos públicos facilitaremos, cuando se contacte con el colectivo, *"hojas de filiación de donantes"* con el fin de agilizar el tiempo que los donantes pasan a la espera de ser atendidos. Por otra parte si, previamente, la empresa hace un listado de los posibles donantes, el promotor deberá preguntar al menos con 2 días de antelación el número previsto de donantes para, de este modo, adecuar el equipo humano y el material que desplazaremos a la colecta.
- Número de trabajadores de la empresa (con carácter general se estima que el colectivo que se presentará a donar ronda en el entorno del 8%-10% de los empleados)
- En institutos, colegios y universidades, debemos conocer el número de alumnos matriculados mayores de 18 años, PAS (Personal Auxiliar y de Servicios) y profesorado.
- En cuanto a la periodicidad en las colectas debemos tener en cuenta los siguientes factores:

- Distancia del punto de colecta a nuestra ubicación habitual (centro de transfusión, servicio de transfusión o banco de sangre).
- Población diana.
- El calendario se establece dependiendo del tipo de colectivo.
- Disponibilidad de recursos humanos para hacer frente a la colecta.

Una vez volcados los datos y configurada la planificación anual se debe realizar una reunión para tratar temas tan importantes como:

- La adecuación del personal.
- La conveniencia de campañas de donación en fin de semana.
- El repaso de las cifras en vísperas y durante determinados periodos vacacionales: navidad, fiestas patronales, pascua, verano, puentes, etc.

A dicha reunión deberán acudir los máximos responsables de donación y producción y, en la misma, quedarán fijadas el número de unidades (aproximadamente) a obtener en momentos tan puntuales.

Tras esta reunión se entrega a los promotores responsables de cada una de las colectas una copia de la planificación a fin de programar, con antelación, las distintas acciones a realizar.

De forma mensual se repasa la planificación del mes siguiente a fin de que cada promotor se responsabilice de sus colectas, se añadan nuevas, se distribuyan de forma más rentable y se amplíen, en todo caso, colectas que no estaban. A partir de este momento se lleva el control de cada colecta de forma pormenorizada, repasando previsiones, idoneidad de locales, horarios de apertura y cierre, trayecto a realizar, aparcamiento y cualquier otra eventualidad que pudiera surgir a fin de que los donantes y el personal que vaya a realizar la colecta lo encuentren todo organizado.

A diario se repasan las colectas del día para evitar problemas de última hora y se comentan incidencias sobre los diferentes puntos del día anterior; asimismo, se resuelven los problemas que hayan podido surgir con las diferentes colectas incluidas en la planificación .

El desarrollo de las actividades anteriormente mencionadas no tiene otra misión que la de gestionar de modo adecuado la promoción de la donación en las diferentes colectas para con ello conseguir los fines previstos.

Cada promotor se encarga de gestionar y difundir el mensaje de la necesidad de donación de sangre con los medios a su alcance en:

- Poblaciones.
- Capitales de provincia segmentadas en distritos postales/barrios.
- Centros sanitarios.
- Organismos públicos y privados.
- Universidades e Institutos.
- Empresas.
- Fuerzas armadas.
- Cualquier colectivo susceptible de posibilitar y atender nuestro mensaje.

Por último recordar que los siguientes son aspectos que siempre se deben tener en cuenta:

- Calendario de festivos de cada población.
- Calendario lectivo de universidades e institutos, para programar la colecta en el día adecuado.
- En las campañas universitarias y en institutos, el día anterior a la fecha de la donación acudirán a los centros para informar a los alumnos y profesores e incentivar de este modo la donación.

Capítulo 22

Planificación de colectas y citación de donantes

Asunción Chaves Alabau. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de Promoción del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: chaves_asu@gva.es

Planificación en salud

Depende de cada país y su finalidad es la modificación de los determinantes sociales para mejorar la salud de la población[1].

La planificación estratégica en políticas sanitarias pretende definir el qué, el por qué, quiénes y cómo, cuánto y cuándo de las actuaciones que van a regir la salud del país para el que está diseñada y durante los años previstos (5,10,15).[2]

Normalmente los responsables de la salud de los diferentes países siguen las recomendaciones de organismos supranacionales como la Unión Europea, ONU, Banco Mundial y también de comités científicos y órganos decisorios de los responsables sanitarios del propio país.

Planificación en atención a la salud

Depende del Índice de Desarrollo Humano del país y en el caso concreto de la hemoterapia, está condicionada por la legislación vigente y las políticas sanitarias. No es habitual que un país con IDH bajo, asigne una partida presupuestaria suficiente para desarrollar un plan hemoterápico que incluya la autosuficiencia en hemoderivados.[3]

Planificación funcional

Los servicios dedicados a "donación" siempre hemos intentado averiguar el número de donantes necesario en cada momento y la forma de conseguirlos para abastecer de sangre a nuestra red sanitaria de una forma regular minimizando los periodos de desajuste -carestía o exceso de donaciones-; este es el objetivo principal al elaborar un plan anual de colectas.

Una buena planificación puede evitar muertes por carencia de "sangre segura" y como efecto paralelo, pero no menos importante, sus resultados abrirán los ojos a la población sobre la importancia de la autosuficiencia en hemoderivados.

Planificar o planear es establecer un plan sobre cómo se ha de desarrollar algo; ese algo, objeto u objetivo del plan, es lo que nos concierne y en este caso no es otra cosa que una donación regulada de sangre y no es un acto sencillo; es un intento de anticipar y cuantificar científicamente un suministro altruista afectado por numerosos factores que suelen impedir una repetición sistemática. La variable humana del proceso lo condiciona absolutamente y la volubilidad del mismo es su principal característica.

Variables e indicadores con valores a veces sorprendentes obligan a implementar modificaciones o cambios en determinados periodos tratando de conseguir la máxima precisión teórica que nos indique tan claramente como sea posible el camino hacia la meta; pero el camino estará lleno de obstáculos que en ocasiones provendrán incluso de los propios recursos asignados y es por ello que valedores y ejecutores del plan deberán permanecer alerta en todo momento para corregir las posibles desviaciones que a buen seguro habrán de presentarse.

Cada comunidad tiene sus propias características que influyen sin duda en el comportamiento y hábitos de sus ciudadanos; pero en lo básico, el ser humano con su compleja estructura mental de gustos, emociones y rechazos, es el mismo en todas ellas, por lo que en cualquier caso será interesante e incluso deseable compartir experiencias, herramientas y resultados formando parte de un plan estratégico que englobe a todos los centros del país.

Desde el siglo pasado, en todos los campos de la ciencia el modelo o paradigma de trabajo se ha transformado; la visión sistémica -el ser humano como un todo con inevitable interacción entre sus partes- se ha convertido en la nueva forma de analizarnos frente a la visión cartesiana anterior -estudio aislado de sus componentes, órganos o partes-, consiguiendo a través de esa visión de conjunto relacionar las enfermedades mismas con comportamientos, sujetos y sociedades.[4,5]

Antes de plantear la misión de nuestro trabajo -conseguir donantes y donaciones en número suficiente y coste óptimo- será recomendable retroceder a los orígenes para no perder de vista qué es lo que motiva un estudio como el que nos ocupa. Toda actividad sanitaria es por definición compleja porque enfrenta dos caracteres humanos con percepciones muy distintas, el del sanador y el del paciente, y aunque a primera vista pueda parecer que el objetivo de ambos es coincidente, a veces no lo es tanto. Un ejemplo claro de esta divergencia es nuestro caso, donaciones altruistas, en el que podemos decir que tenemos dos tipos de clientes/pacientes bien diferenciados y unos sanadores que no sanan sino que extraen, seleccionan, controlan y proveen. El cliente directo es el donante de sangre y el cliente indirecto de nuestra actividad es el enfermo, hipotético receptor de hemoderivados.

Nuestro mandato sanitario es devolver la salud a los enfermos sin dañar a los sanos, así de simple; no tendría sentido, por tanto, plantear una colecta en grupos poblacionales con alta carga de morbilidad/mortalidad o actuaciones similares, como puede ser la de planificar eventos de donación en colectividades en fase de alerta epidemiológica[6].

Parece simple y obvio pero en la práctica requiere una atención permanente que no siempre es fácil de mantener y es por ello que, conscientes de esta posible debilidad, deberemos implementar las necesarias herramientas de control.

Como hemos dicho antes, en el siglo XXI no podemos obviar los condicionantes que rodean al ciudadano-donante si queremos elaborar un estudio serio y coherente para la obtención de hemoderivados. Usaremos por tanto todos aquellos indicadores que puedan sernos de utilidad; desde los determinantes sociales de salud, como educación sanitaria y régimen alimentario, a los generalistas como la mortalidad y, caso de disponer de ellos, a los datos de años de vida laboral perdidos por discapacidades relacionadas con la ausencia de hemoderivados cribados o la mortalidad debida a la ausencia de hemoderivados[7].

Decir labor de formación en donación de sangre, es decir algo confuso; el donante no se forma, el donante surge y surge porque sabe, comprende y reacciona; para obtener una reacción positiva será fundamental que desde el principio todos y cada uno de los ciudadanos seamos conscientes de que la sociedad actual nos aboca a una dicotomía personal, somos dos: uno es el yo individual y con tendencia a preponderar, y el otro es el yo comunitario, colaborador y solidario; ambos son necesarios y el equilibrio entre ambos, hace que el sistema funcione. En general los sistemas educativos inciden más en el primer yo, fomentando la competitividad y creando a veces falsas expectativas en los jóvenes y no tan jóvenes. Aquí nos interesa el segundo yo, el comunitario, al que se debe informar de todo aquello que se espera de él para que el conjunto se sostenga –y que no solo consiste en pagar impuestos–; esa formación del yo comunitario debiera estar presente en todos los sistemas educativos y en todos los rangos de edad –la inevitable tendencia al egoísmo no se supera nunca– y en lo referente a los aspectos sanitarios que aquí nos ocupan, ampliar el índice de contenidos para no limitarse a los conocidos epígrafes sobre hábitos higiénicos, alimentarios y sexuales, será algo no solo recomendable sino necesario. Ya en nuestro terreno, a los tomadores de decisiones les propondremos que dentro de la planificación estratégica, la formación en salud y más concretamente la información acerca de la donación de sangre como sostén inevitable del sistema sanitario, abarque el periodo comprendido entre la educación primaria y los 18 años. Finalmente los mayores de 66 años pueden ser, si lo desean, prescriptores de la donación poniéndose ellos mismos como ejemplo.

Planificación funcional operativa. Marco de actuación.

Nuestro **marco como centro captador de donaciones y proveedor de hemoderivados**, incluye a toda la población, ya que cualquier persona puede estar en uno de los dos polos de nuestra actividad. Todos podemos ser donantes o receptores de sangre dependiendo de nuestra edad, salud y voluntariedad.

El Centro de Donación de Sangre CDS debe aglutinar todas las funciones relacionadas con el tratamiento mediante hemoderivados, desde la formación y pro-

moción del acto voluntario de donar sangre, la planificación y coordinación de las colectas, extracción de sangre, cribado, almacenamiento y distribución, y por supuesto un ajustado control de costes de cada uno de los procesos. En el caso de no disponer de un servicio centralizado de donación y procesamiento, convendrá hacer un "análisis de situación"[8] (Ilustración 1) para determinar si procede o no la apertura del mismo. Por la experiencia en otros países del desarrollo de planes de hemodonación, podemos inferir que debe existir dicho **"Centro de Donación de Sangre" (CDS).**

En el caso de no disponer de un servicio centralizado y sin perspectivas de tenerlo, los profesionales implicados realizarán su cometido aplicando la legislación, el conocimiento científico y los recursos de los que se dispone para ser eficientes dentro del ámbito de la hemoterapia.

La planificación más próxima a nosotros pertenece al Sistema de Salud del Estado Español e incluye un plan hemoterápico diseñado por el área de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Ilustración 2).

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y dentro la Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación:

Las competencias para el desarrollo del plan hemoterápico están transferidas a los territorios en los que se organiza el Estado español (comunidades autónomas)[9].

En este capítulo vamos a trabajar con ejemplos y usaremos tablas y gráficos para facilitar la lectura.

Mostramos un ejemplo de ítems relacionados con planificación operativa para el Servicio de Hemodonación (Ilustración 3).

El siguiente esquema puede servir para ilustrar la cadena que une las diferentes premisas en los planes estratégico y operativo de dicho servicio (Ilustración 4).

Plan funcional operativo de un centro de donación de sangre (CDS)

El objetivo único del plan es abastecer al sistema sanitario de los hemoderivados suficientes para su correcto funcionamiento. Todo lo demás son medios o sub-objetivos por departamento.

Ilustración 1.

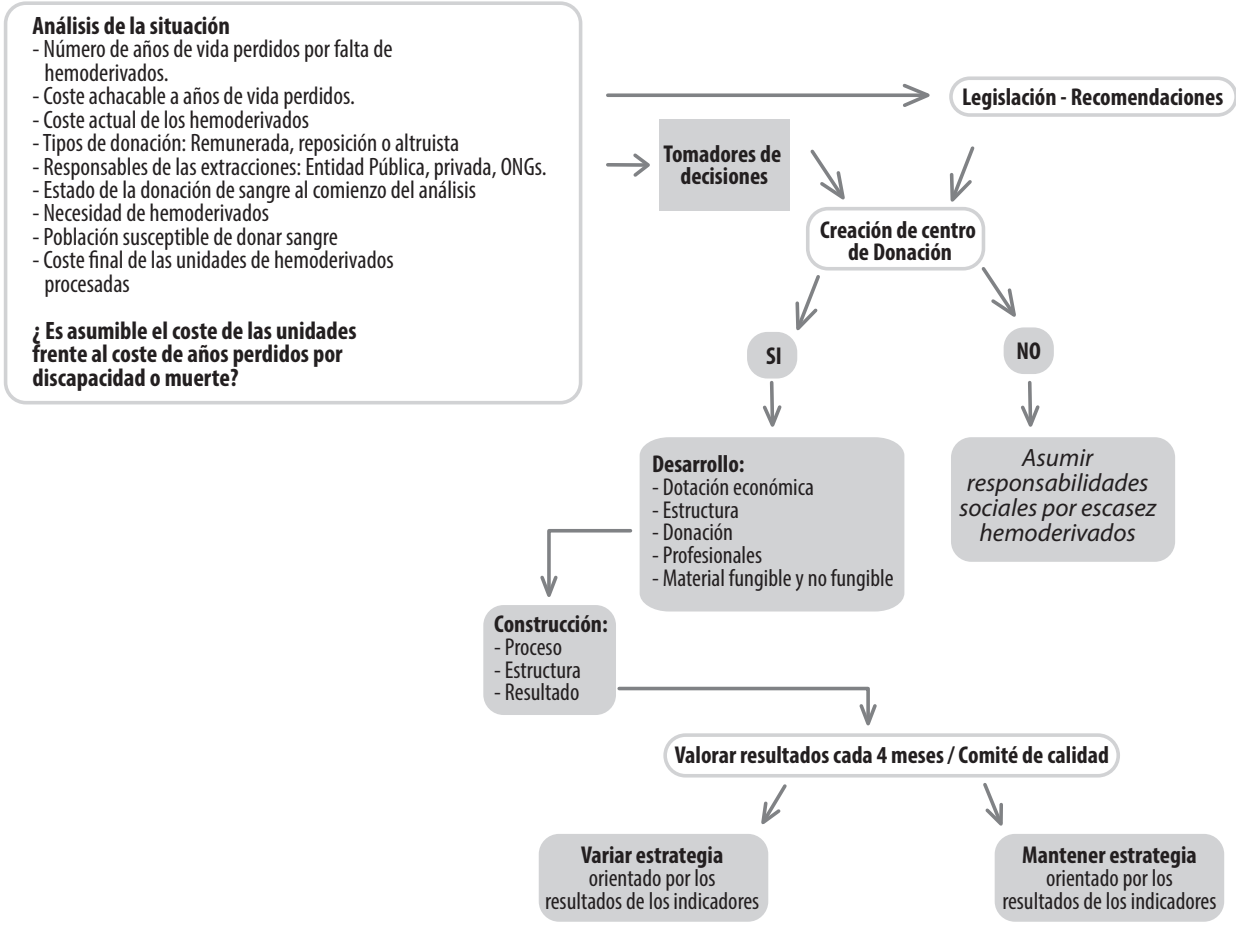
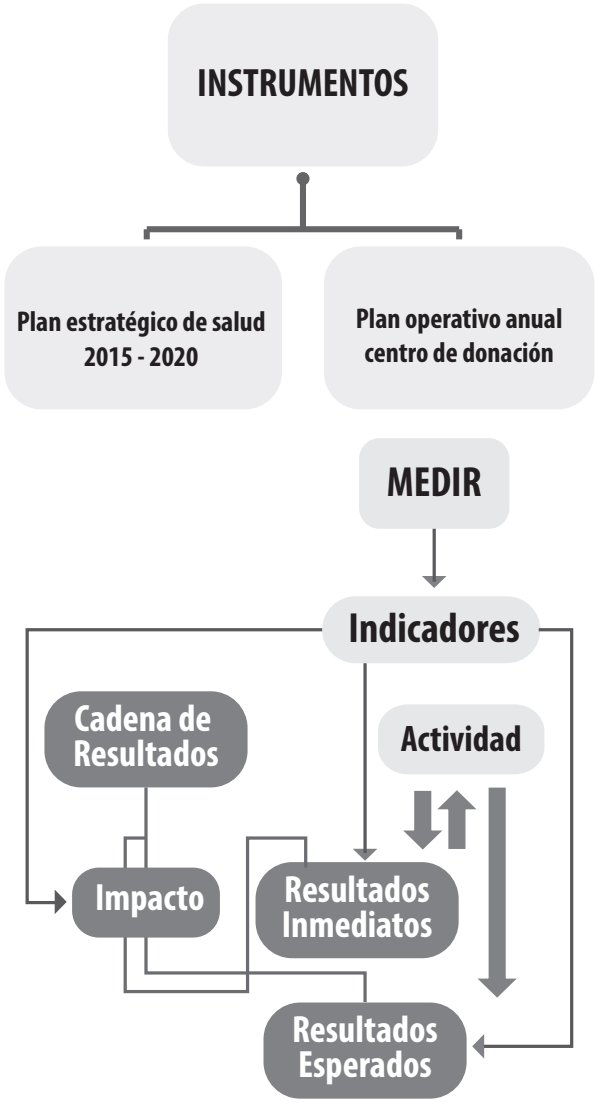


Ilustración 2.

Ilustración 3.

	Objetivos	Horizonte temporal	Alcance	Preguntas	Elementos	Documentación
PLANIFICACIÓN OPERATIVA Hemodonación	Objetivos. Específicos y resultados	Presente y el corto plazo	Trabajadores del área de donación y población de 18-65 años	¿Cómo vamos a obtener las donaciones suficientes? ¿Quién hará qué? ¿Indicadores?	Proyecto Cronograma Asignación de responsabilidad Procesos Indicadores	Documentar los procesos de las diferentes áreas

Ilustración 4.



Centrándonos en el concepto altruista de este proceso de donación, el primer parámetro que debemos manejar es **la atención al donante** que cede su sangre y tiempo para sostener el sistema sanitario mediante el tratamiento y uso de sus hemoderivados. Debe estar perfectamente **informado** de los escasos riesgos que conlleva el acto, así como de los beneficios que el mismo puede reportar al conjunto de la sociedad; aunque todo esto, como hemos dicho anteriormente, ya debiera conocerse a través del plan de formación sanitaria impartido desde la infancia.

Continuando con la atención al donante**,** será de gran importancia **facilitarle el proceso** acercándole todo lo posible los puntos de donación, minimizando así la pérdida de tiempo que ese acto supone. Las unidades o equipos móviles de extracción cumplen ese cometido.

Marco de nuestro ejemplo

A lo largo del capítulo vamos a seguir el caso de una zona geográfica con una red sanitaria de complejidad media/alta y con cobertura sanitaria organizada que incluye un "plan de donación de sangre" a corto/medio plazo.

Con nuestro universo poblacional informado acerca de la necesidad de mantener un flujo de hemoderivados más o menos constante y nuestros donantes habituales debidamente atendidos, abordaremos decididamente el objetivo último y único de todo este plan: conseguir las **donaciones necesarias para abastecer la red sanitaria.**

En nuestro ejemplo, (Ilustración 5) utilizaremos un lugar ficticio. Son importantes para el desarrollo de nuestro trabajo conocer los siguientes datos:

- Área geográfica de 6.000 km² a la que debe atender el CDS.
- 600.000 habitantes totales.
- 400.000 habitantes de 18 a 65 años.
- Red viaria en buen estado, salvo algunos tramos y la distancia al punto más lejano de colecta desde el CDS, se sitúa a 80 Km.
- El tiempo medio consumido en viajes de nuestro equipo móvil de extracción será una hora de ida y otra de vuelta. Hay parte de la red viaria con problemas, por lo que al desplazamiento más lejano le asignaremos un tiempo de una hora y 30 minutos.

Procesos necesarios

1. ***La planificación anual de colectas se realiza tras una estimación de los concentrados de hematíes necesarios.***

En nuestra hipotética zona de estudio podemos ver cómo el consumo de hematíes aumenta de año en año

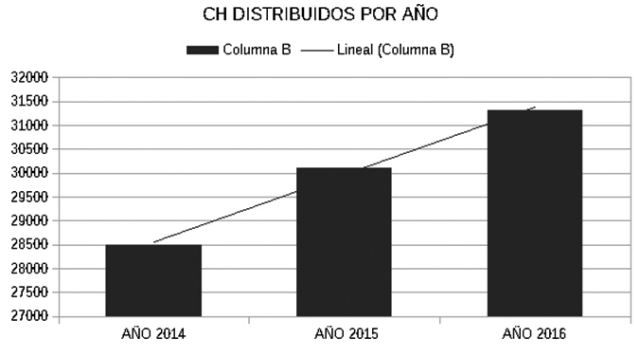
Ilustración 5. Previsión de unidades de sangre red sanitaria. Complejidad media/alta. Población de 600.000 habitantes

Grupo	Necesidad/día	Necesidad/semana (5 días)	Necesidad/mes(20 días)	Necesidad/año (261 días)	Δ Donaciones por pérdidas (20%)
A+	36	180	720	9396	
A-	7	35	140	1827	
B+	7	35	140	1827	
B-	2	10	40	522	
O+	35	175	700	9135	
O-	9	45	180	2349	
AB+	3	15	60	783	
AB-	1	5	20	261	
	100	700	2000	26100	31320

(Ilustración 6); debemos pues reaccionar, bien aumentando el número de colectas si disponemos de personal suficiente o incrementando el número de donantes por colecta (que al final viene a ser lo mismo porque se necesita también más personal).

Ajustar con exactitud el número de extracciones, con temporalidad y necesidades de hemoderivados es una tarea prácticamente imposible, las dolencias de nuestros clientes-pacientes no saben de estacionalidades (normalmente); pero aproximarse hasta conseguir un alto grado de precisión no sólo es posible sino exigible; no es tarea fácil, pero si contamos con las dos bases de datos actualizadas permanentemente, una dotación económica suficiente y personal comprometido, estaremos en condiciones de completar nuestra misión con éxito.

Ilustración 6. Incremento de CH distribuidos



La planificación de colectas se realiza en función del consumo de concentrado de hematíes (CH) de la red sanitaria. No se puede planificar el consumo de unidades de plaquetas o pools de plaquetas, en todo caso se estima con base en estadísticas, pero aun cuando este cálculo no es objeto de este capítulo, podemos afirmar que si somos autosuficientes en CH podremos obtener las plaquetas unitarias o los pools según necesidades.

2. ***Elaboración de bases de datos para realizar la cadena de procesos que llevarán a la obtención de los hemoderivados suficientes. El tipo de sistema gestor de base de datos no es objeto de este capítulo.***

- **Base de datos de puntos de colectas BDC**

Programar colectas de sangre fuera del "centro de donación de sangre" significa que a nuestra obligación primaria de cuidarnos del donante para que salga de la extracción en las mismas condiciones físicas que cuando entró, hay que añadir una segunda y es que tenemos que ponérselo fácil proporcionándole puntos de donación cerca de su hogar o trabajo.

Es infrecuente que se puedan cubrir las necesidades de donaciones con un punto de atención a donantes.

La organización de la comunidad influirá lógicamente en la planificación de colectas; una gran dispersión poblacional hará la labor más difícil, no obstante buscaremos lugares de concentración (que puedan estar bien comunicados) para realizar tanto la labor de promoción, como la ubicación de las Unidades Móviles de Colecta (UMC). (Por ejemplo, una sala cedida por el ayuntamiento de una ciudad de 5.000 habitantes)

En caso de excesivos problemas de comunicación y dispersión poblacional, se planteará a los ayuntamientos de los municipios con mayor censo y a los centros hospitalarios si los hubiere, la conveniencia de utilizar locales de su propiedad (salas de reunión, bancos de

sangre hospitalarios) como puntos de colecta dónde citar a los donantes.

Las empresas, organizaciones sociales y religiosas, escuelas, universidades, fuerzas armadas, ONGs, asociaciones festivas, etc., existentes en las distintas comunidades, pueden ser excelentes colaboradores a la hora de difundir el mensaje y/o prestar sus locales para una hipotética colecta; por lo tanto su ayuda será solicitada en todos los casos.

La base de datos de puntos de colecta constará con un mínimo de información para poder realizar la extracción de sangre por una parte y analizar los resultados posteriormente.

- Atributos mínimos de un local de colecta.

• Ubicación. El **local para la colecta de sangre** debe cumplir unos requisitos mínimos que no son objeto de este capítulo.
• Días disponibles.
• Responsable local del punto de colecta.
• Potencial de donación (número de personas de 18 a 65 años).
• Forma de publicitar el punto de colecta.

- Una propuesta de organización de la BDC podría ser:

• Municipios ordenados por número de habitantes con edades comprendidas entre 18 y 65 años.

- El número de habitantes, condicionará las visitas anuales a dicha población.
- Este patrón se modificará en función de la experiencia acumulada.

Para ciudades o grandes municipios manejamos las siguientes posibilidades:

Empresas, 1 ó 2 veces al año dependiendo de la dirección de la empresa y el número de empleados. No se programan empresas con actividades de riesgo o trabajos peligrosos.

Universidades e institutos: Dependiendo del número de alumnos, se pueden programar 2 colectas al año o más.

Fuerzas armadas: Depende de los cuarteles y sus mandos (normalmente son muy colaboradores).

Asociaciones religiosas (iglesias, mezquitas, sinagogas, etc.): Depende de los líderes religiosos; la población que atienden y las propias creencias

Puntos fijos en hospitales: Se utilizan con un programa especial captación

Otros…

- Base de datos de donantes BDD

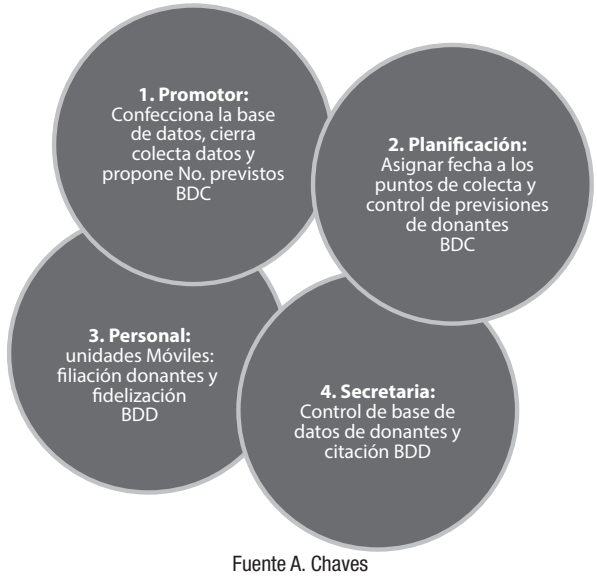
Constará de los campos que decida el gestor de la base de datos. En nuestro caso consta de: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, domicilio postal, correo electrónico, teléfono móvil y país de nacimiento.

La base de datos es el núcleo de nuestra actividad y gran parte de nuestro trabajo es mantenerla viva y depurada.

3. Interacción entre bases de datos y tareas asociadas. (Ilustración 7).

• **Círculo 1**. Confección de BDC siguiendo la enumeración anterior.
• **Círculo 2**. El planificador utilizando los datos proporcionados por promoción y en base a las unidades necesarias por día, estimará el número de visitas anuales para cada punto de colecta.
• **Círculo 3.** Al personal de UMC le corresponde la tarea de anotar correctamente los datos de los donantes para comunicarse con ellos y poderlos citar cuando corresponda.
• **Círculo 4.** Como continuación del punto anterior, el departamento de secretaría deberá controlar la base de datos haciendo las modificaciones oportunas para una correcta citación.

Ilustración 7. Interacciones entre áreas de trabajo.



Fuente A. Chaves

Los tres grandes pilares para construir una planificación adecuada son: Consumo de hemoderivados, BDD (donantes) y BDC (puntos de colectas)

La planificación debe ser consensuada con los responsables de promoción, programación de colectas, fraccionamiento, cribado, almacenaje y distribución, que conocen capacidades, horarios y disponibilidad de cada uno de los empleados involucrados en las distintas operaciones.

4. Promoción de la donación.

• El trabajador encargado, estudiará la estructura social para construir la Base de Datos de Colectas (BDC) y determinar las poblaciones con un ratio coste/eficacia razonable; trataremos de encontrar

las mejores localizaciones que pueden ser cedidas por particulares, empresas, organismos, etc., o aprovechadas entre las existentes dentro de la red sanitaria local. En todos los casos se negociará y definirá el uso y tiempo de ocupación procurando que ello perturbe lo menos posible el normal desenvolvimiento de la actividad del local y para todo ello en nuestra estructura existe una figura que conectará la realidad poblacional con el servicio de hemodonación.

- Contactará con los referentes (alcaldes, concejales, directores, madres superioras...) de cada grupo poblacional.
- Transmitirá los datos obtenidos a las personas encargadas de la citación y de la elaboración de la base de datos de puntos de colecta.
- Intentará crear una red de voluntariado junto con el Centro de Donación. En el caso de tener colaboradores para la tarea de difusión es ineludible reconocer y agradecer a todos esos voluntarios la ayuda que prestan a la sociedad. No obstante es importante resaltar que su contribución solidaria e independiente no debe interferir en ningún caso en las competencias de los profesionales del servicio de hemodonación –se ha visto en ocasiones como asociaciones de donantes han pretendido imponer su criterio en algún tipo de decisión cuando normalmente carecen de la información y preparación necesarias para hacerlo–.

Este aspecto de la donación es complicado de manejar, pero existen técnicas de trabajo para evitar fricciones entre voluntarios y profesionales, pero no las vamos a contemplar en este capítulo, no nos da para tanto.

5. Programación semanal de colectas. Comunicación con el donante. Cuestiones Prácticas.

La programación anual de colectas se suele dividir en periodos mensuales y semanales *(Ilustración 8)* para poder ejercer un mejor control sobre todas las tareas para realizar las colectas, incluida la **"citación de donantes".** El control de la planificación anual es objeto de otro apartado de este capítulo.

Una vez dispuestos y preparados para realizar colectas de sangre fuera del "centro de donación", debemos tener muy claro el mensaje que queremos transmitir y la forma de hacerlo.

Sería muy importante contar con profesionales en "comunicación" o en su caso preparar lo mejor posible a algún integrante de la plantilla.

- **La comunicación con el donante mediante**
  Correo postal (Ilustración 9)
  - Se toman los datos del donante (interviene una persona para hacerlo).

Ilustración 9. Comunicación con la población

Ilustración 8. Programación semanal colectas. Ejemplo.

lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	sábado	domingo
Empresa1 mañana. Previstos 20	Población3 mañana. Previstos 30	Población4 tarde. Previstos 25	Instituto2 mañana. Previstos 40	Facultad1 mañana. Previstos 35		
población1 tarde. Previstos 40	Población3 tarde. Previstos 50	Instituto1 tarde. Previstos 55	Empresa2 tarde,. Previstos 20	Facultad1 tarde. Previstos 25		
Puntos fijos mañana y tarde. Previstos 40	Puntos fijos mañana y tarde. Previstos 40	Puntos fijos mañana y tarde. Previstos 40	Puntos fijos mañana y tarde. Previstos 40	Puntos fijos mañana y tarde. Previstos 40	Puntos fijos mañana y tarde. Previstos 40	

Fuente A. Chaves

- Se vuelca la información a la base de datos (la misma persona si está en red).
- Se prepara el correo postal (interviene al menos una persona).
- Se lleva al centro de distribución de correo (una persona).
- Se reparte al buzón del futuro donante (una persona).
- Lo recibe el futuro donante.

Parece un ejemplo exagerado pero este proceso se sigue llevando a cabo en determinadas zonas y cuantas más personas sumemos a la ecuación más probabilidades hay de que alguien cometa un error.

• SMS o e mail
  - Se toman los datos del donante en una colecta de calle (interviene una persona)
  - Se vuelca la información a la base de datos (la misma persona si está en red)
  - Se prepara el SMS o email (una persona)
  - Lo recibe el futuro donante.
• Redes sociales
  - Redes sociales (ver capítulo),
  - Interviene una persona, solamente el responsable de las redes que interacciona directamente con los futuros donantes. Actúa sobre donantes y no donantes.
• Teléfono
  - La comunicación es directa.

6. Citación

Hemos visto las diferentes formas de comunicarnos con los donantes; ahora vamos a citarlos para que vuelvan a donar.

Nuestra experiencia nos ha hecho construirnos herramientas para conseguir una citación más eficiente. El tiempo, la repetición de colectas, las bases de datos y una libro Excel, nos permiten analizar los resultados de la citación por punto de colecta.

Vamos a utilizar dos puntos de colecta y los resultados de donantes presentados las últimas visitas a dichos puntos (Ilustración 10).

Hemos comprobado que cada punto de colecta tiene un número de citaciones promedio que utilizaremos para conseguir los donantes esperados, está relacionado como es lógico con el número de habitantes y el número de donantes que tenemos censados en ese punto de colecta, pero para conseguir que acudan al sitio de colecta, deberemos comunicarnos con ellos de forma efectiva.

En este ejemplo, para el punto de colecta de Alcalá debemos mandar 10,49 citaciones por cada donante que pretendamos y en Atzeneta 8,78 citaciones.

Conocer el mejor método de citación para cada población forma parte de nuestro trabajo. En nuestro caso la forma de citación más eficaz es la llamada telefónica, pero se necesita mucho personal motivado y entrenado, y la peor el correo postal, por lo que nuestra mejor opción de citación, la opción más efectiva es la citación por SMS. Cada centro deberá valorar su mejor opción.

7. Medición. Indicadores.

Hemos establecido un conjunto de tareas para nuestro plan operativo que, con no poco esfuerzo, las hemos llevado a cabo; ahora debemos ver si los resultados

Ilustración 10. Datos para decidir el número de citaciones por donante presentado.

Fecha	Colecta	Cartas	Sms	E-Mail	Previstos	Presentados	Media De Citaciones
Viernes 26, 02 2016	ALCALA	203			40	33	6,15
Lunes 30, 05 2016	ALCALA	33	437		45	48	9,79
Miercoles 31, 08 2016	ALCALA	57	254	254	40	34	16,62
Martes 29,11 2016	ALCALA	53	194	194	40	47	9,38
	PROMEDIO ALCALA						10,49
Jueves 25, 02 2016	ATZENETA	118			30	11	10,73
Martes 31, 05 2016	ATZENETA	17	120		20	29	4,72
Lunes 29, 08 2016	ATZENETA	22	113	113	25	22	11,27
Martes 29, 11 2016	ATZENETA	53	108	108	25	32	8,41
	PROMEDIO ATZENETA						8,78

obtenidos se ajustan a lo previsto y en cualquier caso analizar las desviaciones detectadas. Para ello habremos de hacer las mediciones pertinentes acudiendo a los inevitables indicadores.

La tarea de medir parece sencilla pero no está exenta de la posibilidad de error por eso debemos utilizar unos indicadores contrastados y ponderados (Ilustración 11)[10].

• Indicador para valorar la planificación de donantes frente al consumo de hematíes: Consumo/Donación.

Este indicador debe ser >1, ya que toda unidad sangrada, no podrá ser utilizada como producto terapéutico (dependerá de la merma de cada centro)

Porcentaje de unidades desechadas por problemas en la unidad de sangre: 0.1

Índice de rechazo por entrevista médica: 0.1

Incluiremos en este apartado el rechazo por entrevista, ya que influye directamente en nuestra previsión de unidades para realizar la planificación.

La experiencia marcará el indicador óptimo, pero según nuestro ejemplo será:

Consumo/Donación 1.2

Los indicadores siguientes, se han usado en hemodonación desde hace más de 30 años, sirven para comparar poblaciones similares y establecer medidas promocionales.

• Indicadores relacionados con donantes potenciales. Población diana de la que realmente disponemos:

Población diana

Porcentaje de población susceptible de donar.

Comportamiento de la población diana.

Ilustración 11. Medición.

% de donantes nuevos.7.2.2.2. % de donantes que vuelven en los 24 meses siguientes.

Donantes/habitantes de 18 a 65 años (I. donantes ajustado)

Es difícil inferir el tanto por cien de población que a priori debe donar sangre para ser autosuficientes, sobretodo porque depende de múltiples variables (implicación de los donantes, morbilidad, complejidad sanitaria, consumo ajustado de hemoderivados, donación altruista…)

Donaciones/Nº habitantes de 18 a 65 años

IDonación ajustado: Donaciones/Nº habitantes de 18 a 65 años.

IDs.ajustado 4.2-4.5%

Casi la totalidad de estadísticas que hablan de donación de sangre utilizan el **índice de donación de sangre** para una determinada población o país (número de donaciones se dividen por el número total de habitantes y se ajusta por 1000 habitantes). Ya en 1999 desarrollé un trabajo (Índices de **no** donación)2 donde constataba que el divisor no podía ser toda la población ya que **NO** toda la población puede donar sangre y está sesgado tanto si la población es muy joven, como si es muy anciana.

El resultado de Donaciones/Habitantes 18-65 años, será un dato que posicionará el número de unidades sangradas frente a otros grupos poblacionales similares. ¿Cuál es el óptimo? Es imposible establecerlo con los datos que manejamos. Cada colectividad, dependiendo de múltiples factores (implicación de los donantes, morbilidad, complejidad sanitaria, consumo ajustado de hemoderivados, donación altruista…) tendrá un óptimo, pero podemos calcular este índice para posicionarnos frente a colectividades parecidas.

El índice de donación de sangre por 1.000 habitantes es casi 20 veces mayor en los países desarrollados (alto IDH) que en los países con IDH bajo (OMS en 1999).

En los países de ingresos altos, la tasa de donación es de 33,1 por cada 1000 personas, mientras que en los países de ingresos medios y bajos es de 11,7 y 4,6, respectivamente (OMS 2016)[10].

En ninguno de los dos informes concluye sobre la mejor opción para que el abastecimiento de hemoderivados sea completo, solamente conociendo que en 1999 se estimaba que había 150.000 muertes relacionadas con ausencia de hemoderivados para atender partos, podemos inferir que una importante cantidad de países con IDH medio y bajo, no son autosuficientes en hemoderivados.

La OMS estima que la disponibilidad general de sangre para transfusión en un país requiere un mínimo de 10 donaciones de sangre por 1000 habitantes, pero lo que marca la necesidad es la actividad, la legislación y la disponibilidad de recursos para obtener donaciones altruistas.

Los índices deberán ajustarse con el paso del tiempo y los resultados obtenidos, esto no es una competición para tener más donantes y más donaciones, esto es un trabajo difícil que implica un estudio constante de

nuestros resultados y el grado de satisfacción de nuestra red sanitaria.

- Indicadores para valorar la actividad de las unidades que trabajan fuera del centro de donación:
  - Número mínimo de unidades por colecta: Depende del personal necesario, el tiempo de trabajo y la distancia a la que debemos desplazar la unidad. Cada centro calculará dicho número dependiendo de sus costes.En nuestro caso: **20 donaciones obtenidas.**
  - **Grado de satisfacción de los donantes.** Valorar la evolución a través de una encuesta anual.
  - **Formación del personal (ver calidad):** Los trabajadores del área de hemodonación recibirán por escrito los procedimientos de su competencia y se formarán con un profesional al menos una semana de trabajo. Debe existir un plan de formación continuo para todo el personal, un registro de las sesiones formativas.
- Indicador para valorar el estado de la base de datos de nuestro centro
  - Número de e mails devueltos
  - Número de SMS devueltos
  - Número de cartas devueltas
  - Número de teléfonos erróneos.

Los responsables de hemodonación deben de poner el máximo empeño en mantener la base de datos de donantes de sangre correcta y actualizada. La base de datos está "viva" y diferentes profesionales interactúan con ella. Es conveniente un grado elevado de control.

Unos indicadores bien construidos son sensibles a variaciones mínimas. Hemos de estar atentos a los datos y tomar las medidas de corrección oportunas en el menor tiempo posible. No obstante los responsables de tomar las decisiones serán los que elijan el camino a seguir.

La valoración de resultados de nuestra actividad es más complejo de lo que puede parecer. Muchas veces no existirá consenso en la organización a la hora de de decidirse sobre un cambio en los procedimientos para mejorar nuestros indicadores. Existen muchos métodos para conseguir consensuar, pero no son el objeto de este capítulo.

Decidir es difícil, pero si hemos de hacerlo, intentemos que sea luego de considerar los resultados de nuestros indicadores y recuerden que solamente se equivoca aquel que decide y que de los aciertos se consigue satisfacción personal, pero poco se aprende, sin embargo el reconocimiento de los errores y su solución, es un aprendizaje para las personas inteligentes.

Cualquier centro de actividad está expuesto a incidencias que pueden afectar a su funcionamiento diario; en la medida de lo posible, sus gestores deberán preverlos en su presupuesto anual. Ante un suceso no previsto, los profesionales competentes deberán encontrar la respuesta adecuada a esa contingencia.

Referencias

1. Declaration of Alma-Ata. In: *International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978*. Disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf (Acceso 20 enero 2016).
2. Paula Rodriguez F, franciscodepaula.rodriguez@medtronic.com 2012. La planificación estratégica en las organizaciones sanitarias. Acceso 15 febrero 2017. http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/90147732/
3. IDH.
4. Paradigma cartesiano.
5. Paradigma Sistémico.
6. Healthmaps.org/es/
7. http://www.who.int/bloodsafety/global_database/en/SumRep_Spanish.pdf?ua=1
8. ASIS. L:\Valencia\PROMOCION\Chaves\CURSO JHSPH PDFS
9. Ministerio Sanidad España.
10. https://rio.upo.es/xmlui/bitstream/handle/10433/436/revmetcuant11-revision.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Capítulo 23

Cómo transformar donantes familiares en voluntarios y habituales en ambientes hospitalarios

Ana Lucía Cabezas Belalcázar. Comunicadora Social. Training Coach – PNL. Especialista en Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre y Humanización de los Servicios de Salud. Directora de Sea Asesores Empresariales Internacional. Colombia. www.seaasesores.com

La donación de sangre es una de las actividades más generosas y significativas que pueden realizar los seres humanos a lo largo de su vida. En su mayoría, las personas donan sangre por un compromiso social, sentimiento de ayuda, amor, compasión y solidaridad con alguien que lo necesita. No obstante, en muchas ocasiones la donación de sangre no ocurre como un acto 100% voluntario, sino por la necesidad urgente de ayudar a un familiar o amigo que necesita sangre para mejorar su calidad de vida o sobrevivir.

Los bancos de sangre de los hospitales y centros de salud, son los encargados de recibir a este tipo de donantes, conocidos como donantes de reposición, intrafamiliares o coactivos, y en sus manos está la misión de sensibilizarlos, motivarlos, educarlos y fidelizarlos para transformarlos en donantes voluntarios y habituales de sangre.

Hoy en día, la captación hospitalaria es estratégica para la práctica de la educación en salud y despertar un espíritu cívico voluntario. Los bancos de sangre de los hospitales deben realizar acciones que estimulen la participación en la causa de la donación voluntaria de sangre no sólo de los pacientes y familiares, sino también del personal médico y administrativo, tomándolo también como una estrategia de responsabilidad social empresarial, alineada a la planeación estratégica, valores corporativos y de edu-comunicación interna y externa.

Muchos son los bancos de sangre que están ubicados en las instalaciones propias de las entidades de salud, lo cual hace necesaria la implementación de una estrategia interna que permita articular e incluir las diferentes áreas de gestión empresarial en un solo objetivo: **promover la donación voluntaria de sangre** como una estrategia de responsabilidad social corporativa e individual que posicione la necesidad de contar con el líquido vital para salvar la vida de sus pacientes.

Una estrategia de impacto social

El punto de partida para la articulación e inclusión de personas/profesionales dedicados a la implementación de una estrategia de impacto social es el conjunto de: voluntad, constancia, perseverancia y dedicación. Esta gestión implica educar, comunicar, servir y atender a donantes, familiares (tanto de donantes como de pacientes) y al personal que labora en la institución.

A continuación el organigrama de la estrategia y equipo de trabajo:

Las condiciones actuales conllevan a que la estrategia deba estar fundamentada en una táctica de edu-comunicación y compromiso de responsabilidad social corporativa. Es indispensable que esté bajo el liderazgo de la dirección general de la institución y haga parte de un programa institucional. Asimismo, debe ser transver-

sal en la entidad y debe contar con la participación de diferentes áreas de gestión que contribuyan y apoyen la construcción de nuevas prácticas para la persuasión y reclutamiento de donantes potenciales de sangre.

Cada una de las áreas cumple un papel importante para el cumplimiento del objetivo y desarrollar un plan de acción que permita cimentar una cultura interna de donación voluntaria y habitual de sangre. Así mismo, cada una de ellas, partiendo de su gestión tendrá una actividad que los encamine al cumplimiento del objetivo institucional.

Área de talento humano

Las oficinas de gestión humana son uno de los elementos intangibles de suma importancia en cualquier tipo de organización, ya que tienen la responsabilidad de articular los procesos internos y externos para el óptimo funcionamiento de la compañía. La óptima administración de la oficina de talento humano es elemental para mantener el nivel de satisfacción de los empleados de la compañía, velar por su bienestar, capacitación y el clima laboral. Si la labor es exitosa, la productividad laboral aumentará cada día.

Como política institucional de responsabilidad corporativa, la estrategia de donación voluntaria de sangre forma parte de los procesos de bienestar, capacitación y cultura interna de la entidad. Esta área será la encargada de socializarla a través de procesos de inducción y re-inducción al personal quien será el encargado de convocar a los profesionales para las distintas jornadas de colecta y en generar un plan de reconocimientos a los donantes/funcionarios habituales.

Oficina de seguridad del paciente

Evitar errores en el actuar de los profesionales de la salud y en cualquier tipo de procedimiento que se realice en un hospital, es una de las principales funciones que realiza la oficina de seguridad del paciente, partiendo del "*contexto de una política de seguridad y un programa de seguridad del paciente que lleven a reducir en el máximo posible el creciente número de eventos adversos que se presentan en la atención en salud de un paciente*" [1]. Esta área vela para que cada procedimiento sea realizado de forma correcta, lo cual lo convierte en un indicador significativo de la calidad de la atención en la institución de salud. En el reclutamiento de donantes familiares, es fundamental que la oficina de seguridad al paciente manifieste un acompañamiento que logre generar confianza y agradecimiento por las acciones que realiza el hospital por la salud del ser querido.

Comunicación institucional

Las acciones de comunicación en los hospitales son transversales a todos los procesos y procedimientos que se realizan al interior de la institución. Desde la oficina de comunicación se construyen mensajes con el propósito de causar efectos positivos en los diferentes públicos a los cuales se dirige dicho mensaje. Es muy importante que los hospitales construyan una estrategia de comunicación articulada al plan institucional, que incentive, motive y eduque, a partir de sus diferentes medios internos y externos, las buenas prácticas en salud y en este caso, los beneficios de donar sangre. Y de reconocer la habitualidad de los donantes/funcionarios permanentes y fidelizados de la institución. Estrategias como los testimonios, estadísticas de beneficios, testimonios de benefactores serán sin duda mensajes de alto impacto a la comunidad interna y externa de la entidad.

Comité de transfusión

Entre las funciones de los comités de transfusiones hospitalarios se incluye adelantar las acciones conducentes a procurar un abastecimiento de sangre eficiente, especialmente en cuanto se relaciona con la promoción y estímulo de la donación voluntaria y altruista de la misma.

Asociación de usuarios

La asociación de usuarios es una agrupación de pacientes o afiliados que velan por la calidad del servicio y atención que se presta en las instituciones de salud. Ellos asesoran y acompañan a los usuarios, con el fin de ayudarles a garantizar la atención adecuada que necesitan. Así mismo, proponen acciones de mejora en la calidad técnica y humana de los servicios de salud.

Es necesario que los bancos de sangre de los hospitales mantengan una estrecha relación con la asociación de usuarios, a partir de ellos se pueden realizar estrategias para reclutar donantes potenciales de sangre y divulgar mensajes edu- comunicativos de la donación voluntaria de sangre.

Trabajo social

Esta área acompaña a los pacientes, familiares y acompañantes a garantizarles una atención integral frente a sus necesidades de orden social. El trabajador social ayuda a los usuarios en la búsqueda de alterna-

[1] Guía buenas prácticas de seguridad del paciente. Ministerio de Salud y de la Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia-buenas-practicas-seguridad-paciente.pdf

tivas de solución al problema que puedan presentar, contribuyendo así al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios durante su permanencia en el hospital. El trabajador social interviene en todas las áreas, servicios y programas de las instituciones de salud, de acuerdo con la necesidad que le sea presentada por los pacientes o de los profesionales de la salud.

Partiendo del principio de que en los hospitales es en donde más se utiliza y requiere sangre o alguno de sus componentes, ellos pueden tener una importante contribución a la captación de donantes por medio de la socialización y unificación de la información sobre la donación de sangre.

¿Cómo lo pueden hacer?

Aplicando la educación en salud como una práctica de transformación social que contribuye a la creación de hábitos saludables. También definiendo el público objetivo, en este caso los familiares y amigos de los pacientes, quienes podrán ser convocados a través de estrategias de comunicación, humanización y un excelente servicio y atención integral para que sean donantes habituales de sangre.

Después de definir el público objetivo, debemos conocer cuáles son sus valores, mitos y creencias sobre la donación de sangre, con el fin de resolver todas las dudas y aliviar su carga o angustia emocional por el momento que se encuentra viviendo.

Para ello podemos utilizar las técnicas de la mercadotecnia social como mecanismo en el proceso de la captación de donantes:

1. Análisis situacional: con el fin de tener la mayor información de las personas.
2. Definir el mercado objetivo: teniendo a los donantes adecuados y población de bajo riesgo.
3. Investigación del mercado: aprender todo lo posible acerca de los donantes actuales y potenciales, cómo piensa y se desarrolla de generación en generación.

Además, "*La utilización de un lenguaje claro y objetivo, difundido en el momento conveniente, es un poderoso instrumento de promoción para fomentar el acto de la donación voluntaria de sangre en el trabajo de la captación hospitalaria*"[2]

Por esto, a través de acciones de comunicación encaminadas a brindar la mejor información y educación a los donantes familiares, podremos transformar su actitud o cualquier tipo de comportamiento frente a la donación, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Evaluar el contexto en el que el paciente y sus familiares reciben la noticia de que requieren sangre para proporcionar un espacio adecuado para transmitir la información.
2. Entender cómo los familiares pueden donar y ayudar a mantener inventarios de sangre suficientes para las necesidades del hospital de una manera responsable.
3. Identificar cuál es la representación de la sangre en este grupo familiar. Este análisis puede apoyar el trabajo educativo en captación hospitalaria, porque puede establecer una relación motivadora para la familia, evitando que la falta de información pueda comprometer la actitud positiva de un donante potencial.
4. Proporcionar información acerca de la donación, con la atención al hecho de que a menudo la representación de la sangre para este familiar o paciente está relacionada con un imaginario negativo de muerte y no de vida.

No olvidemos que para lograr que este donante familiar se transforme en un donante habitual y altruista de sangre, influirá potencialmente la experiencia en el servicio que esta persona tenga, desde el abordaje hasta el final del procedimiento. El camino inicia en la red hospitalaria y concluye en el servicio de hemoterapia, en el que el donante potencial llega con sus valores, mitos, angustias y una gran carga emocional.

Por esto, no sólo estamos encaminados a cambiar las actitudes y comportamientos de los donantes familiares, sino también, partiendo de nuestra actitud y de cómo nos comportamos para brindar coherencia entre lo que hacemos, decimos y representamos.

Mensajes adecuados:

- Cautive: ejerciendo una fuerte influencia en el ánimo por medio del atractivo visual, auditivo y de sentimientos.
- Eduque: proporcionando conocimientos a una persona para darle una determinada formación.
- Habitualidad: generando una serie de experiencias positivas en el proceso de la donación de sangre.

Estructuración de una campaña de Educomunicación

- Antes
  - Realice un plan de acción de comunicación que incluya material impreso, estrategia de difusión digital, conferencias de sensibilización, información de la colecta y horarios de atención

[2]. Ministério da Saúde. Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue . Brasilia D.F. 2005 pag89-101. [En línea] Disponible en: http://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2015/06/manual-doacao.pdf . [Fecha de acceso: 23 de enero de 2017]

- Consolide la base de datos de pacientes que hayan requerido transfusiones de sangre y los que se encuentren actualmente; en esta base incluir los datos de los familiares y amigos que hayan donado o esten por hacerlo, con el fin de informarlos acerca de la importancia de donar sangre de forma habitual y recurrente.

• Abordaje
- Realice una bienvenida,
- Brinde aclaraciones sencillas usando herramientas didácticas.
- Reconozca su participación (agradecimiento).

Todo el equipo del banco de sangre debe destacarse por su *atención memorable* en todo el proceso en el que interactúe con el donante.

Para interactuar con estas personas se deben relacionar con sus emociones, percepciones, experiencias e incluso con la situación del problema principal, que es la salud de su paciente. La utilización de un lenguaje claro y objetivo, difundido en el momento conveniente, es un poderoso instrumento de promoción para fomentar el acto de la donación voluntaria de sangre en el trabajo de la captación hospitalaria.

Lenguaje = Conexión Empática

Algunas estrategias para la captación hospitalaria de donantes familiares de sangre son:
- Crear espacios de discusión sobre la cadena transfusional y no sólo sobre la donación de sangre.
- Realizar talleres dirigidos a médicos, enfermeros, técnicos de enfermería, entre otros, sobre captación hospitalaria de donantes familiares.
- Crear materiales promocionales específicos sobre la temática de la donación de sangre.
- Realizar conferencias en las salas de espera, llevando la información de la donación como un procedimiento de salud.
- Formar parte de los comités transfusionales y de captación.
- Establecer diálogo con familiares de pacientes y el equipo del hospital, para informar de manera clara que la atención del paciente, en ningún caso, está sujeta al aporte de donantes.
- Socializar informaciones de hemoterapia con el apoyo del departamento de comunicación del hospital.
- Celebrar alianzas con los sindicatos de médicos y de enfermeros para aumentar la divulgación del tema de la donación.
- Promover campañas de donación de sangre en los espacios de los hospitales con o sin unidad móvil.
- Enviar correo directo a los médicos, con textos solicitando la colaboración en la promoción de la donación, que muestren los criterios básicos para donantes.
- Asegurar los recursos necesarios para la atención de los donantes de sangre.
- Movilizar grupos de voluntarios propios, los rotarios, asociaciones, líderes comunitarios, iglesias, para trabajar como multiplicadores dentro de los hospitales.
- Participar en las semanas de salud promovidas por los hospitales en el carácter de conferencista, transmitiendo conocimientos sobre la promoción de la donación voluntaria de sangre.
- Establecer un día para reconocimiento interno a los donantes de sangre.

Una de las principales funciones de los captadores de los bancos de sangre es mostrar a los pacientes y familiares que la necesidad de sangre es constante, dándoles a conocer la necesidad de una solución para un problema real y concreto. Considerando la donación no sólo como un acto de altruismo, sino también como una forma de participación social y de responsabilidad social individual.

Debemos entender que en ocasiones el donante familiar de sangre no conoce la necesidad ni el procedimiento, sino que esta es la primera vez que atraviesa por una situación como tal con su paciente. Por tanto la comunicación deber ser cuidadosa y teniendo en cuenta lo siguiente:
- Saber escuchar las dudas.
- Estar abierto a comprender la situación de la familia, sin perder el enfoque en la sensibilización para la donación.
- No imponer. Si esto ocurre, no habrá interacción para que los familiares de pacientes acepten el acto de la donación de sangre como una práctica saludable y socialmente necesaria.
- Destacar todas las fases del ciclo de donación, explicar los procedimientos con el fin de que a su elección, tengan una actitud de regresar al banco de sangre.
- Promover el conocimiento de las etapas de donación de sangre.
- No reducir la necesidad de sangre como un problema social a la individualidad, es decir restándole importancia al carácter social de la donación, enfocándose solamente en la necesidad de ayudar a una persona que requiere del líquido.

Para tener éxito en la captación hospitalaria de donantes familiares de sangre debemos ser cuidadosos en:
- Tener un profesional capacitado y con dominio del tema, que utilice estrategias de motivación, y a su vez que realice actividades educativas dentro de los hospitales.
- El captador debe estar muy atento a la calidad de la atención y de las informaciones proporcionadas durante la captación hospitalaria.

- El profesional que entra en contacto con la familia debe estar interesado por el paciente y su estado de salud para incluir posteriormente las informaciones sobre la donación.
- Escuchar atentamente todo lo que el paciente, familiar o amigo quiere decir, por lo que deben aclarar todas sus dudas.
- Sensibilizar proporcionando información y explicaciones, incluso por escrito. El discurso debe estar integrado a la familia y a los amigos, ya que no se trata sólo de un proceso de ayuda a un paciente específico.
- El enfoque al familiar debe ser personal e individual, en una sala o lugar reservado a entrevistas, de acuerdo con lo que requiera el caso del paciente.
- Transmitir precisamente que los servicios de sangre siempre necesitan suministro regular de sangre segura para reponer, no sólo en situaciones específicas.

Conclusión

Recibir a familiares y amigos que donan sangre para ayudar a una persona específica, en donde saben el destino de su sangre, puede ser el inicio de una actitud positiva y el enfrentamiento ante una situación real, que los lleve a reflexionar sobre la necesidad permanente de sangre. Esto a través de una reflexión personal, lo cual incrementa la propia credibilidad del donante frente al acto voluntario que acaba de realizar, convirtiéndolo en un donante habitual.

La capacitación permanente tanto de los promotores de los bancos de sangre como de los donantes potenciales, es el principal reto de mejoramiento de la base de donantes de reposición a voluntarios y habituales, mejorando así la seguridad, oportunidad y suficiencia de la transfusión.

Lecturas recomendadas

- Caro A. Gestión Humana: La imagen del servicio. Mc Graw Hill. 2009.
- Dante IW. Cómo planear relaciones públicas. Ediciones Macchi. Buenos Aires Argentina. 2010.
- Decreto 1571 de 1993 del Ministerio de Salud y de la Protección Social. [En Línea] Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%20%201571%20DE%201993.pdf. [Fecha de acceso: 10 de febrero de 2017].
- Grupo Soluciones Horizonte. [En línea] Disponible: http://www.gsh.com.co/importancia-del-talento-humano-como-motor-esencial-en-las-organizaciones/. [Fecha de acceso: 9 de febrero de 2017].
- Hospital General de México. Unidad Servicio de Banco de Sangre 2012. [En Línea]. Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/interior/area_medica/banco_sangre/inicio.html. [Fecha de acceso: 23 de enero de 2017].
- Ministério da Saúde. Manual de Orientações para Promoção da Doação Voluntária de Sangue 2015. Brasilia D.F. p.89-101. [En línea] Disponible en: http://www.portalsaudenoar.com.br/wp-content/uploads/2015/06/manual-doacao.pdf. [Fecha de acceso: 23 de enero de 2017].
- Wragg D. Relaciones Públicas. Fondo Editorial Legis. Bogotá. 1997.

Capítulo 24

Marketing social: técnicas para inspirar el cambio de comportamientos

Ana Lucía Cabezas Belalcázar. Comunicadora Social. Training Coach – PNL. Especialista en Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre y Humanización de los Servicios de Salud. Directora de Sea Asesores Empresariales Internacional. Colombia. www.seaasesores.com

Encontrar la metodología adecuada para la captación o reclutamiento de donantes voluntarios de sangre, ha sido un propósito constante para las personas que están al frente de los servicios de sangre. En esta búsqueda hemos podido concluir que el éxito de las campañas de divulgación debe estar fundamentado en la educación, comunicación y en la mercadotecnia social, buscando que los mensajes logren arraigarse en la cultura, actitudes y comportamientos de los potenciales donantes.

Es importante que los trabajadores de los bancos de sangre conozcan estas disciplinas y las apliquen de manera permanente. Ello sin dejar de lado la investigación, la planificación, el seguimiento y la evaluación para captar donantes voluntarios de sangre.

En mi experiencia como consultora de procesos de mejoramiento continuo y como profesional en Comunicación Social, he dedicado más de dos décadas de trabajo en la construcción de este tipo de mensajes y planteamientos de campañas de divulgación bajo el enfoque de la mercadotecnia social para los bancos de sangre. Teniendo en cuenta esto, dedico este espacio a dar continuidad a ese proceso formativo y brindar algunas pautas que sirvan para el diseño de mensajes de marketing social pertinente, adecuado, educativo y que perdure en la mente de las personas.

Para entender el contexto y encontrar el sentido y significado del término marketing social, vale la pena hacer algunas precisiones: en 1971 nace la Mercadotecnia Social, cuando expertos se dieron cuenta que los mismos principios de la mercadotecnia que se usan para vender productos tangibles al mercado, se pueden usar para "vender" ideas, actitudes y comportamientos. La mercadotecnia es definida como el uso de principios y técnicas de mercadeo para influenciar a la audiencia (grupo objetivo) a aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad.

De acuerdo con el concepto de Alan Andersen, la Mercadotecnia Social es: "*la aplicación de las tecnologías de la mercadotecnia comercial para el análisis, planeación, ejecución y evaluación de los programas diseñados para influenciar el comportamiento voluntario de la audiencia objetivo tratando de mejorar su bienestar personal y el de su comunidad*."[1]

Según Kepler, el "*marketing social se refiere a los esfuerzos de una organización gubernamental o de una asociación sin fines de lucro para promover una causa.* (…) *Es un proceso de aplicación de técnicas, que comprenden: la investigación, análisis, planificación, diseño, ejecución, control y evaluación de programas; que tienen como objetivo, promover un cambio social favorable, que está orientado a que sea aceptada o modificada una determinada idea o práctica en uno o más grupos de destinatarios*".[2] Por su parte, Leal Jiménez considera que es la aplicación de técnicas comerciales de marketing para beneficiar a la sociedad. El objetivo es producir cambios en el comportamiento del individuo y cuidar el bienestar de la sociedad, a través

de los medios apropiados, no permitiendo acciones que pueden dañar la salud, la integridad física y psicológica de las personas.[3]

El marketing social va más allá del diseño y realización de una campaña publicitaria, y aunque también se debe establecer un plan de acción, diseñar una estrategia y utilizar las herramientas de la mercadotecnia comercial, este puede ser concebido como una rama de aplicación estratégica de algunas empresas que funciona según las exigencias y tendencias globales en espacios competitivos y que involucra el desarrollo de nuevos clientes.

El marketing social aplicable en los bancos de sangre, está enfocado en transformar comportamientos. Para ello es necesario sobrepasar mitos y creencias arraigadas en la cultura colectiva y costumbres de las comunidades, transformando mentes y lograr la donación voluntaria de sangre. Es por ello que genera una solución a un problema social, que en este caso no es otro que la fragilidad de la vida de cualquier ser humano necesitado de este vital e irremplazable líquido, e involucra a miles de personas, con características comunes. Es decir, personas en capacidad de donar y personas con necesidad de recibir, con personas que intermedian este acto desde lo humano y lo científico.

El verdadero marketing social busca un cambio voluntario, tiene por objeto la modificación de opiniones, actitudes o comportamientos, así como la adhesión a una idea por parte de ciertos públicos con el objeto de mejorar la situación de una población o de ciertos grupos de la misma.

Como ya lo he mencionado, es importante tener claro que aun cuando estas disciplinas comparten las mismas bases, hay diferencias significativas, como a continuación se precisan:

	Marketing comercial	**Marketing social**
Producto Promovido	Bien o servicio ofrecido al mercado.	Influir en el comportamiento voluntario de un individuo o grupo de individuos y llevar a un cambio de conducta o de hábito.
Empresas	Pretende un incremento en las ventas y por ende, mayor lucro para la empresa.	Busca generar un bienestar social o favorecer personas. Su fin en las organizaciones es no lucrativo.
Naturaleza del Producto	Tangible	Intangible.
Mensaje	Crea o refuerza una necesidad por un producto o servicio	Concientiza y sensibiliza respecto a una causa.
Trascendencia	El objetivo es inmediatista y busca la compra de lo ofertado.	El objetivo es a largo plazo y busca la generación de cambios para toda la vida.

Por su parte, las similitudes también son evidentes:

- La identificación por parte del público objetivo. Es decir, que reconozcan la marca y que ésta se posicione en la mente y resalte ante los demás productos o servicios de la competencia. Esto es una prioridad para cualquier tipo de marketing.
- A pesar de que es más fácil identificar la competencia en el mercadeo comercial, en el mercadeo social se compite con las conductas predeterminadas, así como los beneficios asociados a la conducta. En la búsqueda de la donación voluntaria de sangre, la competencia no son otros bancos de sangre, sino los mitos, creencias y tabús que giran en torno a la donación.
- La búsqueda de beneficios deben exceder o equivaler a los costos generados.
- La investigación de mercado permite alcanzar los objetivos respectivos pues permite conocer al público objetivo y aquellas tendencias que harán las estrategias más efectivas.
- La segmentación de mercado permite focalizar la población a la que va dirigido el producto, el servicio o el mensaje.
- La retroalimentación es un proceso obligatorio que permite una evaluación de los procesos ejecutados y que recopila la eficiencia de las estrategias implementadas y aplicar procesos de mejora continua.
- La orientación al consumidor o público objetivo seleccionado es el fin último de cualquier tipo de marketing.
- El seguimiento y evaluación permanente a las campañas establecidas permite identificar el presupuesto adecuado para la viabilidad y sostenimiento de las campañas en el mercado objetivo.

Ahora bien, los objetivos del marketing social, dependiendo del tipo de idea o causa social, pueden clasificarse así:

a. Proporcionar información. Hay muchas causas sociales que tienen como objetivo informar o enseñar a la población. Por tanto, se trata de llevar a cabo programas educativos, tales como: campañas de higiene, nutrición, concientización de problemas del medio ambiente, lo irremplazable de la sangre y su exigente proceso de análisis, entre otras.

b. Estimular acciones beneficiosas para la sociedad. Otra clase de causas sociales tratan de inducir al mayor número posible de personas a tomar una acción determinada durante un período de tiempo dado. Por ejemplo, una campaña de vacunación preventiva, apoyo a organizaciones de beneficencia, el apoyo a una jornada específica de donación voluntaria de sangre y campañas similares.
c. Cambiar comportamientos nocivos. Otro tipo de causas sociales tratan de inducir o ayudar a las personas a cambiar algún aspecto de su comportamiento que pueda beneficiarles, como por ejemplo: no consumir sustancias alucinógenas, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, usar el cinturón de seguridad, mejorar los hábitos alimenticios, o estar en condiciones óptimas para poder ser calificado apto como donante de sangre.
d. Cambiar los valores de la sociedad, tratando de modificar las creencias o valores arraigados en la sociedad. Por ejemplo: planificación familiar, eliminación de costumbres ancestrales, incineración de cadáveres, mitos acerca de la donación y otras instaladas desde lo cultural, religioso o sencillamente por tradición oral.

De acuerdo con lo anterior, son varios y diversos los argumentos que desde el marketing social y la comunicación, se pueden dar a conocer en la promoción de la donación voluntaria de sangre. Temas como por ejemplo: beneficios de la donación de sangre, costos de procesamiento, componentes de la sangre, utilización de los componentes, grupos sanguíneos, entre otros, permiten educar a la población.

El éxito de la mercadotecnia social se basa en la investigación o en el análisis situacional, el cual consiste en obtener el mayor número de información del público objetivo al que se quiere impactar. Elementos como conocer la cultura local, el ambiente y las necesidades del mercado objetivo, son fundamentales para la ejecución de las estrategias de planeación y de mercadeo que deseamos implementar. Así mismo nos ayudará a evaluar la situación costo-beneficio con el fin de asumir los recursos de la mejor manera. No podemos dejar de lado que el funcionamiento de los bancos de sangre conlleva unos costos y gastos asociados con su operación.

Asimismo, los equipos de promoción y comunicaciones asumen el reto de relacionarse con grupos poblacionales diversos, bien sea por su edad, creencias religiosas, situación geográfica, entre otros. Lo anterior implica que las campañas deben ser elaboradas buscando ser transversales al gran conglomerado de posibles donantes. Ello acarrea la aplicación de diferentes estrategias y tácticas para captar al mayor número de donantes en una sola oportunidad, impactando en lo posible a la población de bajo riesgo. En este punto, las campañas de comunicación y educación deben incentivar a que la población considerada de alto riesgo, por conductas personales o situación geográfica en la que se encuentren, se autoexcluyan de donar sangre y sean motivadas a llevar un estilo de vida saludable.

También es importante realizar una investigación constante de las actitudes sociales, conductas y creencias que tenga cada grupo generacional del lugar en el que nos encontremos frente al acto de donar sangre. Esto facilitará el diseño de campañas de comunicación y publicidad que se darán a conocer de acuerdo con la estrategia de marketing que deseemos implementar.

Con todos estos conceptos claros, entendiendo que lo que verdaderamente aplica para los procesos de marketing de un banco de sangre es el marketing social, vamos a incorporar un nuevo término: **marketing de causas.** A primera vista podría verse como agua y aceite. Pero este es un concepto que incluso muchas marcas de productos han decidido implementar en este mundo invadido por publicidad, lo único que suman es que además de generar ganancias para la empresa, también lo hacen para la sociedad. Y si esto lo realizan grandes marcas y empresas, cuyo fin es exclusivamente comercial, ¿por qué no hacerlo para una organización que su único propósito es salvar vidas?

El marketing de causas surge en los años ochenta en los Estados Unidos. La primera campaña de este tipo buscaba a través de un ejercicio puramente comercial dejar parte de las ganancias de una compañía a la restauración de la Estatua de la Libertad. Esta campaña tuvo gran éxito y se extendió rápidamente tanto en el mismo país como en el mundo.

Ahora bien, si a una compañía con ánimo de lucro fideliza sus clientes al compartir su lado "*solidario*" adhiriéndose a una causa ajena, pero que toca sentimientos en este caso patrióticos y cumple sus objetivos, ¿qué tal si la compañía es ciento por ciento sin ánimo de lucro, es totalmente solidaria, tiene una causa propia, y esta causa está íntimamente relacionada con cualquier ser humano porque se trata de la vida misma? ¿Qué sucedería si todo este ejercicio de marketing de una causa naciera en lo más profundo de la fragilidad humana y lo abanderara un banco de sangre?

En un mundo donde del marketing tradicional ha saturado los medios de mensajes netamente comerciales, el marketing social de una causa puede llegar a ser un oasis que desarrolle acciones de sensibilización en las personas. Con esta herramienta, las organizaciones religiosas pueden aumentar sus congregaciones y sus donativos, museos de arte conseguir más visitantes,

instituciones de regulación del tráfico disminuir el número de accidentes, o bancos de sangre salvar más vidas incrementando sus donantes.

Sin embargo, este marketing no supone el simple traslado de los conceptos y métodos del marketing empresarial, sino que además implica un análisis de las actividades desarrolladas por la organización, su mejoramiento continuo, con el fin de obtener un beneficio para las partes que intervienen en este intercambio (promotor, donante, banco y receptor). Por ello resulta relevante que las partes que intervienen, conozcan los principios que guían el marketing estratégico y operativo tradicional, y sean complementados con una serie de competencias blandas o trasversales que deben llegar no al cerebro lógico sino al cerebro emocional del donante. Esto es a través del corazón, y la mejor vía para hacerlo es mediante historias muy bien contadas.

Somos seres un tanto más emocionales que racionales. Nuestro cerebro emocional, determina en gran parte la manera en cómo interpretamos la realidad, nuestros sentimientos, estados de ánimo, etc. Y todo ello de manera automática e inconsciente. La razón, que es la parte evolutiva más reciente del cerebro, nos permite tomar conciencia de nuestros sentimientos, de las reacciones emocionales, para analizarlas y tomar decisiones, calculando los pros y los contras. Es por esto que si un mensaje es capaz de conectar con el cerebro emocional de su audiencia, dejará una huella más duradera, incluso imborrable, que si sólo conecta con su cerebro racional. La gente no recuerda lo que dijiste, solo cómo la hiciste sentir.

De lo que se trata es de presentar aquello que se quiere decir de tal manera que consigamos emocionar a aquellos que escuchan. Ese es el objetivo principal.

Entonces todos los mensajes deben tener en cuenta esta condición: la existencia de la necesidad, que puede ser muy alta y a menudo insatisfecha, de la obtención de sangre, y en que existen públicos que generalmente tienen posibilidades de donar pero que no poseen la información suficiente para hacerlo, o por el contrario la información que poseen es equivocada. Todo esto sumado a que en el caso de los bancos de sangre, las deficiencias no se pueden remplazar con dinero sino únicamente con buenos corazones sensibilizados por una causa: ***dar vida para que otro ser viva***.

Todo lo anterior es el objetivo del marketing social de una causa, que es la transcendencia social y pública que en este caso es salvar vidas a través de la donación voluntaria de sangre y todos los avances involucrados en su captación. Esto sin duda tiene muchas más fuertes repercusiones en la sociedad, si lo comparamos con la presentación de una nueva bebida gaseosa o un perfume en el ámbito del marketing tradicional.

Otra asociación mental que se hace y con justa razón es que el marketing tradicional está ligado a un proceso de comunicación llevados a cabo emitiendo un mensaje llamativo y de características mediáticas que busca una acción en un receptor, que es la compra de un producto o servicio. Pero cuando hablamos de marketing social de una causa se vuelve muy útil y necesario implementar el término educación en el mensaje. Sumando los dos términos hablamos de **edu-comunicación**. La cual no es otra cosa sino hacer que la comunicación haga una revisión de sus contenidos para darles un componente educativo, haciendo que el mensaje sea más contundente, transformador y perdure en las mentes y sobre todo en los corazones de los receptores.

Y aunque el término nace en el mejoramiento de los ámbitos educativos y pensando en los avances de las comunicación, la edu-comunicación solamente puede entenderse en un contexto de cambio cultural, revolucionario, interactivo, que adquiere su pleno sentido en la educación masiva, en la que comunicadores/educadores/emisores y receptores/alumnos/público objetivo, enseñan y aprenden al mismo tiempo, pues son alternativamente emisores y receptores. La relación se convierte en una situación de aprendizaje compartido entre los que se comunican entre sí y que, al hacerlo, construyen el hecho educativo y comunicativo, cuyo principal objetivo es desarrollar un pensamiento crítico y generador de consciencia ante una situación real.

Y aunque quizás lleve muchos años utilizándose en el ámbito de la promoción de la donación voluntaria de sangre, se empieza a ver de manera formal en el documento "*Hagamos la Diferencia*" de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Donde en el capítulo 2 titulado "*Difundamos el Mensaje*" dice: *"La mercadotecnia social implica mucho más que sólo "vender". Es necesario un proceso de información, educación y motivación para cambiar la conducta y las actitudes. En el contexto de la donación voluntaria y no remunerada, la educación y el reclutamiento se encuentran totalmente interrelacionados."*

Adicionalmente el mismo documento dice: "*La buena mercadotecnia social se basa en la investigación. Debe ser planeada correctamente y tener objetivos claros y mensurables. Se realiza de tal forma que sus resultados e impacto puedan ser evaluados."*

Estos procesos de investigación pueden llevar a identificar todos aquellos mitos y creencias que se encuentran inmersos en una población y que tienen que ver con tabús, prácticas religiosas, culturales y costumbristas que van variando según cada país. De

cualquier forma el banco de sangre necesita saber si estos tendrán un efecto en su campaña de llamamiento de donantes. Entonces se hace indispensable que a través de la investigación de mercados, encontremos la respuesta sobre lo que motiva a las personas a donar sangre, qué les impide donar, y a qué factor está ligado este comportamiento, si es miedo, ignorancia, tradición o simplemente, que nunca se les ha solicitado.

A partir de la información recopilada se puede comenzar a pensar en las necesidades de educación de los diferentes grupos que constituyen el mercado objetivo y así desarrollar una campaña que satisfaga tanto las necesidades de dicho mercado como la necesidad de utilizar los recursos de manera eficaz.

La edu-comunicación debe ser clara, directa, precisa y respetuosa, para lograr el objetivo de revertir una creencia negativa o un mito que esté en contra de los beneficios de la donación voluntaria de sangre. Seguramente una campaña no será suficiente y siempre hay que estar atentos, escuchar a las personas y estar descubriendo todo lo que se opone o dificulta la existencia de más donantes.

Una buena campaña de marketing social de una causa, desarrollada a partir de edu-comunicación, debe estar dirigida al cerebro emocional y no al lógico. Para que eso se manifieste, el mensaje debe tener las siguientes características:

1. Debe ser sencillo: a pesar de que detrás del tema de la donación voluntaria de sangre hay un argumento eminentemente científico, las audiencias o públicos objetivos no deben sentirse en la necesidad de interpretar mensajes con lenguajes técnicos o científicos. Además este tipo de mensajes no movilizaría al público hacia el objetivo final.
2. Háblele al corazón: como ya se mencionó, el mensaje debe estar dirigido al cerebro emocional, o lo que nosotros llamamos el corazón. Buscando sentimientos, sin caer en amarillismo o cursilería, sino aflorando sentimientos de solidaridad que lleven a la acción.
3. Refuerce los sentimientos existentes: háblele de la fragilidad de la vida de los niños a un padre que entiende perfectamente ese sentimiento. Es decir, en la investigación se debe tener claro qué sentimientos afloran en mi público objetivo, para elaborar mensajes que los toquen y generen identificación.
4. Sea amistoso y cálido: el uso adecuado de las palabras y el tono de voz del mensaje debe generar confianza, tranquilidad y ser una voz de llamado para el que lo ve y lo escucha.
5. Haga que el mensaje sea compatible con el medio: aprovechar los recursos que ofrece cada medio y difundirlo en los términos específicos de cada uno de ellos, por ejemplo: rostros tiernos para los mensajes visuales y voces apropiadas para los mensajes audibles. También es útil buscar el apoyo de personajes ampliamente aceptados por la comunidad.
6. Utilice lemas, repeticiones y música: muy de la mano con el ítem anterior acá se trata de ser lo más kinestésico posible, es decir, llegar al cerebro emocional por la mayor cantidad de vías: por ejemplo, la música cumple un papel importante.
7. Cuente historias en cada mensaje: esto sensibiliza, permitiendo a los oyentes o lectores apropiarse de los contenidos.
8. Utilice testimonios de personas que han donado sangre, como de personas que han sido receptores de sangre y/o componentes sanguíneos. Imágenes que proyecten vida, mensajes que impacten y lleguen al corazón.

Canales de comunicación utilizados en las estrategias de marketing social con el donante de sangre:

1. Canal directo. Es aquel en donde el producto llega directamente del productor o fabricante al consumidor final. Aplica para la divulgación del mensaje realizado a través de los medios masivos de comunicación.
2. Canal mayorista. En este caso el producto llega al consumidor luego de haber cumplido un proceso que naturalmente inicia en el productor, continúa con el mayorista, luego pasa al detallista y finalmente, al consumidor. Este canal podría compararse con las diferentes campañas extramurales realizadas a través de empresas, universidades, y centros comerciales, en las que sus directivos se involucran invitando a sus empleados estudiantes o visitantes a ser donantes.
3. Canal/agente intermediario. A través de este canal, el producto es entregado del productor a los agentes intermediarios como las agencias de publicidad, luego a los medios de comunicación, y de allí, a un público seleccionado (*target group*). Esto básicamente, se traduce en una campaña de publicidad con análisis y estudio de medios, horarios y dirigida a un público objetivo en particular.
4. Canal voz a voz: aunque este medio no es muy reconocido dentro de los esquemas tradicionales de distribución, en la promoción de la donación de sangre podría llegar a ser uno de los canales más poderosos por estar fundamentados en el contacto personal de alguien que vivió una experiencia exitosa y está en disposición de contársela a su círculo natural o está dispuesto a postearlo en sus redes sociales convirtiéndose de esta manera en publicidad ambulante.

Campaña de Donación de Sangre de la Cruz Roja Colombiana y la Marca Colombia, en el marco del Día de la Raza en el mes de octubre de 2016. Campaña promovida en los principales medios digitales del país.

Invitación a Donar Sangre de la Universidad ICESI, Colombia. Octubre de 2014

Una vez el marketing tradicional, en asocio con el marketing de una causa y una excelente estrategia de edu-comunicación logren su cometido y logren que una persona de forma voluntaria se acerque al banco de sangre, viene el punto final, el broche de oro. Lo que finalmente va a hacer que esta persona vuelva y se convierta en donante frecuente y que le cuente a otros para generar un voz a voz positivo y poderoso, está relacionado con el hecho de con qué y con quién se encuentra este donante durante su proceso de donación de sangre.

Nos referimos indudablemente al ambiente, al espacio físico y a las actitudes humanas.

En un proceso tan lleno de ciencia y tecnología, por supuesto indispensables y vitales para el ejercicio de la donación de sangre, fácilmente se puede caer en la concentración del tecnicismo y olvidar que se requiere una alta dosis de humanidad, don de gente, servicio genuino, amor y mística para poder trabajar con éxito en un proceso donde se debe despertar conciencia y solidaridad. Cuando se logre, debe generar una transformación hacia un compromiso que va más allá del mismo banco de sangre, o del acto mismo de la donación, y se debe entender como un deber para con la humanidad.

Por ello el personal del banco de sangre debe ser un agente de cambio, un mensajero de vida que se mueve en dos escenarios generales: un escenario extramural donde su trabajo es llevar un mensaje de corazón que haga que cualquier ser humano, después de escucharlo, transforme su pensamiento habiendo recibido suficientes razones para convertirse en un servidor real. El otro escenario es el intramural, en donde suceden dos situaciones: en una llegan todos esos seres humanos que no fueron abordados en el primer escenario pues llegan por cuenta propia, servidores puros, y también llegan todos los que enamorados del servicio se vuelven repetitivos en el acto de donar y hoy lo han transformado en un noble estilo de vida.

La primera situación requiere ser atendida por líderes, que al igual que los del primer escenario, fortalezcan o creen ese espíritu. La segunda situación es la operativa, donde entran en escena los profesionales de la salud que se encargan de los procedimientos técnicos, que aunque tengan o no contacto con el donante, ellos no deben estar al margen de la situación; al tener contacto con el donante, deben ser coherentes con lo que ha venido sucediendo hasta el momento en cuanto a trato y actitud, ellos son la continuidad del mensaje inicial.

Por otro lado, si el profesional de salud no tuvo contacto total con el donante de sangre, sí lo tiene en el proceso mismo de la donación, con la sangre o cualquiera de sus componentes, el cual debe seguir siendo tratado con respeto haciendo evidente el sentimiento de satisfacción al haber dejado su huella en la misión: salvar vidas. Misión que quedó en manos de profesionales que harán todo lo que está a su alcance para que llegue con éxito a otro ser humano anónimo que vivirá o mejorará su calidad de vida a través de este acto.

En todos estos aspectos se utilizan una serie de competencias blandas o transversales, que aunque no forman parte de la esencia de este capítulo, son importantes de considerar en el cierre del proceso de marketing social. Hablamos de la calidad y calidez del servicio y atención. Esto corresponde a una buena actitud, compromiso real con la misión, comunicación asertiva, habilidades de trabajo en equipo y sentido de propósito, entre otros.

Si todo esto falla, o si alguno de estos aspectos es débil, no habrá campaña de marketing, estrategia de

Campaña de donación de sangre "Be the one donor" promovida por Abbott Laboratories en el año 2016

promoción, o agencia especializada que valga o que sea capaz de superar una mala experiencia de un donante, y el banco de sangre se la pasará día tras día buscando, remplazando donantes y muy difícilmente se llegará a la habitualidad y fidelización. Este podría ser el talón de Aquiles del marketing de la donación voluntaria de sangre y en el que todas las organizaciones dedicadas a esta causa deben dedicar esfuerzos importantes, de tal manera que generen coherencia entre el mensaje de marketing y la experiencia real del donante.

Donante del Banco de Sangre Garraham – Campaña Más Sangre Más Vida. Tomado de la página en Facebook del Banco de Sangre Garraham 12 de enero de 2017

"Una marca que llega a tu mente consigue un comportamiento, una marca que llega a tu corazón consigue un compromiso". Scott Talgo

Referencias

1. Pérez LA. Marketing social teoría y práctica. Editorial Pearson Prentice Hall; 2004 páginas .
2. Kotler P., Roberto E... Marketing social: estrategias para cambiar la conducta pública. Ediciones Díaz de Santos; 1992.
3. Leal A. Gestión del marketing social. 3ra Edición. Editorial McGraw-Hill; 2000.

Lecturas Recomendadas

- Biglione A, Woods M, Guia prático de marketing de relacionado a causas: diretrizes e casos. Instituto para o Desenvolvimento do Investimento Social (IDIS). São Paulo, 2007. Disponible en: http://assets.wwf.org.br/downloads/guia_mrc_idis.pdf. Consultado: el 10/02/2012.
- Federación Internacional de la Cruz Roja y La Media Luna Roja, Organización Mundial de la Salud OMS. Organización Panamericana de la Salud OPS. Manual Hagamos la Diferencia; 2005.
- Molinar MA. Marketing de las causas sociales. Editorial ESIC; 1998.
- Moliner Tena MA. Marketing social: la gestión de las causas sociales. ESIC, España; 1998.

Capítulo 25

Promoción Integral Sostenible (PINSO)

SABIN URCELAY URANGA. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de la unidad de promoción y extracción del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Gipuzkoa. España. Email sabin.urcelay@gmail.com

Cuando nos planteemos elaborar una estrategia para lograr cubrir nuestras necesidades hemoterápicas mediante donantes voluntarios responsables y altruistas, tendremos que optar por utilizar la técnica de nuestro antecesor "el recolector nómada" que salía cada día de la cueva para ver qué podía encontrar a fin de alimentar a los miembros de su tribu aun a sabiendas que una vez agotadas las existencias de su entorno tendrían que desplazarse a otro lugar donde poder seguir recolectando, o utilizar la técnica del "cultivador" que fue capaz de encontrar un terreno fértil donde sembrar las semillas que asegurarían el sustento de su tribu. Aun siendo conscientes que la técnica del "cultivador" sería la mejor opción, las necesidades diarias no siempre nos permiten ver cuál es el momento idóneo para cambiar de técnica.

Hay muchos libros y documentos que nos ofrecen ideas, mecanismos y estrategias para lograr obtener una base de donantes que nos permitan cubrir nuestras necesidades pero las realidades de cada centro de transfusión o banco de sangre son muy variadas y estas diferencias no siempre permiten que utilicemos técnicas y acciones que en otros entornos obtienen resultados positivos. Tal vez nos sería de ayuda reflexionar sobre la frase que Quino ponía en boca de su personaje Felipe: *¿Y si antes de empezar a hacer lo que tenemos que hacer, empezamos por hacer lo que tendríamos que haber hecho?* Dicho de otra manera antes de comenzar a sembrar nuestras mejores semillas deberíamos estudiar y trabajar el terreno donde queremos realizar nuestro cultivo.

En nuestro entorno, sea cual sea, la población entre 18 y 65 años puede ser segmentada respecto a su posición ante la donación de sangre en:

1. Personas que por razones personales piensan que no van a donar nunca. Las razones pueden ser religiosas, de salud, de aprensión…
2. Personas que fueron donantes pero una mala experiencia les hizo decidir no donar nunca más. Las razones pueden deberse a alguna reacción adversa a la donación o a la decepción por el trato recibido desde algún estamento del centro de transfusión en su última donación.
3. Personas escépticas que no creen en la necesidad de que haya donantes de sangre
4. Personas que no tienen un motivo concreto pero piensan que no van a ser donantes.
5. Personas que no se han planteado nunca la posibilidad de hacerse donantes.
6. Personas que han donado alguna vez, pero lo hicieron por un motivo o necesidad concreta: un llamamiento de emergencia, un accidente, la necesidad puntual de un conocido o familiar. Ellas sienten que ya fueron donantes, que ya "cumplieron" aunque últimamente no donen.
7. Personas que están a favor de la donación de sangre pero no se atreven a hacerse donantes. Tienen miedo a las reacciones adversas, a quedar débiles o que las donaciones les pueda perjudicar de alguna manera.
8. Personas que están a favor de la donación pero no "encuentran el momento" de dar ese primer paso.
9. Personas que están a favor de la donación de sangre pero que de manera provisional tienen un motivo que no les permite donar sangre. Entre estas razones estarían la edad, el peso, alguna medicación, alguna cuarentena….

Estos 9 grupos, a su vez, se pueden clasificar en otras tres categorías

a. Serían los tres primeros, y son personas que en ocasiones pueden intentar desanimar a otras que piensen ser donantes de sangre, ya que deben defender su postura contraria hacia la donación y formarían parte lo que luego definiremos como competidores
b. Estaría formado por los grupos 4, 5 y 6 que no donan pero tampoco tienen una actitud negativa hacia la donación, su postura sería neutra.
c. Comprendería a los tres últimos grupos y estos a pesar de poder exponer las causas por las que no donan, lo harían de manera que su discurso favorecería a que el resto de la población se fuera posicionando de una manera positiva hacia la donación de sangre por lo que formarán parte de lo que llamaremos *Colaboradores*

Dependiendo de la distribución de la población en estas categorías, obtendremos la Impresión Dominante (ID) de nuestra zona de influencia y la podríamos representar con 9 círculos concéntricos, siendo el más externo tangente a lo que denominaríamos Punto Crítico de Donación que determina el momento que una persona decide donar sangre por primera vez

Esta ID es la que marcará el grado de dificultad que tendremos a la hora de captar donantes y también es la causa de que las mismas acciones tengan un resultado diferente de un Centro de Transfusión a otro.

Cuando una persona acude a donar entra en contacto con el AMBIENTE DOMINANTE (AD) en nuestro centro de transfusión, que no es otra cosa que la sensación que transmitimos desde nuestra institución.

Una vez que llevamos un tiempo captando donantes nos empezamos a dar cuenta que parte de los donantes captados no vuelven a realizar nuevas donaciones y empezamos a preocuparnos por la necesidad de fidelizar a estos donantes.

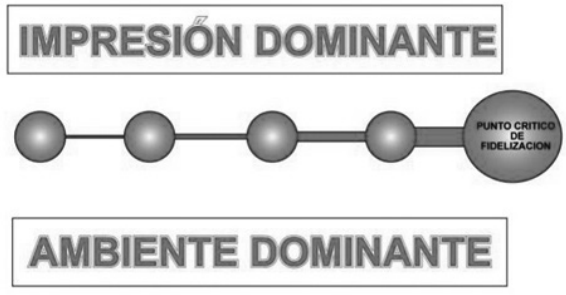
La mayoría de los autores defienden que una persona que alcanza su 4ª o 5ª donación se puede considerar que está fidelizada por haber alcanzado el punto crítico de Fidelización, o lo que es lo mismo las motivaciones que le hacen donar a esa persona han pasado de ser externas o generadas por el entorno a internas o generadas por convicciones internas. El recorrido de estas primeras 4 o 5 donaciones es especialmente frágil y transcurrirá bajo la influencia de la ID del AD.

De una manera muy simple diríamos que un plan de promoción de la donación de sangre debe:

- Generar una ID favorable hacia la donación de sangre junto.
- Lograr el AD adecuado que colabore con la fidelización del donante.
- Evaluar la evolución de ambos y la eficacia de las acciones que realizamos.

En el año 2004 el Ministerio de Sanidad Español publicó un documento con el nombre de Promoción Integral Sostenible (PINSO) en el que se plasmaba la relación de acciones que se deberían abordar para intentar cubrir todos los aspectos que podrían influir en el éxito de un programa de **promoción** de la donación de sangre, por eso se le acompaña del concepto de **integral** y como hemos dicho: la finalidad de un programa de promoción es lograr donantes que se fidelicen para que en último término sea **sostenible** . En este documento se especificaban 6 acciones primarias o procesos que a su vez se subdividían en otras secundarias o subprocesos hasta alcanzar los 25 que se consideraban críticos. Desde entonces se han publicado otros documentos más exhaustivos y rigurosos, pero la ventaja de este es que aborda de una manera sencilla e intuitiva todos los aspectos que deberíamos desarrollar en un plan de promoción de la donación de sangre, independientemente de cuáles sean la ID y el AD de las que partimos en nuestro entorno.

La representación de estos procesos sería similar a una pulsera formada por 6 eslabones siendo necesario



cada uno de ellos para asegurar la integridad de la misma.

El orden de los eslabones al igual que los de una cadena, no está definido, así que podríamos empezar su enumeración por cualquiera de ellos. En esta ocasión el orden elegido es el siguiente:

1. Formar-informar:

Acción destinada a crear en la población general una impresión dominante favorable hacia la donación de sangre e ir acercando el posicionamiento de los miembros de la sociedad hacia el punto crítico de la donación. Esta acción deberá dirigirse a diferentes segmentos de la sociedad y dependiendo del segmento sobre el que se quiere actuar la subdividiremos en:

- A los voluntarios que colaboran con el centro de transfusión y van a servir de enlace con gran parte de la población.
- A la población estudiantil: por debajo de los 18 años.
- A los propios donantes.
- A colectivos profesionales específicos que tienen una gran capacidad de transmitir e imbuir creencias y sentimientos sobre "valores saludables".
  - Pedagogos.
  - Sanitarios.
  - Medios de comunicación.
- A la Población General a fin de que se vayan aproximando al PCD.
- A las instituciones: políticas, financieras, empresariales para que en la medida de sus posibilidades colaboren de manera activa proporcionando:
  - Recursos
    Humanos.
    Materiales.
    Económicos.
  - Apoyo mediático.

Cuando hablamos de formar-informar debemos pensar que es una moneda de dos caras:

- Por un lado debemos decidir qué queremos informar y sobre qué queremos formar. Parte de esta información tendrá una utilización posterior por otras personas que serán las que la transmitan en el futuro. Deberemos dar información y formación de manera que sea sencilla de utilizar y actualizar.
- Por otro lado deberemos ofrecer la formación-información que desea la sociedad. Aunque en muchos casos huyamos de hablar de mareos y efectos adversos de la donación porque nos parece que puede ser desmotivador, hay autores que muestran resultados positivos tras informar de los posibles efectos adversos si lo acompañamos de las medidas que se toman para evitarlas.
- Pero tras 12 años desde su publicación y con los nuevos conocimientos en Neuromarketing que nos demuestran que la mayoría de las decisiones las tomamos de una manera subconsciente, deberíamos añadir la idea *"emocionar"* a este apartado. Si solo hacemos informar-formar tardaremos más para que la población general se acerque a su PCD. Si logramos "emocionar" será más fácil tanto la captación como que la información-formación se interiorice y colabore en generar esa motivación interna que posibilita la fidelización del donante. En nuestras campañas de promoción, a diferencia de las de otros tipos de donación, tal vez damos mucha información sobre los requisitos previos, modalidades de donación, duración de los procesos, hemoderivados que se obtienen… y pasamos de puntillas sobre el "milagro que supone una transfusión". Todos conocemos testimonios de receptores de órganos o médula, muchos de ellos famosos, que no pierden oportunidad para agradecer a las personas que con la donación de un órgano o de parte de su médula lograron salvarle la vida, pero se olvidan de los donantes de sangre que hicieron posible que esos trasplantes se realizaran y además, en muchas ocasiones, permitieron que esa persona pudiera vivir hasta lograr el trasplante. ¿Por qué la transfusión no tiene la misma categoría de "regalo" que un trasplante?

2. Captar donantes: a pesar de que en un principio pareciera que éste debería ser el eslabón más importante y en el que más recursos invertimos, debemos decir que si trabajamos el resto de los eslabones, la captación de los donantes será una consecuencia y en muchas ocasiones a pesar de que pensamos que solo estamos "captando donantes", en realidad estamos desarrollando acciones englobadas en los otros 5 eslabones.

   La PINSO se puede desarrollar en diferentes tamaños de población, desde un país hasta un pequeño municipio o colectividad. Dependiendo del ámbito donde se encuentra el colectivo que se intenta captar se pueden distinguir:

   - Universidad.
   - Centros docentes de menor grado.
   - Empresas e instituciones (en horario de trabajo remunerado).
   - Tiempo libre: serían acciones encaminadas a la captación de donantes en sus horas de ocio: colectas externas periódicas, colectas en eventos especiales.

En este apartado debemos volver a recordar la diferencia que existe entre lograr donaciones y captar donantes. Aunque nuestra situación actual solo nos permita, o parezca que sólo nos permita optar por lograr

donaciones, deberemos intentar que nuestras acciones colaboren en la fidelización de las personas que realizan esas donaciones.

3. Fidelizar donantes: la sostenibilidad del sistema debe ser el objetivo primordial de nuestro programa y por eso nuestras acciones deberían estar dirigidas a :
   - " Blindar" a los donantes en sus primeras (4-5) donaciones.
   - Transmitir la disponibilidad de recursos para atender cualquier efecto adverso que se pueda generar con la donación.
   - Medir su grado de satisfacción.
   - Asegurar la calidad del servicio que les prestamos a los donantes: antes, durante y después de la donación. Además de realizar todas las técnicas con la calidad que se establezcan en los procedimientos, deberemos investigar de manera activa cuáles son los puntos que los donantes valoran como críticos para decidir que nuestra actuación en lo referente a su donación ha resultado satisfactoria
   - Transmitir el sentido de responsabilidad al donante, insistiendo en la importancia de ser donante y las repercusiones de su donación. Debemos ser capaces de que la persona que realice una donación sea consciente del "milagro de la transfusión". Debería conocer cuál es la previsión para la semana siguiente de intervenciones quirúrgicas, transfusiones extremas en los servicios de urgencias, partos con necesidades vitales de transfusión o un resumen de las transfusiones del último mes.
4. Motivar al personal en contacto con el donante: es fundamental que todo el personal del centro de transfusión que se vaya a relacionar con los donantes tanto de manera directa como indirecta (en el momento de la donación, emitiendo informes, realizando citaciones telefónicas…) esté motivado y sea consciente de que su forma de actuar va a incidir en el grado de fidelización del donante. Esta motivación deberá realizarse mediante:
   - Formación: todo el personal deberá estar formado para su actividad específica y para su relación con el donante ya sea directa o indirecta. Debe saber su cuota de responsabilidad sobre la fidelización de los donantes.
   - Prestigio: todo el personal deberá ser consciente de la importancia de sus acciones y que el logro de los objetivos será labor y mérito de todos. Los agradecimientos por los logros obtenidos han de ser repartidos y repetidos entre todo el personal del centro. Además todo el centro de transfusión debería entender y transmitir que el equipo de extracciones y la atención al donante es el "cuerpo élite" que nos permitirá ganar la batalla y lograr que nuestro centro de transfusión o banco de sangre tenga la capacidad de desarrollar otras facetas que por muy novedosas y futuristas que nos parezcan, deberán estar sustentadas en una base de donantes voluntarios, habituales, altruistas y responsables.
   - Recursos: el reparto de recursos deberá ser lo más ecuánime posible entre todos los departamentos de los centros de transfusión incluido el área de promoción-extracción. A pesar de que el área de extracción y las unidades móviles son la cara visible de los centros de trasfusión y son la imagen que transmitimos al donante, por desgracia no es difícil encontrar folletos de información que han sido fotocopiados innumerables veces, esfingomanómetros que parecen tener vida propia, camillas que hacen gala de su antigüedad…
5. Control de los datos demográficos: deberemos conocer cuáles son los datos demográficos en los que nos movemos. Hemos dicho que la PINSO se puede desarrollar en diferentes tamaños de población, desde un país hasta un pequeño municipio o colectividad.
   En cada campaña deberíamos conocer la población real sobre la que vamos a actuar, deberemos conocer la distribución de edades y sexo:
   - De la población total.
   - De los donantes que existen en ese territorio.
   - De los donantes fidelizados y activos (con más de 4-5 donaciones y al menos una de ellas en el último año).
   - De nuestro objetivo ideal: deberíamos establecer cuál es el número de donantes deseados para ese "territorio" segmentándolo por edad y sexo.
6. Control del sistema: cuando realizamos acciones de promoción hay una tendencia a escudarnos en una hipótesis que generalmente nos puede servir de coartada: "Las acciones de promoción van dejando huella y al final se verá el resultado", pero la realidad es que debemos ser exhaustivos a la hora de controlar nuestros recursos y acciones estableciendo de la manera más concreta posible: dónde estamos, a dónde queremos llegar, qué vamos a hacer para lograrlo y qué vamos a necesitar para lograrlo. Para ello debemos evaluar:
   - Los recursos humanos necesarios y los que consumimos.
   - Los recursos materiales necesarios y los que consumimos.
   - La eficacia de las acciones: la realidad es que disponemos de unos recursos limitados, por lo que cuando planifiquemos una acción debemos asociarle un objetivo cuantificable que habremos

de evaluar en el tiempo que hayamos establecido como límite para la consecución del mismo. Si la duración de la acción es demasiado prolongada podríamos establecer y evaluar objetivos y resultados intermedios que nos ayuden a esperar el resultado final corrigiendo posibles desviaciones.

- Conocer cuál es la impresión dominante de nuestra zona de influencia. Tenemos que saber el posicionamiento de los habitantes de nuestra zona de influencia respecto a la donación de sangre para poder organizar un discurso y ejecutar todas aquellas acciones precisas para lograr la captación y fidelización de donantes voluntarios, altruistas y responsables suficientes a fin de asegurar las donaciones que nos permitan alcanzar la cobertura total de las necesidades hemoterápicas de la sociedad de nuestro ámbito de influencia.

La PINSO se puede representar en una página que podemos tener siempre a la vista y nos puede servir para ir planificando nuestras acciones a la vez que nos ayudará a "archivar" en el lugar adecuado aquellas acciones o ideas externas que algún día nos gustaría poner en práctica.

Por otra parte, mediante un gráfico "radial" también nos permite evaluar de una manera muy sencilla cuál es nuestra situación actual y ayudarnos a decidir qué punto de la PINSO podríamos intentar desarrollar o mejorar.

Para crear el gráfico evaluaremos de una manera totalmente subjetiva, puntuaremos cada proceso secundario según nuestro criterio. cada banco de sangre o centro de transfusión tendrá el suyo que le servirá para hacer una "fotografía" de su situación en "ese momento" y que si se compara con la gráfica de otros años le dará una representación de su evolución en cada uno de los puntos.

El sistema de puntuación sería muy sencillo y habría que elegir entre -2, 0, 1, 2 y 3 según el siguiente criterio:

-2: NO se intenta desarrollar este punto.

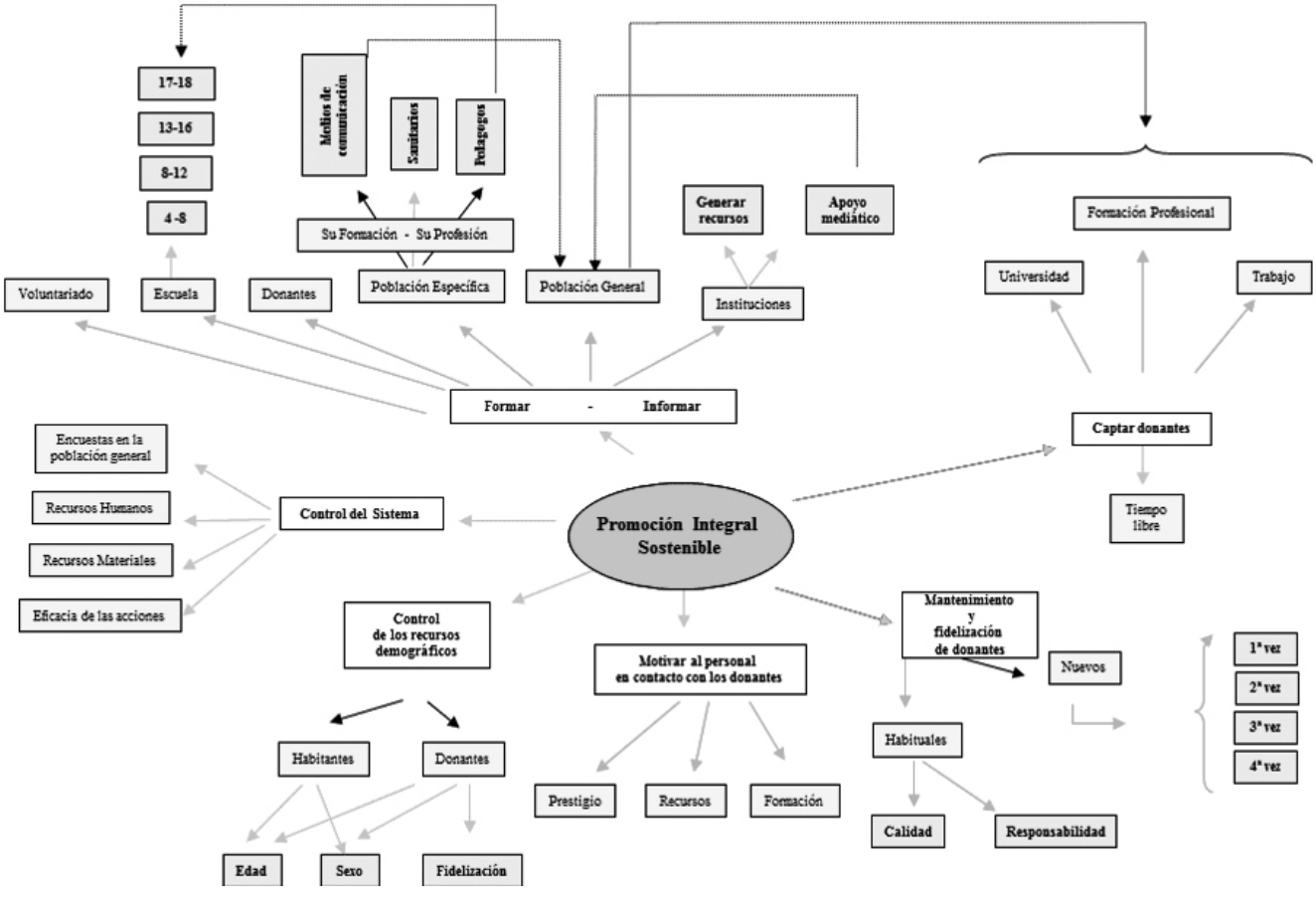
0: Se realiza algún intento pero sin continuidad.

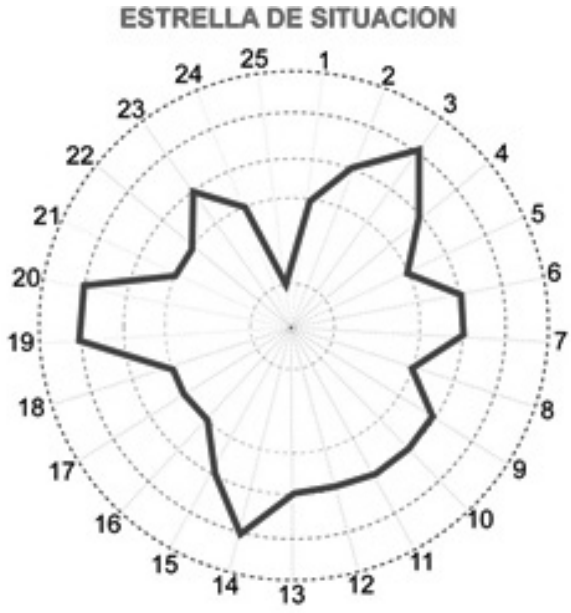
1: Se está intentando alcanzar el objetivo pero somos conscientes de que se debe mejorar mucho.

2: Se está satisfecho con el nivel alcanzado, aunque sigue siendo mejorable.

3: Se ha llegado al máximo nivel deseado.

Al final obtendremos un gráfico que al igual que la representación de la PINSO ocupará una página y podríamos llamar *estrella de situación*:





Es de suponer que nunca llegaremos al 3 y que la mayoría estarán por debajo del 2.

A pesar de que la puntuación siempre será subjetiva, para eliminar en lo posible la arbitrariedad en la valoración, debemos definir cuál sería el grado de cobertura necesario para puntuar con un 2. Veamos algunos ejemplos de criterios que tenemos en la actualidad en nuestro centro de transfusión para alcanzar una puntuación de 2:

Subproceso 1. *Formar-informar en la escuela*: podemos puntuar con un 2 cuando logremos impartir nuestro taller sobre donación de sangre para estudiantes de 11-12 años en el 80% de las escuelas de nuestra provincia.

Subproceso 12. *Captación en las empresas*: podremos puntuar con un 2 cuando tengamos un censo de todas las empresas con más de 300 trabajadores por turno, dispongamos de un dosier para presentar la donación en la empresa, material de información/formación para el equipo sanitario o de recursos humanos, haber realizado un contacto con el 80% de las empresas posibles y haber establecido un programa de colectas en el 50% de las empresas contactadas.

Subproceso 16. *Atención de calidad a los donantes*: podremos puntuar con un dos cuando se realice una encuesta anual al 30% de los donantes sobre los 10 puntos que ellos consideran más importantes para realizar una donación satisfactoria y la media de cada uno de los 10 items supere la media de 4,2 sobre un máximo de 5.

Subproceso 25. *Encuestas en la población general*: puntuaremos con un 2 cuando realicemos una encuesta representativa cada 5 años.

Hay que decir que el criterio de puntuación es variable, al ser subjetiva podemos ir modificando los requisitos: así, en el ejemplo que hemos descrito para el *Subproceso 1* también podríamos haber establecido que los criterios para obtener un 2 fuera: cuando logremos impartir nuestro taller sobre donación de sangre para estudiantes de 11-12 años en el 80% de las escuelas en el 20% de los municipios de nuestra provincia. Sería una manera más adecuada de marcarnos objetivos alcanzables, seguramente cuando los logremos, subiremos nuestro nivel de exigencia porque el objetivo no es otro que ver nuestra situación actual en cada punto e intentar mejorarla.

Lecturas recomendadas

- Gerencia y Dirección de Servicios de Sangre y Unidades de Medicina Transfusional. Cortés A , Roig R, del Pozo AE. GCIAMT 2015.
- Guía metodológica para investigación de aspectos socio-culturales relacionados con donación voluntaria de sangre Washington, D.C: OPS, 2005 http://bit.ly/2qnMewK
- Lefrère JJ, Danic B. Blood donation on posters: a worldwide rewiew. Transfusion June 2012 52: e1-e14.
- Manual Domaine. Como se decía al comienzo de este artículo, desde 2004 se han publicado diversos documentos entre los que podríamos destacar el manual DOMAINE en el que se recopila el intercambio de información sobre los procedimientos para captar y mantener donantes de sangre llevados a cabo en 50 Centros de Transfusión de 34 países http://bit.ly/2qWIn61
- Monge S. http://www.neuromarca.com
- Promoción Integral Sostenible. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Centro de publicaciones. Madrid 2004 http://bit.ly/1nttUG9
- Ringwald J, Zimmermann R, Eckstein R. Key to Open the Donor for Blood Donors to Return. Transfusion Medicine Reviews, año? 24, (4) (October), 201: 295-304.

Sección IV
Promoción

Capítulo 26

Apertura y fidelización de colectas

Sabin Urcelay Uranga. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de la unidad de promoción y extracción del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Gipuzkoa. España. Email sabin.urcelay@gmail.com

Para empezar diremos que nuestro objetivo es planificar la organización de colectas. Veamos exactamente qué queremos decir con estas palabras, según su definición en el Diccionario :

1. Planificación: Plan general, metódicamente organizado y frecuentemente de gran amplitud, para obtener un objetivo determinado.
   a. Plan: Modelo sistemático de una actuación pública o privada que se elabora anticipadamente para dirigirla y encauzarla.
   b. Objetivo: Establecer o reformar algo para lograr un fin, coordinando las personas y los medios adecuados.
2. Organización: Acción y efecto de organizar u organizarse.
   a. Organizar: Establecer o reformar algo para lograr un fin, coordinando las personas y los medios adecuados.
3. Colectas: Recaudación de donativos voluntarios.

Con estas definiciones podríamos redefinir nuestro objetivo:

Construir anticipadamente un modelo sistemático de actuación, para que mediante la recaudación de donativos voluntarios, podamos lograr un fin, coordinando las personas y los medios adecuados.

Una vez redefinido el título sólo nos queda despejar la única incógnita de esta ecuación, debemos especificar cuál es nuestro fin.

Podemos abordar la definición de nuestro fin desde dos ópticas:

a. Los centros de transfusión son los responsables de cubrir las necesidades hemoterápicas de su zona de influencia mediante las donaciones de donantes voluntarios, formados y responsables.
b. Los centros de transfusión son los responsables de lograr captar suficientes donantes voluntarios, formados y responsables como para cubrir las necesidades hemoterápicas de su zona de influencia.

Estas dos definiciones parecen decir lo mismo, pero si nos fijamos, la primera pivota sobre la bolsa de sangre como eje central y en cambio la segunda pivota sobre el donante. En aras a la sostenibilidad del sistema, me inclino por escoger la segunda definición, como se podrá apreciar a lo largo de este capítulo.

Parecería que ya podríamos empezar a desarrollar este tema, pero nos enfrentamos a una de las mayores incógnitas en el mundo de la transfusión: ¿Cómo calcular las necesidades hemoterápicas de una zona de influencia?

Cabría pensar que conociendo el número de camas hospitalarias, su distribución entre quirúrgicas, agudos y

crónicos y el nivel de complejidad sanitaria, se debería poder calcular las necesidades, pero nada más alejado de la realidad.

Si observamos en la Tabla 1 en el que aparecen los índices de donación de las diferentes comunidades autónomas en el año 2015, podemos apreciar que comunidades con una diferencia considerable entre sus índices cubren una actividad sanitaria similar y lo mismo ocurriría si comparáramos diferentes países de nuestro entorno.

Debemos suponer que existen otros parámetros que influyen a la hora de determinar cuál sería nuestro nivel de donaciones idóneo. Tal vez la "escasez" de donaciones lleva a una racionalización de la transfusión con:

- Una disminución de unidades programadas para cada intervención.
- Una política restrictiva sobre las unidades de sangre cruzada para cada paciente.
- Un nivel de reservas hospitalarias más acorde con cada situación.

La discusión de estos supuestos no entra dentro de los objetivos de este tema, por lo que el cálculo de nuestras necesidades se debe basar en las necesidades históricas de nuestro ámbito de influencia y el grado de cobertura que hemos sido capaces de lograr.

Para conocer nuestro grado de cobertura podemos basarnos en diferentes índices:

- Índice de donación de los últimos 12 meses.
- % de pedidos no suministrados.
- % de semanas con pedidos no suministrados.
- % de unidades caducadas dentro y fuera del centro de transfusión.
- % de transfusión isogrupo.
- Distribución de los grupos sanguíneos en cada uno de los 4 puntos anteriores.

Para que estos índices sean representativos nuestro centro de transfusión debería haber consensuado:

- Nivel mínimo y máximo de las reservas de cada hospital de nuestro entorno.
- Nivel mínimo y máximo aceptable para las reservas de nuestro centro.
- Nivel máximo del porcentaje de caducidades.

Seguramente habrá otros índices más selectivos a la hora de valorar el nivel óptimo de consumo en un ámbito de influencia o entorno, pero seguramente quedarían fuera de las atribuciones de las personas responsables de promoción.

Lo que sí podemos y debemos saber a la hora de programar actividad necesaria para la cobertura de nuestras posibles necesidades, es cuál ha sido la tendencia de los últimos 12 meses en nuestro centro de transfusión y cuál es la media de suministro diario en cada uno de los 2 grupos principales, 0 y A. Tomando como unidad los días de posible suministro, podríamos tabular cuál ha sido la situación de nuestras reservas. Por ejemplo, si mi centro de transfusión suministra una media de 25 unidades A al día y en nuestras reservas hay 150, puedo calcular que tengo unidades de este grupo para 6 días. Si establezco un número días como "mínimo aceptable" en el que me veo obligado a realizar alguna acción para superar ese mínimo, podré tabular de manera diaria la situación de las reservas del centro de transfusión. También se debería establecer un máximo para evitar

Tabla 1

Comunidad Autónoma	Nº Donaciones en 2014	Nº Donaciones en 2015	Incremento	Índice de donaciones por 1000 Habitantes	Ranking s/Índice Don.
ANDALUCÍA/CEUTA	274.136	281.317	2,62	33,49	14º
ARAGÓN	45.460	43.352	-4,64	32,90	15º
ASTURIAS	41.104	44.447	8,13	42,28	3º
BALEARES	38.872	37.947	-2,38	34,36	12º
CANARIAS	62.740	65.103	3,77	31,00	17º
CANTABRIA	23.614	23.480	-0,57	40,12	6º
CASTILLA Y LEÓN	104.510	106.023	1,45	42,89	2º
CASTILLA-LA MANCHA	72.621	74.035	1,95	35,95	10º
CATALUÑA	255.964	256.878	0,36	34,21	13º
EXTREMADURA	47.130	49.581	5,20	45,36	1º
GALICIA	111.255	110.500	-0,68	40,44	5º
LA RIOJA	10.556	10.306	-2,37	32,51	16º
MADRID	250.932	248.381	-1,02	38,59	8º
MELILLA	1.458	1.455	-0,21	17,00	18º
MURCIA	51.245	50.805	-0,86	34,63	11º
NAVARRA	24.118	25.659	6,39	40,06	7º
PAÍS VASCO	91.301	89.355	-2,13	40,82	4º
VALENCIA	175.783	179.414	2,07	36,02	9º
FUERZAS ARMADAS	9.273	7.259			
TOTALES	1.692.072	1.705.297	0,78	36,64	

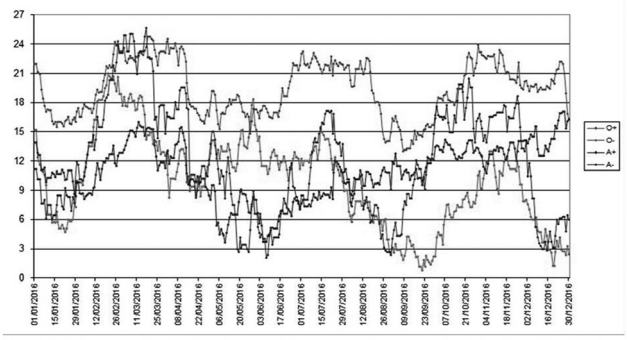
posibles caducidades. En nuestro centro de transfusión hemos establecido estos límites en 3 y 24 días.

En la siguiente figura 1 podemos observar cuál ha sido la situación de nuestras reservas durante el año 2016.

Como podemos observar, los índices se han mantenido en la mayor parte del año dentro de los límites establecidos. Por otra parte el porcentaje de solicitudes cubiertas ha sido casi del 100% y el índice de caducidad de los grupos A y 0 estuvo acorde con los límites aceptados.

En nuestro caso podemos estimar que con un nivel de donación similar al del año pasado nuestra cobertura será suficiente. Pero en cada centro se deberá calcular cuál es su estimación de necesidades.

Figura 1. Reservas del año 2016
concentrados de hematies (en dias)



Capacidad de respuesta de la población

Una vez que conocemos cuál es el número de donaciones que necesitamos tendremos que calcular las colectas necesarias para poder lograrlas, pero al comienzo de este capítulo ya hemos definido que el fin de un centro de transfusión sería *lograr captar suficientes donantes voluntarios, formados y responsables como para cubrir las necesidades hemoterápicas de sus zona de influencia.*

Si es difícil conocer cuales son las necesidades hemoterápicas para una región tampoco hay establecido un índice idóneo de donantes. La OMS establece que entre el 1% y el 3% de la población debe ser donante, evidentemente es un abanico demasiado amplio para servir de referencia. Según nuestra experiencia, un índice de donaciones por año/por donante entre 1,5 y 2 puede ser aceptable. Si tenemos que alcanzar para este año las 49 donaciones/mil/habitantes/año, siguiendo con el índice fijado de donaciones/donante/año vemos que necesitaremos que el porcentaje de la población donante represente entre el 2,45% y el 3,26% de la población total. Con estos datos podemos establecer, para tener un objetivo con un margen de seguridad, que la población que debemos lograr como donante habitual sea que el 3,5% de la población total.

Cuando hablamos del 3,5% de la población total debemos tener en cuenta que tendremos que calcular la cantidad total de donantes necesarios y obtener el porcentaje necesario de los habitantes entre 18 y 65 años. En nuestro entorno esto supone cerca del 5,5% de este segmento de edad. Hay que reseñar que este objetivo es muy ambicioso y en el fondo nos servirá como la estrella Polar a la hora de dirigir nuestras acciones de promoción.

Para asegurar que este índice de donantes sea lo más estable posible debe estar distribuido de la manera más homogénea posible entre la pirámide de población. Debemos hacer una tabla con los habitantes de la zona a la que vamos a dirigir nuestra colecta segmentada por edades y sexo ver cuántos donantes de cada segmento necesitamos para lograr el porcentaje que hemos establecido después de haber corregido el 3,5% general a lo que corresponda según la población que esté entre los 18 y 65 años.

Este tipo de planillas nos permitirá establecer en un futuro acciones más concretas de promoción a la hora de captar donantes en determinados segmentos. Buscando líderes de opinión entre esos segmentos de edad, puntos de concentración a la hora del ocio, generar actividades que puedan atraer a los segmentos de edad y sexo deseados. Este tipo de plantillas también nos ayudarán a evaluar resultados de nuestras acciones de promoción.

Hay otros índices que estamos empezando a utilizar y cuya utilidad no la podemos valorar al no poder compararla con otros centros de transfusión. Estos índices son:

1. Porcentaje de donantes con más de 4 donaciones y menos de 42 años entre los donantes del último año.
2. Nivel de edad de los donantes necesario para lograr el 50% de nuestras donaciones anuales. Se obtendría al ir sumando las donaciones realizadas de cada grupo de edad (18, 19,…….64, 65) y ver cuándo el acumulado alcanza el 50%. Sería lo que en estadística se define como mediana.

Pensamos que estos dos índices podrían orientarnos sobre:

1. El grado de fidelización entre nuestros donantes jóvenes, siendo 42 años la edad central entre los 18 y 65 años.
2. La capacidad de lograr un relevo generacional.

Ambos índices deberían ser comparados con los de otros centros de transfusión para valorar nuestra situación, pero de manera independiente siempre nos irán marcando nuestras tendencias y nos mostrarán si aquellas acciones encaminadas a obtener los objetivos que estamos midiendo, están obteniendo algún resultado.

Una vez que ya sabemos cuántos donantes necesitamos y cuántos donantes tenemos, podremos ir

estableciendo las colectas necesarias para lograr los hemoderivados que vamos a tener que suministrar.

Cálculo de las colectas necesarias

Antes hemos visto cómo podríamos calcular las necesidades anuales de hemoderivados. Pero estas necesidades generalmente se distribuyen de manera desigual a lo largo del año. Una vez más el conocer cuál ha sido nuestro "histórico" es primordial, a pesar de que las necesidades y la actividad sanitaria cada vez son más homogéneas aún se aprecian desigualdades entre los diferentes meses. Habría que tener en cuenta tanto la media de los últimos años y la tendencia en estos años como el grado de cobertura que fuimos capaces de dar. A modo de ejemplo, podemos observar la diferencia de envío de unidades de hematíes durante los diversos meses del año 2016.

Apreciamos que todos los meses se mueven por una franja que oscila entre las 2.000 y las 2.700 unidades.

Durante el año 2.016 el mes con menos solicitudes fue febrero, (Figura 2) pero si observamos la evolución de los últimos 9 años apreciaremos que también coincide con el mes de febrero con menos solicitudes (Figura 3) y por tanto es de esperar que durante los próximos años vuelva a su media habitual.

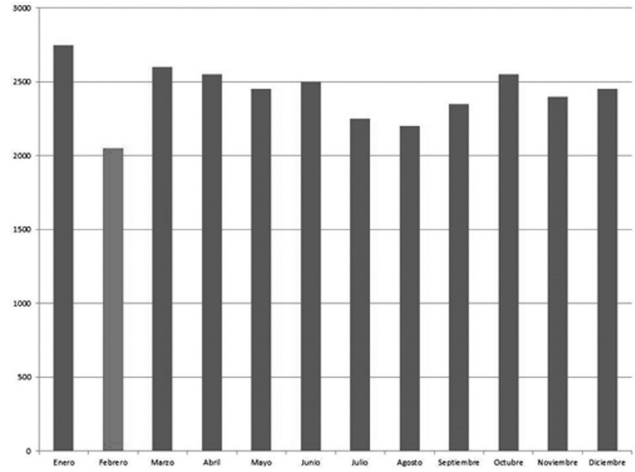
Si volvemos a observar la gráfica que mostraba las reservas podremos apreciar cómo las reservas de todos los grupos sufrieron un incremento importante por lo que podemos asegurar que extracciones realizadas en febrero de 2016 fueron muy superiores a las necesidades que tuvimos que cubrir durante ese mes, así y todo debemos considerarlo como un hecho puntual y no una tendencia.

Una vez conocido el histórico podemos prever un calendario anual de necesidades al que debemos corresponder con un calendario anual de extracciones previstas. Las extracciones deben superar a las necesidades previstas para poder cubrir las unidades desechadas por diferentes motivos, así:

Las causas de una unidad desechada pueden ser muy diversas, pero podríamos destacar:

- Comunicaciones de alteraciones de la salud del donante tras la extracción.
- Un cuestionario de salud (entrevista médica) subjetivamente no satisfactoria.
- Una reacción adversa o venopunción deficiente.
- Una identificación dudosa de la unidad que impida la trazabilidad de la unidad.
- Un error en la manipulación de las unidades.
- Un defecto en la bolsa detectado tras la extracción.
- Una desviación en peso admitido para las unidades extraídas.
- Una alteración analítica.

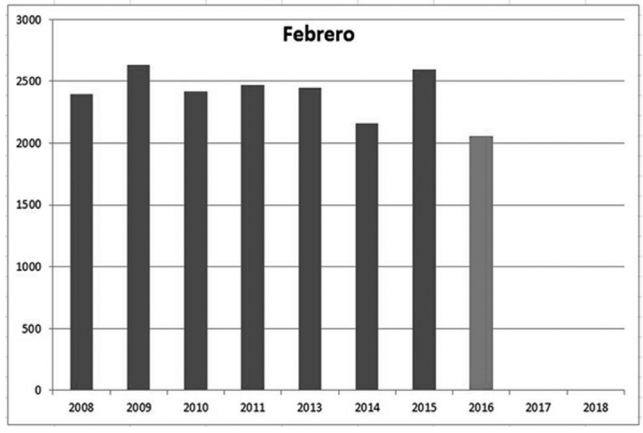
Figura 2.



Cada centro de transfusión deberá calcular su índice de unidades desechadas a fin de calcular de la manera más exacta posible las donaciones anuales necesarias

Una vez que conocemos nuestras necesidades hemoterápicas, hemos calculado las donaciones que necesitamos para cubrirlas y si sabemos que contamos con los recursos suficientes nos dispondremos a planificar nuestras colectas.

Figura 3.



Como se ha visto, además de conocer nuestras necesidades anuales debemos calcular nuestras necesidades mensuales sobre todo en los meses que por diferentes motivos pueden ser conflictivos. Cada región o país tendrá su calendario de actividad establecido con una pauta que se repite anualmente y que se debe tener en cuenta a la hora de establecer la programación de colectas.

En España de manera general se pueden catalogar como épocas difíciles:

$$\text{La previsión de donaciones anuales} = \frac{\text{Necesidades previstas}}{1 - \beta}$$

Siendo β el porcentaje histórico de unidades desechadas

• Enero =
- la primera semana hasta el día 7 es casi inhábil.
- la actividad sanitaria se restablece antes de que se recuperen las reservas.
- hay un porcentaje de donantes afectados con procesos gripales y catarrales.

• Marzo/abril =
- Semana Santa en algunas Autonomías con 5 días de festividad.
- Muchos donantes aprovechan la semana de pascua para alargar unos días sus vacaciones.

• Agosto =
- las poblaciones sin playa disminuyen en su número de habitantes reduciendo la posibilidad de colectas.
- las poblaciones con playa incrementan su población pero son difíciles de captar y además hay que vigilar las exposiciones al sol, grado de hidratación, posibilidad de reacciones adversas …
- a esto hay que añadir que en los últimos años la actividad sanitaria se ha colocado prácticamente a la par del resto de meses.

• Diciembre =
- la primera semana se ve afectada de manera importante por el puente de los días 6-8.
- a partir del día 21 el ambiente festivo lo invade todo.

Estos meses también presentan la dificultad añadida de que coinciden las solicitudes vacacionales del personal con lo que se dificulta la posibilidad de aumentar el número de colectas para compensar una menor eficacia de las mismas.

Cuando hablamos de la organización de colectas nos referimos a las que realizamos fuera de los puntos fijos, bien sea con unidades móviles autónomas o en locales a los que transportamos el material necesario. Lo ideal sería tener un calendario anual con el cual poder estimar hasta qué punto vamos a cubrir las necesidades previstas. Para diseñar un calendario anual debemos establecer:

1. Puntos de extracción a los que vamos a acudir para realizar nuestras colectas.
2. Periodicidad con la que podemos acudir a cada punto de extracción que dependerá de:

• *Disponibilidad del punto de extracción*: bien sea porque dependemos de locales o espacios que nos han de ceder terceras personas o porque dependamos de las autorizaciones que las diferentes organizaciones (empresas, centros educativos, instituciones, etc.) para realizar las colectas.
• *Población asignada al punto de extracción*: dependiendo del colectivo al que nos dirigimos podremos calcular su población asignada:
Municipios = habitantes de 18 a 65 años.
Empresas y organismos oficiales = número de trabajadores x turno.
Centros de enseñanza = media de alumnos que acuden a clase.
• *Accesibilidad de la población asignada*: según la facilidad que tengamos para asegurar la población que va a recibir de una manera directa nuestro mensaje, podemos hacer una estimación del número de personas que acudirán a nuestra colecta. En empresas, instituciones y centros de enseñanza podemos estimar que el 10% de su población acudirá a realizar una donación de sangre.

Si contamos con un colaborador interno podemos establecer la semana anterior un punto dónde apuntarse y expresar la intención de donar el día establecido. Con esta lista podemos citar por horas de manera que la pérdida de tiempo sea la mínima para cada trabajador. En puntos de extracción abiertos como municipios, barrios es difícil predecir la afluencia de donantes la primera vez que acudamos.

• *Número de donantes activos del punto de extracción*: dependiendo del número de donantes y del índice de donaciones/donante/año debemos ajustar la periodicidad. Podemos establecer que un índice entre 1,5 y 2 sería un índice adecuado en el que no saturamos a los donantes ni desperdiciamos posibles donaciones.
• *Número ideal de donantes que queremos que acudan:* si el número de donaciones se desvía al alza de manera repetida del número ideal debemos intentar incrementar la periodicidad, mientras que si es a la baja deberemos incrementar la promoción o en su caso disminuir la periodicidad.

3. El momento ideal para acudir al punto de extracción:

• Cada punto de extracción puede tener días más favorables que otros para que acudamos. Por ejemplo, generalmente en los centros educativos los lunes y los viernes son días en los que la asistencia suele ser menor, pero en algunos centros de formación profesional en el período de prácticas utilizan los viernes para acudir al centro para hacer un seguimiento de las mismas. Así en estos centros el primer trimestre debemos acudir de martes a jueves y en el último trimestre debemos acudir el viernes. Evidentemente esta decisión es obvia una vez que conocemos la dinámica del centro, pero sirve de ejemplo a la hora de explicar la importancia de estudiar el momento ideal para cada centro. De igual manera habrá que calcular posibles diferencias estacionales en las cargas de trabajo en empresas e instituciones.
• Una vez establecido cuál es el mejor día para acudir a cada punto de extracción es conveniente crear "costumbres" en estos puntos acudiendo con una

periodicidad lo más estable posible. Como ejemplo aportamos algunas de las "costumbres" que hemos generado en nuestro centro. En Guipúzcoa sabemos que hay una serie de municipios a los que acudimos todos los años en las mismas "fechas"; ponemos una lista parcial a modo de ejemplo:

- Azpeitia: último miércoles de cada mes.
- Tolosa : 3º lunes de cada mes.
- Irún : 2º, 3º y 4º jueves de cada mes.
- Legazpia : 1º viernes de mes.
- Hondarribia : 1º jueves de cada mes.
- Rentería : 1º martes de mes.
- Hernani : 1º martes de mes.
- Zumarraga : último martes de mes.
- Pasajes : 2º miércoles de mes.
- Billabona: último viernes de meses pares.
- Usurbil : 1º lunes de meses impares.
- Zarautz : 2º miércoles de mes.
- Beraún : 1º miércoles de mes.
- Bergara : miércoles alternos (cada 15 días).
- Eibar : jueves alternos (cada 15 días).
- Lasarte : último lunes de mes.
- Oiartzun : un martes en la última quincena de meses pares.
- Deba : 1º o 2º viernes de los meses 2-5-8 y 11.
- Azkoitia : un lunes de cada tres.
- Trintxerpe : un martes de finales de mes, de los meses pares.
- Zumaia: un martes de mediados de mes, en los meses impares.
- Lazkao : un martes de mediados de mes, en los meses impares.
- San Juan : un jueves de mediados de mes de los meses 2-6-10.
- Aizarnazabal : miércoles de finales los meses 2-6 y 10.
- Ordizia : lunes de mediados de mes, en los meses impares.
- A fábricas, instituciones y centros de enseñanza vamos cada 4/6 meses y repetimos siempre los mismos meses de manera que si algún donante quiere puede intercalar con donaciones en su municipio.
- Los huecos que nos quedan en el calendario los intentamos cubrir con colectas atópicas y experimentales.

Este sistema facilita mucho:

- confeccionar el calendario anual.
- que los donantes conozcan los días que iremos a su municipio.
- que los titulares de los locales que nos ceden, sepan qué día los necesitamos a la hora de elaborar sus programas o cedérselos a otras instituciones.

El calendario anual permite:

- el 1º trimestre, repartir entre los donantes las fechas en las que acudiremos a su municipio durante todo el año.
- independientemente de los carteles que se colocan anunciando cada colecta, también podemos colocar carteles fijos con todas las fechas durante todo el año en lugares estratégicos de los municipios.

Todos los esfuerzos que hagamos para facilitar que los donantes sepan qué día vamos a acercarnos a su localidad será bienvenido.

Al igual que en el caso de los donantes, si los medios de comunicación conocen las fechas de antemano, pueden dosificar y programar sus noticias y entrevistas. Siempre sabrán los días en los que vamos a acudir aunque en alguna ocasión por algún motivo no se lo hayamos podido comunicar.

Contactos en los puntos de colectas

Es primordial establecer un contacto local que nos facilite el desarrollo de las colectas.

En las empresas e instituciones siempre habrá que contar con el permiso de la dirección y el conocimiento por parte de los representantes de los trabajadores. Si hubiera servicio sanitario suele ser una buena opción ya que generalmente están implicados y nos permite enviarles un dossier con el proceso de la donación, recomendaciones, incluso criterios de aceptación de donantes, ya que muchas veces los trabajadores les trasladan dudas antes del día de la colecta.

En los centros educativos también habrá que contar con la dirección y si lo hubiera con el consejo de estudiantes. En muchos centros es posible dar pequeñas charlas interrumpiendo las clases u organizando una charla general. Es interesante conocer si alguien del personal docente es donante habitual, ya que nos sería de gran ayuda a la hora de presentar nuestra solicitud y a la hora de organizar la colecta dentro del centro.

En los municipios y/o áreas acotadas de los mismos habrá que contar con las autoridades de la zona; se puede establecer contacto con los servicios sanitarios, estudiar la existencia de otros colectivos que ya desarrollen su actividad en esa zona, hay que conocer la cantidad de donantes que existen ya que ellos nos pueden ser de mucha ayuda a la hora de acertar con los líderes de opinión, lugares y fechas adecuadas…

Eventos especiales: Es frecuente aprovechar algún evento para que a su "sombra" se organice una colecta de donación de sangre. Hay que hablar con la organización para ver la posibilidad de incluir una colecta dentro del evento o de manera paralela pero coordinada.

Capítulo 27

Voluntariado

Sabin Urcelay Uranga. Licenciado en Medicina y Cirugía. Responsable de la unidad de promoción y extracción del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos. Gipuzkoa. España. Email sabin.urcelay@gmail.com

Nuestro centro de transfusión actual nació en 1964 como un pequeño banco de sangre perteneciente a un grupo de voluntarios que formaron la Asociación de Donantes de Sangre de Gipuzkoa. En 1982, tras 18 años de existencia, viendo la complejidad de las pruebas de serología que había de desarrollar junto con la necesidad de mejorar las técnicas de fraccionamiento, decidieron dar una entidad propia al banco de sangre que se hizo cargo desde ese momento de la extracción, procesamiento y distribución de los hemoderivados procedentes de las donaciones de voluntarios altruistas que eran captados por la asociación. A partir de ese momento la labor del voluntariado se centró en promocionar la donación de sangre.

Con esta introducción quiero reflejar que en Gipuzkoa el voluntariado ha convivido con la donación de sangre desde hace más de 50 años, siendo una parte fundamental del sistema.

En el 2º Congreso de la Sociedad Española de Transfusión de Terapia Celular (SETS) celebrado en San Sebastián en 1991, hice una presentación sobre el modelo de Gipuzkoa y tuve la suerte de disponer de una publicación del año 1990 de la AABB en la que se detallaba cómo se había desarrollado un programa de voluntariado en el banco de sangre de Sacramento (California), explicaban cómo en 1979 habían logrado alcanzar 1982 horas de trabajo voluntario, triplicando estas horas en el primer año, alcanzando las 10.192 horas en 1985 y sobrepasando las 21.000 horas en 1987.

Este trabajo me convenció que lo que nosotros conocíamos de toda la vida era un modelo que debíamos mantener y ayudar a desarrollar. En el capítulo destinado a las asociaciones de donantes explicamos de una manera más detallada la estructura y funciones de diversas asociaciones de voluntariado.

Volviendo al programa de voluntariado de Sacramento, establecía 5 puntos clave para él éxito de un programa de voluntariado:

1. El coordinador de voluntarios: responsable de coordinar todas las actividades de captación, planificación, formación, reconocimiento y comunicación.
2. Generar un trabajo interesante para los voluntarios: ellos exponían como trabajos posibles:

a. Recepcionista en las salas de donantes.
   Servir refrescos tras la donación.
   Atender a los donantes tras la donación. vigilando posibles reacciones.
   Aplicar técnicas de relaciones públicas para que los donantes se sientan bienvenidos e importantes.
   Mantener limpia las sala de donantes.
b. Captador por teléfono.
c. Trabajos de oficina: ensobrar, poner etiquetas, distribuir o colocar carteles.
d. Otros cometidos que ahora nos pueden parecer inviables.
   Ayudante en la sala de extracción.
   Servicios de distribución de la sangre.
   Laboratorio (tenían un profesor de Química jubilado).

3. Realizar reconocimiento de méritos al personal voluntario que ofrezca métodos de retroalimentación frecuentes y variados que demuestren que son importantes y apreciados.
4. Infundir sensación de pertenencia al centro de transfusión.

5. Educar al personal asalariado sobre la importancia del voluntariado, para que sepan cómo trabajar con voluntarios.

Estos puntos clave son totalmente vigentes y creo que son fundamentales para llevar a cabo un buen programa de voluntariado.

Podríamos decir que los voluntarios nos darán:

- Compromiso.
- Tiempo.
- Experiencia y conocimiento.
- Ideas nuevas.
- Contactos.
- Implicación social.

Nosotros daremos a los voluntarios:

- Amistad.
- Formación.
- Experiencia.
- Habilidades.
- Motivación.
- Reconocimiento y agradecimiento.
- Diversión.

Cuando se empieza a desarrollar un programa de promoción de la donación de sangre es porque hay un problema de falta de donantes voluntarios habituales y altruistas. Esta situación favorece que en un momento dado surja en una parte de la población la necesidad de paliar ese problema y con esto es posible que nazca una organización de voluntarios que observa cómo un tema crucial no está cubierto por las instituciones oficiales. Este fue el caso de la aparición de asociaciones de donantes de sangre en España y otras partes de Europa.

El voluntariado puede aparecer de manera espontánea y suplementaria a las instituciones sanitarias o de manera complementaria e inducida por las propias instituciones sanitarias. Esta segunda opción tiene innumerables ventajas y adolece de los peligros de la anterior.

Una Asociación que nace de manera espontánea y que adquiere la responsabilidad de solucionar un problema, en algunas ocasiones acaba sintiéndose la "dueña" de ésta tarea llegando en ocasiones a un conflicto de intereses entre que se realice esta tarea de la manera más eficiente y el defender la "propiedad" de esa tarea y en consecuencia su propia existencia.

Una asociación que nace de manera inducida nace con la idea de ayudar al centro de transfusión para solucionar un problema; si el problema es solucionado o desaparece, sentirán el orgullo y la satisfacción de haber participado en el éxito del programa y podrán, de así desearlo, ofrecer su experiencia y organización a otra labor que pueda beneficiarse del voluntariado.

En las últimas décadas la sociedad ha experimentado grandes cambios y el voluntariado ha experimentado un gran desarrollo hasta conformar lo que se denomina *"El tercer sector de la economía"* compuesto fundamentalmente por entidades sin ánimo de lucro siendo estas organizaciones que no redistribuyen sus beneficios a sus propietarios y accionistas, sino que los reinvierte en la entidad para seguir cumpliendo sus objetivos fundacionales.

Este desarrollo ha traído consigo la necesidad de estructurar de una manera estricta cualquier programa de voluntariado.

En la bibliografía se presentarán enlaces a diferentes manuales sobre cómo gestionar programas de voluntariado; en este capítulo reseñaremos algunos puntos que podrán ser ampliados con la lectura de estos manuales.

En España rige la Ley de Voluntariado 45/2015, del 14 de octubre, que establece los límites y ámbitos del voluntariado. Utilizaremos el texto de esta ley para establecer algunas definiciones básicas:

Lo primero que debemos hacer es definir qué es un voluntario y voluntariado:

Se entiende por voluntariado el conjunto de actividades de interés general desarrolladas por personas físicas, siempre que reúnan los siguientes requisitos:

a. Que tengan carácter solidario.
b. Que su realización sea libre, sin que tengan su causa en una obligación personal o deber jurídico y sea asumida voluntariamente.
c. Que se lleven a cabo sin contraprestación económica o material, sin perjuicio del abono de los gastos reembolsables que el desempeño de la acción voluntaria ocasione a los voluntarios.
d. Que se desarrollen a través de entidades de voluntariado con arreglo a programas concretos y dentro o fuera del territorio español.
e. Tendrán la consideración de actividades de voluntariado aquellas que se traduzcan en la realización de acciones concretas y específicas, sin integrarse en programas globales o a largo plazo, siempre que se realicen a través de una entidad de voluntariado. Asimismo también tendrán tal consideración las que se realicen a través de las tecnologías de la información y comunicación y que no requieran la presencia física de los voluntarios en las entidades de voluntariado.

No tendrán la consideración de actividades de voluntariado las siguientes:

a. Las aisladas o esporádicas, periódicas o no, prestadas al margen de entidades de voluntariado.
b. Las ejecutadas por razones familiares, de amistad o de buena vecindad.
c. Las que se realicen en virtud de una relación laboral, funcionarial, mercantil o de cualquier otra mediante contraprestación de orden económico o material.

d. Las becas con o sin prestación de servicios o cualquier otra actividad análoga cuyo objetivo principal sea la formación.
e. Las prácticas no laborales en empresas o grupos empresariales y las prácticas académicas externas.

Una vez que podemos entender lo que es voluntariado es importante destacar que el hecho de que una persona sea voluntaria no quiere decir que no tenga responsabilidades a las que tenga que hacer frente, o en otras palabras, no se puede suponer que no tenga obligaciones y por ende también deberá tener derechos y ambos están definidos en la ley a la que estamos haciendo referencia.

Derechos de los voluntarios

Los voluntarios tienen los siguientes derechos:

a. Recibir regularmente durante la prestación de su actividad, información, orientación y apoyo, así como los medios materiales necesarios para el ejercicio de las funciones que se les encomienden.
b. Recibir en todo momento, a cargo de la entidad de voluntariado, y adaptada a sus condiciones personales, la formación necesaria para el correcto desarrollo de las actividades que se les asignen.
c. Ser tratadas en condiciones de igualdad, sin discriminación, respetando su libertad, identidad, dignidad y los demás derechos fundamentales reconocidos en los convenios, tratados internacionales y en la Constitución.
d. Participar activamente en la organización en que se inserten, colaborando en la elaboración, diseño, ejecución y evaluación de los programas o proyectos, de acuerdo con sus estatutos o normas de aplicación y, en la medida que éstas lo permitan, en el gobierno y administración de la entidad de voluntariado.
e. Estar cubiertos, a cargo de la entidad de voluntariado, de los riesgos de accidente y enfermedad derivados directamente del ejercicio de la acción voluntaria y de responsabilidad civil en los casos en los que la legislación sectorial lo exija, a través de un seguro u otra garantía financiera.
f. Ser reembolsados por la entidad de voluntariado los gastos realizados en el desempeño de sus actividades, de acuerdo con lo previsto en el acuerdo de incorporación y teniendo en cuenta el ámbito de actuación de voluntariado que desarrollen.
g. Disponer de una acreditación identificativa de su condición de voluntario en la que conste, además, la entidad de voluntariado en la que participa.

Los voluntarios deberán tener las siguientes obligaciones:

a. Realizar su actividad de acuerdo con el principio de accesibilidad universal adaptado a la actividad que desarrollen.
b. Obtener reconocimiento de la entidad de voluntariado por el valor social de su contribución y por las competencias, aptitudes y destrezas adquiridas como consecuencia del ejercicio de su labor de voluntariado.
c. Que sus datos de carácter personal sean tratados y protegidos de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.
d. Cesar en la realización de sus actividades como voluntario en los términos establecidos en el acuerdo de incorporación.
e. Cumplir los compromisos adquiridos con las entidades de voluntariado en las que se integren, reflejados en el acuerdo de incorporación, respetando los fines y estatutos de las mismas.
f. Guardar la debida confidencialidad de la información recibida y conocida en el desarrollo de su acción voluntaria.
g. Rechazar cualquier contraprestación material o económica que pudieran recibir bien de las personas destinatarias de la acción voluntaria, bien de otras personas relacionadas con su acción voluntaria.
h. Respetar los derechos de las personas destinatarias de la acción voluntaria
i. Actuar con la diligencia debida y de forma solidaria.
j. Participar en las tareas formativas previstas por la entidad de voluntariado para las actividades y funciones confiadas, así como en las que con carácter permanente se precisen para mantener la calidad de los servicios que presten.
k. Seguir las instrucciones de la entidad de voluntariado que tengan relación con el desarrollo de las actividades encomendadas.
l. Utilizar debidamente la acreditación personal y los distintivos de la entidad de voluntariado.
m. Respetar y cuidar los recursos materiales que ponga a su disposición la entidad de voluntariado.
n. Cumplir las medidas de seguridad y salud existentes en la entidad de voluntariado.
o. Observar las normas sobre protección y tratamiento de datos de carácter personal de acuerdo con la normativa de aplicación.

*Serán derechos de las entidades de voluntariado***:**

a. Eleccionar a los voluntarios, sin discriminación alguna por razón de sexo, identidad sexual, orientación sexual, nacionalidad, origen racial o étnico, religión, convicciones ideológicas o sindicales, discapacidad, edad, o cualquier otra condición o circunstancia personal o social, de acuerdo con los fines u objetivos de la entidad, la naturaleza y características del cometido a desarrollar y las normas establecidas en su estatuto de funcionamiento interno.

b. Suspender la actividad de los voluntarios cuando se vea perjudicada gravemente la calidad o los fines de los programas de la entidad por su causa, o infrinjan gravemente el acuerdo de incorporación.
c. Concurrir a las medidas de fomento de la acción voluntaria establecidas por las administraciones públicas o entidades privadas y recibir las medidas de apoyo material y técnico, orientadas al adecuado desarrollo de sus actuaciones.
d. Participar a través de las federaciones, confederaciones o uniones de entidades de voluntariado en el diseño y ejecución de las políticas públicas de la Administración General del Estado.
e. Cualesquiera otros derechos reconocidos por el resto del ordenamiento jurídico referidos a la acción voluntaria.

*Las entidades de voluntariado están obligadas a***:**

a. Elaborar sus propias normas de funcionamiento interno de acuerdo con la presente Ley y con la normativa que le sea de aplicación, atendiendo a principios democráticos, participativos y de transparencia.
b. Formalizar el acuerdo de incorporación con los voluntarios y cumplir los compromisos adquiridos.
c. Suscribir una póliza de seguro u otra garantía financiera, adecuada a las características y circunstancias de la actividad desarrollada por los voluntarios, que les cubra los riesgos de accidente y enfermedad derivados directamente de la actividad voluntaria.
d. Cubrir los gastos derivados de la prestación del servicio y, en su caso, reembolsar a los voluntarios los gastos que les ocasione el desarrollo de su actividad, en las condiciones acordadas en el acuerdo de incorporación y adaptadas al ámbito de actuación de voluntariado que desarrollen, así como dotarlas de los medios materiales necesarios para el cumplimiento de sus cometidos.
e. Establecer sistemas internos de información y orientación adecuados sobre los fines, el régimen de funcionamiento de la entidad de acción voluntaria, la realización de las tareas que sean encomendadas a los voluntarios y la delimitación de dichas tareas con las funciones propias de los profesionales de las entidades.
f. Proporcionar a los voluntarios, de manera regular y de acuerdo con sus condiciones personales, la formación necesaria, tanto básica como específica, para el correcto desarrollo de sus actividades.
g. Facilitar la participación de los voluntarios en la elaboración, diseño, ejecución y evaluación de los programas en que intervengan y, en la medida que lo permita la normativa de aplicación, en los procesos de gestión y toma de decisiones de la entidad de voluntariado.
h. Efectuar el seguimiento y evaluación de las actividades programadas, garantizando la consecución de los objetivos previstos conforme a los principios de eficacia y rentabilidad social.
i. Facilitar a los voluntarios una acreditación que les habilite e identifique para el desarrollo de su actividad, donde conste la entidad de voluntariado en la que realiza la acción voluntaria.
j. Exigir el consentimiento o en su caso la autorización expresa y por escrito de los progenitores, tutores o representantes legales de los voluntarios menores de edad.
k. Expedir a los voluntarios un certificado indicando la duración y las actividades efectuadas en los programas en los que ha participado.
l. Llevar un registro de acuerdos de incorporación y de altas y bajas de los voluntarios.
m. Cumplir (si la hubiera) la normativa de aplicación respecto al tratamiento y protección de datos de carácter personal de los voluntarios o de las personas destinatarias de las actividades de voluntariado.
n. Observar las obligaciones que se deriven de lo establecido en el ordenamiento jurídico de aplicación.
o. Las entidades de voluntariado responderán frente a terceros por los daños y perjuicios causados por los voluntarios que participen en sus programas, como consecuencia de la realización de actuaciones de voluntariado, pudiendo suscribir para tal efecto una póliza de seguro, u otra garantía financiera que cubra la responsabilidad civil, que será obligatorio cuando la normativa lo exija.

Para poder captar o atraer personas que puedan actuar como voluntarios en nuestros centros debemos conocer cuáles son los principales motivos que suelen empujar a las personas para dedicarse al voluntariado.

- Poner en práctica o compartir ideas o inquietudes.
- Buscar nuevas amistades.
- Invertir el tiempo sobrante.
- Necesidad de autorrealización y de sentirse útil.
- Experiencia profesional.
- Necesidad de ofrecerse a los demás (solidaridad).
- Por seguir los pasos de un amigo, pero sin un convencimiento pleno.
- Por experiencias y acontecimientos concretos vividos.

Teniendo definido lo que es voluntario y cuáles serían sus derechos y obligaciones, así como las principales motivaciones para dedicarse al voluntariado, si decidimos por contar con un colectivo de voluntariado debemos establecer un plan de gestión del voluntariado.

En cualquier caso para poner en marcha un plan de voluntariado se debe tener muy claros algunos principios básicos:

- Qué peso específico o qué importancia queremos darle al voluntario dentro de la organización.
- Qué tareas o actividades queremos designar a los voluntarios.
- Cómo vamos a supervisar, gestionar y evaluar las actividades realizadas por el voluntariado.
- Qué persona de la organización va a coordinar y a responsabilizarse de la gestión de los voluntarios.

Como veíamos en el ejemplo de Sacramento, la persona que se va a responsabilizar de los voluntarios es uno de los puntos claves de un programa de voluntariado, por lo que debe de tener algunas características definidas:

- Tener dotes de liderazgo.
- Debe de ser una persona con carisma y capacidad de comunicar.
- Será buen organizador y coordinador de actividades.
- Estará habituado a trabajar en equipo.
- Dispondrá de flexibilidad ante los cambios.
- Ser capaz de motivar.

El plan de voluntariado debe seguir una cronología que abarque las siguientes fases:

1. Decidir la actividad: cuáles son las tareas que pensamos que van a ser designadas al voluntariado.
2. Definir el perfil del voluntariado para realizar las tareas que hemos decidido.
3. Dimensionar el número de voluntarios necesarios, el tiempo de dedicación de cada uno (diario/semanal/mensual) y la duración de la vinculación.
4. Optar por las vías de captación del voluntariado donde difundiremos nuestras necesidades, el perfil que buscamos y para qué necesitamos voluntariado:
   a. Nuestros propios asalariados o voluntarios como "embajadores".
   b. Anuncios en nuestras redes sociales.
   c. Repartiendo documentación en foros donde suponemos habrá personas que cumplen con el perfil que buscamos.
   d. Organizando charlas o conferencias a las que puedan acudir personas que simpaticen con nuestra actividad.
   e. Utilizando medios de comunicación convencionales.
5. Proceso de selección: Realizaremos una entrevista a cada aspirante intentando detectar la motivación, preparación y capacidad de esa persona.
6. Incorporación o formalización del compromiso.
   a. Firma del compromiso.
   b. Entrega de un documento o carné que le identifique como voluntario de nuestro centro.
   c. Cobertura con un seguro de accidentes durante su actividad de voluntariado.
   d. Entrega de documentación informativa de nuestro centro.
7. Acogida o bienvenida.
   a. Designación del tutor o formador.
   b. Entrega de la documentación relativa a nuestro centro y su actividad.
   c. Formación básica sobre las actividades de nuestro centro.
   d. Presentación de los responsables de su sección y del centro.
8. Formación.
   a. Formación inicial: dentro de esa formación inicial estableceremos una formación específica para cada tipo de actividad. Esta formación permitirá a cada voluntario conocer de manera más concreta el tipo de actividad que va a desempeñar dentro de la organización, distinguiendo entre tareas administrativas, técnicas, de gestión, etcétera. La formación específica pretende dotar al voluntario de las habilidades y actitudes necesarias para el desempeño de sus funciones. Se trata de una formación más especializada.
   b. Formación continua con el fin de mantener actualizados sus conocimientos. Se trata de un reciclaje del personal voluntario, pero también se trata de incorporar conocimientos nuevos que no se habían adquiridos con anterioridad. Pensemos en la necesidad de emprender nuevas actividades, conocer nuevos modelos de gestión, una nueva herramienta informática, o una adaptación a nuevas normativas que afectan nuestra labor como organización.
9. Participación en las actividades encomendadas: cada voluntario tendrá diferentes grados de participación y autonomía dependiendo de su formación, antigüedad, grado de compromiso, características de la tarea.
10. Mecanismos de comunicación interna: en toda organización la comunicación es primordial para el buen funcionamiento de la misma. La comunicación debería ser:
    a. Bidireccional.
    b. Fluida y clara.
    c. Transparente.
    d. Constante.

Se podrán utilizar diferentes métodos de comunicación:

a. Reuniones.
b. Boletines.
c. Correos electrónicos.
d. Información en la WEB corporativa.
e. Tablón de anuncios.

11. Seguimiento de la actividad del voluntariado: se pretende analizar la evolución del voluntario dentro de nuestra entidad. Con un buen seguimiento lograremos un voluntariado satisfecho y motivado que seguirá colaborando con nosotros. La ausencia de un seguimiento o un seguimiento mal planificado nos impedirá detectar posibles insatisfacciones que pueden llevar a que el voluntario abandone nuestra institución. Pero no sólo pretendemos con el seguimiento analizar el grado de consecución de las expectativas del voluntario o la satisfacción de éste, también pretendemos estudiar en qué grado nuestra organización está aprovechando todo lo que esperábamos recibir de nuestros voluntarios. Este seguimiento deberá ser:
    a. Personalizado: cada voluntario tiene sus características y sus circunstancias que le hacen único y por eso se le deberá valorar de manera individualizada.
    b. Continuo: sin dar tiempo a que surjan desviaciones que puedan acarrear situaciones incorregibles.
    c. Con trazabilidad: debemos comparar los resultados de cada seguimiento y ser capaces de valorar la evolución del voluntario.
    d. Coordinado: independientemente del número de personas involucradas en la gestión del voluntariado habrá una persona que coordine este seguimiento.

Hay diferentes métodos para realizar estos seguimientos:

a. Entrevistas.
b. Encuentros entre voluntarios.
c. Informes.
d. Encuestas.

12. Motivación: es una tarea de la que tenemos que estar vigilantes y no debemos descuidar nunca. Hay varias maneras de motivar al voluntariado:
    a. Mostrar al voluntario los resultados concretos de las labores realizadas.
    b. Asignar funciones con base en las expectativas, conocimientos y habilidades del voluntario.
    c. Diversificar tareas.
    d. Fomentar la iniciativa y la autonomía.
    e. Mostrar al voluntario los resultados globales de la organización
    f. Facilitar al voluntario una mayor implicación.
    g. Ofrecer nuevos retos y tareas.
    h. Posibilitar al voluntario el acceso a información sobre la organización.
    i. Potenciar la formación del voluntario.
    j. Reconocer la entrega y la dedicación.
    k. Proporcionar herramientas para realizar las funciones.
    l. Facilitar la comunicación dentro de la entidad.
13. Reconocimiento: hay unas normas que debemos seguir a la hora de hacer llegar los reconocimientos a todo el personal pero en especial a nuestro voluntariado. Estos reconocimientos pueden ser al colectivo de voluntarios, a equipos o a personas individuales:
    - Nunca debemos pensar que el voluntario ya sabe que le estamos agradecidos.
    - Debe ser inmediato: el agradecimiento tardío es menos eficaz.
    - Hay que establecer diferentes tipos de agradecimientos.

      En privado.
      En grupo.
      A un equipo.
      A un miembro destacado de un equipo.
      Por una labor continua.
      Por una acción puntual o extraordinaria.

    d. Tiene que ser acorde con el voluntario: el valor de lo recibido lo pondera el receptor. Hay que intentar agradecer a cada persona o grupo de la manera que le gustaría.
        - Deber ser merecido.
        - Deber ser continuo.
        - Deber ser espontáneo y sincero.
14. Desvinculación: siempre habrá un momento en que por diferentes razones la vinculación del voluntariado con nuestro centro terminará en un momento dado. Además de los casos en los que cese la actividad o el programa que originó la vinculación, puede haber otras razones (que debemos investigar, valorar y evaluar) por las que se genera este cese de relación:

a. Por parte del voluntario:
    Diferencias con nuestra organización.
    Diferencias con personas de la organización.
    Cambios en la prioridades del voluntario.
    Causas externas que obligan al voluntario a desvincularse.
b. Por parte del centro:
    Actitud inadecuada por parte del voluntario.
    Falta de capacidad para desarrollar el cometido que generó la vinculación.

Hay que evaluar las causas por las que ha cesado la vinculación mediante una entrevista (puede ser el último día). Se estructurarán en tres etapas: una para obtener información sobre los motivos que provocan la desvinculación, otra para admitir sugerencias, posibles cambios que haría el voluntario en nuestra organización y una tercera y última etapa para agradecer al voluntario su colaboración, el esfuerzo y el tiempo que nos ha prestado.

15. Relación posterior: con aquellos voluntarios que se han desvinculado de una manera amistosa con el centro debemos intentar mantener un vínculo con ellos mediante envío de boletines, reuniones periódicas de antiguos voluntarios… Debemos enviar una carta a todos los voluntarios que se desvinculen por el motivo que sea en la que se les agradezca su colaboración durante el tiempo que duró la vinculación.

Esperando que este capítulo haya servido para establecer unas primeras ideas sobre la gestión del voluntariado, les recomiendo acceder a los documentos que expongo a continuación:

Lecturas recomendadas

- Documento del Gobierno Vasco en el que se recopila abundante bibliografía sobre voluntariado.
- http://bit.ly/2qo7D90
- Claves para la Gestión del Voluntariado en las Instituciones no Lucrativas de la Fundación Luis Vives
- http://bit.ly/2pZlIIB
- Manual de Gestión del Voluntariado de la Fundación Caixa
- http://bit.ly/1fi9azY

Capítulo 28

Gestión de conflictos y dificultades

Armando Cortés Buelvas, MD Patólogo Clínico. Especialista en Mercadeo Estratégico y Gerencia en Salud. Director Hemocentro del Valle del Cauca. Cali Colombia. Profesor titular Departamento de Patología. Universidad del Valle. Presidente del Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional. Colombia. Email: acortes59@gmail.com

Meterle psicología a la vida, es dialogar con los problemas, negociar con los conflictos y concertar la convivencia con tolerancia.
Luis Gabriel Carrillo Navas

En las organizaciones se producen conflictos. No obstante, los directivos pueden contribuir a mejorar las condiciones de trabajo y hacer frente de manera oportuna y adecuada a los conflictos. Los conflictos no siempre se pueden evitar, son parte de nuestra vida, pero también son una gran fuente de aprendizaje. Los problemas representan los obstáculos a vencer y son las resistencias en el camino a la excelencia. En tal sentido necesitamos acogerlos cuando aparecen, porque son señales de que algo necesita cambiar, de que estás frente a una oportunidad.

"El resolver un problema simplemente restaura la normalidad, pero el progreso necesariamente proviene de explotar oportunidades".

Peter Drucker

"Un problema es aquello que pone en peligro la capacidad de la organización para alcanzar sus objetivos, y cuando aparecen hay que resolverlos; pero la oportunidad es aquello que ofrece la posibilidad de superar los objetivos".

Peter Drucker

La oportunidad representa lo importante en término de crecimiento y resultados superiores; el problema representa lo que hay que corregir.

Hay varias señales que nos dicen cuándo estamos frente a un problema:

- Se ha alterado un patrón existente en el desempeño de la organización o el grupo que amenaza el cumplimiento de los planes. Por ejemplo: no se logran las metas de colecta de sangre.
- Desviación (disminución, deterioro) de los resultados financieros anteriores. Por ejemplo: se han incrementado los gastos por fuera del presupuesto.
- Preocupaciones sobre el desempeño y resultados de la organización que le planteen sus superiores, pares, inclusive subordinados e inquietudes que no se logran resolver, como quejas de usuarios proveedores o empleados.
- Desempeño de competidores, que pueden ocasionar pérdidas de usuarios y mercado de la organización.
- Cambios en el entorno que modifican tecnologías, tendencias en el mercado, expectativas de usuarios, entre otros factores.

Aunque todos tenemos la capacidad natural para abordarlos, es necesario conocer y aprender algunas estrategias útiles para manejarlos. De lo contrario, pueden generarse consecuencias negativas. Las medidas para

afrontar las diferencias con los otros se inician con la confianza en uno mismo y en los demás; es decir, creer que se puede hacer algo y contar con habilidades sociales para cubrir tus necesidades desde el respeto hacia ti mismo y hacia el otro. Las emociones básicas que se experimentan cuando se vive un conflicto son la rabia, la tristeza y el miedo; a veces todas a la vez. La resolución de conflictos se orienta a moderar la expresión adecuada de estas emociones, la escucha de los demás y la búsqueda de alternativas válidas para los miembros que experimentan el conflicto.

¿Qué actitud tomar frente a los problemas?

Existe un amplio espectro de opciones para afrontar el conflicto. Se pueden distinguir algunas de las formas de encarar un conflicto que no favorecen la resolución del mismo, o bien que lo perpetúan o lo agravan:

- Cuando se afrontan los conflictos como quien participa de una batalla e intentan ganar a toda costa. El fin justifica cualquier medio, sean cuales fueren las consecuencias para la tarea o el clima de trabajo.
- Los arrogantes encaran el conflicto con la convicción de ser superiores a los demás. Desmerecen a la otra parte en lugar de identificar causas, efectos y alternativas de solución. Suelen generar mala predisposición de parte del otro sector en conflicto.
- Se intenta trasladar o derivar el conflicto a otras personas o sectores. La premisa básica es que, lo que evitamos, lo que no nos toca, desaparece y salimos ilesos. Sin embargo el conflicto en verdad existe, y tarde o temprano los afecta.
- Podemos decidir ignorarlos, ocultarlos o incluso negarlos, esperando que se solucionen solos o que alguien los resuelva; pero la responsabilidad sigue siendo del directivo, y esto sólo agudiza el problema.
- Podemos diferir su solución indefinidamente, esperando tener todos los detalles para resolverlo, pero su postergación puede afectar seriamente la efectividad de la respuesta. Si no existen todas las variables definidas, se puede usar la experiencia, la intuición; o apoyarse en el criterio del equipo, pero hay que actuar.

La indecisión no es únicamente una pérdida de tiempo. Cuando se difiere aumenta la preocupación. Lo que más agobia y estresa a los directivos no es el volumen o intensidad de lo que hay que hacer, sino lo que queda pendiente por resolver, que muchas veces depende de decisiones que no se han tomado.

También se pueden minimizar o disfrazar los problemas, perdiendo la posibilidad de encararlos, a fin de buscar alternativas de solución. Los directivos no pueden evadir su responsabilidad en la resolución de los problemas.

La mejor fórmula es encarar con decisión los problemas y resolverlos.

> *"La mejor decisión que podemos tomar es la correcta, la segunda mejor es la incorrecta, y la peor de todas es ninguna."*
>
> *Teodoro Roosevelt*

A la hora de resolver el conflicto es importante considerar lo siguiente:

- Cuidar la comunicación no verbal: mirar a los ojos cuando hablamos, mostrarnos muy cercanos
- Hacer una petición, mas no una exigencia a la hora de cubrir nuestras necesidades. Pensar que tenemos respeto por el otro y alentar a la cooperación.
- Hacer preguntas y sugerencias, no acusaciones, con éstas sólo se consiguen actitudes de ataque y defensa que impiden llegar a soluciones.
- No tratar de adivinar el pensamiento del otro. Preguntarle.
- Hablar de lo que el otro hizo, no de lo que es. El objetivo es cambiar conductas y una etiqueta nunca lleva al cambio.
- Centrarse en el tema que se esté tratando durante la discusión. No sacar a relucir temas pasados.
- Plantear los problemas, no acumularlos. El resentimiento hará explosión en el momento menos oportuno.
- Escuchar al otro cuando habla, no interrumpirlo.
- Aceptar las responsabilidades propias. No culpar de todo al otro.
- Ofrecer soluciones. Tratar de llegar a un acuerdo.
- Hacer ver al otro que lo has entendido, repitiendo alguna frase que haya pronunciado, reflejar sus peticiones y sobre todo destacar aquello en lo que estén de acuerdo o piensen de la misma forma. Expresar también lo que le agrada del otro.
- Evitar la crítica inadecuada, comentarios negativos, el sarcasmo o la ironía, esto solo responde al deseo de castigar al otro o de humillarle, es una venganza, no una búsqueda de soluciones.
- Preguntar al otro qué puedes hacer para mejorar las cosas.
- Interesarte por las actividades del otro.
- Buscar un ambiente adecuado que facilite el hablar: tranquilidad, intimidad, y que sea en espacio neutral.

Qué no se debe hacer para resolver conflictos:

- Evadirlos, con seguridad se agudizaran.
- Hacer suposiciones, emitir juicios y culpar.
- Ignorar los intereses de cada una de las partes.
- Atacar o interrumpir a la persona que tiene la palabra.
- Permitir que las emociones dominen el diálogo.

- Centrarse en rasgos de la personalidad que no se pueden cambiar.
- Imponer valores y convicciones personales sobre los demás.
- Dar por supuesto que se ha entendido el mensaje que se quería trasmitir.
- Imponer un acuerdo.

La mayoría de los conflictos involucran alguna dificultad en la comunicación. Por lo general, se originan a partir de diferencias en la percepción y la escucha, y son producto de las diversas interpretaciones que cada uno otorga a los mensajes que recibe.

Desde lo organizacional, algunos de las causas de conflictos son: intercambio insuficiente o excedente de información, ruidos en los canales, rumores y radio pasillos, etc. superposición de mensajes, divergencia de comunicaciones formales e informales, abuso o inadecuada elección del canal (por ejemplo, e-mails).

Desde lo interpersonal, las fuentes de conflictos más frecuentes son: los problemas semánticos, los malos entendidos, la distorsión de los mensajes, los dobles mensajes,

Hay ciertas personalidades que son más propensas a generar conflictos. También los valores propios influyen en la formación de prejuicios, criterios de trabajo, etc. La historia personal condiciona nuestro modo de generar y resolver situaciones conflictivas.

Como directivo, tiene una responsabilidad en adquirir competencias y habilidades para convertirse en un facilitador para la solución de conflictos. Las siguientes son algunas recomendaciones para el logro de esas capacidades:

Empatía o la capacidad de ponerse en el lugar del otro.

La empatía habla de la capacidad de ponerse en el lugar del otro, asumiendo que es un sentimiento que viene de otra persona y no necesariamente representa el propio. El facilitador deberá ser empático en todo momento. Es importante que la empatía se demuestre a través del respeto y la comprensión de la experiencia del otro. Así, todos los relatos o las opiniones expresadas en el grupo deberán ser acogidas por el facilitador.

Demostrar interés y atención por el otro.

Los seres humanos tenemos dos lenguajes a través de los cuales nos comunicamos: el verbal (mediante la palabra) y el no verbal (a través del cuerpo).

Escuchar activamente al otro significa prestar atención a la totalidad de lo que la persona está transmitiendo, es decir, atender tanto el contenido verbal del mensaje como el lenguaje corporal.

Esto implica dejar de hacer otras cosas mientras se escucha a quien está hablando. Una escucha activa se relaciona también con una serie de gestos que indican compromiso e interés por lo que el otro está diciendo; como asentir con la cabeza, hacer preguntas, establecer un contacto visual, etc. La escucha activa es uno de los mecanismos que deben utilizarse para lograr la empatía, ya que la persona se sentirá entendida y acogida.

No hacer juicios

Es fundamental que el facilitador comprenda que cada realidad, y por lo tanto cada persona, es única e irrepetible. Lo que cada individuo traerá será una historia particular y un modo de enfrentarla que está teñida por una serie de factores irrepetibles de cada historia. Por ello es vital valorar y respetar todas las vivencias y las maneras de enfrentar la vida. Es importante que cuando se expresen contenidos más íntimos, la conversación no se centre en lo correcto o lo incorrecto, en lo bueno o lo malo, considerando que todos los integrantes del grupo buscan hacerlo de la mejor manera posible. Dentro del proceso grupal es fundamental transmitir esta habilidad a cada miembro del grupo, ya que enriquecerá la relación entre las personas y será uno de los elementos que facilite la unión grupal.

No hacer interpretaciones

Es importante que el facilitador acoja las experiencias del grupo sin realizar interpretaciones. No se trata de permanecer indiferente frente al relato de una experiencia, sino de escucharla y permitir que sea compartida por el grupo sin realizar juicios que la valoren positiva o negativamente. De este modo el facilitador debe acoger cada una de las historias y opiniones y mantenerse en una posición más bien neutral. La actitud del facilitador debiera ser la de escuchar y acoger, centrándose en ser empático y en que el grupo se comprometa con la emoción de esa persona.

Centrarse siempre en lo positivo

Una de las tareas esenciales de un facilitador de grupo es destacar y reforzar todos los aspectos positivos de las personas y de las situaciones.

Humildad y confianza para reconocer las limitaciones

El facilitador de grupo es alguien que tiene la tarea de facilitar un espacio y un clima adecuado para que todos participen en la construcción. Esto no significa que deba tener respuesta a todas las inquietudes y preguntas del grupo. Frente a ello, el facilitador debe tener la humildad y la confianza para reconocer las limitaciones de su rol; al mismo tiempo debe hacer circular la infor-

mación y visualizar la posibilidad de que muchas de las respuestas vengan del grupo. También debe confiar en la sabiduría del grupo y destacar siempre los aportes de los demás.

Apoyo emocional

Es importante que el facilitador acoja a la persona que lo necesite y le dé el tiempo para que exprese sus emociones. Muchas veces, al no saber cómo manejar la situación, es probable que se desvíe la atención a través de consejos, anécdotas o interpretaciones, lo cual en lugar de contribuir a apoyar y escuchar a la persona en el problema que le afecta, lo evita de manera indirecta.

Pasos a seguir:

- En primer lugar:
  - Reconocer y aceptar las propias emociones.
  - Identificar y respetar las emociones de los demás.

Este punto nos llevaría a reflexionar sobre cuál de mis necesidades no se han satisfecho en una situación determinada y me ha llevado a experimentar tristeza, miedo o rabia. Viendo a su vez que a los demás también les puede estar sucediendo lo mismo, algunas de sus necesidades no se habrán cubierto: reconocimiento, atención, justicia... etc. No olvides que los seres humanos tenemos todos las mismas necesidades.

- Segundo paso:

Identificar los pensamientos que se generaron ante los problemas; por ejemplo,

yo tengo la culpa o la culpa la tiene el otro.

- Tercer paso:

Dejar de buscar culpables y describir:

- Expresar lo que yo he vivido.
- Expresar como lo he interpretado.
- Expresar como me he sentido.
- Expresar que me hubiera gustado que pasará, proponiendo cambios para el futuro.

Escuchar al otro:

- Lo que vivió.
- Cómo lo interpretó, sus intenciones reales.
- Cómo se sintió.
- Qué le hubiera gustado que sucediera, y sus propuestas para el futuro.

Probablemente esto me ayude a ver aspectos que no veía desde mi posición y postura y me ayuden a cambiar la interpretación de los hechos o por lo menos a ver desde la otra orilla y con ello a cambiar mi emoción y mi comportamiento.

- Cuarto paso: Negociar.

> *"No podemos negociar con aquellos que dicen, «lo que es mío es mío y lo que es tuyo es negociable»".*
>
> *John F. Kennedy*

En un proceso de negociación tenemos a distintos actores o partes que enfrentan divergencias y que, en vez de evadir el problema o llegar a una confrontación, se entregan a la búsqueda conjunta de un acuerdo, de una solución, de un arreglo que satisfaga sus intereses. Cada negociador tiene intereses fundamentales, zonas extremas e intransigentes, reserva de topes imperativos que definen puntos de ruptura reales, fuera de las cuales abandonará la negociación u optará por la confrontación. En el terreno práctico, poder comprender y hacer comprender lo que es negociable de lo que no lo es, es un aspecto clave en el arte de negociar.

Un elemento determinante de la negociación está constituido por la tensión que se establece entre los negociadores. Esta tensión juega el papel de moderar todo aquello que los separa y los acerca: es la resultante de su "antagonismo" y "sinergia". La sinergia descansa en el juego común por el cual un negociador acepta compartir con el otro ciertas actividades o ciertos **valores**. El antagonismo hace que el negociador afirme su punto de vista, a pesar de la parte contraria, sin tomar en cuenta su existencia. El antagonismo entre negociadores es un antecedente conductual que separa a las partes participantes en una negociación.

Ganar-ganar es el nuevo paradigma que no se debe dejar de incluir en los procesos de negociación. La razón para que al final de una negociación ambas partes puedan creer que han ganado está en que ni los intereses ni los valores de ninguna de las partes tienen por qué ser opuestos y es responsabilidad de los negociadores descubrir los puntos complementarios.

Quinto paso: Persuadir.

Hoy día, el flujo de ideas y personas es más libre que nunca. La gente no sólo pregunta ¿qué debo hacer?, sino ¿por qué debo hacerlo? La persuasión no consiste en vender una idea o convencer al oponente para que vea las cosas a nuestra manera, un proceso de aprender de los demás y negociar una solución compartida.

El buen persuasor posee la capacidad de percibir y reaccionar con precisión al estado emocional de la audiencia. En ocasiones, eso significa reprimir sus propias emociones; en otras, deberá intensificarlas. La persuasión es un proceso a menudo laborioso que requiere ideas, planificación y compromiso. Un persuasor conduce a sus compañeros a una solución compartida del problema. Los días en que se podía gritar, chillar y obligar a los empleados a adoptar ciertas posturas, han pasado ya a la historia. Hoy en día hay que atraerles ayudándoles a ver cómo pueden pasar de un punto a otro, estableciendo una cierta credibilidad, y dándoles

algún objetivo y ayudándoles a alcanzarlo. Si haces todas estas cosas, ellos derribarán las puertas.

Un rasgo en común: una mente abierta, nunca dogmática. Inician el proceso de persuasión dispuestos a adaptar sus puntos de vista e incorporar las ideas de los demás. Cuando los compañeros ven que un persuasor está interesado en escuchar sus opiniones y dispuesto a introducir cambios en respuesta a sus necesidades y preocupaciones reaccionan muy positivamente. Consideran al persuasor como una persona flexible y, por esa razón, se muestran más dispuestos a sacrificarse ellos también

• Sexto paso: Decidir.

> *"Una opinión no es más que una hipótesis, y como tal, una cosa sin valor, a menos que se le contraste con la realidad".*
>
> *Peter Drucker*

Los directivos deben saber cuándo una decisión ha de basarse en principios y cuándo hay que tomarla pragmáticamente, según las circunstancias de cada caso. Saben que la decisión más eficaz está situada entre el compromiso acertado y el equivocado y han aprendido a expresar uno en función del otro. El directivo toma estas decisiones de acuerdo con un proceso sistemático, constituido por unos elementos claramente definidos y con una secuencia de etapas bien diferenciadas. En realidad toda decisión implica emitir un juicio sobre la adopción de un riesgo. Existen seis etapas de este tipo:

1. Clasificación del problema. ¿Se trata de un problema genérico? ¿Es excepcional y único? ¿O constituye la primera manifestación de un nuevo tipo de problemas para los que todavía no existe ninguna norma?
2. Definición del problema. ¿Con qué nos tenemos que enfrentar?
3. Condiciones que tiene que satisfacer la respuesta al problema. ¿Cuáles son las «condiciones de campo» que delimitan el problema?
4. Decidir sobre lo que es «correcto», en lugar de sobre lo que es aceptable, con objeto de cumplir las condiciones de campo. ¿Qué es lo que satisfará totalmente a las condiciones antes de que se consideren los compromisos, adaptaciones y concesiones necesarias para hacer la decisión aceptable?
5. Incluir dentro de la decisión las acciones que hay que llevar a cabo. ¿En qué consisten las acciones que hay que realizar? ¿Quién las tiene que conocer?
6. Establecer el control (feedback) que comprueba la validez y la eficacia de la decisión en relación con el estado actual de los hechos. ¿Cómo se está llevando a cabo la decisión? ¿Son adecuados u obsoletos los supuestos en los que se basa?

La clasificación

Pregúntese: ¿Constituye esto un síntoma, consecuencia de un desorden fundamental, o se trata de un suceso aislado?

La mayoría de los «problemas» que surgen a lo largo del trabajo de un directivo corresponden al suceso auténticamente genérico, del que un acontecimiento individual solamente representa un síntoma. Siempre hay que contestar a lo genérico mediante una regla, un principio

El error más común, con diferencia, que cometen las personas que toman decisiones es el de enfocar una situación genérica como si se tratara de una serie de acontecimientos excepcionales: es decir, actuar de un modo pragmático sin disponer previamente de unos principios y conocimientos generales. La consecuencia inevitable es la frustración y la inoperancia.

La decisión

Hay que comenzar con lo que es "correcto", en lugar de con lo que es aceptable, precisamente porque siempre tiene que responsabilizarse del éxito final. Constituye una pérdida de tiempo preocuparse sobre lo que será aceptable, y sobre lo que el que toma decisiones debiera o no decir, para eludir las reacciones en contra. Esto puede llevarlo a apartarse de las cosas importantes y pierde posibilidad de llegar a obtener una respuesta eficaz, y mucho menos la respuesta correcta.

La acción

De hecho, no hay decisión mientras que no se le asigne y responsabilice a alguien del proceso de llevarla a cabo a través de sus etapas sucesivas. Hasta entonces, no pasa de ser solamente una buena intención. El que toma la decisión tiene que estar seguro de que los índices y medidas de valoración, y los incentivos de aquellos a quienes se les responsabiliza de la acción, se adecúen convenientemente. Pues, de no ser así, los individuos de la organización quedarán presos de un conflicto emocional interno que los paralizará

El control de los resultados

Las decisiones las toman los hombres. Los hombres se pueden equivocar. Incluso la mejor decisión tiene una gran probabilidad de estar equivocada. Aun la que es más eficaz se convierte en obsoleta. La realidad nunca permanece estática por mucho tiempo.

Algunas sugerencias prácticas para la toma de decisiones:

- Establecer prioridades. Centrarse en las decisiones de mayor impacto, (el 20x80 de Pareto).
- Recopilar y analizar la mayor cantidad de información relevante posible. (antecedentes, experiencias anteriores, criterios de expertos).
- Aplicar el "benchmarking". Analizar lo que hacen y cómo, los que han tenido éxito.
- Dividir un problema grande, en pequeños problemas.
- Generar la mayor cantidad posible de alternativas y separar la generación de ideas de su análisis y selección. (Estas son reglas básicas de la técnica de la "tormenta de ideas", el "brainstorming").
- Evaluar cada alternativa desde diferentes ángulos (criterios). Entre los criterios que se proponen están: aporte a los objetivos, tiempo requerido, costo, duración de sus efectos, impacto en el entorno, nivel de riesgo o probabilidad de ocurrencia.

Además, se recomiendan los siguientes comportamientos:

- No decida "en caliente". Si es posible, tómese un tiempo prudencial para analizar la situación y las posibles decisiones.
- Escriba las opciones posibles. Lo que no está escrito es fácil olvidarlo; cuando lo escribimos, podemos recordarlo, mejorarlo, tenerlo presente; además, nos "compulsa" a decidir.
- Valore y anote las ventajas e inconvenientes de cada una de las alternativas.
- Mire al pasado. Contéstese: ¿Cómo me fue cuando decidí algo parecido?
- Piense en los cambios que pueden producirse en el entorno en un futuro cercano.
- Piense en posibles "escenarios". Se refiere a diferentes posibles tendencias en variables clave que podamos proyectar para un futuro cercano, donde van a operar las decisiones que tomemos.
- Prepare "planes de contingencia". Responden a la pregunta: ¿Qué hacemos si sucede … ?.
- Nunca se quede sin posibles acciones ante cambios imprevistos.
- Acepte las consecuencias. No piense: !Ojalá hubiese elegido otro camino!.
- Asuma los errores como una vía de aprendizaje.

Los directivos necesitan ser proactivos y aprender a identificar los problemas potenciales y anticipar su resolución aun antes de que aparezcan. De lo contrario, estarán amarrados a una gerencia de crisis, que actúa reactivamente atendiendo pequeños incendios que aparecen; pero sin llegar a resolver las causas origen de los problemas, sino luchando contra los síntomas.

> *"El éxito de la gerencia, reside en la capacidad de conducir una adecuada exploración estratégica, lo cual se logra desechando la actitud de tomar decisiones como una reacción a problemas presentes para dedicarse a la anticipación de problemas futuros".*
>
> *Joel Barrer*

Quiero dejarte tres sugerencias finales:

- Los directivos necesitan cultivar el hábito de la acción, lo cual es contrario a diferir la toma de decisiones. A los problemas hay que salirles al paso, porque no se van a arreglar solos. El directivo necesita desarrollar su capacidad de solucionar problemas. Recuerda que una decisión no es tal mientras no se expresa en acción.
- Separa los problemas de las personas, sobre todo cuando estés en un comité de análisis de problemas. La idea es atacar los problemas y no a las personas, lo cual no los resuelve, además de generar conflictos.
- No decidas "en caliente" las decisiones importantes. Si es posible, tómate un tiempo prudencial para analizar la situación y ver las posibles opciones.

Lecturas recomendadas

- Anderson, D. (2004). Métodos Cuantitativos para los Negocios. México: Ed. Thomson.
- Costumeno, G. (2007). Relaciones en el Entorno de Trabajo. España: Ed. Paraninfo.
- Daft, R. (2006). Introducción a la Administración. México: Ed. Thomson.
- Dubrin, A. (2000). Fundamentos de Administración. México: Ed. Thomson.
- Espíndola, J. (2005). Análisis de Problemas y Toma de Decisiones. México: Pearson Educación.
- MAPCAL. (1995). Toma de Decisiones Eficaces. España: Ed. Díaz de Santos.
- Mateo, C. (1999). La Economía del Factor Información. España: Ed. Universidad de Castilla de la Mancha.
- Moreno, A. (1994). Aprendizaje Automático. España: Ed. UPC.

Capítulo 29

Competitividad

ARMANDO CORTÉS BUELVAS, MD Patólogo Clínico. Especialista en Mercadeo Estratégico y Gerencia en Salud. Director Hemocentro del Valle del Cauca. Cali Colombia. Profesor titular Departamento de Patología. Universidad del Valle. Presidente del Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional. Colombia. Email: acortes59@gmail.com

¿Qué es la competencia? La Real Academia Española define la competencia como una "situación de empresas que rivalizan en un mercado ofreciendo o demandando un mismo producto o servicio"; y competitividad es "la capacidad para competir" o mejor aún, "la rivalidad para la consecución de un fin".

En el nuevo orden, la economía es sistémica con gran interdependencia de los mercados y de la economía política internacional, que obliga a la apertura y derrumbe de las fronteras y a una hipercompetencia global en el mercado local, donde el más veloz impone el ritmo de la competición. Del mismo modo hoy la estrategia es un juego de movimientos y no de posiciones y el benchmarking es ahora también internacional.

Es de considerar en el nuevo orden que la permanencia de las empresas parece verse favorecida por la expansión de mercados generada en la globalización, con la desaparición progresiva de los límites fronterizos y la caída de los grandes monopolios, sin embargo, paralelamente genera una proliferación de competidores con gran vocación exportadora y preparados para competir, con acceso y disponibilidad a una mejor tecnología y mejores prácticas, con usuarios más sofisticados que acceden a la información y exigen cada vez mejores productos y productos específicos según sus necesidades particulares; además, la calidad alcanzada por un producto nunca se puede reducir, la demanda sólo tolera su aumento.

Este cambio en los mercados ha llevado a las empresas a una competencia de valores agregados, a hacer esfuerzos por conocer mejor y gerenciar los clientes y ya no basta con solo participar en el mercado sino que hay que apropiarse del mismo. Esto hace que la competitividad sea un requisito para subsistir y para ello debe adoptar un nuevo modelo de organización que garantice la excelencia operacional, en liderazgo del producto y en la aproximación al cliente como observamos a continuación:

El nuevo modelo de organización.

- Menos costos.
- Menos niveles organizacionales.
- Menos funciones... más procesos.
- La organización virtual... más conocimiento del cliente.
- Benchmarking.
- Mercadeo centrado en la retención de los clientes, crear vínculos afectivos y la construcción de comunidades de consumidores.
- Más conocimiento de la competencia.
- Más utilización de la tecnología.
- Más trabajo en equipo.... menos Individual.
- Más empoderamiento. Autonomía.
- La venta se orienta a beneficios y soluciones.
- Más educación que capacitación.
- Más Control de Gestión.
- Más proactiva. Abierta al cambio.
- Mayor diferenciación por el servicio.

Las organizaciones deben mantener sistemáticamente ventajas comparativas que le permitan alcanzar, sostener y mejorar una determinada posición en el

entorno socioeconómico, independiente de su razón social o su naturaleza privada o pública, con o sin ánimo de lucro.

La basa para el logro de una ventaja competitiva sustentable radica en:

- La velocidad de aprender e innovar nuevos productos y procesos a lo largo de la cadena de valor.
- Agregar valor a lo largo de toda la línea de producción y por tanto en la empresa.
- Hacerlo de manera continua y más rápido que la competencia, incluyendo los competidores internacionales.
- El factor estratégico es el CAPITAL INTELECTUAL como producto de nuevo conocimiento = INNOVACIÓN.

¡Mi producto es original y único!. Bueno, para asegurar eso debemos analizar a los competidores, y ponernos a prueba. Sin comparación, no hay mejora. Si analizamos a la competencia es para evitar caer en el error de repetir lo que otros ya han hecho. Se debe generar la mayor satisfacción de los consumidores.

Concebida de esta manera se asume que las empresas más competitivas podrán asumir mayor cuota de mercado a expensas de empresas menos competitivas, si no existen diferencias de mercado que los impidan.

El análisis de la competencia consiste en el análisis de las capacidades, recursos, estrategias, ventajas competitivas, fortalezas, debilidades y demás características de los actuales y potenciales competidores de una empresa, con el fin de poder, con base en dicho análisis, tomar decisiones o diseñar estrategias que permitan competir con ellos de la mejor manera posible.

El análisis de la competencia no sólo nos permite estar prevenidos ante los nuevos movimientos o acciones realizados por nuestros competidores, sino también aprovechar sus falencias o debilidades, bloquear o hacer frente a sus virtudes o fortalezas, y tomar como referencia sus productos, servicios o las estrategias que les estén dando buenos resultados.

El análisis de la competencia no es necesariamente una tarea compleja que requiere una exhaustiva investigación de nuestros competidores por una empresa de investigación de mercados; el análisis de la competencia puede ser muy sencillo, como visitar los locales de nuestros competidores, tomar nota de sus procesos, visitar sus páginas web y averiguar o experimentar sus productos y servicios. Investigue todo lo que pueda, en especial los factores claves de éxito en la competencia.

Factores claves para competir con éxito.

1. Visión humana
   - Mejoramiento permanente cliente interno pre-requisito para buen servicio.
   - Énfasis en el talento humano.
   - Compromiso de los colaboradores.
   - Trabajo en equipo.
   - Sintonía y velocidad de respuesta frente necesidades y expectativas del cliente interno.
2. Informática y tecnología
   - Auge de servicios electrónicos.
   - Bases de datos para la preparación de ofertas segmentadas.
   - Contacto de la gerencia con los clientes.
   - Educación al cliente.
   - Innovación.
   - Acercamiento de la organización al sitio del cliente.
3. Sistema integrado de mercadeo
   - Mercadeo uno a uno.
   - Mercadeo en colaboración.
   - Diferenciación por el servicio (valor agregado).
   - Manejo anticipado de momentos de verdad.
   - Manejo integral de diferentes estrategias de mercadeo para lograr apropiación del mercado.
4. Apertura
   - Mercado mundial.
   - Calidad internacional.
   - Reorientación de negocios.
   - Mayor posibilidad de selección por parte del cliente.

Factores que determinan la competitividad

Las empresas se hacen competitivas al estar sometidas a una presión de competencia que las obligue a desplegar esfuerzos sostenidos por mejorar sus productos y su eficiencia productiva.

Sin embargo, para saber los factores que determinan la competitividad, habría que irse a la empresa, y al sector, e identificar cuáles son los factores que determinan que las empresas generen valor agregado y que ese valor se venda en el mercado, y si realmente esos factores son sostenibles en el mediano y largo plazo.

Capacidades directivas

La competitividad más que cualquier otra cosa depende de las personas; de sus actitudes ante los retos, de sus habilidades, de sus capacidades de innovar, de su intuición y creatividad, de saber escuchar y comunicarse con otros, de hallar y usar información, de planear y resolver problemas, de trabajar individualmente y en equipo, de aprender a aprender, responsabilidad y tenacidad, valores y sensibilidad social.

Debemos cambiar nuestras formas de liderizar grupos de individuos y negocios, de gerenciar procesos, de pensar-sentir-actuar, cambiar las cosas por medio de la creatividad, cambiar puntos de vista, de encontrar nuevos enfoques para ver las cosas. Así las empresas podrán adaptarse rápidamente a los cambios de la sociedad. La actitud no basta, la acción es esencial, el aprendizaje no se da hasta que el comportamiento no haya cambiado.

Los directivos desempeñan un papel crucial en las empresas, y sobre ellos recae la responsabilidad de elegir entre las distintas opciones estratégicas y además en la mayoría de los casos son las que las implementan, por tanto se hace necesario un amplio conocimiento de los recursos y capacidades de sus empresas y de su entorno competitivo.

El directivo debe realizar elecciones estratégicas de acuerdo con las exigencias del entorno, con su propensión a generar e implantar soluciones creativas a los problemas de la empresa e, incluso, con su nivel de productividad.

Calidad en la producción o prestación de servicios. Diferenciación.

El ser competitivo hoy en día significa tener características especiales que nos hacen ser escogidos dentro de un grupo de empresas que se encuentran en un mismo mercado. Es diferenciarnos por nuestra calidad, habilidades, cualidades, capacidad de cautivar, de seducir, de atender y asombrar a los clientes, con nuestros bienes y servicios, lo cual se traduce en un generador de riquezas.

Lograr la conformidad del conjunto de características y atributos de un producto con las necesidades y expectativas del comprador representa otro de los factores necesarios para competir, el cual también determina decisivamente la reputación o imagen de la empresa en el mercado. Aunque a corto plazo pueden suponer fuertes inversiones, a medio y largo plazo reducen costos, atraen clientes y empleados satisfechos y mejoran la productividad y los resultados de la empresa. También significa realizar correctamente cada paso del proceso de producción para satisfacer a los clientes internos de la organización y evitar satisfactores defectuosos. La satisfacción del cliente aumenta su fidelidad al producto o servicio. La calidad del servicio está relacionada con la capacidad de satisfacer a clientes, usuarios o ciudadanos, en forma honesta, justa, solidaria, transparente, amable, puntual, etc., logrando altos grados de satisfacción en sus relaciones con la organización o institución proveedora del servicio.

Productividad

La capacidad de producir mayor cantidad de producto de una cierta calidad (sean bienes o servicios) con menos recursos. La productividad depende en alto grado de la tecnología (capital físico) usada y la calidad de la formación de los trabajadores (factores del capital humano). En cuanto a los servicios, especialmente los que requieren atención personal directa, la productividad frecuentemente es mucho más difícil de mejorar mediante capital físico o humano. Una mayor productividad redunda en una mayor capacidad de producción a igualdad de costes, o en un menor coste a igualdad de producto producida. Un coste menor permite precios más bajos o presupuestos menores.

Imagen

Es la capacidad de la organización de promover en la mente de muchas personas la idea de que es la mejor alternativa para la obtención de los bienes o servicios que dejarán satisfechas sus necesidades y sus expectativas. Posicionar la marca en la cabeza y gustos del consumidor.

Ventajas competitivas

No basta competir, es necesario lograr ventajas competitivas. Pues las empresas competitivas serán aquellas capaces de ofrecer continuamente productos y servicios con tributos apreciados por sus clientes. Las ventajas competitivas son dinámicas, los mercados pueden cambiar sus exigencias o la tecnología de la empresa puede verse desplazada por las de la competencia. Si una empresa no invierte en mantenerlas, remozarlas, tarde o temprano estará condenada a perderlas. Las ventajas de costos están asociadas con la capacidad de ofrecer a los clientes un producto al mínimo costo. Las ventajas competitivas de valor, por su parte, están basadas en la oferta de un producto o servicio con atributos únicos, discernibles por los clientes, que distinguen a un competidor de los demás.

Recursos tecnológicos

Dentro de los recursos tecnológicos se incluye el inventario de tecnologías, la experiencia en su aplicación y los medios humanos, científicos y técnicos para su desarrollo. Para afrontar los abundantes desafíos del entorno y poder adaptarse a las exigencias de los clientes, las empresas deben examinar cuidadosamente las mejoras que pueden introducir tanto en sus productos o servicios como en sus procesos. Para ello deberán incorporar o desarrollar activos tecnológicos que les permitan posicionarse por delante de su competencia. Las empresas que sólo realizan nuevas inversiones cuando comprueben que los competidores obtienen buenos resultados –o desconocen la posición tecnológica de las empresas rivales– estarán abocadas al fracaso. Los directivos deben planificar cuidadosamente las inver-

siones en nuevas maquinarias y procesos, y asegurar en sus recursos humanos las competencias necesarias para su manejo.

Innovación

El éxito de las empresas también se asocia al desarrollo de nuevos productos, servicios o procesos que permitan responder a las necesidades de los clientes, adaptarse a los cambios en el entorno o mejorar las oportunidades para alcanzar los objetivos de la empresa.

Recursos comerciales

Los procesos comerciales, orientados al mejor conocimiento del mercado y de los clientes, son un medio muy importante de mejora del rendimiento económico, de la fidelización de clientes, y de la diferenciación de la competencia. Para ello se necesita contar con profesionales de marketing adecuados a las necesidades; realizar campañas destinadas a fortalecer la marca.

Recursos humanos-capacitación laboral

Para lograr el éxito competitivo, las empresas deben establecer los mecanismos que permitan atraer candidatos cualificados, retener y motivar a los actuales empleados y establecer fórmulas que los ayuden a crecer y desarrollarse dentro de la empresa. La escasa capacidad para atraer y retener personal cualificado, se debe fundamentalmente a la menor posibilidad de ofrecer incentivos salariales. Los bajos salarios pueden complementarse con fórmulas alternativas de retribución adaptadas a cada individuo, por medio de la flexibilidad horaria, los planes de formación o la participación en la gestión, entre otros. El limitado acceso a procesos formativos de capital humano, obstaculiza el aumento de la productividad. Esta situación se traduce en un bajo nivel de competitividad y repercute en una limitada capacidad para generar empleo productivo de mayor remuneración e ingresos.

Recursos financieros

El mantenimiento de buenos estándares financieros es uno de los aspectos relevantes para alcanzar el éxito competitivo en las empresas. La debilidad de los balances hace necesaria una correcta y minuciosa planificación financiera a corto plazo que evite una la falta de liquidez. Asimismo, que habitualmente el poder de negociación con entidades de crédito sea inversamente proporcional al tamaño de la empresa, hace necesario un alto conocimiento de la oferta financiera y una especial atención a los fondos propios. Además, resulta vital constituir reservas o fondos que permitan la disminución de los costes financieros y aprovechar las ayudas oficiales existentes (subvenciones, bonificaciones fiscales, etc.).

Cultura

Con este término se hace referencia al conjunto de hábitos, creencias, expectativas y valores compartidos por todos los miembros de la organización. La cultura guía el comportamiento de las personas que forman parte de la empresa; sienta las bases de los procedimientos; y ayuda a mantener la cohesión interna. Las empresas que posean fuertes valores culturales lograrán que sus trabajadores tengan claro cuál es su misión, qué deben hacer y qué se espera de ellos, a quién delegar en caso necesario y, lo que es más importante, cómo actuar ante situaciones imprevisibles.

La competitividad de las empresas puede estar supeditada a las condiciones que favorezcan la competitividad nacional.

Fundamentos de la competitividad nacional

- Estabilidad macroeconómica.
- Grado de certidumbre política.
- Baja tensión social.
- Sistema judicial eficiente.
- Sistema tributario estable.
- Seguridad ciudadana.
- Infraestructura.
- Eficiencia de sistema financiero.
- Regulaciones de fomento a la innovación.
- Protección a la propiedad intelectual.
- Acceso a la información.
- Especialización de factores en torno a clusters.
- Mayor uso de insumos locales.
- Fortalecimiento de proveedores locales.

Análisis competitivo

El análisis competitivo es un proceso que consiste en relacionar a la empresa con su entorno. **Es mirarse a sí mismo para constatar sus defectos, debilidades, fortalezas y oportunidades,** que le afectan dentro de su mercado objetivo. Este análisis permitirá el diseño de la estrategia; para ello deberemos conocer o intuir lo antes posible:

- La naturaleza y el éxito de los cambios probables que pueda adoptar el competidor.
- La probable respuesta del competidor a los posibles movimientos estratégicos que otras empresas puedan iniciar.
- La reacción y adaptación a los posibles cambios del entorno que puedan ocurrir de los diversos competidores.

Además de determinar los límites del terreno competitivo, es necesario establecer si ese territorio es atractivo o no.

El modelo de las "Cinco Fuerzas" de Porter y el análisis del entorno nos ayudará a determinar el atractivo del mercado, pero debemos tener en cuenta que estas fuerzas podrán ser modificadas -abatidas o acentuadas- por la intervención del gobierno**, l**os cambios tecnológicos **y e**l crecimiento del mercado

Las estructuras de esos terrenos competitivos están continuamente cambiando en respuesta a las exigencias también cambiantes de los clientes, a las innovaciones en los productos y en los procesos, a las fluctuaciones de las divisas y de los costos, o a todo lo que altere el equilibrio competitivo.

La competencia está integrada por las empresas que actúan en el mismo mercado y realizan la misma función dentro de un mismo grupo de clientes. No es, por tanto, nuestro competidor solo aquel que fabrica un producto genérico como el nuestro, sino aquel que satisface las mismas necesidades que nosotros con respecto al mismo público objetivo o consumidor; por ejemplo, del servicio de sangre pueden ser competencia los medicamentos alternativos como la eritropoyetina, el hierro, etc.

A partir del análisis competitivo, se diseñará el proceso de planificación de la estrategia, que responde a estas preguntas clave: ¿Dónde estamos? ¿Adónde queremos ir? y ¿cómo llegaremos allí?

Debemos centrarnos, a su vez, en dos tipos de análisis:

- Análisis interno. Supone analizar la estructura organizativa de la propia empresa, y de los recursos y capacidades con las que cuenta.
- Análisis externo. Supone el análisis del entorno, de la competencia, del mercado, de los intermediarios y de los suministradores.

Para estudiar a la competencia has de fijarte unos objetivos. Empieza haciéndote estas preguntas:

¿Quién es mi competencia? y ¿cuántos competidores vas a tener?.

¿Cuál es el tamaño de la competencia y su fortaleza?

¿Cuál es su volumen de ventas, participación?

¿Cuál es la calidad del producto o servicio que ofrecen?

¿Cuáles son sus estrategias de marketing y ventas?

¿Quiénes tienen el poder de negociación?, ¿mis clientes?, ¿mis proveedores?

¿Cuál es mi ventaja competitiva?

¿Quién es mi competencia?

Las empresas competidoras son aquellas que operan en el mismo mercado o sector donde desarrollas tu negocio. Cuando hablamos de competencia, nos referimos a:

- **Competencia directa:** son empresas que operan en el mismo mercado (segmento). Venden el mismo producto o servicio y se dirigen a los mismos clientes
- **Competencia indirecta:** son empresas que operan en tu mismo mercado, se dirigen a los mismos clientes, pero ofrecen un servicio o producto sustituto o alternativo. Un ejemplo es el caso mencionado de los fármacos sustitutos.

¿Qué aspectos de la competencia he de analizar?

Para saber acerca de nuestros competidores revisemos:

- quiénes son nuestros competidores.
- cuántos son.
- cuáles son los líderes o los principales.

Una vez has identificado a tus competidores directos e indirectos, selecciona a los competidores que creas más relevantes. Una vez hecha la selección, define los siguientes aspectos:

- Nombre de la empresa Sus productos o servicios. ¿Qué venden? ¿Cómo lo producen? ¿quiénes son sus proveedores?, qué características tiene el producto que lo hace tan competitivo o irrelevante?. Revisa toda la cartera de productos y servicios.
- **Dónde trabajan:** Es posible que algunas empresas sólo trabajen en tu ciudad, sin embargo otras pueden trabajar en más sitios.
- Sus estrategias de venta y marketing. Es decir, cómo lo venden: qué canales de distribución utilizan, cuántos puntos de venta tienen, cómo lo comercializan, sus campañas publicitarias, contenidos en páginas web, redes sociales, foros, etc.
- Volumen de ventas, para hacerte una idea de su participación en el mercado.
- Precios. Cuáles son sus campañas de promociones, tarifas y ofertas.
- Recursos y número de empleados.
- Posicionamiento en el mercado.
- Cuentas anuales.
- Cuál es su experiencia en el mercado.
- Cuál es su capacidad de producción o de abastecimiento.
- Cuáles son sus principales estrategias.
- Cuáles son sus ventajas competitivas.
- Cuáles son sus fortalezas y debilidades.
- Cómo han logrado llegar a dónde están o por qué no han tenido los logros esperados.

¿Cómo analizo a la competencia?

Observa a la competencia en todas sus manifestaciones. Una vez establecidos los aspectos que quieres analizar, revisa en la misma web de la empresa si puedes encontrar información tan valiosa como precios, tarifas, puntos de ventas, servicios y productos. Muchas

empresas también expiden un informe anual donde encontrarás datos de ventas y facturación, así como su expansión con respecto a años anteriores. Investiga en otras páginas web, en foros, redes sociales, en la prensa y las publicaciones especializadas. Lee los comentarios o las reseñas que los consumidores hagan sobre ellos.

Muchos de los aspectos que quieres averiguar -como las estrategias de ventas y marketing- no los podrás encontrar en abierto. Las campañas de promoción o publicitarias son manifiestas. Observándolas en medios de comunicación e internet puedes definir qué estrategia siguen tus competidores.

Datos como las cuentas anuales los puedes solicitar en el registro mercantil. Además, hay organizaciones que te ofrecen informes de empresas, autónomos, valoración de empresas o informes sectoriales.

Podrías entrevistar a antiguos o actuales empleados de la competencia, aún existen canales que te permiten encontrar y contactar a ex-empleados, acudir a uno no deja de ser un riesgo y puede afectar la ética profesional. Esto no deja de ser un riesgo porque ya no está al tanto de las estrategias corrientes, y la información que te pueda ofrecer podría estar desfasada. Indaguemos acerca de sus fortalezas y debilidades, o a sus clientes en donde les preguntemos, por ejemplo, por qué los prefieren a ellos antes que a nosotros, o qué palabras asocian o se les viene a la mente cada vez que escuchan su nombre o marca.

Visita sus locales para observar y tomar nota de sus procesos, el desempeño de su personal, su atención al cliente, sus productos o servicios más solicitados, sus precios, su decoración, etc., visitar los mercados en donde se ofrezcan sus productos o servicios, y observar sus características y la reacción del público ante éstos, o adquirir sus productos o probar sus servicios para poder analizarlos mejor.

La importancia del análisis de la competencia, es descubrir nuevos nichos de negocio, nuevos servicios y productos que antes no ofrecía nadie o de una forma que nadie lo había hecho hasta ahora. El análisis de la competencia es la forma de poder constatar sus defectos y debilidades, así como sus fortalezas y oportunidades.

El análisis de la competencia debe quedar implantado y en pleno funcionamiento. La competencia puede reaccionar ante tu estrategia o la de los otros, los otros también innovan, ofrecen promociones o diseñan estrategias para superar al resto de los competidores. No te puedes quedar quieto nunca.

Análisis Porter de las cinco fuerzas competitivas

Se trata de un modelo estratégico elaborado en 1979 por el profesor Michael Porter de la escuela de negocios de Harvard que define que toda competencia depende de las cinco fuerzas competitivas que se interaccionan en el mundo empresarial:

- Amenaza de nuevos entrantes.
- Rivalidad entre competidores.
- Poder de negociación con los proveedores.
- Poder de negociación con los usuarios.
- Amenaza de productos o servicios sustitutivos.

La acción conjunta de estas cinco fuerzas competitivas es la que va a determinar la rivalidad existente en el sector. Los beneficios obtenidos por las distintas empresas van a depender directamente de la intensidad de la rivalidad entre las empresas, a mayor rivalidad, menor beneficio. La clave está en defenderse de estas fuerzas competitivas e inclinarlas a nuestro favor.

Los factores cruciales en la competencia de una compañía se pueden representar, según Porter, de la siguiente manera:

Análisis de las fuerzas competitivas

Barreras de entrada y de salida

La amenaza de los nuevos entrantes depende de las barreras de entrada existentes en el sector. Estas barreras suponen un grado de dificultad para la empresa que quiere acceder a un determinado sector. Cuanto más elevadas son las barreras de entrada, mayor dificultad tiene el acceso al sector.

Hay seis fuentes fundamentales de barreras de entrada:

- Economías de escala. Se refieren a la disminución en costes unitarios de un producto cuando aumenta el volumen de compra.
- Diferenciación de producto. Significa que las empresas establecidas tienen identificación de marca y lealtad de cliente, esto crea una fuerte barrera de entrada ya que fuerza a los posibles entrantes a gastarse fuertes sumas en constituir una imagen de marca.
- Requisitos de capital. Necesidad de invertir recursos financieros elevados, no solo para la constitución de la empresa o instalaciones sino también para conceder créditos a los clientes, tener *inventarios*, cubrir inversiones iniciales, etc.
- Acceso a los canales de distribución. Necesidad de conseguir distribución para su producto. La empresa debe persuadir a los canales para que acepten su producto mediante disminución de precio, promociones... reduciendo beneficios.
- Curva de aprendizaje o experiencia. El *know how* o saber hacer de toda empresa marca una importante limitación a los posibles competidores que tienen que acudir de nuevas a ese mercado concreto.

- Política del gobierno. Puede limitar o incluso cerrar la entrada de productos con controles, regulaciones, legislaciones, etc.

Las barreras de salida son factores económicos estratégicos y emocionales que hacen que las empresas sigan en un determinado sector, aun obteniendo bajos beneficios e incluso dando pérdidas.

Hay seis fuentes principales de barreras de salida:

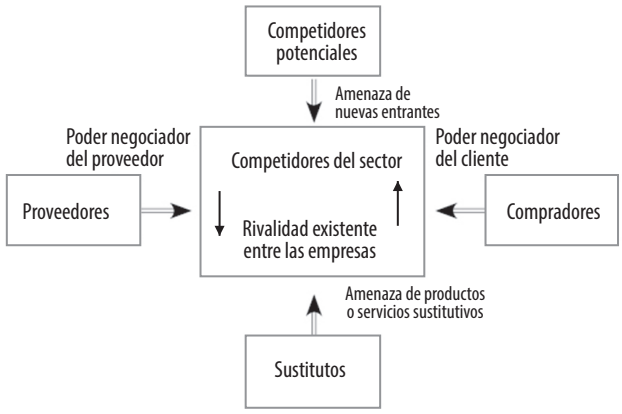
- Regulaciones laborales. Suponen un alto coste para la empresa.
- Activos poco realizables o de difícil reconversión. Activos altamente especializados con pequeño valor de liquidación.
- Compromisos contractuales a largo plazo con los clientes, por quienes debemos permanecer más tiempo en el sector, manteniendo la capacidad para la fabricación, los costes de producción, etc.
- Barreras emocionales. Suponen una resistencia emocional por parte de la dirección a una salida que está económicamente justificada y que no se quiere llevar a cabo por lealtad a los empleados, por temor a la pérdida de prestigio, por orgullo, etc.
- Interrelaciones estratégicas. Las interrelaciones entre unidades de negocio y otras en la compañía en términos de imagen, capacidad comercial, acceso a mercados financieros... son la causa de que la empresa conceda una gran importancia estratégica a estar en una actividad concreta.
- Restricciones sociales y gubernamentales. La negativa del gobierno a decisiones de salida, debido a la pérdida de puestos de trabajo, a efectos económicos regionales, etc.

Productos sustitutivos

Los productos sustitutivos limitan el potencial de una empresa. La política de productos sustitutivos consiste en buscar otros que puedan realizar la misma función que el que fabrica la empresa en cuestión. Este concepto es el que hace que entre en competencia directa con el producto al que se le presenta como sustitutivo, ya que cumple la misma función dentro del mercado y satisface la misma necesidad en el consumidor. Los productos sustitutivos que entran en mayor competencia son los que mejoran la relación precio-rentabilidad con respecto al producto de la empresa en cuestión.

La sexta ventaja competitiva

La transformación en la dinámica competitiva de las empresas nos obliga a plantearnos más que nunca la necesidad de establecer una verdadera gestión estratégica de las personas. La situación actual se caracteriza por un entorno volátil, de alta incertidumbre, y complejidad; por unos empleados más comprometidos con su profesión que con su empresa, que valoran su autonomía y su desarrollo profesional, y que, en gran medida, serán quienes contengan la clave de las ventajas competitivas de sus empresas. En un entorno así, no hay duda que la gestión de las personas va a constituir la clave de la competitividad empresarial. En una época en la que prácticamente todos los ámbitos de la empresa se llegan a considerar estratégicos –las finanzas, los sistemas de información, la logística, las alianzas– también se deben "gestionar estratégicamente a las personas de una organización"



La dirección estratégica de las personas debe considerar que las personas son simultáneamente agentes económicos, sujetos psicológicos y actores sociales. Ninguna de estas perspectivas es por sí sola capaz de explicar el comportamiento humano en toda su complejidad. Sólo combinando distintas perspectivas de análisis seremos capaces de comprender los cambios de comportamiento.

La dirección estratégica de las personas comienza por una concentración de esfuerzos gerenciales en torno a un conjunto de prácticas denominadas de alto rendimiento o alto compromiso, cuya implantación tiene un impacto positivo relevante sobre el valor y los resultados de las empresas. Para lo anterior se debe cuidar la coherencia interna entre unas prácticas y otras, y la coherencia entre el sistema de prácticas y las competencias esenciales que marca la estrategia de la organización.

La dirección estratégica de personas exige como requisito la medición o evaluación de los resultados de la gestión. Exige que se haga un esfuerzo por estimar en qué medida las inversiones realizadas para gestionar los recursos humanos contribuyen realmente a mejorar el rendimiento de la organización.

Las empresas han de ser capaces de manejar relaciones de empleo múltiples con diferentes grupos de empleados. Algunas de estas relaciones serán de larga duración y basadas en el compromiso. Otras serán relaciones de mercado basadas en el cumplimiento de un

contrato; y algunas más consistirán en asociaciones de beneficio mutuo. Las personas de mayor valor estratégico suelen ser contratadas con perspectiva de largo plazo. Las empresas deben fijarse una estrategia que tenga que ver con el desarrollo de competencias únicas y diferenciales que luego puedan ser explotadas según evolucione el entorno.

Estrategias

Según Porter, estrategia es la configuración de un sistema de actividades singular que posiciona a la empresa en su sector para lograr una rentabilidad superior a largo plazo. Así, el objetivo de la estrategia es incrementar la diferencia entre valor del producto para el cliente (la disponibilidad a pagar por el producto) y el costo y establecer una ventaja competitiva. El propósito no es únicamente incrementar los beneficios afectando directamente al precio, volumen, o coste, sino también deteriorar y, si es posible, interrumpir los ciclos de los competidores. Competir no consiste en bajar el precio, introducir nuevos productos para ampliar el volumen de ventas, o incrementar el gasto publicitario para acrecentar la disponibilidad a pagar; competir es crear nuevos ciclos, estimular los ya existentes y a la vez frenar y, si es posible, destruir los de los competidores.

Luego de haber recolectado la información acerca de nuestros competidores, el siguiente paso consiste en analizarla, para lo cual podríamos ayudarnos de la elaboración de tablas en donde incluyamos a nuestros principales competidores junto con la valoración que le demos a diferentes factores tales como innovación, atención al cliente, costos, comunicación, relacionamiento, etc. Luego de analizar la información, procedemos a tomar decisiones o diseñar estrategias que nos permitan aprovechar las oportunidades o hacer frente a las amenazas encontradas en el análisis que hayamos realizado o en las conclusiones a las que podríamos haber llegado a partir de éste.

¿Para qué nos sirve esto?

- Para ver **dónde tenemos que estar.**
- Para ver **dónde no hay nadie:** ser los primeros en algún sitio puede ser una ventaja, o puede que no haya nadie porque no hay nada que hacer allí.
- Para ver **qué productos/servicios no se ofrecen en nuestra zona:** ¿podemos hacerlo nosotros?
- Para ver **qué precio medio tienen** y establecer el nuestro con conocimiento de causa.
- Para ver **qué forma tienen de comunicarse:** ¿quiero seguir esa línea o romper completamente?

Asimismo, debemos también estar siempre atentos a los movimientos, acciones o estrategias que realicen nuestros competidores (por ejemplo, el lanzamiento de nuevos productos o de nuevas campañas publicitarias), así como tratar de prever dichos movimientos, acciones o estrategias, y adelantarnos a éstos.

Estrategia de actuación frente a la competencia

Según adoptemos una postura u otra frente a la competencia, podemos diferenciar cuatro tipos distintos de estrategias:

- *Estrategia de líder*. El líder es aquel que ocupa una posición dominante en el mercado reconocida por el resto de las empresas. Un líder se enfrenta a tres retos: el desarrollo de la demanda genérica, desarrollando la totalidad del mercado captando nuevos consumidores o usuarios del producto, desarrollando nuevos usos del mismo o incrementando su consumo; proteger la participación del mercado, con respecto a la cual puede adoptar diversas estrategias como la innovación, la distribución intensiva, la confrontación abierta con respecto a los precios...; y ampliar la participación del mercado, aumentando la rentabilidad de sus operaciones sin incurrir en posiciones monopolísticas.
- *Estrategia de retador*. Consistente en querer sustituir al líder, ya que no se domina el mercado. Con ello trata de incrementar su participación de mercado mediante estrategias agresivas. Estas pueden consistir:
  - Ataque frontal: utilizando las mismas armas que el líder.
  - Ataques laterales: teniendo como objetivo los puntos más débiles del competidor, pudiendo adoptar varias formas como el desbordamiento, acercamiento, la guerrilla, etc.
- *Estrategia de seguidor*. El seguidor es aquel competidor que tiene una cuota de mercado más reducida que el líder. Su estrategia consiste en alinear sus decisiones con respecto a las del líder. No ataca, coexiste con él para repartirse el mercado. Trata de desarrollar la demanda concentrándose en segmentos del mercado en los que posee una mayor ventaja competitiva, con una estrategia propia.
- *Estrategia de especialista*. El especialista es aquel que busca un hueco en el mercado en el que pueda tener una posición dominante sin ser atacado por la competencia. Se concentra en un segmento del mercado, dominándolo y sirviéndolo con una gran especialización y obteniendo suficiente potencial de beneficio.

Estrategia de crisis: retirarse, resistir o reinventarse

Algunos enfoques o soluciones pueden emplearse para contrarrestar la situación competitiva de las empresas:

- Retirarse. La falta de liquidez y los cambios tecnológicos, sociales y culturales obligan a un importante

número de compañías a cerrar sus puertas, por no poder contrarrestar los cambios producidos en el mercado o contar con la tesorería suficiente para aguantar el ciclo económico.
- Resistir. Las empresas adoptan estrategias para intentar competir en el mercado. Su objetivo es intentar competir «como sea» hasta que la crisis pase. Esta actitud tiene un importante desgaste anímico, económico y profesional y no siempre sale.
- Reinventarse. Las empresas que se encuentren en una etapa de crisis establecen una política de cambios e innovación. Innovar en sus estrategias, en sus productos o servicios, en sus canales de distribución, etc. Además, tienen que prestar una máxima atención a sus clientes, a sus vendedores, etc.

Tipos de estrategias

- Penetración en el mercado: buscar mayor participación en el mercado.
- Desarrollo del mercado: introducción de productos actuales.
- Desarrollo del producto: añadir nuevos productos pero relacionados.
- Diversificación: añadir nuevos productos no relacionados.
- Asociaciones: una empresa que trabaja con otra en un proyecto.
- Reducción: reducción de costos y activos para disminuir la declinación en ventas.
- Desposeimiento: venta de una organización o parte de ella.
- Liquidación: venta de todos los activos de la empresa por partes, por su valor tangible.

Alternativas estratégicas

- Estrategias ofensivas.-

Buscan la consolidación de una empresa en su mercado
  - Fusiones adquisiciones
  - Operaciones conjuntas
  - Innovación
  - Alianzas estratégicas
- Estrategias defensivas

Se aplican en una empresa para anticipar los problemas y evitar las catástrofes que puedan afectar a una organización
  - Reducción o achicamiento
  - Desinversión
  - Liquidación
  - Alianzas estratégicas

Cadena de valor empresarial

Es un modelo que permite describir el desarrollo de las actividades de una organización empresarial generando valor al cliente final, siendo una importante herramienta de análisis para la planificación estratégica. Su objetivo final es maximizar la creación de valor mientras se minimizan los costes. Se trata, pues, de crear valor para el cliente, lo que se traduce en un margen entre lo que se acepta pagar y los costos incurridos por adquirir la oferta. La cadena de valor ayuda a determinar las actividades o competencias distintivas que permiten generar una ventaja competitiva. Rentabilidad significa un margen entre ingresos y gastos. Cada actividad que realiza la empresa debe generar la mayor rentabilidad posible. De no ser así, debe costar lo menos posible, con el fin de obtener un margen superior al de los rivales.

Responsabilidad social corporativa

La **responsabilidad social corporativa** se define como la contribución activa y voluntaria al mejoramiento social, económico y ambiental por parte de las empresas, generalmente con el objetivo de mejorar su situación competitiva, valorativa y su valor añadido. El término empresa social fue acuñado por Muhammad Yunus para describir las empresas que ganan dinero mientras benefician a la sociedad en la que operan. No se trata ni de organizaciones no gubernamentales ni de fundaciones filantrópicas. Este tipo de empresas se crean con un propósito social desde el principio, aunque también es posible transformar una empresa ya establecida en una empresa social. El factor que las diferencia de las demás es que el propósito social es su principal objetivo de negocio, y que éste se refleja claramente en sus decisiones. Las empresas deberían elegir las cuestiones que desean promover en función de tres criterios: la relevancia dentro de su visión, misión y valores; el impacto sobre su negocio y el impacto social. Cada vez más consumidores juzgan a las empresas por su nivel de compromiso con las cuestiones públicas y sociales, entre otras cosas. Algunas empresas están a la altura de las circunstancias y convierten el cambio social en una parte integrante de su personalidad. Transforman la sociedad. En el extremo opuesto se encuentran las escasas empresas que creen que pueden obtener ventajas del creciente interés por esta cuestión, y se han lanzado con decisión a comercializar productos y servicios ecológicos.

Cómo se mide la competitividad de la empresa

- Eficiencia: obtención del mejor resultado con la menor utilización de los recursos económicos
- Competitividad: posición relativa frente a la competencia y aptitud para sostenerla de forma duradera

- Medida de eficiencia global: índice competitividad: resultado actual de la empresa/mejor resultado de la competencia

Después de todo… ¿En qué consiste la competitividad?

Después de leer estas frases, podrás comprender con mayor claridad qué es la competitividad:

No compita con los rivales: haga que parezcan irrelevantes. W. Chan Kim

Cada mejora que realiza en su flujo de valor pone trabas para que sus competidores potenciales no puedan igualarle.

No se centre en competir, céntrese en entregar un valor más preciado. Sus competidores ya se ocuparán de sí mismos.

La velocidad y capacidad de respuesta al cambio es una nueva fuente de ventaja competitiva.

Los errores son la marca de la excelencia. No debemos tener miedo a fallar

Hay que innovar, marcar diferencias, dar algo distinto, premiar la lealtad, premiar la confianza. Dar lo que no esperan de nosotros.

Una empresa estratégica desempeña actividades distintas de las de sus rivales o realiza actividades similares en forma distinta. M. Porter

Sea distinto o sea extinto. Tom Peters

En todos los asuntos es muy saludable poner, de vez en cuando, un signo de interrogación en aquello que siempre hemos dado por sentado. Bertrand Russell

Está donde quiere estar si las cosas no van bien. Louis Lamour

Un negocio es un proceso repetitivo que crea riqueza, lo demás es entretenimiento. Paul Freet

Lo que más importa nunca debe estar al servicio de lo que menos importa. Johann Wolfgang von Goethe

Conseguir la satisfacción del cliente es la mejor estrategia de negocio posible. Michael Leboeuf

Por muy buena que sea la estrategia, de vez en cuando hay que comprobar los resultados. Winston Churchill

Si no es capaz de describir su trabajo como un proceso, no ha entendido en que consiste. W. Edwards Deming

En esta vida puede conseguir lo que quiera si ayuda a los demás a conseguir lo que quieren. Zig Ziglar

Si se equivoca al poner el precio, se resentirán su reputación o sus ganancias. Katharine Paine

Esté atento a los pequeños gastos, una pequeña vía de agua puede hundir un gran buque. Benjamin Franklin

Vigile los costos, que las ganancias ya se ocuparan de sí mismas. Andrew Carnegie

Dicen que el tiempo lo cambia todo, pero realmente es usted quien debe cambiar las cosas. Andy Warhol

Mejore un 1% al día y en tan solo 70 días será el doble de bueno. Alan Weiss

Si de entrada no tiene éxito, inténtelo, inténtelo de nuevo, y luego abandone. No tiene ningún sentido pasar por tonto. WC Fields

Los hechos no dejan de existir porque los ignoremos. Aldoux Huxley

Solo quienes se arriesgan a ir demasiado lejos tienen la posibilidad de descubrir lo lejos que puede ir uno. T.S. Eliot

Encontramos consuelo entre quienes están de acuerdo con nosotros, y maduramos entre quienes se muestran en franco desacuerdo. Frank A Clark

Los grandes logros siempre suceden en el contexto de las grandes expectativas. Charles Kettering

Quién sobrevive no es el más fuerte de la especie, ni el más inteligente, sino quien reacciona mejorar ante el cambio. Charles Darwin

El problema no es que existan los problemas. El problema es esperar que sucedan cosas y pensar que el problema es tener problemas. Theodore Rubin

El destino de uno no es un lugar, sino una nueva manera de ver las cosas. Henry Miller

Cuando dices que vas a conformarte con ser segundo, eso es lo que te da la vida. John F. Kennedy

La inteligencia consiste no sólo en el conocimiento, sino también en la destreza de aplicar los conocimientos en la práctica. Aristóteles

El competidor a quien hay que temer es aquel que en lugar de preocuparse por usted, mejora sin pausa su negocio. Henry Ford

Conclusiones

Una de las experiencias más comunes entre quienes se convierten en empresarios por primera vez es percatarse de que su maravillosa idea de negocio no es tan original como creían, que existen otras empresas que ya están ofreciendo productos o servicios similares.

La existencia de un mercado significa que se ha situado en el lado correcto y que puede dedicar más tiempo a elaborar su oferta. Si varias empresas de éxito están sirviendo a un mismo mercado, no debería preocuparle tanto su inversión; ahora ya sabe que la gente compra.

La mejor manera de observar lo que hacen sus potenciales competidores es convertirse en cliente. Observar a su competidor de cerca puede enseñarle muchísimas cosas sobre el mercado: el producto de valor que ofrece su competidor, su modo de atraer la atención, el precio que ha marcado, la manera de cerrar las ventas, el estilo de complacer a los clientes y abordar los problemas, y las necesidades que existen todavía y no han sido satisfechas; así, tendrá la posibilidad de observar lo que funciona y lo que no. Aprenda todo lo que pueda de su competidor, y luego cree un valor superior.

Una sola extrategia
"Ser capaz de SATISFACER LAS NECESIDADES DE LOS CLIENTES MEJOR QUE MIS COMPETIDORES, poniendo en juego todos los recursos de la empresa".
El propósito básico de la estrategia de una empresa es desarrollar una VENTAJA COMPETITIVA SOSTENIBLE en el tiempo.

Lecturas recomendadas

- Arbide, J. (1993): "Benchmarking, una estrategia vencedora", Información Comercial Española, Nº 724, diciembre, pp. 4959.
- Becker, B. E., Huselid, M.A. y Ulrich, D. (2001).The HR Scorecard: Linking People,Strategy,and Performance. Boston, MA. Harvard Business School Publishing.
- Diccionario de la RAE, 2001, Edición 22ª.
- Esteban, A. (1997): Principios de Mark eting. Esic.
- Gómez-Mejía, L. R., Balkin, D. B., y Cardy, R. L.(2001). Gestión de Recursos Humanos. Madrid. Prentice-Hall.
- Herramientas de análisis estratégico: Las 5 fuerzas de Porter. (http://managermagazine.comphp/2009/5-fuerzas-de-michael-porter) de: "http://es.wikipedia.org/w/indez.php?title=Analisis_Porter_de_las_cinco_fuerzas¬oldid=73708166
- Kotler, P., Armstrong, G., Saunders, J., Wong, V. (2000): Introducción al Marketing . Segunda Edición Europea. Prentice Hall.
- Michael Porter M. "Value Chain Model Framework" (http://valuebasedmanagement.net/methods_porter_value_chain.html)
- Michael Schrage (What do you wants your customers to become?, Harvards Business Press Books, 2012)
- Michael Porter M. 1985, "Competitive Advantage, The Free Press).
- Michael Porter M. 1996, "What is strategy?" Harvard Business School Rewiew, Reprint 96608;
- Peters T (1998): En busca de la excelencia.
- Peters T (2001): El arte de la innovación
- Santesmases, M. (2001):Marketing. Conceptos y Estrategias. 4ª edición. Pirámide.

Capítulo 30

Manejo de objeciones

Armando Cortés Buelvas, MD Patólogo Clínico. Especialista en Mercadeo Estratégico y Gerencia en Salud. Director Hemocentro del Valle del Cauca. Cali Colombia. Profesor titular Departamento de Patología. Universidad del Valle. Presidente del Grupo Cooperativo Iberoamericano de Medicina Transfusional. Colombia. Email: acortes59@gmail.com

Habíamos tenido contacto por más de dos semanas con la gerente de recursos humanos de una empresa para lograr una jornada de donación y todo parecía indicar que la respuesta sería positiva. Durante la presentación del programa, quedó muy motivada y dispuesta a ayudar, sin embargo, un día antes de lo previsto para su respuesta definitiva, muy amablemente nos llama agradeciendo el tiempo y la dedicación, pero la respuesta fue negativa.

¿Qué hicimos mal? ¿Por qué se generó esa negativa? ¿Cómo puedo arreglarlo?

Durante la búsqueda de donantes, cualquier cosa puede suceder, desde abordar mal al contacto, utilizar la estrategia inadecuada, hasta cometer errores durante la presentación del programa. Pero, ¿qué sucede cuando la culpa no es nuestra?. El interlocutor puede recurrir a una excusa o tener una simple objeción.

- **Excusa**: Es lo que dice el interlocutor cuando no está interesado, es una oposición vacía de contenido; por ejemplo: no tengo tiempo, no me interesa, lo pensaré o no es para nosotros. Si el promotor pregunta ¿por qué?, el interlocutor contestará con vaguedades, ello es un pretexto y el pretexto no conduce a la acción. Esto usualmente sucede a raíz de una presentación que no despertó el debido interés o una mala prospectación
- Objeción: Es la oposición que muestra el interlocutor dando razones y podrá contestar en forma lógica, frecuentemente obedece a un mal entendido del servicio debido a la falta de información. Por ejemplo: gasto mucho tiempo, necesito más plazo para decidir, averiguaré otras experiencias previas o estuve llamándolos y nunca tuve respuesta. Menciona un defecto del servicio porque no está enterado de que ya fue corregido o el número estaba equivocado. En realidad el interlocutor está interesado y el promotor deberá saber cuál es su interés; detrás de una objeción siempre hay una posibilidad de logro que conduce a la acción. En general las objeciones no significan necesariamente "no", simplemente significan "no todavía", son simplemente pedidos de mayor información. Reciba con agrado las objeciones, son un síntoma de interés, generalmente no hay negociación sin objeción y frecuentemente la objeción es el camino al cierre de la venta.

Algunas objeciones son sólo respuestas automáticas reflejas o simplemente actitudes de las personas que han sido condicionadas o programadas. Normalmente estas objeciones son simplemente fantasmas. En ocasiones son verdaderos intentos para sacarte a ti de encima. Algunas objeciones son directamente mentiras, como "necesito hablarlo primero con "el alto mando" o "No puedo tomar ninguna decisión hasta que ocurra "x" cosa". Tenemos que recordar que estas son mentiras autodefensivas que no debemos tomar como algo personal, sino comprenderlas y desbaratarlas. En la mayoría de los casos si los temores fueran eliminados, decidiría en el acto, así de simple.

Una pobre determinación de las necesidades de un decisor, un abordaje demasiado rápido y bajo presión, o un nivel bajo de empatía en la comunicación, creará en el interlocutor la necesidad de apartarse de nosotros o esperar más tiempo, cosa que se expresará en la forma de una objeción.

Necesitamos brindar a nuestros interlocutores la información suficiente y precisa. Debemos enfocarnos en la información sustancial que apunta a las necesidades y deseos del interlocutor, expresándolos en la forma en que nuestro interlocutor desea comunicarse, y ofreciéndole, de la manera en que él decide, las ventajas que construyen el valor de nuestra oferta, de manera que los beneficios de tener nuestro servicio superen ampliamente la inversión necesaria para tenerlo.

Si bien el rechazo nunca es una respuesta adecuada, es posible manejarlo de manera positiva. En realidad el problema no es el rechazo, sino la manera en que lo interpretamos. Si dejamos de verlo como un acto negativo, si no como parte necesaria de un proceso exitoso de promoción, la reacción será más positiva y tendrá nuevas alternativas para mantener el liderazgo de la comunicación y lograr que haya una respuesta positiva.

Realmente no es lógico escuchar las mismas objeciones una y otra vez y no saber cómo responderlas y superarlas. No hay razones para no estar preparado. Luego de algunos meses el promotor habrá oído ya la mayoría de las objeciones que escuchará una y otra vez por el resto de sus días.

Sin objeciones, los promotores se quedarían sin trabajo. En lugar de ellos tendríamos una computadora recibiendo solicitudes y programando a donadores y contactos convencidos.

Origen y Análisis de las Objeciones

Necesidades de tipo personal	Necesidades de tipo lógico	Otros factores
• Darse importancia. • Sentirse satisfecho consigo mismo. • Sentirse bien conceptuado por los demás. • Necesidad o deseo de contradecir. • Necesidad de ayuda	• Comprensión. • Aclarar detalles. • Obtener más información. • Seguridad. • Comparación	• Malevolencia (mala fe). • Destrucción. • Prejuicios.

Existen dos medidas a tomar frente a las objeciones:

1. Anticiparse a ellas.
2. Enfrente las objeciones planteadas:
   a. Formular preguntas para ver si constituyen un verdadero obstáculo. Pregúntese a usted mismo: ¿Estoy siendo poco convincente? ¿Por qué lo ve de esa forma? ¿Qué otra información puede serme útil?
   b. Proponer beneficios que superen a dicho obstáculo.

A menudo las objeciones que se expresan, no representan en verdad las dudas y temores que subyacen en la mente de los interlocutores. En algunos casos, los mismos interlocutores no están seguros acerca de la naturaleza de sus objeciones, o tal vez simplemente no han podido expresar verbalmente sus dudas y temores de manera que usted pudiera comprenderlas plenamente. También es posible que sienta temor de formularle su verdadera objeción, ya sea por pudor, o por sentir que pudiera ser descortés, por lo que produce un filtro entre lo que en realidad piensa y lo que te dice.

Algunos ejemplos de objeciones encubiertas podrían ser: tú le caes mal al interlocutor o no confía en tu empresa.

El promotor debe contar con la mayor certeza posible de que la objeción a la que está respondiendo es de hecho la objeción real. De otra manera las respuestas no tendrán efecto positivo alguno, y se habrá perdido la oportunidad de aprender qué es lo que realmente está molestando al interlocutor.

Si no descubres el problema real, más tarde, cuando el interlocutor diga "no", no sabrás por qué. Debes cancelar todas las objeciones, o reducirlas a solo una antes de empezar tu presentación.

No deberías dejar de intentar vender la idea mientras el interlocutor te esté formulando objeciones o si te está ofreciendo señales de facilitar el proceso. Si percibes un lenguaje no verbal negativo, tal vez necesites comenzar a preguntar más, o bien, pactar un nuevo encuentro o cita.

A veces el interlocutor te presentará más de una objeción o inquietud. Si ante cada una tú te vas a poner a responder, a hacer preguntas, y a aplicar distintas técnicas, se puede pasar la vida tratando de convencerlo. La experiencia te ayudará a distinguir entre las objeciones que hay que responder inmediatamente, y aquellas que simplemente puedes dejar pasar.

Ejemplo de objeción oculta: Déjeme pensarlo y yo le llamo.

Existe una objeción que el interlocutor no quiere revelar. ¿Exactamente qué es Sr. lo que le preocupa del programa?

Al descubrir la verdadera objeción podrá contestarla y dar alternativas para conseguir la aceptación del interlocutor.

Manejo general de las objeciones

- Escuchar con interés y contestar brevemente.
- Responder con respeto, evitar discusiones, evitar roces personales y no exaltarse nunca.
- No dejar reflexionar demasiado al interlocutor, evite que el interlocutor se encasille en su idea, aproveche mejor el tiempo.
- Averiguar si quedo satisfecho con la respuesta.
- Conocer y respetar el carácter, personalidad y temperamento del interlocutor.
- Anular la objeción antes de pasar a otra cosa.

- Dirigir la entrevista en forma positiva.
- Ubicarse en el lugar del interlocutor antes de contestar en forma improvisada (empatía).
- Autocontrolarse y cuidar el lenguaje.
- Intentar y provocar el cierre de la venta lo antes posible.

Técnicas en el manejo de objeciones

1. Escuchar. Tomar el tiempo necesario. Dejar que termine de expresarse antes de tratar responderle.
2. Contestar a la objeción. Es necesario estudiar lo que se vende y entonces aprender a dominar la situación. Una forma de hacerlo es admitir la desventaja y compararla con una ventaja.
3. Replantear la objeción en forma de pregunta
4. Si es desventaja real. Restarle importancia a la objeción dándole mayor valor a otros beneficios del servicio, si existiera un malentendido, conteste directamente sobre lo mencionado.
5. Confirmar la respuesta. No se debe contestar una objeción y dejarla pendiente, se deben pedir muestras de que el cliente ha comprendido la contestación y la ha aceptado. Una vez contestada la objeción deberemos confirmar la respuesta con una pregunta de cierre.

Eso contesta su pregunta, ¿verdad?

Luego creo que es lo que usted necesita, para mi está bien, ¿y para usted?

Use palabras que sirvan para ligar un cierre, por ejemplo: desde luego, por cierto.

Ir inmediatamente al siguiente paso de la secuencia de venta. Una vez que se confirme que se superó la objeción, hacer algún movimiento físico que indique que se continúa al paso siguiente.

¿Cómo lograr una respuesta positiva?

Un "NO" en boca de un cliente, no es una respuesta definitiva, es sólo una parte del proceso que lleva hasta un "SI".

Las personas a veces sienten miedo de tomar una decisión, y entonces te dicen "NO", aún cuando realmente quieran lo que tú le estás ofreciendo. Estás en un problema si sencillamente se te das por vencido y abandonas este proceso demasiado pronto. Lo que debes hacer es continuar lo suficiente hasta tanto superes el temor natural de tu interlocutor a tomar una decisión.

El promotor promedio teme al rechazo o a la frustración. Hay que establecer estrategias para lograrlo. No hay nada que funcione todo el tiempo y no hay una sola cosa que funcione para todos. Por eso es importante tener al menos siete estrategias alternativas o distintas maneras de abordar cada una de las más comunes objeciones o situaciones que encontramos con frecuencia. El interlocutor promedio presentará objeciones o nos dirá "no" un promedio de 4 a 7 veces. Tenemos que pedirle que acepte entre 5 a 8 oportunidades distintas antes que esté en condiciones de mirarnos a los ojos, decirnos que "no" y realmente querer decir que "no".

Enseñe a decir ¡SI!

Si puedes lograr que tu interlocutor establezca desde el comienzo de la conversación el hábito de decir SI a una serie de preguntas, y logras mantener esta conducta de respuestas afirmativas a lo largo de toda tu presentación, cuando llegue el momento de la pregunta que define el cierre de la propuesta, el resultado será SI con un predecible alto grado de certeza. Debes estructurar tu presentación para que no sólo demuestres los beneficios del servicio, sino que también incluyas una serie de preguntas que probablemente producirán un "SI" como respuesta.

Toma la objeción como una pregunta

Cuando el interlocutor manifieste una objeción, considera que te está pidiendo más información. Si tomas la objeción como un ataque, tu tendencia natural será defenderte. Esto instala a ti y al interlocutor en una relación de atacante/defensor, donde será muy difícil construir confianza y respeto. Sin embargo, si transformas mentalmente esta objeción en una pregunta, esto los pone a ambos en una relación inocente/asesor, que es una posición que te permite un mayor liderazgo de la situación. Supongamos que el interlocutor dice: "no tenemos tiempo, hay que producir ", puedes inferir que en realidad está preguntando "¿Por qué se hacen colas para donar?". Con esta manera de pensar, puedes decirle el por qué de cada uno de los pasos para donar, y tú dispones de más puntos de atención para agilizar, sin ponerse a la defensiva.

Interlocutor: "Tengo que cumplir con las metas de producción este mes".

Promotor: "Lo que usted se está preguntando es ¿esto vale el esfuerzo de disponer de tiempo para ello? Esa es la verdadera pregunta, ¿no es cierto?".

Adelántate y desactiva las objeciones más importantes

Si sientes que el interlocutor tiene algunas razones para no facilitar la jornada que aún no ha manifestado, simplemente pregúntale de qué se trata. Una vez que él responda, le preguntas si esa es la única razón por la que no se decide a hacer la jornada. Si él dice "NO", le sigues preguntando hasta que todas sus objeciones hayan sido planteadas. Si él contesta que esa es la única objeción,

puedes preguntarle si en el caso de que pudieras solucionar esa objeción y darle una respuesta satisfactoria él aceptaría. Esta es una pregunta donde necesitas un "SI" como respuesta para poder continuar. Una vez que logras el "sí", el interlocutor asume el compromiso de aceptar si eliminas esa objeción. Ahora puedes enfocar tu presentación en ese punto, y una vez que lo hayas quitado de en medio, tendrás el objetivo. Sólo limitando las objeciones hasta enfocarte en la objeción clave y verdadera puedes solicitar un acuerdo de compromiso para realizar la jornada. De otra manera estarás prestándole un pobre servicio y estarás perdiendo el tiempo y haciéndoselo perder a tu interlocutor.

Elimina objeciones con preguntas

Si después de la presentación intentas superar objeciones con argumentos y razonamientos, podrías ganar en el terreno de las palabras, pero aun así perder el propósito. La estrategia no debe ser luchar contra la objeción, sino que se debe eliminar la objeción de raíz mediante preguntas en el comienzo de la presentación.

La fase inicial de preguntas en el proceso es habitualmente desarrollada de manera cordial y relajada, y le permite acercarte a lograr un buen rato con el interlocutor antes de que él se ponga en posición defensiva.

Si el interlocutor te dice que es él quien puede tomar la decisión de realizar la jornada, por ejemplo, y que no debe consultarlo ni pedir autorización de otras personas, no podrá luego usar esto como una excusa para no aprobar. Muchas de las objeciones más comunes pueden ser eliminadas con el uso apropiado de las preguntas.

Tienes que eliminar las objeciones mediante preguntas antes de que empieces con la presentación.

Vamos a ver un ejemplo:

Objeción: "La verdad es que no tengo tiempo"

Pregunta que hubiera eliminado de raíz esta objeción:

"Dispone de solo 20 minutos para sentirse bien y haber contribuido a mejorar la salud de alguien o inclusive salvar su vida?"

Coincide con el interlocutor en algún punto

Encuentra algún punto de consenso con el interlocutor antes de empezar a responder una objeción. Esta es la mejor manera de amortiguar su respuesta y presentarla como inobjetable. El interlocutor no va a "dispararte" objeciones en la medida que él sepa que realmente comprendes su problema. No estás discutiendo ni atacando tu punto de vista, estás simplemente aportando y "bombardeándole" información mientras mantienes intacta la auto-estima del interlocutor.

Interlocutor: "es un proceso muy complejo".

Promotor: "Entiendo su preocupación, Sr. Pérez. La mayoría de las personas han tenido esa misma sensación en un primer momento. Sin embargo una vez que se disponen a hacerlo se convencen que no es tal y bien vale la pena…"

Reformula la objeción con sus propias palabras antes de responder

Esto persigue tres propósitos:

1. Permite que el interlocutor sepa que tú lo estás escuchando.
2. Evita malos entendidos y asegura que estás respondiendo a la pregunta correcta.
3. Te da un poco de tiempo para pensar lo que vas a responder.

Interlocutor: "Yo no voy a permitirlo si no recibo algún beneficio"

Promotor: "Entiendo que desearía recibir algo a cambio, y si considera también que los obsequios reducirían la calidad de la sangre donada, va a estar de acuerdo conmigo en que…. "

Transforma la objeción en una razón para comprar

Si el promotor puede mostrar al interlocutor que cualquiera que sea su objeción es en realidad una razón para donar, podrá desactivar efectivamente la objeción. Cuando una persona manifiesta una objeción, está expresando su principal razón para no proceder. Si el promotor es capaz de convertir esa objeción en una razón para hacerlo, tendrá muchas posibilidades de lograr el objetivo.

Esto también le hace al interlocutor más difícil continuar usando objeciones, porque la objeción que dijo se ha convertido en la razón para donar.

Puedes utilizar esta técnica para responder prácticamente a cualquier objeción.

Veamos algunos casos:

Interlocutor: "Necesito que participen otras personas de mi empresa en la toma de la decisión".

Promotor: "Es justamente por eso que usted necesita esto. Permítame que le explique. La mejor manera en la que usted puede hacer participar a otras personas en el proceso de tomar esta decisión, es permitirnos participar en una reunión con ellos. Todas las personas de su empresa que estén involucradas en la toma de decisión van a poder participar y aclarar sus dudas".

Toma una hoja y haz una lista de las diferentes objeciones que recibes constantemente. Luego escribe con tus propias palabras cuál consideras que sería una respuesta adecuada a cada objeción utilizando como base: "Es justamente por eso que usted necesita esto. Permítame que le explique…". Asegúrate de responder cabalmente el nudo de la objeción, y transformarla en la razón para apoyar.

Memoriza estos "guiones" o "rutinas" y aplícalos hasta que formen parte fluida de tu comunicación. Las

primeras veces que uses esta técnica no te preocupes por lo que vas a decir. Sólo comienza con "Es justamente por eso que…", y el resto surgirá sólo. Es cuestión de empezar y practicar constantemente, pero recuerda también que al momento de decirlo al interlocutor debe ser natural y como si fuera espontáneo, eso le da más credibilidad en lugar de escucharse falso.

Mantén la actitud mental adecuada

Recuerda que "NO" significa: "Explíqueme más, no estoy todavía suficientemente convencido como para decir "SI". No quiere decir necesariamente "NO LO DESEO".

Si el interlocutor manifiesta una serie de objeciones, no te enojes. Si pareces enojado, solo conseguirás reforzar sus temores y la desconfianza que son la causa de sus objeciones.

De la misma manera, tu lenguaje corporal, tu apariencia, tu postura, y la manera en que hablas deben expresar de manera congruente confiabilidad y seguridad.

La manera en que el interlocutor percibe a tu servicio está íntimamente relacionada con la manera en que te percibe a ti.

Uno de los problemas que nos ocasiona una interpretación negativa del rechazo, es que generará en nosotros apatía y miedo a solicitar al interlocutor que nos ayude, lo que nos condicionará en el futuro a reducir nuestro promedio de éxito y con ello nuestra productividad.

La profecía auto cumplida de la apatía:

Si tú piensas: "Para qué me voy a molestar en abordar a este señor. Para qué voy a perder tiempo diciéndole invitándolo a que nos ayude si seguramente de todos modos me va a decir que no", y entonces simplemente le dices al interlocutor "Estos son los folletos, si está interesado en algo… llámeme". El interlocutor se queda solo, con la certeza de que no puedes aportar nada para persuadirlo, y cuando no te da una respuesta positiva, piensas: "Yo sabía que no me iba a ayudar".

Los promotores se enfrentan constantemente con el rechazo, y esto puede ocasionarles una pérdida de confianza y auto-estima.

Tan pronto como empiezan a creer que no son capaces de hacer algo, inconscientemente se comportan de manera congruente con esa creencia, de modo que la profecía se cumple, y este resultado funciona como un refuerzo de la creencia limitante.

Si has estado pensando "Yo no voy a poder convencer a este señor", cámbialo por "Soy un promotor preparado y confiable, y cuando este señor escuche lo que tengo que decirle, va a querer ayudarme".

Como con el pensamiento positivo no alcanza, te pregunto:

¿Crees realmente ser un promotor preparado y confiable?

Si tu respuesta es SI, ¡excelente!

Si la respuesta es NO, o no estás seguro: ¿Qué es lo que puedes comenzar a hacer ahora mismo para desarrollar tus conocimientos y en el mercado, y tus habilidades de comunicación y persuasión?

Si asumes que todo a va resultarte demasiado fácil y que no tienes nada por aprender y mejorar, cada NO que recibas va a ser un verdadero golpe inesperado, una rápida refutación de tu seguridad, o simplemente ¡le echarás la culpa al interlocutor por no ayudarte!

Dí a ti mismo: "Esto puede ser un poco difícil, pero voy a poner mi mejor esfuerzo para hacer lo correcto y lo voy a lograr". Entonces, si no alcanzas la meta propuesta en un primer intento, como sabías que no iba a ser fácil, puedes volver a intentar modificando tu conducta en lo necesario para lograr un SI.

Te preguntarás si esto funciona siempre. No, no funciona siempre. Pero funciona lo suficiente como para ayudarte a convencer mucho más. No te preocupes por las pocas veces en que no funcionará, y recuerda que no se trata del rechazo, sino que lo que cuenta es la manera en que reaccionas ante el rechazo.

Estas técnicas no te garantizan que vayas a lograr resultados siempre a todas las personas, pero ciertamente si te van a ayudar a aumentar tus resultados.

Debes conocer tu servicio, entender a los interlocutores, y cuanto más practiques… ¡más suerte tendrás!

Sé paciente con el interlocutor

Un interlocutor que siente que te estás impacientando o frustrando a causa de su cautela, decidirá que no te interesan sus preocupaciones y que sólo quieres y tienes prisa por tu propósito. Sigue sonriendo y sé paciente hasta que hayas respondido a todas las preguntas y dudas del cliente.

Aprende a cerrar la venta

Cerrar una venta es obtener el compromiso por parte del potencial comprador, implica ayudar al cliente a que tome una decisión. El cierre es la parte más importante de una gestión de ventas. Una vez superadas y aclaradas las objeciones, hay que pasar a la mayor brevedad al cierre de la venta, para ello:

- Identifica las señales de intención de compra de tu cliente (verbales y no verbales).
- Inicia tanteos de cierre.
- Resume los acuerdos.
- Solicita el cierre.

Emplea las siguientes frases para el cierre:
De esta manera…
Debo suponer
Estamos de acuerdo –
Coincidimos en que…

Ejemplos para afrontar las objeciones más comunes

Malentendido

Estas suelen presentarse cuando no queda claro algún punto de nuestra presentación, de esta forma se pudo malinterpretar algún punto que le haga dudar de nuestros servicios.

Objeciones más comunes:

- Creo que no nos entendemos.
- No comprendo cómo es que…
- Me comentas que…, pero lo que ofrecen es…
- No entiendo que…

¿Qué se debe hacer?

En cuanto se presente alguna objeción por malentendido debes reaccionar de manera rápida, evita dar rodeos sobre el tema y lanza una estrategia objetiva. Aclara el malentendido de manera sencilla y replantea la situación.

"A mí me dijeron que me entregaban los resultados de los exámenes de sangre, por eso doné".

Ante todo debe haber claridad desde un principio sobre las razones de contar con donantes de sangre voluntarios sin necesidad de privilegios ni regalos. Se debe diagnosticar si el malentendido es responsabilidad del promotor por defectos en la trasmisión de la información o es un intento de manipulación del donante, para poder corregir.

En cualquiera de los dos casos se debe explicar claramente que el objetivo de la donación no es dar resultados, sino compartir su salud con otro que la necesita; que si la información que ha suministrado es correcta y ha sido aceptado como donante de sangre, es porque tiene buenos hábitos de salud.

Desinterés o indiferencia

Es cuando el contacto no quiere reconocer el valor de la propuesta que se le ha realizado. Estas objeciones suelen presentarse no por desinterés sino por dudas.

Objeciones más comunes

- No creo que estemos en condiciones de hacerlo…
- ¿Podríamos ayudar de otra forma?
- Y sí ….
- Pero es que…

¿Qué se debe hacer?

Lo mejor que se puede hacer es romper con la indiferencia. Evita que la situación sea más grande, comienza a desentrañar las verdaderas necesidades o razones y analiza qué es lo que quiere.
Puedes emplear frases como:

- Estará de acuerdo conmigo en que …
- Le parece si…
- Dado que…

"Qué otros donen por mí"

Nunca le diga no. Nunca refute directamente a su donante o donante potencial, hágalo descubrir la otra cara de la moneda. En este caso por ejemplo, dígale que no todos pueden donar y quizás él logre estar en el grupo privilegiado de los donantes de sangre o invítelo a reflexionar su respuesta de huida, quizás no quiere enfrentar su responsabilidad de ayudar a otros, es un asunto de compromiso moral.

Cada persona es un mundo y depende de la habilidad que tenga el promotor para conocer lo argumentos a usar con cada persona. Se puede apelar al argumento del compromiso (responsabilidad), a los buenos sentimientos (solidaridad), al de hacer una buena obra (bondad), etc… cualquier valor puede ser un argumento útil.

No olvides que las CINCO GRANDES RAZONES QUE MUEVEN AL MUNDO son:

1. Utilidad.
2. Ganar.
3. Estatus.
4. Placer.
5. Precaución.

Identifica cuál de ellas puede transformarse en una motivación para cumplir tu objetivo con el interlocutor.

Objeción concreta

MIEDO: "A una amiga le dejaron el brazo morado y le dolió mucho el pinchazo"

Explique claramente cómo es el procedimiento y si es posible invítelo a presenciar el acto de donar para reducir la aprehensión a lo desconocido. Es apropiado preparar de antemano al donante; vencer o reducir los temores facilita la decisión de donar y es un primer paso hacia la donación repetitiva. Las experiencias orientadas y gratas contribuyen a la donación habitual.

Trate al máximo que se lleve una buena impresión del personal y del programa como tal, evite una mala experiencia y si es el caso ofrezca disculpas y compare el dolor o la incomodidad que sienten las personas que necesitan sangre, colóquelos en su lugar de una manera diplomática; por ejemplo, niños con leucemia o niños quemados sin caer en amarillismos sino como

un testimonio de lo que otros sienten y sufren, y son el objetivo de nuestro esfuerzo.

De pretexto

En estos casos se llega a postergar la decisión sin ningún motivo aparente, una negativa sin solvencia.

Objeciones más comunes

- Llámame en unos meses…
- No creo que sea el momento…
- Voy a pensarlo…
- No tenemos tiempo que perder…

¿Qué se debe hacer?

¡Pregunta! Es momento de ver qué es lo que sucede. Analiza si algo no quedó claro durante la presentación, si hay problemas internos en la empresa, reducción de las nóminas, compromisos laborales demandantes o si no se llenaron las expectativas, para ello puedes preguntar si algo no quedó claro o si existe alguna duda de tu programa.

Escepticismo

Este tipo de objeciones pueden presentarse cuando existe algún tipo de desconfianza

Objeciones más comunes

- Voy a pensarlo…
- Necesito corroborar algunos aspectos…
- Tengo que plantearlo con mi superior…
- Tal vez en unos meses…

¿Qué se debe hacer?

Potencializa tu propuesta. En este momento debes enseñar resultados positivos del programa, muestra la lista de empresas donadoras y comenta algunos casos de éxito, muestra folletos, fotos, reconocimientos que te permitan demostrar quién eres y los logros. Lo que se busca es ser objetivos y contundentes.

"La sangre la venden, eso es un negocio"

Los que no creen en el programa a veces lo atacan en forma pública, directa y tratan al máximo de desprestigiarlo. Hay que definir cuáles han sido las motivaciones de estas personas, pueden ser el resultado de experiencias propias o referenciadas y es urgente hablar con esta persona y no atacarla.

La práctica y el entrenamiento profesional son necesarios para un buen manejo de objeciones, si bien los logros son resultado de un proceso, también son situacionales, "cada mercado, cliente, momento y producto tienen sus particularidades, por ello se necesita conocimiento, entrenamiento y experiencia".

Otras objeciones

Objeción en vanidad malentendida que le impide aceptar.

Actitud: Sígale la corriente con tacto ya que aunque es vanidoso, demuestre que lo escucha y espera mucho de él, pero no emplee palabras fáciles de halago.

Contestación: "Ud. que sabe tanto". "Como su empresa es una de las 3 más importantes". "A muy pocas personas o instituciones le puedo ofrecer"

Objeción en preferencia de otra institución.

Actitud:- Plantee la diversificación del riesgo, proponga un pedido de prueba.

Contestación: Dos son mejor que uno y tres aún mejor.

Objeción a la calidad (no le gustó alguna característica del servicio o programa).

Actitud: Investigue y dé buenas razones a cambio, no solo escuche, demuestre con hechos no con palabras, el interlocutor no conoce mejor el servicio que el promotor.

Contestación: ¿Qué es exactamente lo que no le gusta? ¿Por qué?

Objeción reclamación por actos anteriores.

Actitud: Sea cortés, escuche, tome nota en forma visible (puede ser verdad).

No interrumpa ni se justifique enseguida, deje que el enojo salga en su totalidad. Dé las gracias por la información, no prometa nada y vuelva a sus argumentos.

Contestación: ¡no hable!

Objeción (no tiene necesidad de la oferta)

Actitud: no se explicaron correctamente las necesidades del interlocutor, explore las necesidades e identifique la necesidad con su oferta.

Contestación: ¿Por qué no?

Objeción (tiene miedo).

Actitud: el temor es una forma de comportamiento humano.

Contestación: ¿De que tiene miedo?

Objeción (consultará con otra persona antes de decidir)

Actitud: Es peligroso aplazar la decisión, no se le debe dejar solo ya que no manejará los argumentos como el promotor, sea un asesor.

Contestación: ¿Con quién debe consultar?, ¿Si voy con usted podría ayudarlo mejor? ¿Quién toma realmente la decisión?

Objeción. El cliente calla.

Actitud: Hágale preguntas, no lo deje callado porque terminará solicitándole un folleto y rogándole que se marche.

Contestación: ¿Qué le parece?, ¿Qué me contesta?

Objeción (sí, pero)

Actitud: Oblíguelo a concretar sus dudas, haga preguntas concretas sobre puntos específicos.

Contestación: Pero ¿qué?

Objeción (desconfía del servicio)

Actitud: proporcione testimonios válidos, respáldese en la imagen de la empresa, dé garantías escritas (si puede). Explique exhaustivamente como trabajan en su empresa.

Contestación: ¿ En qué fallamos concretamente?, ¿Conoce usted nuestro servicio?

Objeción (señala los defectos del servicio y de sus argumentos)

Actitud: Analice la objeción (vea si tiene razón), debe darse una respuesta clara y rotunda que despierte la confianza del interlocutor, apoyándonos en nuestro conocimiento del servicio.

Contestación: ¡Gracias por su observación! "Vamos a ver eso".

Objeción (le falta información, no conoce).

Actitud: muestre folletos, videos, informe con tecnología y orden; ejemplifique los beneficios-

Contestación: "Permítame decirle que....."

Objeción (no le gusta)

Actitud: ¿Por qué no le gusta? Pregúnteselo y con la respuesta podrá argumentar en forma adecuada; no espere que le diga cuáles son sus gustos.

Contestación: ¿Qué es lo que no le gusta concretamente?

Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre en Iberoamérica

Cortés A.
Roig R.
Cabezas A.L.
García-Castro, M.
Urcelay S.

Capítulo 31

Organización del trabajo

Marcela García - Castro Gutiérrez. Microbióloga, Especialista en Bancos de sangre y Gerencia en Salud. Consultora Servicios de Sangre y Seguridad Transfusional. Colombia Email: marcelagarcia.castrog@gmail.com

Ana Lucía Cabezas Belalcázar. Comunicadora Social. Training Coach – PNL. Especialista en Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre y Humanización de los Servicios de Salud. Directora de Sea Asesores Empresariales Internacional. Colombia. www.seaasesores.com

El objetivo de este capítulo es revisar la organización de los bancos de sangre en su área de atención integral de donantes de sangre; para ello nos basaremos en nuestra experiencia, algunas recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, referencias internacionales y el manual *Hagamos la Diferencia*.

1.Recurso humano

El activo más importante que tienen las organizaciones para alcanzar sus objetivos y metas, es el recurso humano. Sin el trabajo y colaboración de personas calificadas y comprometidas con la misión del banco de sangre, sería imposible alcanzarlos. El hecho de que la transfusión sea considerada un medicamento de origen humano, exige que no sea tratado como cualquier otro bien, centrado en el beneficio económico y la comercialización con el argumento del libre mercado[1].

Por ello el vínculo más importante del banco de sangre con los donantes y la comunidad, es el personal que trabaja en la atención integral, razón por la cual deben ser personas altamente capacitadas, motivadas y enfocadas en el donante de sangre y en el paciente.

La gestión del recurso humano es eficaz desde el proceso de selección, es importante que ésta se realice según las competencias y características de cada persona y según el cargo en el cual se vaya a desempeñar.

Este personal debe tener unas aptitudes y atributos especiales:

Deben ser/tener:

- Educadores potenciales sobre la necesidad e importancia de la donación voluntaria y altruista de sangre.
- Alentar a los donantes a donar sangre regularmente.
- Informarles sobre cómo y cuándo donar sangre.
- Dar un servicio y una atención memorable que los lleve a la habitualidad.
- Habilidad de mercadotecnia y ventas.
- Ingenio en la planeación, organización y evaluación de jornadas de donación para lograr las metas.
- Relacionamiento efectivo.
- Habilidades de comunicación verbal y escrita.
- Buen desempeño en el manejo de medios de comunicación y redes sociales

Todas las personas que trabajan en atención integral de donantes de sangre, necesitan ser personas muy comprometidas, que les guste trabajar con la gente y que estén motivados para ayudar a los donantes potenciales de sangre. Es decir, todos tienen la misma responsabilidad de proporcionar un *EXCELENTE SERVICIO Y ATENCIÓN.*

Atributos y habilidades según la categoría del personal de servicio y atención integral de donantes de sangre:

[1]. WHO Public consultation on the draft proposal on Principles for global consensus on the donation and management of blood, blood components and medical products of human origin Service Delivery and Safety Department Health Systems and Innovations Cluster Services Organization and Clinical Interventions Unit January 2017

Categoría del personal	Atributos y habilidades
Reclutadores de donantes de sangre	Relacionamiento con las personas de diferentes edades, culturas, jerarquías, etc. Capacidad de hacer presentaciones en público. Habilidad de mercadotecnia y ventas. Habilidad de comunicación verbal y escrita. Habilidad de atención al donante. Habilidad en el manejo de objeciones. Alta capacidad de resiliencia.
Supervisores	Capacidad de innovar y crear nuevas estrategias. Capacidad de liderazgo y trabajo en equipo. Apoyar a los demás y orientar el trabajo al cumplimiento de logros. Escuchar y motivar al equipo de trabajo. Planificación y manejo de recursos. Planificación de estrategias para la captación de donantes de sangre. Establecimiento y cumplimiento de metas de gestión. Seguimiento y control de las metas de gestión. Establecer procesos de mejoramiento continuo para el equipo de trabajo. Capacidad para manejar los medios de comunicaciones tradicionales y virtuales. Alta capacidad de resiliencia.
Reclutadores voluntarios	Ser amables y extrovertidos. Perseverantes. Dispuesto a aprender sobre cómo educar acerca de la donación voluntaria de sangre. Habilidad de servicio y atención al donante de sangre.
Personal de selección del donante	Disponer de habilidades técnicas. Habilidades de relacionamiento efectivo. Capacidad de comunicación empática. Capacidad de escucha. Habilidad de manejo de objeciones.
Personal de recolección de sangre	Disponer de habilidades técnicas. Habilidad de comunicación y escucha. Trabajo en equipo. Capacidad de relacionarse con los demás. Servicio y atención al donante.c
Personal de tele-reclutamiento de donantes de sangre	Capacidad de relacionarse de forma asertiva con las personas. Capacidad de registrar la información en la base de datos de manera precisa. Manejo de una voz cálida y amistosa.

Características de los estándares de desempeño:

- Son específicos.
- Están orientados a resultados.
- Demuestran que cada puesto de trabajo tiene a un profesional.
- Deben ser revisados regularmente.
- Contribuyen al proceso de planificación.
- El personal puede ser evaluado y auto evaluarse.

Esta revisión periódica y retroalimentación de responsabilidades contribuye al proceso de calidad y mejoramiento de la misma en el banco de sangre.

Capacitación del personal para la atención integral de donantes de sangre

Es necesario que la capacitación de todo el personal en la atención integral de los donantes de sangre forme parte del programa de educación continua, para proporcionar los instrumentos, métodos, estrategias y tácticas para transmitir un mensaje efectivo a los donantes potenciales elegibles, así como el relacionamiento profesional y cálido.

En las capacitaciones se deben incluir los siguientes temas:

- Información básica sobre los servicios de sangre.
- Prácticas óptimas o ejemplos de excelencia en todo el mundo.
- La situación de salud en su país, región y localidad.
- Información básica sobre los componentes de la sangre.
- Investigación y análisis del tema.
- Infecciones transmisibles por transfusión.
- Manejo de la comunicación y relaciones públicas para el reclutamiento de donantes de sangre.
- Información específica sobre el Banco de Sangre.
- Desarrollo de planes para lograr las metas de recolección.
- Procesos de mejoramiento en habilidades blandas que permita mejorar el clima y la cultura organizacional del equipo de trabajo.
- Aspectos éticos y legales de la donación de sangre.

El proceso de educación continua que se establezca debe incluir al personal de "línea de frente", para fortalecer las competencias transversales (trabajo en equipo, comunicación, liderazgo, actitud y servicio y atención)

Así como es importante realizar un proceso de mejoramiento continuo de capacitación al personal del banco de sangre, es igual de importante establecer un programa de reconocimientos con el fin de agradecer y motivar por el trabajo realizado satisfactoriamente.

Programa de reconocimientos

La mayoría de las organizaciones maneja dentro de su plan de bienestar, recompensas no monetarias a sus empleados como reconocimiento por los años de servicio o por el trabajo ejemplar que hayan realizado.

Esta medida es una herramienta eficaz para aumentar la motivación y el compromiso del personal. Los reconocimientos se pueden realizar por medio de certificados, placas, pines, obsequios corporativos u otros pequeños detalles que el personal puede portar con orgullo. Igualmente un reconocimiento al personal de atención integral de donantes de sangre está en la formación, capacitación e intercambios con otros bancos de sangre para ampliar su conocimiento y habilidades para su desempeño.

En resumen, no olvidemos que la organización en el proceso de la donación de sangre ayudará a implementar mejores prácticas en los métodos operativos en la atención integral de donantes de sangre, teniendo en cuenta:

- La identificación de aptitudes y atributos requeridos por el personal que presta el servicio a los donantes de sangre, así como los aspectos de calidad relacionados con sus principales responsabilidades.
- La identificación de las necesidades de capacitación del personal.
- La planificación de una investigación sencilla —cuantitativa y cualitativa— para diversos propósitos que mejoren el servicio de donación de sangre.
- La identificación de los recursos necesarios para alcanzar las metas propuestas en la recolección de sangre.
- La planificación necesaria para garantizar un suministro diario y consistente de sangre, proveniente de donantes voluntarios y no remunerados.

2. Manos a la obra

La organización de todo servicio debe responder a unos objetivos; para iniciar se plantea el de los servicios de atención integral de donantes de sangre: *favorecer la provisión segura y suficiente de sangre y componentes, velando siempre por el bienestar, satisfacción de los donantes de sangre, cumpliendo con los principios éticos y el marco legal establecido en cada país.*

Cuando se examina el objetivo antes planteado, se encuentra que los servicios de donantes se relacionan con elementos de edu-comunicación, el cumplimiento tanto de estándares como de normas y con la calidad en la prestación. Como veremos más adelante varios de estos procesos se relacionan con otras áreas de bancos de sangre.

Vamos a tomar como puntos críticos de la atención integral del donante a las características de la provisión de sangre: (i) **seguridad** y (ii) **suficiencia**, junto con las cualidades de la interacción con el donante: (iii) **bienestar** y (iv) **satisfacción**.

Provisión de sangre segura

Las infecciones cuya transmisión está asociada a la transfusión (ITT), siguen siendo el mayor desafío para los servicios de sangre. Por ello, para el desarrollo de estrategias edu-comunicativas encaminadas a atraer y reclutar donantes de sangre, siempre deben estar orientadas a personas de bajo riesgo (World Health Organization, 2013); y para ello es de capital importancia que todo servicio de sangre entienda y conozca las características demográficas de la comunidad donde realiza las colectas de sangre. Se entiende por donantes de bajo riesgo a la persona sana, bien informada y educada, consciente de su corresponsabilidad ética y legal de donar voluntariamente sangre, a la luz del beneficio propio y del colectivo, por ello es consciente de la importancia de suministrar información veraz, y se abstiene de donar cuando considera que no cumple cabalmente con los requisitos establecidos.

Otros aspectos a considerar en la seguridad transfusional son: (i) un sistema que permita identificar sin ambigüedad a cada donante, cada donación (junto con las respectivas muestras y los componentes asociados), por su aporte a la trazabilidad (Organización Panamericana de la Salud, 2017). (ii) La adecuada asepsia en el sitio de la venopunción, para disminuir la contaminación bacteriana, la sepsis sigue siendo un riesgo transfusional significativo, particularmente en pacientes que reciben transfusión de plaquetas. (Blajchman MA1, 2005)

Es importante resaltar que la educación y consciencia del donante de sangre están planteados por la OMS, como factores primarios para el control y prevención de las hepatitis virales, planteamiento que es perfectamente extrapolable a otras ITT. (Organización Mundial de la Salud, 2012.)

Los bancos de sangre como parte del sistema nacional de salud en cada país, sin perder su objetivo primordial de proveer un suministro seguro de sangre, pueden contribuir con el control y la prevención de las ITT. Lo anterior, a través de la educación que ofrece a la comunidad, al orientar y remitir al sistema de salud a todas las personas identificadas con factores de riesgo de ITT.

Desglose del proceso

Procesos para obtener sangre segura	Responsabilidad [1]
1. Definición e identificación de la población objeto (bajo riesgo).	Directa
2. Conocimientos y actitudes de la población objeto respecto a la seguridad transfusional.	Directa
3. Definición, validación y estandarización de los contenidos edu-comunicativos de educación pública que se utilizan en las fases de motivación, promoción, pre-donación, idoneidad (selección) y post donación.	Directa y asociadas
Estrategias de información, educación y comunicación a la población general, y audiencia objeto sobre la seguridad transfusional y la necesidad e importancia de la donación voluntaria, altruista y repetida de sangre.	Directa
Información pre-donación sobre la seguridad transfusional y la corresponsabilidad del donante, a todos los donantes potenciales	Directa y asociada
Criterios de aceptación, diferimiento temporal y permanente de donantes de sangre.	Asociada
Mecanismos de colecta de la unidad.	Asociada
Consentimiento informado incluidos deberes y derechos de los donantes de sangre.	Asociada
Definición de mecanismos de remisión de personas que no cumplan con los requisitos de donantes, asegurando cuando sea necesario, su vinculación a la atención médica.	Asociada
4. Definición de los mecanismos de colecta de unidad con proceso cero error para la identificación del donante y asepsia del sitio de la venopunción.	Asociado
5. Disponibilidad de personal formado, motivado, entrenado y capacitado para los procesos de edu-comunicación, asesoría pre donación, selección de donantes, extracción de sangre y asesoría post donación.	Directa y asociada
6. Gestión de la información.	Directa y asociada
Mantenimiento de la base de datos.	Directa
7. Definición, e implementación de mecanismos de monitoreo y control del proceso, debe incluir sistema de retroalimentación al personal involucrado.	Directa y asociada
Porcentaje de diferimiento por factores asociados a ITT (Relación con positividad para ITT).	Asociada
Porcentaje de autoexclusión (Relación con positividad para ITT).	Asociada
Porcentaje de personas remitidas al sistema de salud	Asociada
Correcto llenado de las historia de donación, incluidos los datos del contacto del donante.	Directo
Porcentaje de unidades descartadas por ITT.	
Análisis de errores y casi errores.	Asociada

Suficiencia en la provisión:

El establecimiento del número de unidades de sangre a recolectar es la base de la operación de cualquier banco de sangre. Esta cantidad debe responder a las necesidades de sangre y de forma ideal debe planearse teniendo en cuenta el número de donaciones de sangre por donante en un período de tiempo.

Cuando la cantidad de unidades colectadas está por encima, se afectan aspectos financieros y éticos por descartes injustificados de unidades por caducidad. Mientras que cuando la colecta está por debajo, se afecta la oportunidad impactando en la morbi-mortalidad, como es el caso de la mortalidad materna por hemorragia (Organización Panamericana de la Salud, 2013), y minado la confianza de los donantes de sangre en el banco de sangre.

Por ello no es menor la necesidad de establecer mecanismos que permitan la permanente comunicación con los servicios intrahospitalarios, en el caso de bancos de sangre hospitalarios, y con las instituciones que requieren la sangre, en el caso de los hemocentros, para conocer cierres, aperturas, ampliaciones o disminuciones de servicios que puedan afectar la demanda de sangre y componentes. En América Latina donde enfrentamos permanentes ajustes porque los sistemas de salud están en desarrollo y todavía no se alcanzan coberturas universales, se hace necesario acentuar dicha comunicación.

Desglose del proceso

Proceso para alcanzar sangre suficiente	Responsabilidad [2]
1. Establecimiento de necesidades de sangre.	Asociada
2. Establecimiento y mantenimiento de la base de donantes y empresas que faciliten la colecta de sangre.	Directa
Definición y establecimiento de estrategias para formar nuevas generaciones de donantes.	Directa y asociada
3. Establecimiento de planes de colecta de sangre y separación de componentes (diarios, mensual, trimestral, semestral y anual).	Directa y asociada
Definición e implementación de planes de contingencia en épocas de alta demanda y variaciones en la colecta.	Directa
4. Definición y establecimiento de inventarios máximos y mínimos, por grupo ABO/Rh, con niveles de alerta.	Asociada
Incluidas unidades con características especiales por ej.; CMV negativas, pediátricas, etc.	
5. Organización de sesiones de donación de sangre.	Directa
Sitios fijos y móviles.	
6. Establecimiento y mantenimiento de las relaciones con la comunidad.	Directa
Formación de alianzas para colectas de sangre, patrocinios, etc.	Directa y asociada
Formación de grupos de personas que apoyen las actividades de promoción y atención de donantes.	Directa
Alianzas con grupos afectados por la seguridad sanguínea con el establecimiento de asociaciones de pacientes: pacientes con hemoglobinopatías, grupos de maternas, etc.	Directa y asociada
Asociaciones médicas de profesionales.	Directa y asociada
Universidades que apoyen el proceso.	Directa y asociada
Proveedores del banco de sangre.	Directa y asociada
7. Disponibilidad de un plan de medios masivos de comunicación	Directa
Incluidos redes sociales.	Directa
8. Definición, e implementación de mecanismos de monitoreo y control del proceso (sistema de retroalimentación al personal involucrado).	Asociada
Porcentaje de unidades de glóbulos rojos descartados por caducidad o ITT.	Asociada
Porcentaje de demanda insatisfecha.	Asociada

Bienestar del donante

Como se había mencionado en el punto Provisión de sangre segura, el proceso de donación de sangre, debe proteger a los receptores de la ITT y de los efectos de los medicamentos, que pudiesen ser perjudiciales para ellos. De igual forma el proceso debe cumplir con el objetivo de proteger contra daños a la propia salud del donante. (Organizacion Panamericana de la Salud, 2009).

Para ello, el proceso debe disponer de mecanismos de referencia cuando sea necesario, no sólo ante posibles amenazas de la seguridad de las transfusiones, sino también ante signos de posibles problemas de salud, por ejemplo, valores de tensión arterial o de hemoglobina fuera de los rangos esperados.

De igual manera, debe estar en capacidad de reconocer y atender oportunamente todo efecto adverso a la donación de sangre, notificando aquellos que establezca el sistema de hemovigilancia. (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

En relación con la colecta de la unidad de sangre, debe asegurar que el volumen extraído no supere el 10% de la volemia del donante. (Organizacion Panamericana de la Salud, 2009) En este sentido, se resalta la importancia del mantenimiento y control de los equipos que se utilicen en la atención del donante de sangre.

Por último, es importante tener en cuenta que la percepción del donante durante la colección de sangre afectará las futuras donaciones, impactando la seguridad y suficiencia del suministro.

2. Directa responsabilidad del servicio de atención de donantes. Asociada involucra la responsabilidad de otra área del banco de sangre

Desglose del proceso

Proceso para el bienestar del donante	Responsabilidad [3]
1. Definición, capacitación e implementación de los criterios de aceptación, diferimiento temporal y permanente de donantes de sangre.	Directa
2. Definición y establecimiento de mecanismos de remisión de personas que no cumplan con los requisitos de donantes, de manera ideal asegurando, cuando sea necesario, su vinculación a la atención médica.	Asociada
3. Información al donante sobre los riesgos del proceso de donación y obtención del consentimiento informado.	Asociada
Incluidos deberes y derechos de los donantes de sangre.	Asociada
4. Control de calidad del material y equipo utilizado en la selección de donantes y colecta de sangre.	Directa
Incluye planes de mantenimiento preventivo y correctivo	
5. Gestión de la información.	Directa
Mantenimiento de la base de datos.	
6. Definición e implementación de mecanismos de monitoreo y control del proceso (sistema de retroalimentación al personal involucrado).	Directa y asociada
Proporción de las historias de los donantes que cumple con los criterios establecidos.	Directa
Porcentaje de donantes diferidos y en quiénes se ha establecido su causa.	Directa
Porcentaje de venopunciones fallidas.	Directa
Porcentaje de unidades sin cumplir con el peso establecido.	Directa
Porcentaje y causas de reacción adversas a la donación.	Directa
Número de reacciones adversas a la donación reportadas al sistema de hemovigilancia.	Directa
Número de errores en la selección de los donantes, detectados y analizados.	Directa

Satisfacción del donante

La prevalencia para marcadores de ITT es mayor en los nuevos donantes de sangre, en comparación con los donantes habituales (Bastiaans MJ, 1982), (Shah R, 2007). Por lo tanto, el objetivo es disminuir continuamente la prevalencia, al aumentar el número de donaciones por donante. En consecuencia, es sustancial vigilar el desarrollo de la donación para mejorar la retención en aras de la habitualidad en los donantes.

Para lograrlo es necesario implementar varias herramientas, dentro de las que se pueden destacar: los procesos personalizados, los diálogos directos, las encuestas de satisfacción, el programa de quejas, sugerencias, reclamos, peticiones, felicitaciones y el ejercicio del cliente incógnito, etc. (Berry, 2002).

Es fundamental conocer al donante de sangre, y por ello se puede comenzar estableciendo vínculos que permitan crear relaciones que construyan confianza y un lazo fuerte y sólido como base de futuras relaciones institucionales.

Cuando la experiencia de la donación de sangre supera las expectativas del donante, es más probable que éste se sienta motivado para donar nuevamente hasta convertirse en un donante habitual de sangre, aumentando la frecuencia de la donación por persona.

Desglose del proceso

Proceso para alcanzar satisfacción	Responsabilidad [4]
1. Disponer de personal capacitado, competente y motivado en el servicio.	Directa
2. Establecer mecanismos para medir la satisfacción de los donantes .	Directa
3. Establecer mecanismos de seguimiento post donación, incluido el sistema de recordatorios.	
4. Disponer de sistema de reconocimiento a los donantes.	Asociada
5. Celebración del día mundial del donante de sangre para agradecer a los donantes de sangre, voluntarios, individuos y todas las instituciones que apoyan las actividades de donación de sangre.	Directa
6. Sistema de gestión de quejas y sugerencias de los donantes.	
7. Mecanismos para evaluar las causas de no retorno de los donantes de sangre.	
8. Definir e implementar la política de servicio y atención al donante de sangre.	Asociada
9. Establecer la estrategia de fidelización personalizada.	Directo

3. Directa responsabilidad del servicio de atención de donantes. Asociada involucra la responsabilidad de otra área del banco de sangre.
4. Directa responsabilidad del servicio de atención de donantes. Asociada involucra la responsabilidad de otra área del banco de sangre.

Otros procesos a tener en cuenta:

Planificando y conduciendo una investigación

Es importante la organización de registros, computarizados o manuales, para garantizar la seguridad del donante y del receptor de la sangre. La información que estos contienen en temas de seguridad, confidencialidad y localización son esenciales para la elaboración de informes, planificación, evaluación, notificaciones, etc.

De igual forma, los datos contenidos en los registros pueden servir de base para las jornadas futuras de reclutamiento de donantes. Por eso se deben actualizar permanentemente.

Al realizar estudios, cuestionarios, entrevistas y discusiones de grupo se pueden identificar tendencias, oportunidades y retos que afectarán la atención integral y la retención de los donantes.

Una de las formas de obtención de registros es realizando investigaciones de orden cualitativo y cuantitativo. La primera involucra el estudio de grupos específicos y permite conocer la percepción sobre el servicio que se brinda en el banco de sangre; la segunda, de orden cuantitativo, se basa en los datos numéricos que serán útiles para la planificación a largo plazo.

Otra de las formas de planificar un estudio es a través del análisis situacional, en el que se conocen factores internos y externos de la comunidad; también se puede realizar una visita a los puestos móviles de recolecta, con el fin de obtener información tanto de los donantes como del personal de banco de sangre.

Los voluntarios y colaboradores del banco de sangre, son los principales aliados para apoyar y acompañar las jornadas de donación; por tanto, es importante incluirlos en los registros de evaluación para ayudarnos a valorar el desempeño del banco de sangre durante las jornadas de colecta.

Luego del estudio se realiza la identificación de los recursos disponibles o que son de utilidad. Dentro de estos recursos están las personas, los equipos, materiales y dinero.

Una eficiente comunicación del banco de sangre con la comunidad es importante para la obtención de esos recursos, siendo las personas una red de apoyo que motiva y educa a los demás. En cuanto a los recursos materiales, se debe elaborar un inventario con lo que se tiene y con lo que hace falta, buscando entre las personas y aliados conseguir estos materiales de forma gratuita o a bajo costo.

Organización en los planes de contingencia

El personal de atención integral de donantes de sangre debe estar en capacidad de responder frente a situaciones de emergencia, desde un terremoto, hasta un atentado. Es en estas circunstancias cuando la demanda de sangre aumenta ocasionando que los servicios de sangre no sean suficientes. Los planes de contingencia deben estar establecidos como un protocolo de acción, que sea conocido por todo el personal para que sepan cómo actuar en estas situaciones. Generalmente los planes de contingencia se encuentran alineados a la política de gestión del riesgo de desastres de cada país, como una medida para saber las acciones a realizar en situaciones de emergencia.

Ya para finalizar, es necesario mencionar que independiente de su organización todos los servicios de donantes de sangre deben disponer del Manual de Procedimientos Operativos Estándar (normalizados) actualizado; su ámbito de aplicación permite estandarizar el trabajo, e integra esta área con la totalidad del sistema de gestión de la calidad del banco de sangre.

De igual manera, sin importar las diferencias logísticas y funcionales, los bancos de sangre deben establecer mecanismos de control permanente que faciliten la evaluación del progreso del objetivo. La eficacia y dinámica de estas evaluaciones son oportunidades para mejorar la seguridad, oportunidad del suministro, así como el bienestar y satisfacción de los donantes de sangre.

Referencias

1. American Association of Blood Banks. Quality Systems in the Blood Bank Enviroment. Second Edition. AABB, Bethesda Marylnd, 1998.Federación Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja. Organización Mundial de la Salud OMS. Organización Panamericana de la Salud OPS. Manual Hagamos la Diferencia; 2005.
2. Bastiaans MJ, Nath. N.Dodd RY, Barker LF(1982). Hepatitis-associated markers in the American Red Cross volunteer blood donor population. IV. A comparison of HBV-associated serologic markers in HBsAg-positive first-time and repeat blood donors. Vox Sang., 42(4):203-10.
3. Blajchman MA, Beckers. EA.Dickmeiss E MooreG, Muylle L(2005). Bacterial detection of platelets:currents problems and possible solution Transfusion Med Rev. Oct; 19(4):259-72
4. Berry, L. Un buen servicio ya no basta. Grupo editorial Norma. Bogotá. 2002
5. DOMAINE Project 2010. Manual de gestión de donantes.
6. Latin American Quality Institute. El potencial humano, recurso primordial en las empresas [en línea] [Fecha de acceso: 2 de marzo de 2017] Disponible en: http://www.laqualityinstitute.org/articulos/laqi_art_3.pdf
7. Martín G. Álvarez Torres. Manual para elaborar Manuales de Políticas y Procedimientos. Primera Edición. Panorama Editorial. México 1999
8. Organización Mundial de la Salud. (2012.). Prevención y control de las Hepatitis Virales.Marco para la Acción Mundial. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

9. Organizacion Panamerica de la Salud. (2013). PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2014-2019 “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”.
10. Organización Panamericana de la Salud. Estándares de trabajo para servicios de Sangre. Tercera Edición. OPS, Washington, 2009
11. Organizacion Panamericana de la Salud. (2009). Elegibilidad para la Donación de Sangre. Recomendaciones para la Educación y la Selección de Donantes Potenciales de Sangre. Washigton DC.
12. Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía para establecer un sistema nacional de hemovigilancia. Washington DC.
13. Shah R, T. A. (2007). Knowledge about HIV-AIDS among first-time and regular voluntary non-remunerated blood donors. Indina J Pathol Microbiol, 896-90.
14. World Health Organization. (2013). Towards self-sufficiency in safe blood and blood productos base on voluntary non-remunereted donation . Geneva .
15. World Health Organization Public consultation on the draft proposal on Principles for global consensus on the donation and management of blood, blood components and medical products of human origin Service Delivery and Safety Department Health Systems and Innovations Cluster Services Organization and Clinical Interventions Unit January 2017

Capítulo 32

Trabajar en equipo

Teresa Atienza Martin, Licenciada en Bellas Artes. Directora de Enfermería del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: atienza_ter@gva.es

Luis R. Larrea González, Doctor en Medicina y Cirugía. Jefe del Servicio de Procesamiento del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: larrea_lui@gva.es

Roberto J. Roig Oltra, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Hematología y Hemoterapia, Jefe del Servicio de Hemodonación y Aféresis del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: roig_rob@gva.es

"No preguntes que puede hacer por ti el equipo. Pregunta qué puedes hacer tú por él" (Earvin "Magic" Johnson, deportista de élite)

Un grupo de trabajo es un conjunto de personas asignadas, de acuerdo con sus habilidades, conocimientos y competencias específicas (profesionales o expertos) para cumplir una determinada meta bajo la dirección de un coordinador. El sentimiento de pertenencia al grupo y el alto o bajo nivel de satisfacción es lo común, aunque su productividad está limitada por la combinación de interrelaciones sociales existentes dentro de la organización, por lo cual deberá haber un reglamento de funcionamiento ya que, normalmente, las personas se renuevan con el paso del tiempo.

Al conjunto de personas que se organizan de una forma determinada para lograr un objetivo común se les denomina **equipo de trabajo**. Por lo tanto, en esta definición van implícitos tres elementos clave:

1. Conjunto de personas: los equipos de trabajo están formados por personas que aportan a los mismos una serie de características diferenciales (experiencia, formación, profesionalidad, aptitudes, etc.) que van a influir decisivamente en los resultados finales.
2. Organización: hay diferentes formas en las que un equipo se puede organizar para el logro de un determinado objetivo, pero, por lo general, en las empresas esta organización implica algún tipo de división de tareas. Esto supone que cada miembro realiza una serie de tareas de modo independiente pero es responsable del resultado final.
3. Objetivo común: Una de las claves del buen funcionamiento del equipo es que las metas personales sean compatibles con los objetivos del equipo.

Por lo tanto, podríamos definir el trabajo en equipo como la acción individual dirigida que al tratar de conseguir objetivos compartidos, no pone en peligro la cooperación y con ello robustece la cohesión. La cooperación define el hecho que cada miembro del equipo aporte a éste todos sus recursos personales para ayudar al logro del objetivo común. Esto se observa cuando los componentes del equipo realizan actividades como:

1. Ofrecer nuevas ideas y proporcionar soluciones.
2. Interesarse por las ideas de otros y, a su vez, desarrollarlas.
3. Ofrecer información relevante y hechos contrastados.
4. Intentar coordinar las actividades de los miembros y clarificar las aportaciones de éstos.

5. Evaluar los resultados.
6. Cuando existe incompatibilidad entre las metas personales y las de equipo los integrantes reducen la cooperación: no se esfuerzan, ocultan información, etc.

Los equipos cohesionados se caracterizan porque tienen menos conflictos, y cuando estos surgen, se encauzan y se resuelven de manera positiva, la comunicación es más fluida y todos los integrantes sienten que tienen la oportunidad de participar en las decisiones. Esto refuerza la motivación. Los componentes de un equipo cohesionado valoran su pertenencia y se esfuerzan por mantener relaciones positivas con los miembros de otros equipos (por ejemplo: promoción con donación; promoción con fraccionamiento; promoción con procesamiento analítico). Adquieren un sentido de lealtad, seguridad y autoestima por el grupo que satisface tanto las necesidades personales como las colectivas. En los equipos cohesionados se observa que los miembros desarrollan una serie de actividades importantes para el mantenimiento del mismo. Se trata de una serie de comportamientos que mantienen el equipo como un sistema que funciona y que evita los antagonismos emocionales y los conflictos. En un equipo efectivo, cada miembro favorece las relaciones interpersonales y aporta sus habilidades para trabajar juntos a lo largo del tiempo. Como ejemplos de actividades de mantenimiento del equipo tenemos:

1. Animar, aceptar y mostrar acuerdo con las ideas de los demás, mostrando solidaridad.
2. Contribuir a armonizar las disensiones, reconciliando diferencias.
3. Expresar estándares de realización que se han de alcanzar o se han de usar en la evaluación de los procesos.
4. Caminar con el equipo significa estar de acuerdo en realizar las ideas de otros.
5. Alentar la participación de todos y no sólo de unos pocos.

Grupo versus equipo

Grupo	Equipo
Los miembros trabajan de forma independiente y, a menudo, no están trabajando hacia el mismo objetivo.	Miembros de trabajo independiente que trabajan en pro de los objetivos personales y del equipo, y que entienden que estos objetivos se logran mejor mediante el mutuo apoyo.
Los miembros se centran, principalmente, en si mismos porque no están involucrados en la planificación de los objetivos de su grupo y sus objetivos.	Los miembros tienen sentido de pertenencia porque se comprometieron con los objetivos.
Los miembros tienen sus tareas asignadas, rara vez, se les pide opinión.	Los miembros colaboran y utilizan su talento y experiencia para contribuir al éxito de los objetivos del equipo.
Los miembros son muy cautelosos en lo que dicen y tienen miedo de hacer preguntas. Pueden no comprender, plenamente, lo que está sucediendo en su grupo.	Los miembros basan su éxito en la confianza y alientan al resto a expresar opiniones, puntos de vista y preguntas.
Los miembros no confían entre ellos al no comprender qué desempeña cada uno.	Cada miembro hace un esfuerzo consciente para ser honesto, respetuoso y escuchar el punto de vista de cada uno de los demás.
Los miembros pueden tener mucho que aportar pero se ven frenados por las relaciones cerradas.	Los miembros son animados a ofrecer sus habilidades y conocimientos; contribuyendo todos, de este modo, al éxito del grupo.
No hay grupo de apoyo para ayudar a resolver problemas.	Todo el mundo ayuda a resolver los problemas de forma constructiva.
Se valora más la conformidad que los resultados positivos.	Todos participan en la toma de decisiones.

¿Qué significa "trabajar en equipo"?

El trabajo de equipo se origina en el seno de un grupo de personas, orientados para el alcance de objetivos comunes. Cada integrante debe de aportar o realizar una tarea que ayude a resolver un conflicto o un trabajo encomendado.

La denominación de trabajo en equipo surgió tras la I Guerra Mundial y, hoy en día, es una herramienta muy utilizada para resolver conflictos que surgen en el ámbito económico, político, etc., y, bien sea en el lugar de trabajo, en el hogar, entre otros. Cuando trabajamos en equipo, cada miembro es responsable, independientemente de los resultados. La responsabilidad es de cada uno de los integrantes.

Son características de un trabajo en equipo:

1. establecimiento de objetivos precisos y la definición de un proceso en el transcurso del trabajo.

2. el desarrollo y la cooperación entre los miembros del equipo y,
3. el desarrollo de un proceso que ayude a tomar una decisión debidamente fundamentada para la obtención de resultados positivos.
4. también es esencial la presencia de un líder que sepa conducir el equipo, él mismo debe de mostrar confianza, trazar una orientación para el futuro y movilizar a las persona para concretizar los objetivos.

Por consiguiente es de suma importancia que entre el equipo de trabajo exista un buen nivel de coordinación, armonía, solidaridad, comprensión y buena relación entre los miembros para el correcto funcionamiento y, de esta manera, alcanzar el objetivo planteado. Un buen ejemplo en donde se evidencia el trabajo en equipo es en el deporte colectivo, donde cada jugador tiene asignada una función y, entre todos, se ayudan para conseguir puntos y lograr el objetivo común que es ganar el juego.

Asimismo el trabajo en equipo es esencial en el contexto empresarial pues se ha demostrado que esta modalidad de trabajo presenta mejores resultados en el desarrollo de los proyectos planteados, en virtud de que cada miembro posee diferentes habilidades. De hecho, en la actualidad existen ofertas de trabajo que valoran a un individuo por su capacidad de trabajar en equipo, en consecuencia, el candidato debe de poseer habilidades sociales y compartir conocimientos con el resto de los miembros que conforman el equipo.

La existencia de equipos de trabajo **tiene sentido en cuanto a que posibilitan el incremento de los resultados de la tarea de cada uno**. Un equipo de trabajo requiere compromiso y generosidad: compromiso porque si de la actuación de uno mismo depende el resultado global, es necesaria una presencia continuada; generosidad porque supone poner las capacidades de uno mismo al servicio de un proyecto común. **Si no hay objetivo compartido no podemos hablar de equipo de trabajo.** De hecho en un mismo departamento puede coexistir más de un equipo de trabajo, con otras personas individuales que no pertenecen a ninguno de ellos. Las organizaciones que alcanzan mayor nivel de desempeño, ponen mucho interés en la constitución y mantenimiento de estos equipos. El tiempo que se invierte en estructurarlos, revierte después en un incremento en la motivación de los participantes.

No hace falta decir que, con carácter general, trabajar en equipo permite adecuar las estructuras a los miembros que lo forman, y consigue relaciones horizontales, ágiles y fluidas…, precisamente lo que hoy en día necesitamos cada vez más.

Trabajando en equipo: El equipo de trabajo

No hay que caer en el error de decir que es fácil constituirlo, pero desde luego la opción siempre resulta rentable. Y si tenemos experiencia trabajando en equipo sabremos que junto a los beneficios de esta forma de trabajar, hay unos inconvenientes. Inconvenientes que se pueden resolver. Generalmente los problemas surgen por una participación no funcional, pero 'a grandes males, grandes remedios'. En el momento en el que surge tal disfunción, es posible poner en marcha estrategias de resolución que nos permitan actuar sobre: la agresividad, el bloqueo, el desinterés, los individualismos, etc.

Aunque es habitual hablar del trabajo en equipo, no siempre ha sido así en la Historia de las Organizaciones, pero a principios de los años 60 se empezó a relacionar con 'los círculos de control de calidad' y el concepto adquirió una mayor notoriedad. Los expertos aseguran que **no fue más que una forma de motivar al personal** en un momento de cambios.

Ventajas del trabajo en equipo. Top Ten de las ventajas:

1. Se consigue una visión única que proviene de múltiples visiones: forma parte del proceso creativo, aunque es necesario tener paciencia y dominar el arte de la negociación.
2. Las diferentes ideas no solo colaboran en el trabajo bien hecho, sino también en la resolución de problemas.
3. Los miembros del equipo se sienten útiles, y pueden demostrar sus capacidades; esto, indirectamente aumenta el rendimiento individual y colectivo.
4. Por el mero hecho de compartir y discutir información se consigue un aprendizaje de forma natural.
5. Se observa que con el tiempo los miembros del equipo se vuelven más tolerantes y superan sus propias debilidades.
6. La calidad del trabajo mejora con el consenso, dando paso a mejores decisiones.
7. Los miembros suelen sentir seguridad por su integración en el grupo y, además, mejoran las relaciones interpersonales.
8. Si se tienen en cuenta la formación y el desempeño individual, así como sus necesidades profesionales, el modelo de trabajo en equipo evita tener que estar pensando en las rotaciones.
9. En trabajos complicados el esfuerzo se divide; y por el contrario con los buenos resultados, la sensación de éxito se multiplica.
10. Se reduce el estrés individual porque se comparten los momentos de tensión.

Desventajas del trabajo en equipo. Top Ten de las desventajas:

1. La coordinación puede convertirse en el talón de Aquiles. Para evitarlo se requiere asignar las funciones a personal que tenga en cuenta las opiniones de todos, y mente clara para decidir.
2. Discutir sin saber hacerlo. Nos falta entender, recibir la información, hacernos nuestra propia idea, y exponerla.
3. Objetivos poco claros y responsabilidades mal definidas.
4. Ritmos diferentes: no adoptar una actitud evasiva.
5. Pueden producirse conflictos duraderos entre los miembros por diferencias en los puntos de vista y formas de pensar, pudiendo incluso, dividir al grupo.
6. El líder, lo será si es autoritario, por eso el gerente o responsable de recursos humanos, tendrá cuidado al asignar sus funciones.
7. El tiempo que se invierte poniendo en común distintas ideas, y tomando decisiones.
8. Los miembros del grupo algunas veces se sienten víctimas del "criterio de grupo", con tendencia a conformarse con los juicios del grupo, sin ningún sentido crítico, aun cuando estos juicios impliquen riesgos.
9. Trabajar en equipo implica asumir responsabilidades, y sucede a menudo, que ante errores nadie quiera asumirlos en forma individual.
10. La asignación de personas que carecen de capacidades concretas a un trabajo que las requiere.

¿Cómo hacerlo?:

No importa ni el objetivo ni el tamaño de la empresa, se puede implantar, exitosamente, esta estrategia. Por lo tanto, deja de operar en grupo o individualmente y empieza a crear equipos que funcionen como una orquesta:

1. Construye confianza. Es el elemento principal del trabajo en equipo. Impulsa un ambiente donde todos los participantes conozcan las habilidades de los demás, entiendan sus roles y sepan cómo ayudarse mutuamente.
2. Establece objetivos comunes. Para que tus empleados trabajen en equipo deben perseguir las mismas metas. Por ello, es importante que comuniques la misión de la empresa de manera uniforme y que definas cómo cada miembro y departamento puede contribuir a cumplirla
3. Crea un sentido de pertenencia. El factor más poderoso en la creación de equipos es el desarrollo de una identidad común. Define qué identifica a tu equipo, fija valores y haz que cada miembro sea consciente de su impacto en el equipo.
4. Involucra a tu gente en las decisiones. Nada afecta más un trabajo en equipo que el hecho de que las decisiones sean tomadas por un líder autócrata. Para evitarlo, impulsa la generación de ideas, abre tu mente y motiva a cada empleado a compartir su opinión. De este modo será más fácil implantar cualquier cambio o estrategia.
5. Haz que haya un entendimiento entre las partes. Para crear empatía entre tus trabajadores, realiza ejercicios de rotación entre áreas. Así cada miembro sabrá en qué consiste la labor del otro y cómo puede contribuir a hacerlo mejor.
6. Motiva la responsabilidad y el compromiso mutuo. Cuando una persona es parte de un equipo, sabe que los logros o fracasos son responsabilidad de todos y cada uno de los miembros. No fomentes la mentalidad de "éste no es mi problema"; haz que los problemas y los aciertos sean compartidos.
7. Impulsa la comunicación. La única manera de que todos los miembros trabajen como una orquesta es que existan canales de comunicación válidos y adecuados. Los verdaderos equipos se escuchan y retroalimentan. Están dispuestos a cambiar de opinión y a crear estrategias en conjunto.
8. Aprovecha la diversidad. Un equipo de trabajo homogéneo puede operar con eficiencia pero sin mucha innovación. En el momento de crear tu equipo procura que haya personalidades e intereses distintos, pero que se compartan valores y un compromiso con la empresa.
9. Celebra los éxitos del grupo. Cuando algo sale bien, reúne a todos los implicados y agradéceles su trabajo. Procura destacar el papel de cada uno, pero celebra el resultado del grupo.
10. Sé un líder. Todo equipo de trabajo necesita un líder que guíe y reúna los esfuerzos individuales. No te "laves las manos" y sé parte del equipo. Como líder tendrás que llegar a consensos y tomar decisiones, con base en las ideas y opiniones de todos.

Conclusiones:

1. La 'sinergia' es la principal razón de ser de los equipos de trabajo. Los resultados de un equipo que funciona bien son superiores a los resultados provenientes del esfuerzo individual.
2. El significado de 'equipo de trabajo' tiene relación con las metas y la visión compartida, sin objetivos comunes y sin compartir la misma visión no podemos hablar de equipo.

Existen desventajas asociadas a los equipos de trabajo, pero muchas de ellas se pueden solventar con las técnicas de "Team Building" (construyendo equipo) que nos permitirán construir unos equipos de trabajo con bases sólidas y preparados para afrontar los cambios, exigencias y desafíos que imponen los mercados.

Lecturas recomendadas

- Autor. Trabajo en equipo: (http://leonismoargentino.com.ar/INST264.htm).
- Autor. Grupos Equipos de Trabajo (http://www.mitecnológico.com/Main/GruposEquipos de Trabajo/).
- Autor. Como fomentar la motivación en el grupo. http://educablogs.org/noticiario/2012/02/23.
- Anzieu D (1997). La dinámica de los grupos pequeños. Nueva Editorial, país ¿p.286. ISBN 9788470305030
- Ezquiaga G."Claves para orientar el desarrollo laboral".. Editorial El Francotirador. País, y año
- "Teamwork". Merriam-Webster Dictionary online. Dirección
- Gómez A, Acosta H (10.10.2003). "Acerca del trabajo en grupos o equipos", Biblioteca Virtual en Salud y Care, Cuba (21.01.2008). dirección

Capítulo 33

El servicio y la atención de los bancos de sangre

ANA LUCÍA CABEZAS BELALCÁZAR. Comunicadora Social. Training Coach – PNL. Especialista en Promoción de la Donación Voluntaria de Sangre y Humanización de los Servicios de Salud. Directora de Sea Aseasores Empresariales Internacional. Colombia. www.seaasesores.com

"Descubrí que el amor es más que un simple estado de enamoramiento, el amor es una filosofía de vida. Aquel día dejé de ser un reflejo de mis escasos triunfos pasados y empecé a ser mi propia luz tenue de este presente, aprendí que de nada sirve ser luz si no vas a iluminar el camino de los demás. Aquel día decidí cambiar tantas cosas, aquel día aprendí que los sueños son solamente para hacerse realidad".
WALT DISNEY

Los pequeños grandes detalles que marcan la diferencia.

Y la historia empieza así…

¨Después de tanto soñarlo, imaginarlo y ver la magia en los cuentos de hadas donde se enmarcan las historias de la infancia, escuchar la música, ver el color, las imágenes, los trajes y las películas que han dejado huella en millones de personas en el mundo sin importar su edad, su cultura o nivel educativo, al fin, pude tener la oportunidad de estar en uno de los parques de Disney World.

Allí estaba yo, impactada por ver y vivir ese sueño hecho realidad, donde los castillos, los personajes y los cuentos cobran vida y la experiencia vivida es más que un grato recuerdo. Mis ojos, mi corazón, mis oídos y mi piel estaban sensibles a todos esos increíbles detalles. Ello posiblemente fue causado por llevar tantos años facilitando procesos de transformación cultural en las organizaciones para que brinden servicio y atención humanizada y excepcional que dejan huella en el corazón de las personas.

Quiero en este capítulo compartir una historia, mi anécdota en ese mundo mágico de Disney que ha sido tema en muchas conferencias y talleres de capacitación, permitiendo evidenciar, entender y comprender la importancia de un servicio con calidad y una atención con calidez a partir de la creación de experiencias positivas de esos pequeños detalles que marcan una gran diferencia y que llevan a la fidelización de los clientes, usuarios, pacientes, trabajadores y donantes de sangre.

La historia de Don Jimmy, le pongo este nombre a un señor adulto mayor, con cabello canoso, caminado lento, mirada brillante llena de vigor y vestido/uniforme impecable, que se encontraba a unos metros de la fila que hacíamos con mi esposo y mi hija para entrar a una

de las atracciones del parque. La fila, que parecía no acabar, la hacíamos los 3 felices, con una sonrisa, cómplices de admiración por cada uno de los detalles que observábamos en el parque. Que a pesar de la multitud todo estaba en orden, limpio, señalizado, con personas que orientaban y guiaban a los visitantes despistados y desorientados. Debo decir que a pesar de lo grande y desconocido del lugar nos sentíamos como en casa.

Allí estábamos, en la fila; delante de nosotros estaba una señora con su pequeño hijo de la mano, aproximadamente de 6 años. El pequeño llevaba un cono de chocolate con vainilla que se estaba derritiendo y sus manos ya estaban algo sucias, lo cual era un deleite visual al ver la inmensa alegría del niño con su delicioso helado. Al ir aproximándonos a la entrada del espectáculo, la madre lee el aviso de que es prohibido ingresar con alimentos, al verlo la madre le dice al pequeño que debe deshacerse de su helado, se lo expresa en tono agresivo, de afán, obligando al niño a que botara el helado.

Es allí cuando empieza la escena: el niño aferrado a su helado, su madre alzando la voz para que le obedezca, el niño llorando inconsolablemente por no querer despojarse de lo que realmente le daba alegría a su paseo y viaje de sueño en ese momento, situación cada vez más incómoda para la madre, más dolorosa para el pequeño y para todos los que estábamos a su alrededor.

En esa escena es cuando aparece la verdadera magia, los pequeños grandes detalles que marcan la diferencia y una experiencia memorable del servicio y atención de Disney, es cuando aparece Don Jimmy. Él, que se encargaba de realizar el aseo de la zona donde nos encontrábamos, sin pensarlo, se acerca al niño, deja al lado su escoba y herramientas de aseo, se agacha a la altura del pequeño, le sonríe, lo mira con dulzura a los ojos y con voz suave y tranquila lo saluda, se presenta y le dice: "Dame tu helado yo te lo guardo; mientras entras a la atracción cuando salgas yo te lo entrego". Esto se lo dijo tres veces seguida proporcionándole cada vez que le repetía seguridad, credibilidad y confianza. El niño sin soltar el helado, con algo de duda, lo mira unos segundos, sonríe y afirma con su cabeza, le da su última probada al helado derretido y se lo entrega a Don Jimmy, quien se incorpora, sostiene el helado con sus dos manos y no deja de mirarlo, le sonríe mientras el niño camina hacia la atracción y voltea en repetidas ocasiones a ver su helado custodiado por él, Don Jimmy, quien espera cuidadosa, paciente y respetuosamente que el pequeño con su madre desaparezcan al entrar a la atracción.

Es en ese momento cuando Don Jimmy mira su reloj (sabe perfectamente cuánto tiempo se demorará el pequeño en salir), se acerca al barril de basura, bota el helado restante, espera unos minutos y vuelve a mirar el reloj, pero esta vez se acerca a la heladería, saca de su bolsillo algunas monedas y compra nuevamente un helado de chocolate con vainilla y al tenerlo en sus manos se dirige al lugar donde el pequeño lo vio la última vez. Unos segundos más tarde sale el niño corriendo, sonriendo y buscando su helado. Al ver a Don Jimmy, va hacia él, éste se agacha nuevamente, lo mira, le sonríe y le entrega el helado, el niño ríe con sus ojos y a carcajadas, feliz, abraza a Don Jimmy y se aleja con su madre quien agradece y sonríe. El niño sigue su aventura disfrutando de su delicioso helado y Don Jimmy continuó con su labor. Y yo quedé paralizada de sentir, ver y escuchar ese cuadro de magia, ese momento de pequeños, de pequeños grandes detalles que marcan la diferencia y que quedan tatuados para siempre en el corazón como el más bello recuerdo.

¿Qué creen que pasará en el futuro con el niño después de vivir esta experiencia de servicio y atención memorable que queda marcada en su corazón por siempre?

Estoy completamente segura que el niño crece, ¿y a dónde creen que regresa...? Pues por supuesto, a Disney".

"Hagas lo que hagas, hazlo tan bien para que vuelvan y además traigan a sus amigos"
Walt Disney.

Esta historia la he narrado varias veces en diferentes talleres de capacitación y conferencias a nivel nacional e internacional con el fin de contextualizar el concepto de servicio y atención con base en la generación de experiencias positivas e imborrables que llevan a la fidelización de las personas, al posicionamiento del servicio y de la marca corporativa de las organizaciones.

Experiencias que sin lugar a dudas permiten la creación de memorabilidad, recordación, distinción y preferencia de quienes reciben una atención excepcional en el servicio recibido a partir de experiencias positivas.

La mayoría de los bancos de sangre se dedican a ejecutar actividades extramurales para la recolección, reclutamiento y captación de donantes de sangre, creando estrategias enfocadas a la movilización de los donantes. También se ocupan del trabajo marcado en la comunicación y mercadeo social, así como al diseño de mensajes adecuados al público objetivo, con el fin de obtener un incremento en la colecta de las unidades de sangre acordes con las necesidades concretas del público objetivo y poder distribuirlas a quien las necesita.

Sin embargo, cuando llega el donante de sangre a los distintos puntos de recolección en donde se desarrollan las jornadas de colecta, es cuando el donante puede hacer tangible, a través de su experiencia, esa idea de

dar vida/donar sangre. Muchas veces esta no es acorde a lo transmitido por los promotores, personal de atención y de quienes extraen la sangre o a lo que muestran los distintos medios de comunicación desplegados por los bancos de sangre.

Esta experiencia se presenta cuando el talento humano de los bancos de sangre no genera ni se enfoca de manera consciente en crear experiencias positivas que refuercen y se orienten a superar la expectativa que llevó al donante de sangre a esa movilización, lo que genera incoherencia y en algunos casos frustración en la persona.

Crear ***experiencias positivas permite favorecer la habitualidad y por tanto, la fidelización*** y práctica voluntaria de donar sangre. Para ello es fundamental que los equipos de trabajo de los bancos de sangre, trabajen de manera enfocada, propositiva y diferencial en el servicio y la atención brindada, la cual se genera a partir de los pequeños grandes detalles que marcan enormemente la diferencia y que estoy segura llevan a la habitualidad y fidelización.

Para ello, vale la pena identificar el concepto de servicio, atención y memorabilidad, con el fin de entender y comprender el sentido y significado de las palabras que se relacionan, interactúan y determinan la creación de experiencias positivas al donante habitual de sangre.

Hay diversas definiciones sobre *servicio al cliente*, y todas son válidas y pertinentes, aclaraciones que han permitido a las empresas y organizaciones en el mundo cambiar los paradigmas en sus acciones y enfocarlas a los clientes.

No obstante, relacionaremos algunas de los estudiosos en el tema, como por el ejemplo Karl Albretch, *"Servicio es el conjunto de actividades que determinan comportamientos orientados a satisfacer al cliente en relación con sus intereses, expectativas, necesidades y anhelos que originan una serie de procesos para satisfacer una necesidad, realizando diferentes funciones que el cliente no desea ejecutar y que está dispuesto a pagar a quien lo remplace, en qué oportunidad, lugar y elementos y con qué personas"* .

Para Leonard Berry, el servicio es "*Un proceso, un conjunto de actividades encaminadas a atender y satisfacer al cliente; los productos son objetos, los servicios son realizaciones".*

Pedro Larrea entrega la siguiente definición: *"El servicio es, además de una actividad económica, un sistema de relaciones humanas".*

Otras definiciones de servicio están relacionadas con la asistencia sistemática de los procesos propios del servicio que se ofrece.

Conforme a lo anterior, es posible afirmar que el servicio es el *"conjunto de actividades que buscan responder a las necesidades de un donante o de alguna persona común, que se percibe tangible o intangiblemente*".

Para el banco de sangre, como lo cita Leonard L. Berry, que busca personas sanas que donan de su sangre, la definición de servicio estaría encaminada a: "*Un conjunto de actividades, normas, procesos, procedimientos, recursos, insumos*, *infraestructura, para satisfacer todas las necesidades del donante de sangre, inclusive las que no son tan obvias*." En otras palabras, el servicio es lo que el banco de sangre debe hacer para recibir al donante voluntario de sangre y proporcionarle la seguridad, confianza y credibilidad que necesita.

Ahora bien, es importante comprender lo que significa ATENCIÓN. Según Leonard L. Berry en su libro: *Un buen servicio ya no basta,* es la "*capacidad de aplicar voluntariamente el entendimiento a un objetivo, tenerlo en cuenta o en consideración poner los sentidos en algo o alguien."*

Hace referencia al equipo de personas que realizan el *cómo*. Es decir, el cómo se conecta, relaciona, el cómo se está *ATENTO* para entender y comprender cuáles son las necesidades del cliente/donante.

Quizás comprendamos esta acción que es vital con los siguientes ejemplos*:*

> *"La persona que no sabe sonreír, no debe abrir una tienda."* Proverbio Chino.
>
> *"La amabilidad es más grande que la ley."* Proverbio Chino.
>
> *"Ya no basta satisfacer a los clientes; ahora hay que dejarlos encantados". Philip Kotler*

Si nos detuviéramos a analizar las anteriores definiciones que nos brindan los diccionarios sobre lo que significa la palabra atención, estaríamos en la capacidad de entender el sin número de sinónimos que tiene el vocablo. Sin embargo, para la atención al donante habitual de sangre, este concepto tiene una estrecha relación con la amabilidad, gentileza, cortesía, comunicación, carisma, actitud y una amplia sonrisa que se debe brindar siempre que estamos de cara a las personas que donan de manera voluntaria su sangre.

Por su parte, y continúo citando a Leonard L. Berry, de su libro: Un buen servicio ya no basta. Cuatro principios del servicio excepcional, la palabra *MEMORABLE* hace referencia a algo: "*digno de recordarse, célebre, afamado, famoso, renombrado, conocido, destacado, notable e inolvidable".*

"Ofrece experiencia de valor a tus clientes y nunca te olvidarán" Mario Batali

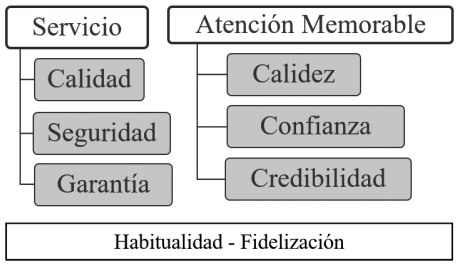
Partiendo de lo anterior, podemos identificar que los bancos de sangre requieren de un trabajo organizado, sistemático y sistémico que permita que el proceso de la donación voluntaria de sangre genere en los donantes satisfacción. Ésta se manifiesta en su nivel de percepción de las cosas tangibles e intangibles, así como en la capacidad del profesional de aplicar su entendimiento con todos sus sentidos para impactar de forma positiva al donante de sangre, permitiendo generar memorabilidad a partir de la experiencia positiva recibida.

Para ello es importante establecer que lo que debemos edificar, diseñar, crear y constituir es "***bancos de sangre más humanos, más confiables y más seguros",*** contribuyendo a fomentar una cultura en la organización que resalte la importancia de la toma de consciencia del ***servicio y atención humanizada***, centrada en el **ser para el hacer** como competencias de desempeño laboral que permitan fortalecer la **coherencia** entre los objetivos de las distintas estrategias de comunicación empleadas y la experiencia vivida en el momento de la interacción en la donación voluntaria de sangre.

En este sentido, para generar experiencias positivas a partir del fortalecimiento de las relaciones interpersonales, que mejoren la **cultura** y el **clima organizacional**, el **trabajo en equipo** y la **reputación** corporativa de lo que representan los bancos de sangre, con miras a incentivar la **memorabilidad, habitualidad y fidelización** en los donantes voluntarios de sangre.

Una experiencia positiva se cristaliza en la habitualidad y fidelización:

En este contexto, quiero acudir al siguiente esquema de comprensión, el cual hemos denominado con el equipo de trabajo en Sea Asesores Empresariales Internacional, (firma consultora en procesos de mejoramiento continuo a equipos de trabajo en las empresas), el ABC de la promoción para la donación habitual de sangre. Bajo este concepto relacionamos tres aspectos importantes para tener en cuenta en el servicio y la atención integral que se brinde a los donantes voluntarios de sangre, con el único fin de brindar un servicio con atención cálida, especial y memorable que los lleve a la habitualidad y a la fidelización.



1. A. Hace referencia a la **Arquitectura adecuada** para atender a un donante de sangre como un invitado especial, todo debe estar listo y dispuesto para recibirlo con calidad.

   El lugar en donde se atenderán a las personas debe ser acogedor, cómodo, aseado con suficiente iluminación, un lugar en donde se brinde la confidencialidad para realizar la entrevista que genere confianza y seguridad.

   Tanto los equipos médicos como el personal, deben estar dispuestos para brindar un servicio de calidad con una atención de calidez.

   La entrega debe notarse en todo el proceso de la donación: información, encuestas, equipos, entrevista médica, extracción de sangre, recuperación y refrigerio.

2. B. Corresponde a las **Buenas prácticas**, es el contacto, la relación que se tiene con el donante voluntario de sangre, y se basa en la habilidad para hacer bien su trabajo en cada momento del proceso de la donación.

   El donante voluntario de sangre debe contar con altos estándares de seguridad, bajo los cuales se le garantiza que su vida como donante no va a ser afectada y que además su objeto humanitario se logra con seguridad.

   Por esto es importante la capacitación, formación y entrenamiento de las personas que atienden al donante, la responsabilidad de brindarle toda la información, el cuidado en cada uno de los pasos del proceso de la donación de sangre, evitando lastimar y maltratar.

   Este es uno de los momentos más importantes. Sí el donante de sangre tiene y vive una experiencia positiva y mágica, se convertirá en un donante habitual y en un multiplicador de la donación de sangre; por el contrario, si su experiencia es negativa, nunca más volverá a donar sangre y su queja de insatisfacción será permanente y la comunicará a las personas que le rodean.

3. C. Es el **Contacto o conexión empática** que se debe tener con el donante voluntario de sangre. Momento de conexión positiva, mágica y definitiva para fidelizar, educar y convertirlo en un donante habitual.

   Es ir más allá que un simple saludo. Es sentir lo que la persona siente, siendo nuestro compromiso y responsabilidad hacer de ese instante un encuentro memorable para brindar la información pertinente, clara, precisa, con la calidez y el carisma que permita transcender su mente y tocar su corazón para hacer de esa persona un donante amigo y habitual de sangre que salva vidas.

En este punto es donde cobra vida la **ATENCIÓN** como el cuidado, vigilancia, interés, esmero, cortesía, consideración, ayuda, respeto, actitud del personal de contacto.

Habiendo compartido la historia de Don Jimmy de forma introductoria y luego de identificar los elementos del ABC del servicio y atención de experiencias positivas y memorables en la donación de sangre, es importante indagar sobre ¿cuáles son los rasgos de la gestión al estilo Disney que hacen que sin importar la edad, la cultura, el idioma o la nación, las personas vivan experiencias dignas de ser recordadas, aspectos que pueden ser rescatados y sirven como referencia para los bancos de sangre?

¿Cómo hacer que un trabajo rutinario pueda ser una oportunidad para generar una experiencia positiva, memorable e inspiradora para generar habitualidad y fidelización en la práctica de la donación voluntaria de sangre? Esos interrogantes son las pretensiones que, acudiendo a la experiencia, serán desarrollados a continuación.

Teniendo en cuenta los libros "*La gestión al estilo Disney*" de Bill Capodagli y Lynn Jackson en ¨*Las 7 claves del éxito de Disney*" de Tom Connellan, y con el fin de responder a los dos interrogantes, a continuación mencionaré los elementos fundamentales que pueden servir de referencia para generar experiencias positivas en el servicio y atención memorable en los bancos de sangre.

Primera clave: la competencia es cualquiera con quien el cliente nos compara.

¿Quién es la verdadera competencia?:

- Si alguien satisface a los clientes mejor que nosotros, sin importar el tipo de negocio del que se trate, se sufre por la comparación.
- Los clientes internos buscan las mismas cosas que los clientes externos.

En este contexto, podemos pensar que aunque el proceso de la donación voluntaria de sangre puede ser algo rutinario, no significa que pensemos que no existe competencia, ésta se encuentra siempre presente y cuando una persona es consiente que cualquier persona es competencia en sí misma, su actitud siempre se verá reflejada en que el punto de referencia para otros siempre sea el mismo. Si queremos contar con que los bancos de sangre sean generadores de experiencias positivas, deberíamos trabajar y perseverar en variables como:

Una experiencia positiva se percibe en la atención:

- Pasión – Inspiración.
- Bienvenida (saludo y me presento) Amabilidad – Buenos modales.
- Comprensión y empatía.
- Edu – Comunicación
- Trabajo en equipo.
- Presentación personal.
- Buenos modales .
- Comunicación asertiva.

Segunda clave: prestar una atención exagerada a los detalles.

Cómo constituyen la gran diferencia las pequeñas cosas, para el caso de los bancos de sangre se puede trabajar la ACTITUD EN LA ATENCIÓN, la cual contempla aspectos como:

- Comportamiento amistoso.
- Capacidad de escuchar.
- Capacidad de comunicar.
- Trato justo.
- Sonrisa.
- Mirada humana.
- Palabras de cortesía.
- Ofrecimiento de alternativas.
- Información exacta.
- Flexibilizar las normas.
- Guía – asesoría.
- Competitividad en su trabajo.
- Reconocimiento-resarcimiento.
- Adecuado porte de uniforme y de identificación.

Tercera clave: todos predican con el ejemplo.

- Cada persona que colabora en Disney® tiene que pasar por tradiciones y se siente responsable y útil al ayudar a conservarlas.
- Todos los integrantes del reparto predican con el ejemplo las tradiciones Disney®, para colaborar a que cada invitado viva una experiencia mágica.
- Cada vez que un cliente entra en contacto con la empresa es una oportunidad para crear valor.

La visión de los bancos de sangre debe enfocarse en brindar un servicio con experiencias positivas en la atención al donante de sangre/dador de vida, que permita dejar una huella memorable que lo lleve a la fidelización y por consiguiente a la habitualidad.

Sin importar los casos adversos o encuentro de clientes o donantes difíciles, la persona enojada, escéptica, molesta o difícil, crea una situación única y demandante, incluso para el personal más experimentado. Por tanto, es necesario preparar al equipo para que a pesar de las eventualidades presentadas, se encuentren preparados y cuenten con las herramientas que favorezcan la mejor salida, trato y comunicación en la relación con el otro. Dentro de las recomendaciones para manejo de dichas situaciones podemos destacar:

- Mantenga la calma (recuerde que lo que demanda el otro no tiene nada que ver con usted, no se fije en la forma, respire y no se asocie a la actitud del otro).
- Escuche (permita que la persona hable sin interrumpirla, escuche atento).
- Comprenda (demuestre empatía con lo que acaba de escuchar).
- Discúlpese (discúlpese del aspecto concreto que ocasionó el malestar).
- Asuma la responsabilidad de resolver el problema (establezca su responsabilidad y la forma como la puede manejar).

El personal del servicio de sangre debe mantener siempre la calma y escuchar los argumentos y reclamaciones de las personas. Una vez que hayan hecho lo anterior, deben tratar de encontrar un punto de acuerdo y tranquilizar a la persona. Los comunicadores eficaces alejan el problema de sí mismos y del quejoso, al volver a enunciar el problema con el fin de demostrar que lo han comprendido y para aclarar la situación.

Cuarta clave: todas las cosas se predican con el ejemplo

- El compromiso con la calidad va contigo a cualquier parte a la que te dirijas.
- Un integrante puede separarse de Disney ®, pero la empresa no se separa de él, ya que ha sido bañado con polvos de Peter Pan.

Los bancos de sangre que buscan generar una experiencia positiva trabajan de forma sólida por un servicio de calidad, el cual se ve manifiesto en variables como:

- Apoyo directivo.
- Cultura organizacional – clima.
- Profesionales de calidad – entrenados.
- Procesos definidos – calidad.
- Políticas y normatividad integral y de servicio y atención.
- Recursos técnicos e insumos.
- Estrategias de imagen – comunicación.
- Espacios confortables para la atención.
- Fácil acceso.
- Tiempos de espera.
- Trabajo en equipo.
- La satisfacción es tanto del donante de sangre como de los funcionarios del banco de Sangre.

Quinta clave: se escucha mejor a través de muchas orejas.

- El objetivo de los puestos de escucha es que la empresa oiga a los clientes, en lugar de escucharse a sí misma.
- Si se ignora la información de los empleados, es probable que se pase por alto la fuente más valiosa de información que se posee sobre los clientes.

Es probable que nuestras propias expectativas de cómo nos gusta ser tratados no sean diferentes a las de nuestros clientes, los donantes de sangre.

La diferencia entre un servicio mediocre y uno excelente o memorable depende muchas veces de acciones sencillas que agradan a los clientes/donantes y les deja una imagen positiva de la organización.

Las habilidades del servicio al cliente son vitales. Es necesario que el servicio al cliente sea muy visible y cuente con políticas que se refieran a la perspectiva de todas las personas relacionadas con él. Me refiero no sólo a todas las categorías de donantes de sangre, sino también a los contactos externos y al personal. El entrenamiento regular o la práctica de las habilidades de servicio al cliente deben ser alentados en todos los niveles del personal.

Cada donante de sangre tiene dos necesidades básicas que deben ser satisfechas a fin de proporcionar un servicio memorable y se perciba como experiencia positiva: (i) ***Necesidades personales:*** mantener y aumentar la autoestima; para ello, escuche, responda de manera comprensiva y solicite ideas y/o sugerencias. (ii) ***Necesidades prácticas***: reconocer a la persona, aclarar la situación, satisfacer las necesidades, exceder las expectativas, confirmar la satisfacción.

Sexta clave: Reconocer - Recompensar - Celebrar.

- La mayoría de las veces no se comprende la terrible sensación que produce el no recibir retroalimentación, esto puede provocar que las personas renuncien a su compromiso.
- Las personas tratan a los clientes del mismo modo como son tratadas.

Dentro de las observaciones a tener en cuenta para el caso de los Bancos de Sangre se encuentran:

- Saludar y dar la bienvenida al donante de sangre.
- Cada donante de sangre es individual y su experiencia siempre debe ser única.
- Mantener el contacto visual y sonreír.
- Sobrepasar las expectativas.
- La atención siempre es personalizada.
- Se trabaja de forma segura y se vela por el cumplimiento de las normas individuales a favor de la calidad en el trabajo.
- Actitud permanente de gratitud.
- Programa de incentivos y reconocimiento a la labor y servicio de los trabajadores.

- El reconocimiento es individual, favoreciendo que el equipo perciba el sentido de importancia, cada persona es importante y especial en el equipo.
- El trabajo en equipo se promueve mediante el énfasis positivo.

Séptima clave: Todos constituyen la diferencia.

- A veces pienso que lo que hago no importa. Pero cuando comienzo a pensar así, recuerdo mi vieja máquina de escribir. Un día, una de las teclas dejó de funcionar, y eso lo echó todo a perder. Pienso en mi máquina cuando tengo la tentación de pensar que si no hago bien las cosas no supone una gran diferencia en mi trabajo. "*Soy una persona esencial y muy necesaria*."

Los bancos de sangre se deberían caracterizar por:

- Todos los miembros del equipo, sin importar la jerarquía, reconocen y valoran la contribución de los compañeros.
- Los miembros del equipo tienen la oportunidad de ser escuchados y de implementar sus ideas.
- Existe un trato justo, equitativo y consistente que lleva a sentimientos de confianza y seguridad.
- Las metas del equipo son realistas y viables.
- El equipo recibe crédito por lo que ha logrado.
- El equipo participa en la toma de decisiones.
- La realimentación es bidireccional, todos están dispuestos a dar y recibir.

A modo de conclusión, destaco unas recomendaciones que pueden contribuir a concretar los aspectos fundamentales del servicio y atención enfocados a crear experiencias positivas en los bancos de sangre:

I. La mejor estrategia de fidelización es a partir de la construcción de un programa de servicio y atención al donante con un protocolo específico enfocado al DEBER SER, que no se quede en un proceso de inducción, puesto que la formación es permanente, sostenible y en todos los niveles del banco de sangre.
II. Así como los bancos de sangre se han centrado en responder a las exigencias que velan por una sangre segura y de calidad, en igual medida lo deben hacer en las peticiones, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones tanto del donante como de sus funcionarios.
III. El servicio y la atención que se enfoca en crear experiencias positivas, requiere de un liderazgo trascendente que se vea en todos los niveles jerárquicos y roles de los bancos de sangre, aspectos perceptibles en el clima laboral y la cultura organizacional.
IV. Las entidades orientadas al servicio de donantes de sangre, deben velar por crear experiencias positivas, las cuales surgen en el buen trato, el cual es el que genera memorabilidad en la mente y corazón de las personas.

Y esta historia continuará…

"Nunca dejemos que alguien se acerque a nosotros y no se vaya mejor y más feliz"

Madre Teresa de Calcuta

Lecturas recomendadas

- Albrecht K, Zemke R. Gerencia del Servicio. Serie Empresarial. Editorial Legis. Bogotá, 1988.
- Alessandra T. Carisma. Editorial Norma. Bogotá, 1999.
- Bandler R, La Valle J. Ingeniería de la persuasión, Editorial Khaos, México. 2005
- Berry L. Un buen servicio ya no basta. Grupo editorial Norma. Bogotá. 2013.
- Caro A. Gestión humana: la imagen del servicio. Mc Graw Hill. Bogotá. 2001.
- Cerezo D. Gerencia de Felicidad, Ediciones B, Argentina 2015
- Colin A, Graham C, Servicio y dedicación al cliente. Biblioteca de empresa: folio. Barcelona 2010
- De La Parra E. Guía práctica para lograr calidad en el servicio. Grupo Editorial ISEF. México 1998
- Federación Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja, Organización Panamericana de la Salud, Manual hagamos la diferencia. 2005.
- Grzybowski G. Los cinco primeros minutos. DEUSTO, Madrid, 2000
- Gordon J. Campo de entrenamiento. Ediciones Urano, Barcelona 2015
- Longin P. Cómo llegar a ser líder con PNL, Edición original: Dunod Entreprise, Paris 1997.
- Ron W. Escúchame: soy tu cliente. PHH Simón & Schuster Compañy. México 1998
- Serna H. Auditoria de servicio. Serie Gerentes, RAM Editores, Bogotá, 1998.
- Torres C. Mercadeo aplicado a los servicios de salud. CATORSE. Cali, Colombia. 1996

Sección V
Comunicación y relacionamiento estratégico

Capítulo 34

Necesidades comunicativas. La necesidad por sí misma

Eva Mª Xandri Ibáñez, Licenciada en Ciencias de la Información-Periodismo, Técnico de Gestión de la Función Administrativa. Responsable de Gabinete de Comunicación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: xandri_eva@gva.es

¿Quién no dispone ahora de un gabinete de comunicación? ¿Quién no piensa en la importancia y vertebración que puede desempeñar un buen eje comunicativo en cualquier empresa?

De eso se trata, de mantener un eje transversal a todos los niveles que sujete desde los cimientos hasta la cúspide. Una pieza que sube y baje escaleras para mantener a todos informados, de lo bueno, lo malo y lo peor.

En nuestra particular empresa, en nuestros centros de transfusión no es menos necesario, al contrario, reunimos todas las características. Diferentes categorías profesionales, diversidad de trabajos desempeñados, gestión con el público, contacto con los medios, relaciones institucionales, redes sociales…y un gran frente común: conseguir abastecer de sangre y hemocomponentes que salvan la vida y con la particularidad de que dependemos de la voluntad de las personas.

Para la gestión de los distintos tipos de comunicación que se hacen necesarios en cualquier empresa moderna, –ya sea comunicación interna descendente, ascendente y horizontal y comunicación externa–, las empresas "excelentes" e innovadoras se dotan de un departamento específico denominado Departamento de Comunicación o Gestión de Información o de una Dirección de Comunicación o de un Gabinete de Imagen, de Relaciones Públicas o de Prensa. Ahora bien, no debemos olvidar que la comunicación no es sólo función de un departamento, sino que debe asumirse por cada jefe y su equipo. Por lo que la existencia de estos departamentos puede ser tanto un reflejo de la importancia concedida a la comunicación como un indicador de los déficits que se producen en otras partes de la empresa.

Cuando se concede un valor creciente a la comunicación, considerándola un factor diferencial que repercute en la imagen, la productividad y en la calidad de la empresa, se da el gran salto de la mera información a la comunicación.

La información es sólo una parte del proceso, es el contenido de lo que se comunica y por sí mismo no produce comunicación. Para N. Luhmann (1995), la información, la expresión comunicativa y la comprensión serían los tres elementos del fenómeno comunicativo. Por consiguiente, para que se desarrolle un proceso comunicativo "la información ha de ser expresada y esta expresión comunicativa ha de ser comprendida".

El valor de la comunicación interna

La comunicación interna permite la introducción, difusión, aceptación e interiorización de los nuevos valores y pautas de gestión que acompañan el desarrollo organizacional. Evita susceptibilidades y evita malentendidos. Si se reconoce como tal siempre habrá un departamento responsable de explicar los posibles errores y de reconducir las situaciones.

En los centros de transfusión, donde caben tantas disciplinas (social, sanitaria, administrativa,...) y se realizan tan diferentes cometidos necesitamos que los trabajadores estén informados al más amplio nivel para sentirse parte activa de la organización y que la participación reciba el adecuado reconocimiento. De este modo, la comunicación al incrementar las posibilidades de participación, favorece las iniciativas y moviliza la creatividad, que se convierte en un factor de integración, motivación y desarrollo personal. Es elemento clave, ya que todos, desde su perspectiva pueden aportar ideas para mejorar. Eso solo se consigue desde esa unión comunicativa, nadie sabe más que nadie, solo que unos tienen más creatividad que otros.

El trabajo en equipo se convierte en el emblema de aquellas empresas que tratan de eliminar las interacciones basadas en la competición y marcadas por la incomunicación y sustituirlas por relaciones interpersonales cooperativas y efectivas

La comunicación se dibuja como un recurso de vital importancia para el funcionamiento de nuestra organización. Sin embargo se le ha concedido una atención muchas veces insuficiente y se ha entendido de modo distinto el concepto de comunicación, el proceso y los contenidos de lo que se debe comunicar.

La gestión de este recurso debe tener como objetivo básico, cubrir las necesidades de comunicación de los distintos actores de la organización y de su entorno más inmediato. El éxito exige, como punto de partida, lograr un cambio de valores y de cultura organizativa que predisponga a comunicarse.

Posicionamiento de marca

En marketing llamamos **posicionamiento de marca al lugar que ocupa la marca en la mente de los consumidores respecto el resto de sus competidores**. El posicionamiento otorga a la empresa una imagen propia en la mente del consumidor, que le hará diferenciarse del resto de su competencia. Esta imagen propia, se construye mediante la comunicación activa de unos atributos, beneficios o valores distintivos previamente seleccionados a nuestra audiencia objetivo.

En nuestro caso tenemos algunas dificultades añadidas. Cualquier producto puede diseñar una marca única con su imagen, su "Chaim" y seguir una determinada filosofía pero la donación de sangre es universal y nos encontramos con muchas injerencias. La solución: arroparlas, darles forma y siempre mantener el hilo conductor de la campaña escogida en cada caso (junto a nuestro nombre y logo), para crear conciencia colectiva.

Cuando pensamos en una buena marca nos viene a la mente una serie de valores y eso es lo que pretendemos evocar a la sociedad, transmitir que somos una organización sobre todo dedicada al servicio a los demás, nos debemos a los pacientes, somos respetuosos, agradecidos, ponemos en valor a los donantes, con un trato exquisito y posicionándolos en la sociedad como un grupo especial. Queremos transmitir seguridad, calidad…

Para conseguir esto hay que planificar una estrategia comunicativa a nivel de redes y medios que profundice en estos valores.

Principales estrategias de posicionamiento de marca:

- **Atributo:** en nuestro caso sería la "capacidad de salvar vidas".
- **Beneficio:** pertenecer con orgullo a este colectivo de héroes.
- **Calidad o precio:** los profesionales y las técnicas son las mejores.
- **Categoría de producto:** la reciben pacientes, por tanto deben tener la máxima calidad.

Los errores más frecuentes sobre el posicionamiento de marca son:

- **Subposicionamientos:** no somos capaces de presentar un beneficio principal y fundamental.
- **Sobreposicionamientos:** la proposición de valor se percibe muy limitado o estrecho, esto puede provocar que muchos piensen que la marca no se dirige a ellos.
- **Posicionamientos confusos:** presentamos dos o más beneficios que no son coherentes entre sí, e incluso contradicen.
- **Posicionamientos irrelevantes:** presentar un beneficio que interesa solo a una pequeña parte de los usuarios .
- **Posicionamientos dudosos:** los usuarios no creen que la marca pueda ofrecer realmente el beneficio principal que presenta.

Ejemplos de posicionamiento de marca:

Apple ha sabido desarrollar una estrategia de branding basada en una proposición de valor clara: productos de calidad, atractivos, innovadores y fáciles de utilizar.

Apple transmite perfectamente sus valores basados en la elegancia, lujo y exclusividad. Su posicionamiento de marca es la base para todas sus acciones de marketing. Todos los puntos donde la marca tiene contacto con los consumidores, logra comunicar claramente su posicionamiento. Las Apple Stores están diseñadas para que dispongan de espacios amplios, limpios, atractivos y minimalistas. En ellos el consumidor puede probar e interactuar con todos los productos de Apple. La página web esta basada en un diseño atractivo, sencillo y por supuesto su usabilidad es perfecta. Apple ha logrado crear una marca de culto, donde los consumidores se han convertido en clientes evangelistas de la compañía y sus productos.

Coca-Cola:

Coca-Cola es una de las mayores compañías de refrescos del mundo. Y no es casualidad que sea una de las marcas con uno de los posicionamientos más fuertes. Coca-Cola no establece su ventaja competitiva en un precio bajo, sino en su posicionamiento de marca y en la diferenciación basada en la percepción de calidad superior de su producto. El posicionamiento de Coca-Cola tiene valores asociados como la felicidad, alegría, diversión o frescura. Su comunicación siempre ha trabajado en línea con su estrategia global. Campañas como "El lado Coca-Cola de la vida" contiene en todas sus acciones de comunicación imágenes de amistad, de compartir, de felicidad, etc. En definitiva Coca-Cola propone a su producto como creador de momentos de alegría, diversión y de unión entre personas.

Las estrategias de posicionamiento de marca son la mejor herramienta para conseguir que la percepción que tiene el consumidor respecto a nuestro producto o servicio coincida con la imagen que queremos proyectar como empresa.

Las estrategias de posicionamiento pueden centrarse en diferentes aspectos clave:

- Basadas en una **característica concreta**. El carácter sanitario, la voluntad de servicio… son elementos que podemos utilizar para calar en el público objetivo. Es recomendable centrar los esfuerzos en una sola característica, ofreciendo un mensaje único al usuario que facilite el posicionamiento.
- Por el **beneficio** que aportan. Se trata de resaltar la positividad de "donar sangre" en la vida del usuario . Un sentimiento solidario más efectivo y directo, más auténtico que frente a cualquier ONG.
- En base al **precio** NO cuesta dinero, solo tiempo y valor.
- Centradas en el **uso práctico**. No somos los mejores sino los únicos que ofrecemos este servicio tanto para el donante como para el receptor.
- Focalizadas en la **categoría** del producto. Nuestra técnica es la mejor, nuestra fiabilidad completa, la calidad de nuestros materiales insuperable.

En la actualidad el acento de las estrategias se **centra en el valor social del producto o servicio**. Antes se ponía el foco en el producto en sí. Después en las emociones que generaba el producto o servicio en el consumidor. Hoy en día debemos destacar el compromiso de la marca en la mejora de la sociedad, por tanto estamos de moda, aprovechémoslo.

El consumidor ha cambiado y con ello las estrategias de marketing. Las nuevas tecnologías y redes sociales posibilitan que las personas puedan –y quieran– participar en los procesos creativos, que estén más involucradas y conectadas a todos los niveles y que deseen depositar su confianza en **marcas que aporten una visión más ética y comprometida** con la sociedad.

Repasemos de nuevo los eslóganes de Coca Cola. En 1959 el producto se lanzó con el mensaje "Coca Cola refresca mejor", incidiendo en sus ventajas más tangibles sobre la competencia. En la década de los 70 y 80, la marca da un giro hacia las emociones del consumidor con expresiones como "La chispa de la vida" o "Sensación de vivir". El pasado año, la firma de refrescos puso en marcha una nueva campaña bajo el eslogan "La vida sabe bien", basada en historias reales y cotidianas con un mensaje optimista de nuevas oportunidades en un escenario de crisis.

En cualquier caso, cada cliente desarrolla su propia concepción sobre nuestra marca o producto y cada época determina qué es lo que el consumidor anhela y qué canales tenemos para satisfacer su demanda. Ahora es el momento para que cada dirección **analice su compañía**. ¿Cómo podemos incluir al consumidor? ¿Qué posicionamiento tiene de nuestra marca? ¿Encaja con la visión que se tiene sobre la empresa? ¿Qué nos falta para llegar a ser su "top of mind"?

Parafraseando al experto en branding Al Ries, **estamos luchando "la batalla por su mente"**. De ahí la necesidad de revisar y reajustar periódicamente las estrategias de posicionamiento de marca en función del feedback que obtengamos del target hasta encontrar la posición más idónea en cada momento.

Actuaciones especiales de agradecimiento

En nuestro trabajo diario dar las gracias debería ser la principal norma a seguir con nuestros donantes. Es una excelente técnica de fidelización. Sólo por dar las gracias, los clientes se sienten más comprometidos y agradecidos. Por eso siempre hay que dar las gracias.

Y además de agradecer, hay que hacerlo de una forma que impacte en la persona, con seguridad.

En nuestro caso tenemos muchas ocasiones de dar las gracias, vamos a enumerarlas:

- La más importante, al momento de donar, por parte de nuestro personal sanitario. Es el momento más sensible de captación y modelización, por tanto se presenta crucial agradecer el gesto de donación y ensalzar la valentía y solidaridad demostradas.
- A través de la comunicación junto a la analítica. Es la comunicación más formal que hace la institución con el ciudadano, debe ser cuidada pero a la vez cercana para no perder el vínculo emocional.
- En nuestras redes sociales, es un paso más, posicionamos la gratitud hacia el donante como colectivo y ensalzamos su valor dentro de la sociedad. Tiene efectos tanto para el donante como para aquel que aún no se ha decidido.
- En campañas específicas. Las campañas pueden girar alrededor de varios ejes, cada vez se puede dar prioridad a un valor, pero el de la gratitud social hacia el donante debe repetirse con más o menos frecuencia.
- Cualquier interlocutor válido no debe perder nunca la oportunidad de dar las gracias ante los medios de comunicación y contagiar ese sentimiento.
- Actos de homenaje a los donantes, se deben organizar actos de reconocimiento a los donantes con entrega de diplomas o medallas a las personas con cierta trayectoria en la donación de sangre. Las máximas autoridades de la localidad y del centro de transfusión estarán implicados en este agradecimiento y dedicaran unas palabras con el único propósito de agradecer públicamente y ensalzar la figura del donante. A estos actos va unida siempre una donación posterior ya que la figura del donante de sangre sale muy reforzada. Además de agradecer el gesto voluntario, se aprovecha para animar a ser prescriptores y sensibilizar a otros respecto a la importancia de donar sangre.

Actuaciones especiales de captación

Las acciones estratégicas que emprendan las empresas para la puesta en marcha de campañas de publicidad social deben comenzar con procesos de investigación, en donde se contemple el análisis de sus adoptantes objetivos, de otros agentes de cambio, de los sitios donde se llevará a cabo la campaña y de los medios de comunicación a utilizar.

La captación de nuevos clientes es necesaria para que cualquier empresa sobreviva, y sobre todo, es imprescindible para hacer crecer un "negocio", entendamos la palabra.

Si algo necesita **una empresa es tener clientes** y raras veces vendrán, espontáneamente, sin que llames su atención. Cuando iniciamos una estrategia o **campaña de captación** es necesario tener una hoja de ruta que facilite el **cumplimiento de nuestros objetivos**.

Toda acción de comunicación encauzada a conseguir donantes debe ser capaz de llamar la atención. Por ello debe buscar singularidad y diferenciación. Para convencer debe emitir mensajes que resulten significativos y valiosos para ellos. La honestidad y la transparencia en la información debe ser una premisa clave a la hora de comunicarse con la audiencia.

Se deben identificar las principales tendencias que están influyendo en el ciudadano para conocer el contexto en el que debemos movernos, no se trata de solo modas pasajeras, sino en tendencias que ya se adivina que perdurarán en el tiempo, que se transformaran en estilos de vida aunque nazcan de forma muy radical.

Otra de las acciones a tener en cuenta para la captación de donantes es la posibilidad de realizar un análisis "Benchmark", se trata de analizar las mejores prácticas del sector para mejorar, debemos observar cómo otros intentan seducir a sus clientes.

Es cierto que nuestro principal competidor son todas las llamadas a la solidaridad, en ese sentido el mercado está bastante saturado, cualquier ONG es nuestro rival; por ello, sin perder la esencia solidaria, hay que intentar desmarcarse pero sin abandonar nuestro objetivo.

Donar sangre es salvar vidas, sí, serás un héroe, sí, estas dos premisas nunca hay que perderlas de vista pero debemos ser los mejores, el mejor trato, la mejor calidad, absoluta inmediatez, real necesidad diaria… reforzar mucho estos mensajes para conseguir que cualquiera que esté con nosotros entre en esa zona de prestigio de la que otros carecen.

En ocasiones se puede probar con campañas más impactantes, más llamativas, a veces lo mejor que se hace es cambiar, no utilizar demasiado tiempo la misma campaña, eso da sensación de atención, de cuidado de dedicación a nuestro donante y no donante, "siempre hay que estar".

No olvidar campañas a los jóvenes, quizá nuestro mejor mensaje comunicativo para ellos sea la formación. Y en todo caso convencerles desde dentro, ellos mismos pueden hacer las campañas.

El uso de las nuevas tecnologías se hace también imprescindible para la captación de donantes, las páginas web, App[s] y las redes sociales deben atenderse con mimo y alimentarse continuamente, son una ventana más, una forma de mostrarnos al mundo.

También es interesante vehiculizar nuestra necesidad a través de celebrities prescriptores, utilizar un líder de opinión que influenciará necesariamente a la sociedad, así, una fotografía donando, un speech, servirá para que miles de personas atiendan, comiencen a valorar la posibilidad de donar. En este caso no solo se trata

de personas sino también de medios de comunicación, empresas importantes, todo lo que tenga una posición social, nos dará prestigio si nos apoya y se creará una sinergia difícilmente indisoluble.

Actuaciones concretas:

- Creación de actos promocionales deportivos; con los principales equipos deportivos.
- Campañas de donación de sangre con medios de comunicación.
- Campañas de donación para universitarios.
- Campañas de donación para la comunidad educativa y padres.
- Campañas de donación con entidades privadas y públicas.
- Campañas de donación extraodinarias en fin de semana en las principales ciudades y localidades de la provincia.
- Todas estas acciones irán acompañadas de nota de prensa, anuncio en redes y en ocasiones patrocinios y merchandising especial.

Hagamos un alto en los medios y canales para que un plan de comunicación nos ayude a captar donantes:

- -Medios convencionales "above the line": televisión, radio, prensa, exteriores y cine.
- -Medios no convencionales "below the line": on line, event/street marketing (MK), gabinete de prensa, MK directo.

Cualquier donación de sangre se puede convertir en un punto de captación importante, solo hay que organizar un acto promocional potente y rodearlo de todas las actividades comunicativas posibles.

Patrocinios

La publicidad social tiene cada día más un espacio privilegiado en la escena de las empresas, no solamente desde su inclusión en el marketing con causa, meramente altruista, sino también en el marketing social corporativo, pues ha hecho de éste una nueva forma de comunicación entre las organizaciones y sus diversos públicos.

Los patrocinios se convierten en grandes aliados de la donación ya que se trata de la colaboración que mencionábamos anteriormente aderezada con un incentivo para el donante. "No solo alguien importante cree en ti sino que quiere premiar a tus clientes, con un incentivo, por su labor solidaria". Es simplemente perfecto.

Los patrocinios hay que buscarlos, no siempre se ofrecen, por tanto debemos tener en cuenta lo siguiente:

1. Patrocinio no es pedir, es ofrecer. Esto quiere decir que tanto más te necesita tu patrocinador que tú a él. ¿Por qué? Porque nuestra tarea es tan importante, reúne tantos requisitos que para cualquier empresa se convierte en un lujo patrocinar. Claro, hay que ganárselo ofreciendo la mejor calidad, el trato más exquisito, una presencia social muy relevante….
2. Diferenciación: el patrocinio debe hacer sentir al donante especial, y así se le debe explicar al patrocinador, éste ayudará a fijar esa imagen en la sociedad y en el grupo de donantes de distinción, de sentirse especiales.
3. El patrocinio necesita activarse. Cualquier soporte o herramienta en un mix puede ser el epicentro de una campaña, pero nunca en solitario. El patrocinio necesita de la activación complementaria de la publicidad, la publicity, las redes sociales, el marketing de guerrilla… o cualquier otra forma adecuada, según las variables estratégicas de cada caso, para poder alcanzar los objetivos y por lo tanto retornos. Por tanto debe estar acompañado siempre de estrategias para presentarlo y anunciarlo. Si el donante no sabe que alguien quiere premiar su solidaridad, de poco servirán todos los esfuerzos.
4. Humanizar la marca. Nunca la marca va a estar tan cerca del consumidor como en un patrocinio, ni el consumidor estará tan predispuesto positivamente a los mensajes. La actividad comunicacional del patrocinio es la menos intrusiva y es una de las que mejor responde atendiendo a la responsabilidad social corporativa. Apelando a ésta, el patrocinio dentro de nuestra actividad encaja a la perfección.
5. No todo es a lo grande. Tenemos que conseguir donantes, personas sensibilizadas y para llegar a ellas hay que utilizar grandes campañas pero también pequeñas dirigidas y segmentadas. Por ejemplo, una distribuidora puede patrocinar regalando descuentos a los donantes para ir al cine, de esta acción se beneficia toda una provincia. Pero el gimnasio que quiere obsequiar al donante con clases gratis conciencia a todo un vecindario y necesitamos a todos.

Nuestra carta de presentación a la hora de pensar en que una empresa nos patrocine es apelar a la responsabilidad social corporativa, lo que la sociedad hace por la empresa ésta se lo devuelve. La buena salud de nuestra unidad comunicativa depende en gran medida de la cantidad de patrocinios conseguidos.

Relaciones institucionales

Para mantener una cercana y correcta colaboración con las instituciones de las que dependemos o con las que necesitamos mantener relación, necesitamos una buena formación en protocolo, que no representa otra cosa sino el orden, el orden necesario e imprescindible para el buen desarrollo de un acto o una relación.

Las relaciones institucionales pivotan en torno a tres ejes: control de agenda, preparación de actos y control de asistencias.

En cuanto a la agenda hay que cerciorarse de que todas las partes implicadas tengan conocimiento con la máxima anterioridad del lugar, hora y cometido que desarrollaran. Así como cerciorarse de cuál es la hora más adecuada, escenario e invitados. Para ello se debe confeccionar un timing que exprese el desarrollo del acto, con el tratamiento adecuado de cada una de las autoridades que asista.

Para el desarrollo de actos es necesario comprobar *in situ* el espacio y los medios audiovisuales que se vayan a utilizar, así como el lugar donde los medios recibirán la información. También habrá que establecer el orden de las intervenciones y toda la logística que conlleve el acto, como entrega de documentación, pausas, etc.

Será por tanto necesaria la elaboración de una ficha con las explicaciones pertinentes a todas las partes.

Del control de asistencias depende, en ocasiones, el éxito de una determinada convocatoria, no se puede dejar al azar o última hora, tanto los protagonistas como el público se deben escoger minuciosamente y ser insistentes a la hora de confirmar.

En definitiva, las relaciones institucionales son una herramienta para el mantenimiento de los usos y costumbres de las instituciones, es una forma de exportar tu trabajo a otras entidades. Además refuerza el sentimiento de identidad propio ya que presenta la imagen de la institución a la que representas en cada momento.

Una vez funciona el engranaje y se cumplen a la perfección todos los pasos, la cualidad más apreciadas en un buen jefe de relaciones institucionales es la capacidad serena y segura de reacción ante imprevistos además de la discreción. Hay que solucionar los problemas sin que nadie se dé cuenta de ello.

Actos promocionales

Son absolutamente necesarios para llegar a la población no donante. Ya sabemos que a través de la citación convocamos a los voluntarios idóneos para cada ocasión pero… ¿y el resto? ¿Cómo llegamos a los que aún no nos conocen?.

Tenemos dos tipos de acciones muy interesantes, una es a través de la información, es decir, de la formación a colectivos, y la otra es planteando durante el año varios actos promocionales con salida mediática.

La estructura de estas acciones para que funcione debe ser siempre la misma:

- Idear actos promocionales de campañas de donación que ya de por sí tengan bastante impulso o arrastre mediático. Por ejemplo, donación en entidades deportivas, entrega de premios en la comunidad educativa, actos de promoción entre universitarios, campañas navideñas, etc.
- Asegurarse de contar con apoyo institucional que respalde el acto.
- Convocatoria a medios.
- Nota de prensa anterior y posterior.
- Declaraciones en directo de todas las partes.
- Apoyo de soporte visual.
- Anuncio y seguimiento posterior en redes sociales.
- Tratar siempre de girar entorno a estos tres valores en cualquier declaración o folleto:

- Agradecer.
- Aportar información.
- Movilizar.

Todas las nuevas campañas ideadas son bienvenidas, gracias a los actos promocionales es posible que no se consiga un número de donantes elevado pero sí un impacto social importante. Conseguir que la donación de sangre se convierta en un hecho natural, construir un vínculo emocional con la sociedad, crear una cultura de donación continua, periódica y habitual es lo deseable.

Diseño de campañas estacionales y según necesidad

En general en el diseño de una buena campaña lo primero a tener en cuenta son los drivers y los frenos. Los drivers será aquello que mueve al ciudadano a ser donante, que pueden ser: la solidaridad, la tradición familiar, me siento bien, la puedo necesitar, ocurre un accidente o catástrofe, es una obligación moral, hay que ayudar, conozco a alguien que la necesita, me siento valorado… y, por otro lado, tendremos los frenos: desconocimiento, falta de sensibilidad, miedos, falta de tiempo…

Una vez analizados estos dos aspectos debemos pensar en conseguir nuevos donantes agradeciendo su gesto y reivindicando su valor en la sociedad, para que donar sea tan gratificante que se venzan todos los frenos posibles. Creando una cultura de hemodonación altruista, continua, periódica y habitual, con el único objetivo de sentir la satisfacción de ayudar a las personas a recuperar su salud o salvar su vida.

A la vez debemos testar cuál es nuestro público objetivo, se trata de hombres y mujeres de 18 a 65 años con buena salud y dispuestos a ayudar; por tanto solidarios, conocedores de la necesidad de donación y dispuestos a participar, frente a aquellos que necesitan convencerse, bien por estar desinformados, bien por ser indiferentes. Sobre estos grupos es sobre quienes hay que actuar.

Una vez hecho lo anterior habrá que adaptarlo a las distintas necesidades. Una de ellas es utilizar los

cambios en el año para atraer y acompañar a nuestros donantes. Si ponemos el ejemplo de Valencia observamos dos núcleos mediáticos diferentes en los que incidimos. Uno sería la Navidad, el cambio de año y otro el verano. Tanto en una como en la otra ocasión se aprovecha para dar resultados y fijarse retos ante los medios.

La estacionalidad no es solamente una cuestión del calendario: es un factor que altera la manera en la que se comportan los usuarios, por tanto no son los únicos momentos aprovechados, también hacemos guiños durante las fiestas más importantes de cada municipio o aprovechamos tendencias sociales y patrocinios.

Nuestras campañas por necesidad son una respuesta clara a momentos de crisis que reviste más o menos gravedad, en definitiva ante caídas de inventarios . En situaciones de crisis es necesario determinar las estrategias de comunicación específicas para las diferentes audiencias. Entre ellas, podemos encontrar a donantes, empleados, medios de comunicación y cualesquiera otros grupos de interés como colaboradores. Habrá que identificar cuál es el mejor canal para transmitir la falta de sangre. Desde luego lo importante es poner remedio antes de que suceda. Ante cualquier desequilibrio de grupos de nuestros inventarios debemos recurrir a las campañas específicas para atraer a los donantes que nos faltan, será a través de las redes, citación específica, incluso llamadas telefónicas. Si este problema no se soluciona y la falta de sangre sigue siendo acuciante, se debe comunicar a las autoridades y convocar de forma conjunta una rueda de prensa para explicar las necesidades. Es indispensable plantear el llamamiento a principio de semana para asegurar su efectividad, ya que es cuando se dispone de los medios materiales y humanos para atender la demanda que se genere.

Tener una buena comunicación no es decirle a los demás todo sobre la situación, pues eso podría empeorar el escenario, aunque no comunicarlo del todo usualmente agudiza el problema.

De existir un comité de manejo de crisis, debe reunirse de inmediato para analizar la problemática y discutir las opciones posibles para resolver el problema. Hay que asegurarse que existe alguien a cargo para tomar las decisiones finales.

Algunos consejos para comunicarse durante una crisis son:

1. Identificar a todos los públicos afectados.
2. Demostrar que el problema ha sido identificado y que se está haciendo algo al respecto.
3. Comunicar un pequeño número de mensajes.
4. No mentir sobre ningún aspecto.
5. No hacer comentarios sobre situaciones hipotéticas.
6. Proyectar una disposición de ser accesible y comunicativo.
7. Ser decisivo.
8. Mantener la calma.
9. No decir “sin comentarios” a los medios de comunicación o a nadie.
10. Comunicar todas las malas noticias de una sola vez.
11. Proponer maneras de obtener retroalimentación y opiniones de sus públicos.
12. Documentar todas las comunicaciones.
13. Evaluar la situación de forma constante.
14. No dejar de comunicarse.

Durante un problema público, los mejores aliados y los más peligrosos opositores de la organización son los empleados. En este caso además participan activamente del problema porque son los que atienden al donante. Podría existir la sensación de que son conscientes de la situación y que por tanto, no es necesario tener una comunicación activa con ellos. No obstante, pueden ser el público más crítico, negativo y peligroso. Por ello, tienen que tratarse con el mayor de los cuidados e informarles de manera que se sientan tomados en cuenta. Y no solo por ese motivo sino para estar preparados frente a posibles preguntas incómodas de los medios, llegadas masivas de donantes, protestas…

Cuando los medios de comunicación entren en la jugada, tenemos que tomar en cuenta que lo que transmitan de la crisis puede ayudar o perjudicar el manejo del problema, así que deben ser tratados con mucho cuidado pues es prácticamente imposible ganar una batalla contra ellos. Es mejor ponerlos de nuestro lado y utilizarlos en nuestro beneficio.

Monitorear y evaluar los resultados de todas las acciones comunicativas es de vital importancia. El sistema más exitoso es el que mejor se acomode a nuestras posibilidades: un grupo foco, un sondeo telefónico o inclusive a un grupo de consejeros encargados de recibir la retroalimentación de audiencias objetivo. Hay que considerar los resultados como ideas y sugerencias para ajustar los esfuerzos comunicativos.

Lecturas recomendadas

- Barranco J. Planificación estratégica de recursos humanos. Del marketing interno a la planificación, Madrid: Pirámide,1993.
- Davara F J. Estrategias de comunicación en marketing, Madrid: Dossat 2000, 1994.
- Drucker P. “The coming of the new organization”, en Harvard Business Review: Gestión del conocimiento, Bilbao: Deusto, 2000.
- Gan F.Manual de programas de desarrollo de Recursos Humanos. Barcelona. Apóstrofe, 1996.

- Garrigós JL. "Cómo elaborar un plan de comunicación interna". Capital Humano, Madrid, nº. 94, 1996.
- Gómez y Patiño MªG. "El Gabinete de comunicación sinónimo de hermetismo" La Coruña: VI Congreso Español de Sociología, 1998.
- Katz D, Khan R. Psicología social de las organizaciones. México. Trillas, 1986.
- Klein JA. "Why supervisors resist employee involvement". Harvard Business Review, 62;87-95, 1984.
- Lucas Marín A. La comunicación en la empresa y en las organizaciones, Barcelona. Bosch comunicación, 1997.
- Luhmann N. Sistema Social. México. Universidad Iberoamericana, 1995
- Mazo J M. "Paradojas de la empresa interconectada" Anuario de Comunicación. Madrid. ADC-DIRCOM, 1998.
- Nonaka I. "The knowledge-creating company", en Harvard Business Review: Gestión del conocimiento. Bilbao. Deusto, 2000.
- Petit F. Psicosociología de las organizaciones. Barcelona. Herder, 1984.
- Pratkanis A, Aronson E. La era de la propaganda. Barcelona. Paidos Comunicación, 1994.
- Puchol L.Dirección y Gestión de Recursos Humanos. Madrid. Díaz de Santos, 1997.
- Puyal E. "La supervisión de grupos autónomos de trabajo: una cuestión paradójica". Revista de Gestión Publica y Privada, 4:301-314, 1999.
- Robbins H, Finley M. Por qué fallan los equipos. Barcelona. Gránica, 1999.
- Serieyx Hervè. El Big Bang de las organizaciones. Barcelona. Ediciones B, 1994.
- Simon H. "La comunicación", Lecturas de teoría de la organización. Madrid. MAP, pp 353-369, 1993.
- Somoza F. "La comunicación interna, instrumento de motivación de la empresa", Alta Dirección; nº. 179, 1996.
- Strauss G. "La participación de los trabajadores en la gestión" en HARTLEY JF, –Stephenson G. Relaciones laborales. La psicología de la influencia y del control en el trabajo. Madrid. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, 1992.

Capítulo 35

Estrategias de marketing para relacionarse con el donante de sangre

Ana Lucía Cabezas Belalcázar. Comunicadora Social. Training Coach – PNL. Especialista en Promoción de la donación voluntaria de sangre y Humanización de los Servicios de Salud. Directora de Sea Asesores Empresariales Internacional. Colombia. www.seaasesores.com

En varias oportunidades los profesionales que están al frente de los bancos de sangre han buscado en el marketing respuestas con el propósito de entender el mercado y encontrar la mejor estrategia para captar donantes de sangre.

La promoción de la donación, objetivo de los bancos de sangre, es un proceso de marketing, que no sólo debe ser llevado por el equipo de salud, sino que debe contar con la participación de un equipo profesional en comunicaciones, publicidad y relaciones públicas.

En este capítulo nos enfocaremos en desarrollar cómo en la promoción de la donación voluntaria de sangre podemos aplicar los principios y conceptos derivados del marketing para la captación de donantes potenciales de sangre, su fidelización y el aumento de la recolección de sangre en nuestros bancos de Sangre.

1. ¿Qué es el marketing?

Antes de entrar en materia es importante aclarar el concepto de Marketing, para así poder entender su aplicabilidad en la promoción de la donación voluntaria de sangre.

Marketing es un concepto inglés, traducido al español como mercadeo o mercadotecnia. Según Philip Kotler, considerado el padre del marketing moderno, "*es la administración de relaciones perdurables con los clientes*."[1] Otras definiciones explican que el marketing es una herramienta que permite analizar la "*gestión comercial de las empresas con el objetivo de captar, retener y fidelizar a los clientes a través de la satisfacción de sus necesidades.*"[2]

El ejercicio del marketing implica la utilización de diferentes técnicas y metodologías con las cuales los especialistas pretenden conquistar el mercado y conseguir los objetivos propios de una compañía.

Una de las técnicas más conocida se denomina las "*Cuatro P"* de la mercadotecnia*:*

I. Producto: en el marketing tradicional, producto es lo que se pretende vender, bien sea tangible (bienes muebles u objetos) o intangible (servicios), y que es ofrecido para satisfacer necesidades o deseos.
II. Hablando de captación voluntaria de sangre (servicio, no la sangre), hace referencia a un intangible que es la voluntad, el deseo y la solidaridad que contribuye al hecho de tener salas llenas de donantes que aunque finalmente lo que van a donar es su sangre, esta no sería recolectada si no es por ese intangible.
III. Precio: es la definición del costo total del producto incluyendo la distribución, descuentos, garantías, rebajas, etc. Definirlo permite realizar las estrate-

[1]. Philip Kotler y Gary Amstrong. Fundamentos de Marketing. 8va Edición: Editorial Person Prentice Hall; 2007

[2]. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Definición de [en línea] 2012 [Fecha de acceso 11 de enero de 2017] Disponible en: http://definicion.de/marketing/

gias adecuadas, para ayudar a definir a qué grupo objetivo está dirigido.

IV. En el caso de la captación voluntaria de donantes de sangre y entendiendo que el producto es la voluntad humana, es posible deducir que ésta no tiene precio. El banco de sangre recibe la sangre y el donante tiene la satisfacción de haber donado parte de su vida y de su tiempo.

V. Plaza (distribución): hace referencia a cómo llega el producto o servicio hasta el cliente. Es decir, el sitio donde será comercializado lo que se está ofreciendo. La distribución es un factor muy importante en la venta de un producto o servicio. Esto fue demostrado hace tiempo con la creación de los servicios a domicilio por parte de los restaurantes de comida rápida, convirtiendo la distribución en una ventaja diferencial que acercaba el producto al cliente.

VI. En un banco de sangre el término plaza, hace referencia a dos aspectos importantes: (i) el territorio donde serán implementadas las estrategias promocionales para la captación de donantes de sangre, y (ii) el lugar en donde será realizada la donación o colecta de sangre.

VII. Publicidad (promoción): es la forma de comunicar, informar y persuadir al cliente sobre la empresa, producto y sus ofertas. Para la promoción se usan diferentes herramientas, como la publicidad, la promoción de ventas, fuerza de ventas, relaciones públicas y comunicación interactiva (medios como internet).

En los bancos de sangre, se buscan maneras para informar, persuadir, sensibilizar y recordar la importancia de influir en los sentimientos, creencias o comportamientos del destinatario de este mensaje y llevarlo al acto de generosidad y altruismo de donar sangre.

2. Marketing para bancos de sangre

La globalización ha conectado a los mercados y ha generado el desarrollo de importantes herramientas para la difusión de productos y captación de clientes. Una de esas herramientas, es sin duda el marketing.

En la promoción de la donación voluntaria de sangre, los bancos de sangre han tenido la necesidad de transformarse, consolidando un equipo de comunicación y relaciones públicas que utilice las ideas del marketing para difundir el mensaje de la donación voluntaria de sangre.

La necesidad constante de sangre y a su vez el desconocimiento de ésta por parte de la sociedad, ha generado la creación de mitos y creencias en torno a la donación. Ello quizás es producto de la falta de información y la influencia de diferentes creencias, que se arraigan en la mente de las personas, ideas erróneas acerca de la donación de sangre.

Este desconocimiento y las creencias erróneas acerca de la donación de sangre, han servido como punto de partida para crear estrategias de marketing, que comuniquen, eduquen (edu–comunicación) y persuadan al público hacia la donación voluntaria de sangre.

La utilización de estas herramientas implica un reto para los equipos de promoción y comunicaciones en los bancos de sangre, pues cada estrategia de marketing debe adaptarse a las características demográficas y geográficas de la población a quien va dirigido el mensaje (público objetivo).

Quizás el primer reto al que se enfrentan los equipos de promoción y comunicaciones es asociar a los donantes como clientes, y que ellos no adquieren bienes y/o servicios. En la donación de sangre, los donantes aportan y lo hacen de forma voluntaria. Los donantes conforman un conglomerado (mercado) unido por el sentido de solidaridad.

Los profesionales de los bancos de sangre realizan dentro sus funciones una gestión dirigida a sensibilizar, informar, comunicar, educar, y motivar a los donantes de sangre. Pero no lo hacen enfocados en evidenciar la existencia en el mercado de un producto de moda o de un precio favorable. Ellos deben despertar los sentimientos de solidaridad en los seres humanos para invitarlos a salvar vidas.

Entonces, los equipos de promoción y comunicaciones enfrentan otro reto: la promoción de un bien intangible, donar sangre. Éste no puede ser equiparado con los productos comercializados en otros mercados, pues carece de un precio monetario. No obstante, no puede dejarse de lado que el funcionamiento de los bancos de sangre conlleva unos costos y gastos asociados con su operación.

Publicidad o promoción

La publicidad y la promoción son quizás las herramientas del marketing con mayor aplicabilidad a las funciones de las áreas de mercadeo y comunicación de los bancos de sangre. Lo anterior debido a que a través de éstas el mercado objetivo es informado y persuadido acerca de la necesidad de reclutar donantes de sangre.

El propósito de la publicidad y la promoción es captar a aquellos que tienen la intención de salvar la vida y convertirlos en Donantes de sangre. En consecuencia, a través de estas herramientas los equipos de promoción pretenden comunicarse con los potenciales donantes influyendo en sus sentimientos y emociones; esto puede conseguirse reforzando y recordando la existencia de una necesidad y la posibilidad que tiene todo aquel que

escuche el mensaje de poder satisfacerla actuando con generosidad y altruismo.

Algunos aspectos a tener en cuenta sobre la publicidad o promoción son:

1. El público receptor puede llegar a sentirse identificado. Aunque la publicidad masiva de canales de información como prensa, radio, televisión, vallas, revistas, periódicos, son una forma impersonal de comunicación.
2. Aunque la promoción de la donación de sangre no es una actividad de venta, sí es una actividad estimuladora de la demanda, en donde los promotores responden dudas, motivan e invitan a los potenciales donantes a concretar el objetivo final, donar voluntariamente sangre.
3. La publicidad puede complementarse con las relaciones públicas. Esto permite el acercamiento y la sensibilización de los futuros donantes de sangre en lugares como empresas, entidades gubernamentales, y universidades, entre otros.
4. La publicidad gratuita (*free press*) permite transmitir el mensaje en forma de noticia y/o comunicado de prensa. Es una forma especial de relaciones públicas que incluye noticias o reportajes sobre la organización o acerca sus productos y servicios. No obstante, en algunas ocasiones, los equipos de comunicación no tienen control sobre el público objetivo. Por tanto, es importante definir el enfoque y manejo sobre la noticia y procurar enviar a los medios de comunicación un hecho noticioso positivo y lograr captar su atención beneficiándose de la credibilidad de este medio.

El marketing en la promoción de la donación voluntaria de sangre busca difundir el mensaje y captar donantes. Ello junto con estrategias internas en los bancos de sangre permitirá fidelizarlos para que sean donantes habituales. Para que ésta tarea sea posible es importante diseñar mecanismos que permitan mantener unas relaciones más estrechas con los medios de comunicación para poder lograr el objetivo.

En la actualidad existen diferentes tipos de marketing cuya metodología es aplicable a la gestión en los bancos de sangre, permitiendo mayor relacionamiento con los donantes de sangre y conocimiento de sus deseos, expectativas y conectividad.

A continuación describimos las principales características de las diferentes estrategias de marketing que permiten cumplir con la misión de captar donantes de sangre.

3. Marketing directo

El marketing directo hace referencia a las conexiones directas establecidas con clientes individualmente considerados, a fin de obtener una respuesta inmediata y establecer relaciones mediáticas. Ejemplo: a través de panfletos publicitarios, cartas personalizadas y llamadas telefónicas.

Si bien el marketing directo parece que ha pasado a un segundo lugar desde la llegada del marketing digital, también aplica a la relación con los donantes de sangre. Lo anterior debido a que permite tener un contacto inicial para informar y acercar a las personas al tema de dar sangre. Esto se logra por medio de la distribución de material publicitario informativo entregado a los donantes potenciales en las campañas extramurales o telemercadeo para invitar a donantes o grupos especiales de donantes.

En este contexto, es importante contar con bases de datos actualizadas que permitan afinar las acciones del marketing directo y de esta forma racionalizar los costos de la actividad. Por ejemplo, no tiene sentido lanzar una campaña con códigos postales desactualizados.

Una vez, los equipos de promoción cuenten con una base de datos actualizada y completa, los mensajes serán difundidos de acuerdo con la necesidad del banco de sangre. La estructura del mensaje puede sintetizarse en los siguientes términos: invitación general a donar sangre, por grupos sanguíneos, agradecimiento o felicitación.

A continuación algunos ejemplos de marketing directo que pueden utilizarse para la consecución de donantes de sangre:

Marketing telefónico:

Por largo tiempo esta estrategia relacional ha sido la base del marketing directo. Cuando no existía la Internet, el marketing directo telefónico o tele-mercadeo era el medio para acercar a los clientes/donantes potenciales. Y, aunque podría ser una estrategia un poco invasiva, podríamos adaptarla para crear una conversación cercana y amable con los posibles donantes o donantes registrados. Así, algunas actividades podrían ser: llamarles para invitarles a donar vida, preguntarles sus expectativas, conocer alguna sugerencia, agradecerles su donación y hacerle sentir lo importante y vital que fue para alguien. Es fundamental no intentar convencer si hay alguna objeción, sino por el contrario tratar de resolver y preguntar si tiene alguna duda o necesita aclarar algo.

Email marketing:

Aunque sigue debatiéndose si debería considerarse como marketing directo o marketing virtual, lo cierto es que el marketing directo a través del email será efectivo siempre y cuando el mensaje sea altamente creativo, claro, concreto e impactante.

Al igual que en el marketing telefónico es importante tener una base de datos actualizada. Ello puede lograrse con la colaboración de firmas especializadas en segmentar el mercado objetivo y enviar mensajes sólo a correos de personas que cumplan con las características de los mercados y audiencias objetivas. Asimismo, es fundamental crear una estrategia planificada, en frecuencia de tiempo y época, con el fin de evitar saturar a los receptores, y que sencillamente puedan calificar al correo como no deseado.

Marketing por WhatsApp o SMS:

En la actualidad realizar campañas de marketing directo por WhatsApp o por SMS (mensajes de texto en el celular) está tomando fuerza en los diferentes mercados. Muy similar a las campañas de marketing directo por teléfono, con la ventaja de que el mensaje llega al destinatario de manera inmediata.

La herramienta de por si no incluye publicidad, al menos de momento, pero sí muchas empresas de marketing lo utilizan como un medio de recordación y lo incluyen en el diseño de las estrategias de marketing online.

En todo caso, es importante cumplir la ley referente al tratamiento de datos personales y publicidad. Es importante preguntar al consumidor si autoriza el uso de sus datos personales y recibir información promocional.

Marketing digital

También conocido como "*Ciber Marketing*", son todas las herramientas comunicativas usadas a través de Internet. Evidentemente, su cobertura es amplia y estará dirigida a todas las personas que tengan un computador y conexión a la red.

Con el auge de los Smartphone, las aplicaciones para compartir historias, fotografías y videos a través de estas son cada vez más populares. Quizás por ello se está apostando a usar estas aplicaciones para sus acciones de marketing. En este tipo de marketing existen herramientas que permiten mayor visibilidad para la promoción de productos y/o servicios.

Los bancos de sangre no pueden ser ajenos a todos estos avances que de una u otra forma son las herramientas de comunicación estratégica actuales. Así que quizás ha llegado el momento de que los bancos de sangre entren en la búsqueda de "*likes*" (me gusta) en las redes sociales.

Las tácticas de marketing en redes sociales pueden abarcar desde: (i) la producción de contenido para un *blog*, sitio web que recopila cronológicamente textos o artículos de uno o varios autores y en el que hay una interacción directa entre el autor y los lectores a través de los comentarios, (ii) hasta el despliegue de actividades de interacción virtual. Lo importante es saber adaptarlas a las necesidades de cada empresa u organización, de manera que la información sea divulgada rápidamente, sea más popular, y al mismo tiempo, pueda recolectarse información estratégica sobre las preferencias de los potenciales donantes de sangre.

La forma de llegar a un público objetivo cambió, se trasformó en algo que los más grandes mercadólogos siempre quisieron: poder interactuar de manera profunda con sus clientes y conocer sus gustos y preferencias de primera mano. Es decir, utilizar las herramientas que ofrece el mundo digital y utilizarlas a favor, en este caso del banco de sangre.

El marketing digital requiere de personas detrás de las redes sociales para actualizar constantemente la información (*Community Manager*), lograr el incremento de seguidores y fidelizarlos hasta convertirlos en donantes de sangre efectivos. Para ello, los equipos de comunicación deberán recurrir a "*páginas de aterrizaje*". Es decir, páginas donde los visitantes puedan descargar contenido y ojala les permita la captura de alguna información básica sobre ellos. Así, consolidarán una base de datos en la que además de potenciales donantes de sangre, podrán saber los intereses de ellos y las razones que los llevaron a ser donantes.

En forma paralela al uso de las redes sociales, la construcción de una buena página de Internet será indispensable para presentar los bancos de sangre a los cibernautas.

Para ello, es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

I. Definir el objetivo de la campaña de marketing digital. Junto con ello, es importante mantener la uniformidad del mensaje en su contenido y diseño.
II. Delimitar el grupo objetivo.
III. Establecer estrategias de atracción y crear contenido virtual.
IV. Publicar información periódicamente y atender las intervenciones de los visitantes.
V. Hacer seguimiento a los porcentajes de consulta, analizar el rendimiento y tomar decisiones sobre ello.
VI. Nunca publicar información irrelevante o que no aporte a la captación de donantes de sangre.
VII. Designar una persona o agencia encargada de generar los contenidos y proporcionar una adecuada plataforma de distribución para ellos.

Marketing relacional

Está catalogado como marketing directo, ya que está basado en un principio fundamental que dice: "*no hay que vender, sino hacer amigos y ellos serán quienes compren.*". Este quizás sea el marketing bandera de los bancos de sangre, cada donante no solamente fideliza

su acción de donar sangre e inicia una amistad con el personal del banco cuando ha tenido una experiencia memorable, ha recibido un excelente trato y atención. Esto implica que el donante ha sido fidelizado y posiblemente es el inicio de una estrategia de voz a voz, parte del marketing relacional.

Entonces, para llegar a un adecuado ejercicio de marketing relacional es importante procurar la generación de dos resultados a partir de un solo esfuerzo. Primero, un trabajo que de primera mano lleve a una excelente gestión de relación con los donantes de sangre, y segundo, consecuencia del primero, unos donantes que estando satisfechos desarrollen un marketing voz a voz positiva, que termine por atraer a más donantes de sangre.

Marketing voz a voz

Las comunicaciones voz a voz son opiniones de personas que están relacionadas entre sí y conversan sobre un producto, una empresa, un servicio, una experiencia o una marca. Para difundir una campaña por medio de este canal, los bancos de sangre deben identificar quienes son los principales difusores del mensaje y estimular, a través de distintos mecanismos, la extensión de las exitosas experiencias de los donantes.

Una de las formas más efectivas para difundir los mensajes es a través del marketing voz a voz, el cual no sólo ofrece el beneficio de la credibilidad, sino que también implica una inversión económica mínima. Por ejemplo; más del cincuenta por ciento de las personas que eligen ver una película, toman su decisión de compra basadas en sugerencias de otras personas. Aproximadamente el setenta por ciento de los pacientes que pueden elegir libremente a su médico, utilizan recomendaciones de sus allegados como principal fuente de información. Los amigos y los parientes son clave para ayudarnos a elegir lugares para ir de vacaciones, hoteles dónde hospedarnos, restaurantes y muchas otras cosas más"[3].

Un elemento central de un plan de marketing voz a voz es que la velocidad de la información alcanza proporciones inesperadas, por ello el mensaje a difundir debe ser claro y preciso.

Otro aspecto realmente destacable de esta modalidad es que el mensaje es personalizado al más alto nivel, y viniendo de un amigo o conocido permite al que está escuchando (posible donante) liberarse del prejuicio de que "*le está vendiendo algo*".

La clave para contar con un excelente voz a voz es brindar servicios de gran calidad y una atención con calidez y facilitar los medios para que el voz a voz fluya. Hoy en día uno de los medios más usados para difundir una voz a voz es a través de las redes sociales. Y acá es como empiezan a relacionarse todos los conceptos ya mencionados. Los referidos de forma personal requieren del contacto humano y amistoso para su paso de prospecto a donante de sangre, pero en las redes sociales al no haber un contacto personal muchas veces la decisión de convertirse en donante está dada por un buen comentario de una persona desconocida.

El primer paso para implementar una campaña de marketing voz a voz es identificar a los donantes satisfechos que están dispuestos a ser agentes de difusión. Ellos podrían ser una herramienta fundamental de comunicación, pues podrán compartir sus experiencias con posibles donantes y colaborar en la resolución de dudas. Los equipos de promoción y comunicaciones deben pedir al donante que recomienden a sus amigos lo importante y fácil que les resultó donar sangre. La mejor forma de incentivar el voz a voz es a través del agradecimiento y reconocimiento genuino, quizás una carta, una mención, un reconocimiento público, la posibilidad de aparecer en un video institucional del banco de sangre que exalten su altruismo y buen corazón, de tal manera que quiera contárselo a otros y/o compartirlo en las redes sociales.

Es muy importante tener en cuenta que el voz a voz puede también contener la difusión de algunos aspectos negativos. Mientras la publicidad tradicional hace hincapié en lo positivo, el voz a voz "*particulariza*", y vuelve subjetivo el producto o servicio. Esto exige y exhorta al banco de sangre a tener una calidad en el servicio total y permanente. Bien dicen que en el voz a voz, cada experiencia positiva es comentada a un promedio de tres personas, mientras que cada experiencia negativa es comentada a diez personas. Teniendo en cuenta lo anterior, es fundamental saber canalizar las experiencias negativas de los donantes, dándoles una respuesta y/o solución rápida para que esa experiencia negativa pueda transformarse y tenga un "*final feliz*," con una imagen positiva para el banco de sangre.

Por otra parte, es fundamental elaborar una base de datos con la información de casos exitosos, con el fin de poder contactarlos cuando sea necesario, y mantenerla actualizada.

4. Gestión de relación con los clientes (CRM)

El CRM (*Customer Relationship Management,* en adelante "CRM" en su traducción literal del inglés),

[3]. Aneth Alfaro y Jennifer Calderón. marketing Voz a Voz [En línea] 2012. Fecha de acceso: 12 de enero de 2017. Disponible en: http://marketing-devozavoz.blogspot.com.co/2012_11_01_archive.html

es entendido como la gestión sobre la relación con los consumidores. Para su mejor comprensión, éste básicamente hace referencia a una estrategia de negocios centrada en el cliente.

El CRM está dirigido o enfocado a entender, anticipar y responder a las necesidades de los clientes actuales y potenciales de una empresa para hacer que el valor de la relación entre ambas partes crezca. En resumen, ser más efectivos al momento de interactuar con los clientes (donantes).

El CRM consiste en la interacción de diez componentes:

a. Funcionalidad de las ventas y su administración.
b. El tele - marketing (directo o digital).
c. El manejo del tiempo.
d. El servicio y soporte al cliente.
e. La mercadotecnia.
f. El manejo de la información para ejecutivos.
g. La integración del ERP (*Enterprise Resource Planning*).
h. La excelente sincronización de los datos.
i. El *e-commerce* o comercio electrónico.
j. El servicio en el campo de ventas.

En consecuencia, el CRM es la integración de tecnologías y los procesos de promoción y captación usados para satisfacer las necesidades de los donantes durante cualquier interacción con el personal de los bancos de sangre. Más específicamente un CRM involucra la adquisición, el análisis y el uso del conocimiento de la información sobre los donantes de sangre, con la finalidad de tener más, y hacer dicho proceso de forma más eficiente. Para lograr lo anterior, es preciso tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- Mayor conocimiento del cliente y personalización del trato: pues a pesar de vivir en un mundo de alta tecnología, nada remplaza el trato e interacción personal.
- Aumento de la satisfacción y lealtad de los clientes: mantener al Donante de Sangre satisfecho puede contribuir a captar nuevos donantes. Lo anterior debido a que el "*voz a voz*" es uno de los mejores métodos publicitarios.
- Aumento de las donaciones: un mayor conocimiento de los donantes de sangre permite conocer cuáles son sus preferencias y motivaciones, y de esta manera, personalizar las propuestas y ofrecerles los servicios que más se adecuan a dichas preferencias.
- Reducción de los costos de servicio: un donante de sangre con fidelidad alta puede tener un menor costo de promoción porque conoce los servicios y conoce el banco de sangre. Además, el banco de sangre conoce mejor al donante y sabe cómo debe actuar; en otras palabras, ya no es el banco el que lo busca sino por el contrario es el quien acude al banco periódicamente a hacer su donación de sangre.

5. El marketing y el servicio y atención al donante de sangre

Aunque no forman parte de la esencia de este capítulo son supremamente importantes en el cierre de la estrategia de marketing. Refiriéndonos al don de servicio, buena actitud, compromiso real con la misión y visión, comunicación asertiva, habilidades de trabajo en equipo y sentido de pertenencia, entre otros.

Si todo esto falla, o alguno de estos aspectos es débil, no habrá campaña de marketing, estrategia de promoción, o agencia especializada que valga o que sea capaz de superar una mala experiencia de un donante de sangre. Este podría ser el punto más débil del marketing de la donación voluntaria de sangre y en el que todas las organizaciones dedicadas a esta causa deben dedicar esfuerzos importantes, de tal manera que generen coherencia entre el mensaje de marketing y la experiencia real del donante de sangre.

6. Comentarios finales

a. Las herramientas del marketing aplicables a la captación, información, edu-comunicación a donantes potenciales y habituales de sangre deben ser utilizadas con planes de acción de acuerdo con el mercado objetivo. Asimismo, deben ir acompañados con tácticas de diseño y mensajes educativos que lleven a cumplir la misión de salvar vidas.
b. La implementación de estrategias de marketing obliga a los responsables de promoción y comunicación a desarrollar un trabajo basado en el análisis de mercado que determina el tipo de necesidad de los mensajes edu-comunicativos emitidos para lograr la sensibilización, el aprendizaje y la movilización de los potenciales donantes de sangre.
c. Las tácticas de marketing son medios importantes para reconocer a los donantes habituales en fechas especiales que generen una experiencia especial y un reforzamiento a los beneficios de ser donante de sangre, por ejemplo en el Día Mundial del Donante Voluntario de Sangre.
d. Todo banco de sangre que ejecute herramientas de marketing para la movilización o mantenimiento de los donantes de sangre debe conocer y tener experiencia en el manejo de estas estrategias, medir su impacto, evaluar los resultados y hacer los correctivos necesarios que lleven a la meta de captar donantes de sangre de manera permanente.
e. Es importante diseñar un plan de mejora a las inquietudes, quejas y reclamos de los donantes. Así mismo, es importante dar a conocer las felicitaciones y reconocimientos al equipo que interviene en el

proceso de la atención integral al donante de sangre. Esto con el objetivo de motivarlos e incentivarlos a continuar brindando el mejor servicio.

La buena utilización de estas herramientas de marketing en la promoción de la donación voluntaria de sangre favorecen el posicionamiento de marca del banco de sangre y la reputación corporativa, fortaleciendo la credibilidad y confianza hacia en la donación de sangre. Recordemos que con estas estrategias de marketing no buscamos un donante de sangre ocasional, sino un donante fiel y amigo para toda la vida.

Lecturas recomendadas

- Cervera AL. Comunicación Total. 4ta Edición. Madrid: ESIC EDITORIAL; 2008.
- Federación Internacional de La Cruz Roja y Media Luna Organización Mundial de la Salud OMS. Organización Panamericana de la Salud OPS. Manual Hagamos la Diferencia; 2005.
- Grifols J. marketing para la promoción de la donación de Sangre; 1995.
- Guevara, A. marketing tradicional vs marketing de compromiso. Agencia de Mercadeo Guayana 2012.
- Kotler P, Amstrong G. Fundamentos de Marketing. 8va Edición. Ciudad de México: Editorial Person Prentice Hall; 2007.
- Maketing digital para PYMES. [en línea] [Fecha de acceso 12 de enero de 2017] Disponible en: https://www.cyldigital.es/sites/default/files/library/guiamarketingdigital.pdf
- Mestre S. Marketing: conceptos y estrategias, 5ta Edición. Madrid: Ediciones Pirámide; 2007.
- Moreno M. Cómo triunfar en las redes sociales [en línea] 2015 [Fecha de acceso 12 de enero de 2017] Disponible en: http://static0.planetadelibros.com/libros_contenido_extra/31/30170_Triunfar_en_las_redes_sociales.pdf
- Moschini S. Claves de marketing digital. Digital.pdfttp://www.intuic.com/intuic/Frontend/pdf/Claves-del-Marketing-Digital.pdf
- Rodríguez S. Creatividad en marketing directo. Barcelona: Planeta libros; 2007.
- Soto B. Gestión.org [en línea] [Fecha de acceso 12 de enero de 2017] Disponible en: http://www.gestion.org/Marketing/6229/10-componentes-importantes-en-el-crm/

Capítulo 36

Necesidades comunicativas: Planificación y soportes comunicativos

Pedro Muñoz Romero, Licenciado en Artes Escénicas. Experto en promoción de la Salud. Responsable de Promoción Centro Transfusión de Córdoba. España. Email: pemalo021@gmail.com "Planificación y soportes comunicativos en promoción de la donación de sangre"

"La voz no es escuchada en la batalla; utiliza tambores y gongs. El ojo no distingue; emplea banderas y estandartes"
(Sun Tzu)

Introducción

Hay una campaña publicitaria de una cadena de radio, que para conseguir anunciantes para sus emisoras lanza este mensaje: "Si quieres algo de los demás, díselo". El objetivo final de la promoción de la donación altruista de sangre no es otro que conseguir convencer a personas para que donen sangre de forma "libre, altruista y anónima", para autoabastecer de hemocomponentes a los hospitales de referencia del centro responsable de la donación; para conseguirlo, es imprescindible lograr que vengan donantes, es decir, pedirle a las personas que lo hagan, por tanto, La **comunicación**, es el pilar mas importante en el que se sustenta cualquier acción encaminada a cumplir con ese objetivo.

La promoción de la donación se realiza desde departamentos de promoción/donación de centros de transfusión o instituciones hospitalarias a las que se les ha encomendado esta responsabilidad. Por ello, en este capítulo, nos vamos a centrar de forma específica en la planificación, herramientas y soportes de comunicación para tal fin (promoción de la donación); no obstante, hay que tener en cuenta la política global de comunicación e imagen corporativa de la institución, tanto interna como externa.

La comunicación es un intercambio entre el emisor y el receptor, donde finalmente, tendremos consecuencias concretas, dado que las acciones comunicativas modificarán el conocimiento, la impresión y la vinculación que los receptores tendrán sobre la organización y, en nuestro caso, lo más importante, en una mayor o menor adhesión a la causa promovida (donación de sangre). Aunque nuestro mensaje a transmitir se basa en una misma realidad (necesidad de donaciones altruistas + autoabastecimiento + seguridad transfusional) y en dirigirnos como institución a distintos públicos (opinión pública en general, donantes, voluntarios colaboradores y hospitales a los que suministramos hemocomponentes), usando diferentes soportes y argumentos, corremos el peligro de ser percibidos de forma distinta y no complementaria, cosa que no nos ayuda al establecimiento de una imagen global. Debemos adoptar siempre el tipo de comunicación adecuado, diseñado entorno a la estrategia que deseemos llevar a cabo; una vez definida de forma clara esta estrategia, podremos estructurar una política de comunicación que promueva la cultura que la institución quiere transmitir. Comunicar no es una acción neutral; supone una orientación bidireccional

sobre la conducta de los ciudadanos, la anticipación de las reacciones de la sociedad ante las acciones que emprendamos y la implementación de valores culturales y sociales en base al altruismo, la solidaridad, el bien común y la empatía. Desde esta perspectiva es donde toma sentido nuestra acción comunicativa.

El concepto VALOR

Lo mas valioso que tiene una organización que desarrolle planes de promoción de la donación altruista de sangre es su **valor**, vamos a entender este concepto en el sentido que nos define la Wikipedia: "Un conjunto de buenas acciones (acciones bien ejecutadas) que propugnan lo bueno para el propio individuo, o para terceros, o para una causa, o para la sociedad en general".

No podemos perder de vista este concepto a la hora de planificar nuestra estrategia de comunicación y promoción de la donación. Toni Puig, nos dice que en los servicios públicos, valor es:

1. Una promesa.
2. Un principio "republicano", es decir atender a los intereses de la mayoría a través de instrumentos democráticos.
3. Lo que los ciudadanos experimentarán en todos los contactos con la organización.
4. Una repercusión final que se transformará en beneficio emocional valioso para su estilo de vida.
5. Es una tarea de todos porque es un activo estratégico nuclear y relevante.
6. Un valor no puede ser nunca una mera declaración de buenas intenciones.
7. El valor lo tiene que liderar un departamento de comunicación (promoción) "despierto".

Los elementos claves del Valor son:

1º La promesa del valor: el posicionamiento, la visión de futuro, la misión de la organización, lo que la organización ofrece siempre a todos y que todos los miembros de la misma comparten.

2º Identidad de valor: el diseño de la expresión visual (firma, símbolo, valor, color, formatos), física (oficina y equipamientos) y virtual de la promesa.

3º Experiencia de valor: comprobación del beneficio percibido en todo el proceso, desde el plan de comunicación, entornos de relación físicos y virtuales, relaciones y servicios, quejas y sugerencias, siempre en cualquier momento en que un ciudadano cualquiera está en contacto directo con la organización.

La promesa de valor más la identidad de valor más la experiencia de valor dan lugar finalmente a nuestra **reputación**, reflejo de nuestra responsabilidad social que bien transmitida generará confianza, transparencia, integridad, fiabilidad y responsabilidad. Nuestra comunicación efectiva bajo este punto de vista debiera ser de un 80% de difusión de nuestro valor y un 20% de cuestiones técnicas.

Del plan estratégico general al plan estratégico de promoción y plan de comunicación de promoción

Cualquier plan de comunicación de empresas o instituciones debe estar integrado a sus planes estratégicos y estar diseñado según las necesidades de las mismas. Se debe contemplar en dicho plan la misión, visión y valores de la organización en su comunicación institucional. En nuestro caso, de forma más especifica, dentro de este plan estratégico general, debiera existir un "plan estratégico de la promoción de la donación" bien definido, donde se detallen todos los objetivos, actividades, las acciones de comunicación específicas para la opinión pública general, captación, fidelización y mantenimiento de donantes así como las relaciones con instituciones aliadas y, por supuesto, el voluntariado. En el Anexo I se adjunta un ejemplo práctico de un plan estratégico de este tipo diseñado por el Centro Regional de Transfusión Sanguínea (CRTS) de Córdoba para el año 2016.

Integrar la comunicación dentro de estos planes estratégicos nos permitiría :

1. Determinar las herramientas y soportes de comunicación que posibiliten conseguir los objetivos de forma eficaz y eficiente.
2. Favorecer y simplificar la toma de decisiones a la hora de comunicar.
3. Evaluar de forma permanente, proponiendo mejoras de los procesos de comunicación, tanto internos como externos.
4. Catalizar y promocionar los mismos valores y objetivos entre miembros de la organización.

Para elaborar un plan de comunicación, hay abundante y muy buena bibliografía. En el siguiente epígrafe de este manual, se especifican aspectos relacionados con los planes de comunicación y las redes sociales.

En general la estructura para elaborar y desarrollar un plan de comunicación sería:

1. Análisis de la situación: ¿dónde estamos en términos de comunicación?
2. Análisis DAFO (debilidades/fortalezas /amenazas/ oportunidades).
3. Definir los objetivos estratégicos de comunicación.
4. Público objetivo.
5. Mensaje.
6. Presupuesto y plan de acción.
7. Monitorización, indicadores y medición de resultados.

Análisis de la situación

Antes de plantearnos los objetivos o reflexionar sobre nuestro/s posible/es público/s y los mensajes de nuestra comunicación, deberíamos analizar a nuestra propia entidad y su situación en cuanto a políticas de comunicación. En este sentido tendríamos que analizar:

1. Los recursos materiales con los que contamos: instalaciones, hardware y software, conexión a Internet, fotocopiadoras, etcétera.
2. Los recursos humanos en la organización y los dedicados al departamento de promoción y comunicación, la formación y experiencia de los mismos en asuntos de comunicación y alfabetización digital; las empresas de apoyo externo en comunicación; el voluntariado con que contamos y su experiencia en comunicación y nuevas tecnologías, así como sus necesidades de formación específica.
3. Describir los proyectos en los que estamos trabajando y los que pretendemos implementar en el futuro y valorar el tipo de apoyo en cuanto a comunicación que necesitaríamos, tanto propios como externos.
4. Compilar los soportes y herramientas utilizados hasta ahora: relación con la prensa, radio y TV (notas y ruedas de prensa, comunicados…); publicidad y propaganda (cartelería folletos, pancartas, megafonía, merchandising); programas formativos educativos y de relaciones públicas (jornadas a puertas abiertas, participación en eventos sociales, relaciones institucionales); página web y otros medios y herramientas digitales (redes sociales, mensajería instantánea). De este catálogo que seguro es amplio, valorar lo que hemos podido o no medir en su eficacia comunicativa reflejada en resultados; qué dificultades nos encontramos en el uso de cada soporte o acción, la motivación del personal, las competencias en el uso de las herramientas necesarias para la ejecución de las acciones, la cultura participativa del equipo, etcétera.
5. A nivel interno, debemos saber cuál es el estado general en que se encuentra nuestra organización, qué perspectivas de futuro contempla, cuál es su planificación estratégica y cómo repercute en el área de comunicación, así como tiempos y recursos disponibles para esta función.
6. Hay que analizar el entorno externo teniendo en cuenta diferentes perspectivas tales como la situación socioeconómica, las tendencias tecnológicas, el marco político-sanitario, el momento sociocultural del país o región donde esté la organización, la visión que tenga la sociedad de la donación altruista de sangre y conocer otras organizaciones similares próximas que se mueven en nuestro ámbito.

Análisis DAFO

Utilizando la metodología DAFO, podemos analizar cómo se encuentra el área de promoción/comunicación a nivel interno y externo. Para ello, se deben completar los apartados del cuadrante con toda la información que sea relevante para el buen funcionamiento del departamento, analizando parámetros de clasificación internos (debilidades y fortalezas) y externos (oportunidades y amenazas), lógicamente las actuaciones con base en los datos obtenidos servirán para proponer acciones encaminadas a potenciar las fortalezas; subsanar las debilidades, aprovechar las oportunidades y prevenir las amenazas.

Los resultados del análisis debemos incorporarlos al plan de comunicación mediante acciones concretas. Por ejemplo, si una debilidad detectada es que las personas que están a cargo del área de comunicación tienen carencias o falta de formación necesaria para gestionar las redes sociales, nuestro software CRM de relación con los donantes o la falta de conocimiento de programas de diseño gráfico, la posible medida correctora consistiría en programar la formación específica sobre estas temáticas en forma de cursos, becas en instituciones similares que tengan implantadas con éxito este tipo de herramientas, contratación de servicios externos para algunas tareas, etcétera.

Definir objetivos estratégicos de comunicación

El plan de comunicación debe contribuir a que la organización alcance los objetivos que se han definido en los planes estratégicos y haga realidad su Misión y su Valor; partiendo desde la situación actual, tanto a nivel interno como a nivel externo, y conforme a los análisis que previamente hemos realizado. Llegados a este punto, debemos fijar cuáles son los objetivos generales tanto del plan estratégico como de la de la organización para poder elaborar las acciones de comunicación. Como norma general, los tipos de estrategias de un plan de comunicación son:

- **Estrategia de comunicación interna para organizar y estimular el trabajo de la organización; con** acciones enfocadas a la coordinación de los recursos humanos, la interconexión de las distintas áreas de trabajo (promoción, extracciones, laboratorio, gestión administrativa y dirección) y promover las dinámicas de grupo.
- **Estrategia de comunicación externa para potenciar la imagen corporativa e institucional;** con acciones de comunicación que informan sobre las actividades que realiza la organización para mantener la relación

con sus distintos públicos; desde los trabajadores y donantes, pasando por los colaboradores y otras instituciones, entre otros.

- **Estrategia de comunicación externa para la promoción de la donación propiamente dicha: reclutamiento de donantes y mantenimiento de los mismos;** con las estrategias de marketing, marketing social y relacional que utilizaríamos para la captación y fidelización de donantes que nos permitan conseguir nuestros fines como organización.

Públicos

Una vez definidos los objetivos que queremos alcanzar en comunicación, el paso siguiente es definir los diferentes destinatarios con los que vamos a interactuar, saber quiénes son y dónde están e intentar clasificarlos dentro de sus procesos habituales de comunicación. Esto nos dará pistas a la hora de construir el tipo de mensaje que nuestra organización quiere comunicar y en quién vamos a centrar nuestros esfuerzos comunicativos.

Debemos, en definitiva, conocer bien al público al que nos dirigimos y los canales y medios de comunicación que usan para estar al día, para definir cómo elaborar nuestro mensaje y qué medios son los más apropiados para hacérselo llegar

En el caso de la promoción de la donación altruista de sangre, los posibles destinatarios (público) de nuestra comunicación serían:

- La sociedad en general para crear una corriente de opinión pública favorable entorno a este tipo de donación.
- Los beneficiarios de nuestra actividad, esto es, enfermos y su entorno en los hospitales donde se transfunde, recordando de dónde vienen las donaciones y los medios empleados para asegurar la seguridad transfusional.
- Los futuros donantes
- Los donantes habituales
- Colaboradores tanto individuos como instituciones y empresas.

Es importante que todos perciban plenamente el valor de las **donaciones altruistas y anónimas** como un medio de **salvar vidas**, de seguridad transfusional y de justicia social. Y por último, pero no menos importante, el personal que trabaja en la institución, donde a diario debe estar presente el **VALOR** de nuestra actividad, los logros y el reconocimiento al trabajo bien hecho.

Hoy día una de las herramientas más potentes y eficaces que podemos utilizar para conocer a nuestro público objetivo (sus intereses, opiniones y necesidades) es el Big Data y el análisis avanzado de datos multivariables. La información que nos ofrecen estas técnicas será de gran ayuda para realizar la segmentación de nuestro público actual, y anticiparnos al futuro en las tendencias de reglas de comportamiento

Para realizar una segmentación del público objetivo hay que tener en cuenta las cuatro V que definen al Big Data: volumen, velocidad, variedad y veracidad; encajan con las necesidades para realizar la s**egmentación** de un grupo objetivo, cuanta más variedad y procedencia de datos podamos incorporar más completa será esta segmentación.

Por otro lado, las herramientas Big Data nos serán de gran utilidad en el **seguimiento y evaluación de resultados** de nuestro plan de comunicación.

Hay una gran variedad de herramientas "open source" que ofrecen soluciones para la explotación de **software BigData** en todos sus procesos; almacenamiento, procesamiento y análisis, y entre otras podemos destacar: Hadoop, MongoDB, Elasticsearch, Apache Spark, Apache Storm, R, Pitón

El mensaje

Si conocemos las necesidades de nuestro público objetivo, sus costumbres modos de actuar y pensar, queda trasladar la idea útil de servicio en forma de promesa/beneficio.

Debemos ser claros y concisos en el mensaje a trasmitir, no es necesario dispersarse y contar todo el "servicio", hay que tener clara la necesidad de comunicar de un modo directo, breve, destacando lo imprescindible y contundente con lo fundamental. Es la mejor forma de conseguir que la comunicación sea eficaz; mensajes claros, directos y bien redactados.

Al definir el mensaje tenemos que tener en cuenta que éste no vale para todos nuestros públicos, cada mensaje tiene que ser adaptado a cada audiencia, y adecuarlo en función del medio donde serán difundidos.

Algunas de las preguntas que deberíamos tener presentes a la hora de construir un mensaje con el que nuestra audiencia se identifique, nos escuche y por ende nos crea serían:

- ¿Qué necesita nuestro público saber sobre la donación altruista de sangre y nuestra organización?
- ¿Qué idea tiene nuestro público sobre los mensajes que queremos transmitir?
- ¿Qué queremos contar?
- ¿Cómo les afecta de un modo directo o indirecto nuestro mensaje?
- ¿Qué beneficios le aportaremos?
- ¿Cómo y dónde puede conseguir más información?

Presupuesto y plan de acción

Finalmente llega el momento de poner en marcha nuestro plan de comunicación, antes de nada hay que

identificar los recursos materiales y humanos de los que dispone la organización, así como cuántos y cuáles de ellos se pueden dedicar a poner en marcha nuestra estrategia.

Es muy importante definir a la persona o personas que se van a dedicar a realizar las tareas que implican poner en marcha el plan; si éstas se van a dedicar a ellas en exclusividad o si lo van a realizar compatibilizándolas con otras actividades. Es frecuente que en muchos centros de transfusión, sobre todo los más pequeños y de ámbitos de influencia más reducidos, la promoción de la donación y la comunicación recaigan en la misma persona, también se puede contemplar la posibilidad de contar con el voluntariado como recurso humano de apoyo.

Hay que considerar los recursos disponibles y las necesidades que se han de cubrir como el diseño, mantenimiento y contenidos en la página web, conexión a internet, gastos de impresión, merchandising, adquisición de equipos que permitan su desempeño, etcétera.

Analizar con qué recursos propios contamos y las posibilidades de financiación o proyectos de cooperación para contar con recursos externos en temas de comunicación.

Una vez tenemos definidos los objetivos estratégicos, nuestra audiencia identificada, elegido el mensaje, y valorados los recursos disponibles llega el momento de escoger los mejores medios; de analizar las posibilidades de la organización para insertar su mensaje dentro de los medios de comunicación. Es necesario un análisis de viabilidad con el fin de concentrar nuestros esfuerzos en aquellos que puedan funcionar mejor y desechar aquellos en los que el mensaje es imposible de difundir, o directamente no podamos acceder por imposibilidad técnica o económica.

Debemos ser creativos, tener muy bien catalogados los principales medios escritos, audiovisuales, digitales, las agencias de información de cada región y en qué medida se pueden entablar relaciones con ellos.

Cada organización en función de sus necesidades y posibilidades elegirá cuáles van a ser sus canales de difusión y en consecuencia qué medios y soportes son más apropiados para llevar a cabo este cometido.

Finalmente hay que definir los tiempos y los cronogramas de las acciones.

Posteriormente, haremos un análisis de las principales herramientas y soportes que podemos emplear para alcanzar los objetivos de comunicación y las agruparemos en las siguientes categorías:

- Soportes y herramientas de marketing
- Soportes y herramientas publicitarias
- Acciones de relaciones públicas
- Herramientas on-line
- Herramientas para relacionarnos con los medios de comunicación

Medición e indicadores

El último paso del plan de comunicación consiste en poner en marcha todas las acciones planificadas; es el momento para el análisis de los resultados, muchas veces no prestamos la suficiente atención a este momento que es quizás el más importante.

La ejecución de las acciones exige un seguimiento y una evaluación continua que por un lado justifique todos los recursos humanos y materiales que estamos empleando y nos indique si lo estamos haciendo bien y estamos alcanzando los resultados propuestos y, por otro, que nos permita cambiar de dirección o modificar una determinada estrategia si los resultados no están siendo los esperados.

También es imprescindible evaluar los resultados finales del plan de comunicación, con el fin de contar con información para el diseño de nuestras futuras acciones de comunicación.

A veces, nuestras organizaciones pecan de ser poco analíticas en cuanto a las mediciones de los resultados de la comunicación, mirando sólo los resultados de las donaciones obtenidas tras las campañas o los resultados anuales; esto puede ser debido a una serie de factores como el de no encontrar un método adecuado para medir el rendimiento de las diferentes estrategias ejecutadas, no tener las técnicas o herramientas adecuadas para medir en redes sociales y la realización de múltiples tareas de forma simultánea y los movimientos rápidos que hacemos entre unas y otras.

Por ello, es necesario como apuntábamos anteriormente, medir el impacto de nuestras actividades de comunicación llevando a cabo un seguimiento permanente del trabajo realizado. Tendremos por tanto que definir una serie de indicadores de seguimiento y control sobre los cuales realizar mediciones periódicas, con la finalidad de poder aplicar acciones correctoras en caso de descubrirse desviaciones importantes.

Propuesta de herramientas de control y seguimiento:

- Indicadores e informes periódicos del proceso.
- Modelos de sistemas colaborativos de preguntas-respuestas (Q&A).
- Reuniones informativas periódicas con la dirección (Briefings).
- Resumen anual (publicación de los resultados en la memoria de actividades).

Indicadores

Hay que definir los indicadores de tal manera que cada objetivo marcado tenga su identificador de referencia junto al resultado esperado, éstos en función de su realización los podemos agrupar en varias categorías.

(Extraído del manual de plan estratégico de comunicaciones de Cristina Aced).

a. Indicadores de actividades

Para medir el grado real de cumplimiento de las acciones programadas como:

- Ruedas de prensa realizadas
- Notas de prensa difundidas
- Jornadas de puertas abiertas realizadas
- Número de blogs, microsites y perfiles sociales creados
- Número de post, artículos, boletines o publicaciones creados
- Número de entradas en la web publicada
- Número de materiales de publicidad creados (carteles, octavillas, trípticos...)
- Número de recursos audiovisuales difundidos (fotografías, fotomontajes, videos, cortes de voz…).

b. Indicadores de control presupuestario

Medir el presupuesto que llevamos ejecutado sobre el presupuesto inicial destinado a la acción de promoción y difusión.

c. Indicadores de impacto

Medir los impactos obtenidos (en cifras), a través de las acciones realizadas, como:

- Apariciones en los medios de comunicación impresos y digitales (prensa, páginas web, boletines electrónicos, revistas especializadas…).
- Personas informadas sobre una determinada campaña.
- Envíos electrónicos de documentos informativos o e-mail marketing, mensajería instantánea.
- Número de SMS y envíos postales, realizados .

En redes sociales a través de distintos sistemas métricos (propios o externos) podemos saber cómo y cuándo y en qué cantidad están llegando nuestros mensajes a nuestro público.

Hay que tener organizado un sistema de recogida de información muy bien estructurado y apoyarse en herramientas de seguimiento de alertas (alertas Google, por ejemplo) y Big Data, para sistematizar y analizar de forma permanente la recogida de esta cantidad de datos.

d. Indicadores de resultados que miden el número real de resultados alcanzados:

- Visitas a la página web y a los perfiles sociales.
- Participantes en los actos (número de donantes atendidos y donaciones realizadas).
- Número de nuevos donantes captados.
- Número de solicitudes de información (consultas referidas a problemas de salud, información de horarios, sugerencias quejas y reclamaciones atendidas y resueltas bien de forma presencial en puntos fijos o móviles o telefónicamente, web, correo electrónico o redes sociales o cualquier herramienta digital que estemos utilizando.

Modelo pregunta-respuesta Q&A:

Un modelo de preguntas y respuestas Q&A nos permite identificar problemas con tan sólo realizar las preguntas adecuadas..

Empresas como Facebbok organizan jornadas Q&A para identificar de forma rápida problemas y priorizar soluciones inmediatas. Tras una sesión de Q&A, analizaremos cada pregunta realizada, la/s respuesta/s obtenida/s, y si es necesario realizaremos acciones para corregir posibles desviaciones.

Podemos hacernos infinidad de preguntas para identificar los problemas de nuestra estrategia y plan de comunicación como:

- ¿Con nuestro plan de comunicación, estamos cambiando algo?
- ¿Hay aspectos del plan que estén generando controversias?
- ¿Espera nuestro público algo diferente?
- ¿Hemos logrado captar la atención en los medios?
- ¿Tiene nuestro mensaje impacto emocional en las personas?
- ¿Lo que se está comunicando está afectando a otros?
- ¿Hay partes que no se entienden bien?

Reuniones informativas periódicas con la dirección (Briefings)

Es necesario identificar los responsables de la realización de cada una de las acciones de comunicación que han sido diseñadas para concretar de forma concisa cuáles son las obligaciones de cada uno y poder evitar de este modo errores en la puesta en marcha de las diferentes acciones.

El marco ideal para estas reuniones de seguimiento debería ser el **comité editorial**; una institución o empresa que genere contenidos que vayan a ser publicados por cualquier tipo de medio necesitará, en mayor o menor medida, la creación de dicho comité que entre otras cuestiones, regule las normas y calidad de dichos contenidos, y supervise su publicación.

En un centro de transfusión este comité debería de estar formalmente creado, y presidido por la dirección junto a los responsables de las áreas de administración, promoción y donación como mínimo. Al menos una vez al año debe tener una reunión donde se analice la

actividad de comunicación de la institución, se detallen las principales actuaciones realizadas, resultados y se decidan las acciones para el siguiente ejercicio.

Resumen anual

(Publicación de los resultados en la memoria de actividades)

Una vez desarrollada la labor de seguimiento y control, es necesario evaluar los resultados finales de la comunicación con la finalidad de tener información de base para futuras acciones de comunicación.

Se trata de realizar una evaluación o valoración global del plan de comunicación, con la finalidad de comprobar si se han conseguido los objetivos propuestos, y valorarlo en su conjunto.

Medios y soportes de comunicación

El desarrollo del plan de acción como vimos, tiene que estar apoyado por diferentes medios y soportes que serán utilizados en función de los objetivos propuestos (concienciación social, captación de nuevos donantes, promoción de campañas específicas y fidelización de donantes) al público que nos dirigimos, y por los recursos humanos junto a las posibilidades presupuestarias disponibles.

Para hacer un repaso de los soportes más relevantes usados en promoción de la donación los vamos a agrupar en varias categorías, teniendo en cuenta que algunos se han tratado en diferentes epígrafes de este libro. Nos detendremos de forma específica en aquellos que podemos considerar que impactan de manera más eficientes en campañas concretas y de los que tengamos publicaciones referidas a su eficacia y eficiencia.

Antes de continuar, hay que reflexionar sobre una realidad que el proyecto DOMAINE nos evidencia en su encuesta sobre métodos de captación de donantes en 50 centros de transfusión de Europa, cuyos resultados se reflejan en la tabla del **Anexo II**; de manera concreta y textualmente *"La encuesta ha revelado que los métodos de captación de donantes más eficaces no fueron necesariamente los más utilizados. Los métodos de captación considerados más eficaces fueron los anuncios a escala nacional en radio y televisión, las campañas de captación por donantes, los anuncios en la radio y la televisión local, la publicidad en prensa y la captación en grandes empresas. Sin embargo, los métodos de captación más utilizados fueron páginas web, folletos, captación en grandes empresas, anuncios en la radio y televisión locales y programas escolares de sensibilización. Más de la mitad de los centros dirigieron la captación hacia grupos especiales, como donantes jóvenes, minorías étnicas o personas con un grupo sanguíneo específico".*

Podemos suponer por tanto, que probablemente las limitaciones en la utilización de métodos de captación o comunicación en general que pensemos puedan ser mas eficaces, van a estar limitadas por cuestiones económicas fundamentalmente. Las campañas en los medios de comunicación de masas a niveles regionales y nacionales, sin duda tienen una repercusión importante en las campañas de donación y en la creación de una opinión pública favorable a la causa; sin embargo, la realidad es que no siempre podemos apoyarnos en recursos de este tipo y tenemos que utilizar otro tipo de soportes mas asequibles y medios de comunicación de carácter local, con los que apoyarnos para nuestra tarea de comunicación del día a día, campaña a campaña.

Gran parte de las donaciones se consiguen fuera de las instalaciones fijas de donación, vía campañas en locales externos o en unidades móviles, donde los llamamientos se hacen en día, hora y lugares muy concretos, por tanto gran parte de nuestras actividades de comunicación y soportes empleados, deberán estar encauzados a la rentabilidad de estas campañas. En cierto sentido usamos muchos recursos parecidos a los que los circos ambulantes utilizan para la difusión de sus funciones.

A modo de recopilación breve de los soportes y herramientas más significativos que podemos emplear en nuestra estrategia de comunicación, y solo con el objetivo de seguir una estructura ordenada, haremos una agrupación en seis categorías diferentes (herramientas de marketing; publicitarias, de relaciones públicas, on-line y de relación con los medios de comunicación. Nos detendremos en analizar algunas de las que considero más significativas, en otras tan solo haremos mención, ya que están presentes en otros capítulos y epígrafes de este libro.

Dentro de esta clasificación, hay un apartado específico de "herramientas online", sin embargo este tipo de medios o canales están presentes en el resto de categorías, no podemos perder de vista que hoy por hoy el mundo online y offline conviven de forma natural, las personas escuchan la radio en el coche, pasan bajo vallas publicitarias que a su vez ya no son sólo simples imágenes, sino que van acompañadas en muchas ocasiones con acciones en redes sociales; utilizan internet para trabajar, envían y reciben e-mail; nos conectamos a la redes sociales con el teléfono móvil o el iPad, donde también podemos ver la televisión, una televisión donde las personas ya no son meras receptoras de información, a través de las "dobles pantallas" pueden interactuar vía redes sociales o aplicaciones, participando en progra-

mas e incluso interactuando en la misma publicidad que se emite.

Por tanto, para lograr una comunicación más potente y fluida, todo pasa por realizar acciones cruzadas que potencien la conexión entre los mundos online y offline. En consecuencia, en ambos casos debemos mantener la coherencia, integrando las estrategias pero manteniendo el mismo mensaje, al ser el mismo público al que nos dirigimos.

Apostar por la integración del online y offline, en nuestro plan de comunicación, va a permitir que reduzcamos los costes en publicidad, muchas veces inaccesibles en nuestra organizaciones por el alto precio desorbitado de los spot publicitarios en televisión, radio o vallas publicitarias, que aumentemos nuestro impacto aprovechando la gran capacidad de difusión de internet y también a eliminar el ruido, ya que lo digital de alguna manera posibilita a las personas seleccionar y personalizar los contenidos y mensajes que les llegan.

Soportes y herramientas de marketing:

Muchas y variadas son las herramientas que podemos utilizar en función de los distintos tipos de marketing (directo de posicionamiento o fidelización, etc.) y los objetivos de comunicación, el plan de promoción y tipo de campaña que estemos realizando: de concienciación y captación o de fidelización de donantes. Hay un amplio abanico de herramientas y soportes de marketing; en esta publicación me detendré a valorar someramente algunas de ellas que son las más utilizadas en nuestro ámbito, y otras menos conocidas pero que nos pueden dar opciones muy interesantes.

Cartelería, octavillas y folletos

La cartelería, octavillas y folletos, pueden servir tanto para dar información general como para la promoción de campañas concretas, en ambos casos hay que tener en cuenta que este material debe ser diseñado tanto para su impresión, como para su uso en medios digitales. Es obvio que hay que cuidar el diseño y destacar nuestro mensaje de forma clara, encajándolo en nuestro eje de comunicación y la línea argumental que mantengamos. Deben contener la dirección web, redes sociales, códigos QR, y hashtag en uso, y los enlaces en su caso para la difusión digital.

Sobre la distribución de la cartelería y material publicitario impreso, hay que destacar que es una de las tareas que realiza el voluntariado, por tanto implica que el valor de estas acciones, supera el fin intrínseco del propio cartel o folleto, estas personas son de alguna manera los "embajadores" de nuestra organización canalizando la información y el mensaje de nuestra campaña.

Correo, SMS y telemarketing

Contactar con los donantes de nuestra base de datos para informales de la realización de alguna campaña o actividad se puede hacer a través de varios sistemas, la eficiencia y eficacia de los mismos puede variar según los entornos y las características de las campañas.

Disponer de una base de datos amplia y bien gestionada (un soporte CRM seria lo ideal), supondrá tener mayor éxito en las campañas de donación de sangre, teniendo en cuenta que cuando estas se realizan de forma reiterada en los distintos lugares (barrios, pueblos, colectivos), gran parte de los donantes serán los habituales y un porcentaje menor los nuevos. Los porcentajes de donantes que acuden a una campaña vía citaciones/convocatorias suele ser similar independientemente de la herramienta de convocatoria usada, si bien está demostrado que la eficiencia es mayor con el uso de los SMS. En los congresos de la SETS del año 2012(12) y 2013(13), se presentaron resultados de estudios sobre estos métodos y las conclusiones eran similares en cuanto a la eficacia-eficiencia del uso del SMS en este sentido. La aparición de los nuevos sistemas de mensajería instantánea hace que el uso de los SMS se esté limitando a cuestiones relevantes como notificaciones bancarias y de seguridad para operar, de administraciones públicas sobre temas importantes, etc., al ser menor el número de SMS que se reciben, se les presta la atención adecuada en el momento que llegan.

El telemarketing es costoso y en las encuestas que se realizan a los donantes no está entre sus preferencias para contactar. Sí suele usarse para citas en colectas, fundamentalmente para los procesos de aféresis, o llamamientos urgentes.

Caminos a explorar: marketing sensorial y neuromarketing

Hoy por hoy las tendencias en marketing apuntan a centrar las estrategias en las experiencias de compras y servicios, que en los productos o servicios en sí mismos. Toman protagonismos el momento y el contexto de la "compra" y por tanto la creación de servicios de valor. Todo lo relacionado con lo sensorial hay que tenerlo en cuenta. Uniformes, música, olores, seguro que incorporar este tipo de técnicas a los momentos de la donación de sangre, pueden repercutir en la fidelización de los donantes.

También tenemos cada vez más utilizado en campañas, el neuromarketing, que nos indica que en la

toma de decisiones, la emoción es la que tiene mayor peso, aunque creamos que en nuestra decisión manda la razón. Las zonas del cerebro que impulsan la toma de decisiones son totalmente ingobernables a través de la razón. Creo que es un campo que nos marca caminos para acometer proyectos de investigación que nos ayuden a conocer mejor a nuestros donantes y como y porqué toman unas u otras decisiones. ¿Cuál es el motivo último por el que una persona decide realizar una donación? , podría ser la pregunta.

Soportes y herramientas publicitarias

Las posibilidades de publicitarse son infinitas. Como ya anotábamos, lo ideal es combinar canales offline y online.

Desde nuestro propio edificio, vehículos, uniformes, señalizaciones municipales, a la publicidad en blogs o páginas webs (banners); en teléfonos móviles; y en los medios tradicionales, radio, televisión, en periódicos y revistas; en mobiliario urbano y paneles informativos municipales. Si bien la publicidad en grandes medios es menos accesible, siempre podemos usar recursos que nos hagan visibles sin necesidad de contar con un gran presupuesto, buscar mecenazgo, encontrar espacio en publicaciones locales que necesiten información, llegar a acuerdos institucionales de uso de espacios publicitarios municipales (marquesina del transporte urbano). Si contamos con un mensaje de **valor** y nuestra reputación es alta, con seguridad nos resultará más fácil encontrar apoyos.

Acciones de relaciones públicas y educacionales

Las relaciones públicas ocupan una gran amplitud de espacios y actividades, en este apartado nos ceñiremos a describir determinadas acciones que podemos realizar, para promover y hacer conocer aspectos determinados de nuestra institución, mejorar la imagen corporativa, y las relaciones con la comunidad como:

Jornadas de puertas abiertas/visitas a la institución; este tipo de actividades deben estar bien diseñados y planificados, por lo que demanda la participación de personal de diferentes áreas del centro. Puede ser un complemento del programa educativo, de formación del voluntariado, de jornadas científicas, o de programas de fidelización de donantes. Es necesario contar con instalaciones adecuadas como salón de actos, material audiovisual, y un protocolo de actuación y definición clara de responsabilidades y tareas.

Participación en eventos socioculturales y deportivos; hay multitud de actividades que pueden dar cabida a nuestra presencia institucional que nos ofrecen muchas posibilidades de hacernos visibles socialmente. Participar activamente en este tipo de eventos, requiere contar en gran medida con nuestro voluntariado, propiciando su protagonismo en los mismos. Podemos participar realizando acciones de pequeños patrocinios "Trofeo para donantes de sangre" en acontecimientos deportivos, repartos de merchandising y colocando nuestros paneles, puntos de información o photocall en los mismos.

Actos de convivencia y de reconocimiento y homenaje a donantes. Para su organización podemos buscar la colaboración de autoridades políticas y sanitarias, empresas, asociaciones o fundaciones, etc.; nos ofrecen la posibilidad de interactuar con los donantes y el resto de la sociedad, por fuera de las jornadas de donación y conseguir al tiempo espacios en los medios de comunicación.

Actividades educativas. Las acciones educativas deben ser un eje transversal en la promoción de la donación, al que debiéramos darle la máxima prioridad.

Contar con programas específicos que generen alianzas en base a intereses comunes con la comunidad educativa en general (alumnos, profesores y padres) y debe estar contemplado como estrategia dentro del plan de promoción/comunicación. La metodología pedagógica de aprendizaje-servicio puede ser muy adecuada para la realización de programas donde se involucren los centros de enseñanza con la donación de sangre y nuestra institución. Como ejemplo práctico tenemos publicada la experiencia "Aprende, Participa y Dona" del Banc de Sang y I Teixits de Cataluña.

Herramientas on-line:

Las herramientas digitales de comunicación son muchas, y crecen de modo exponencial. Las posibilidades de comunicación que nos ofrecen son infinitas, eso sí debemos estar preparados para una realidad en constante cambio.

En el siguiente epígrafe de este libro, se analiza el uso de las redes sociales en la promoción de la donación.

No podemos dejar pasar algunas consideraciones relevantes en cuanto a nuestra presencia en internet, concretamente las relacionadas con la web corporativa y los dispositivos móviles.

Web Corporativa 2.0

La presencia en internet de nuestra institución tiene como soporte fundamental el diseño de un portal web corporativo, donde se muestra la información general de ésta. Es una herramienta primordial para fortalecer la imagen de la organización ante sus usuarios y convirtiéndose en una herramienta interactiva, que además nos permita la difusión de ideas y contenidos, de forma rápida y eficaz haga funciones de "Servicio"

de atención al cliente con la recogida de comentarios y sugerencias sobre nuestra actividad enviados a la web, dando respuesta adecuada a las críticas recibidas por los usuarios y canalizando éstas de manera productiva para la mejora continua del centro. También nos ayudará a mejorar la relación con los medios de comunicación, constituyendo una sala de prensa "virtual" al servicio de la información periodística y será imprescindible en el caso de necesitar una gestión de crisis en la institución, convirtiendo a la web corporativa en un canal eficiente para defender públicamente sus argumentos cuando sucede algún evento, noticia o rumor que pueda perjudicar su reputación.

Hay que cuidar el posicionamiento en buscadores, la actualización y mantenimiento de la web generará contactos y contenidos que favorecen el acceso. Todo ello genera enlaces con el sitio web que incrementa la accesibilidad de la institución en internet. Nos ayudará también en la orientación hacia los resultados, reflejado en un incremento de la atención y cobertura mediática, dentro y fuera de internet, aumentando la confianza sobre los servicios del centro y en consecuencia mejorando nuestras campañas de donación.

Toda la información pertinente, guías folletos, preguntas y respuestas frecuentes, niveles de inventario, ubicación de las campañas con equipos móviles, enlaces a nuestras redes sociales, memoria anual, materiales de apoyo a la promoción de la donación… deben tener cabida en nuestra web.

Debemos garantizar la calidad de la web, acreditándola como sitio web sanitario, cuyos estándares responden a los conceptos de garantía y confianza como fuente de información veraz, contrastada y fiable para el usuario. En este sentido apuntar a directrices como las de la Fundación *Health on the Net (HONCode)*, o de agencias o colegios profesionales sanitarios que asuman estas acreditaciones en cada país.

Incorporar en la web una estrategia de datos abiertos (**Open Data**) procedentes de nuestro sistema de información, completaría la funcionalidad de la misma, y nos ayudaría a ser más transparentes en nuestra comunicación y en ofrecer la reutilización de información pública procedente de la administración, para alimentar a futuras aplicaciones o la realización de estudios; además la automatización para el ingreso de contenidos periódicos (localización y resultados de campañas, niveles de reservas) facilitan la publicación de contenidos y el trabajo de promoción.

Aplicaciones móviles

Si tener una web es imprescindible, contar con una app o versión móvil de la web con funcionalidades similares, no es menos importante; es una herramienta de comunicación y promoción muy importante tanto para la captación como para la fidelización de los donantes.

A la hora de plantearnos la creación de una aplicación, lo primero que debemos acometer es un análisis funcional profundo que en nuestro caso creo que se debería tener en cuenta.

Información de colectas programadas, pautas e información general sobre donaciones, identificación de usuarios y perfil del donante, recopilación de donaciones realizadas, histórico del donante y carnet virtual, avisos y alertas (mensajería push) sobre campañas y necesidades específicas, buzón de comunicación y gestión de citas. También podemos incorporar algún tipo de reconocimiento o incentivos por objetivos de donaciones (medalla de oro, plata, bronce…), compatibilidades sanguíneas, etc.

Debemos conseguir una app que resulte valiosa para los donantes y como no, que ocupe los menos recursos posibles del teléfono del usuario.

Los códigos **QR** y explorar las posibilidades que nos ofrece la tecnología en **comunicación de campo cercano NFC** (Near Field Communication), **una funcionalidad** inalámbrica de radiofrecuencia que permite interactuar con otros aparatos aproximando dos dispositivos, pueden sernos de mucha utilidad en nuestras tareas de comunicación.

Herraminetas para la relacionarnos con los medios de comunicación:

Mantener una buena relación con los medios es uno de los puntos clave para que una estrategia de comunicación con la prensa funcione, en general para tener éxito en este campo debemos conocer el idioma y las herramientas que usan los periodistas, elaborar bien nuestros comunicados facilitando lo más posible su trabajo.

Entre las herramientas tenemos la **nota de prensa,** ésta no tendría que tener más de dos hojas donde informemos de las novedades de nuestra actividad o institución, los manuales de periodismo en este sentido nos indican que antes de redactar nos haremos las 5 preguntas básicas ¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué?; las respuestas centrarán nuestro mensaje con la información justa y necesaria.

El dossier de prensa: Este formato es complemento y apoyo a la nota de prensa, nos permite darnos a conocer en profundidad, qué y quiénes somos, qué hacemos y qué es lo que necesitamos de la sociedad. Será un documento de gran ayuda para los profesionales del periodismo con los que trabajemos, es importante que siempre lo adjuntemos cuando nos dirigimos a los periodistas tanto en las notas como en la ruedas de prensa

En todo momento debemos usar un lenguaje claro, conciso y directo, complementar las acciones acompañando buenas fotografías, y facilitando los contactos directos con la organización, por supuesto con plena disponibilidad.

Hay que mantener una agenda actualizada y lo más completa posible (reseñas fotografías…) con los de datos de periodistas de los diferentes medios y más específicamente con los que se encargan de los temas sanitarios .

Para finalizar, apuntar la posibilidad de apoyarnos en las plataformas de lanzamiento de notas de prensa como opción alternativa y complementaria; este tipo de plataformas nos facilitan tanto la redacción como la distribución de nuestras notas de prensa en medios digitales, como convencionales y agencias; algunas de ellas monitorizan los resultados y emiten informes de repercusión muy completos. Entre estas podemos destacar: Prlog.org, Prnoticias.com, Comunicae, Presswire.com Sunotadeprensa.com, Tusmedios.es.

Anexo I

Modelo de un plan estratégico anual de promoción de la donación

La planificación anual de la promoción debe estar recogida dentro de un plan estratégico, con acciones y soportes de comunicación. Como ejemplo práctico presentamos el Plan del Centro de Transfusión de Córdoba (España) para el año 2016. Centro de carácter provincial que obtiene unas 32.000 donaciones/año, sede de un banco de tejidos. Realiza 550 campañas con unidades móviles, y sin gasto en publicidad directa en medios de comunicación.

1. Definición anual de objetivos

- Mantener el nivel de abastecimiento de sangre y hemoderivados.
- Incrementar la donación hasta los niveles marcados en el Contrato Programa,
- Informar, formar y educar a la población de forma constante sobre la necesidad de las donaciones de sangre.
- Elaborar la planificación anual y ejecutarla con las mínimas variaciones posibles, reforzando períodos de especiales dificultades (meses de verano y festivos), con X* campañas ordinarias como mínimo.
- Mantener el "Plan de Participación Ciudadana".
- Desarrollar el plan de mejora de atención al donante a partir del resultado de la encuestas de satisfacción.
- Presencia en medios de comunicación tradicionales (radio/prensa /TV) con al menos **X** notas de prensa/mes.
- Consolidación de los puntos de colecta existentes y apertura de **X** nuevos puntos en la capital.
- Potenciar la visibilidad social de la donación de sangre entre la sociedad, manteniendo la línea argumental en todas las campañas #DonaYCuéntalo.
- Realizar al menos una maratón de donación con participación de centros de enseñanza.
- -Potenciar las campañas universitarias con la línea argumental #UCOdonasangre en coordinación con los consejos de estudiantes.
- Mantener y potenciar la actividad de la página web y las redes sociales.
- Aumentar la incorporación de donantes jóvenes a la donación a través de programas de aprendizaje y servicio y de las campañas universitarias.

2. Plan de extracciones

El desarrollo y ejecución del plan de extracciones requiere la realización de las acciones concretas:

- Confección del Planning anual (presentado en Dirección antes de noviembre), en esta confección deben estar contemplados los refuerzos de campañas en fechas críticas (comienzo de año hasta Reyes, Semana Santa, comienzo de verano y operaciones salidas de tráfico y Puente de la Constitución, Navidad y Fin de año). Deben quedar puntos de extracción con posibilidad de recolocación y "huecos" para las nuevas colectas de la capital. Esta planificación debe cumplirse en al menos un 85%
- Envío de la propuesta de fechas a los colaboradores locales, autoridades locales y responsables de los locales de colecta para su reserva.
- Planificación mensual confirmada y editada antes del día 20 del mes anterior; la confirmación se hará telefónicamente con los colaboradores locales y responsables de locales, efectuada ésta se realizan las peticiones formales por correo de locales las reservas de aparcamiento y otras particularidades de cada punto de extracción.
- Difusión de la edición de la programación mensual interna a las diferentes áreas del CRTS, medios de comunicación y colaboradores y paralelamente su publicación en la WEB.
- Edición del plan de trabajo de promoción de las colectas con fechas de edición y envío de citaciones, carteles y octavillas, otros medios (telemarketing y SMS) al menos con una antelación mínima de 15 días previos a la campaña.
- Análisis y recogida de la actividad y resultados en los cuadros de indicadores y de mando

3. Mantenimiento de sistemas de información. Depuración de archivos

Depuración y revisión sistemática de la información registrada, desglosada en los siguientes aspectos:

1. Donantes con más de 65 años.
2. Direcciones y códigos postales.
3. Correspondencia devuelta.
4. SMS enviados a números de teléfono erróneos.
5. Direcciones de correo electrónico equivocadas.

4. Plan educativo y de formación en centros de enseñanza y otros

La actividad formativa en los centros educativos es fundamental para hacer que niños adolescentes y jóvenes en el futuro sean responsables en las decisiones, reflexiones, trabajo y colaboración entorno a la necesidad de las donaciones de sangre. Mantener fluidas las relaciones con los centros educativos de la provincia es uno de los objetivos estratégicos del CRTS, cada año son más los institutos que colaboran con este proyecto generando alianzas que a la postre redundan en crecimiento personal de alumnos, implicación social, y desarrollo de pensamiento crítico. Las actividades están diseñadas de forma específica para los diferentes niveles educativos y programas de colaboradores. Se recogen en la actividad diversas encuestas y hojas de evaluación de la actividad, así como información de los alumnos que en el futuro quieren seguir colaborando siendo donantes o como voluntarios. En líneas generales, durante el año X pretendemos realizar las siguientes actividades:

Programa de puertas abiertas y charlas /talleres informativos y formación del voluntariado

- Oferta del programa formativo a los Centro de Enseñanza de la Provincia (inicio de curso).
- Realizar al menos **X** visitas al CRTS y **X** Charlas-Coloquio en Institutos.
- Mantener las acciones de donación en los IES donde el año anterior se realizaron actividades.
- Poner en marcha al menos **X** proyectos de aprendizaje/servicio con algunos de los centros contactados.
- Formación específica a nuevos colaboradores, presentación del manual del colaborador y medios digitales del CRTS; voluntariado digital.
- Recogida de datos de las actividades y alumnos.
- Valoración de las cifras de actividad, y análisis de las encuestas de satisfacción elaborando informe anual.
- Planes de mejora para el siguiente curso escolar.
- Comenzar el diseño de una línea de investigación entorno a estas actividades.

5. Plan de comunicación

La necesidad de que la sociedad conozca y participe en las actividades del centro es esencial para el logro de los objetivos del mismo, máxime cuando son los ciudadanos en general los que tienen que aportar sus donaciones para asegurar el abastecimiento de sangre hemoderivados y tejidos.

Las acciones de comunicación se realizan a diferentes niveles relacionados a continuación, enfocados a distintos públicos y con diferentes lenguajes y medios, siendo responsable el área de promoción de planificar y ejecutar las diferentes acciones. Ante situaciones de alarma en medios de comunicación por la aparición de noticias desfavorables y/o alarmantes sobre donación y transfusión, generales o específicas de nuestra provincia, se actuará según procedimiento DIR/PRO/02 – Actuación en situaciones de emergencia (tipo 4).

En cuanto a la comunicación interna se planifica y define anualmente en nuestro Sistema de Gestión de la Calidad.

Acciones en radio y TV

- Visitar los medios de comunicación locales previos a las colectas de sangre.
- Mantener comunicación fluida con dichos medios.
- Mantener actualizado el fichero de los medios.
- Realizar al menos XX entrevistas en dichos medios.
- Atender de forma inmediata los requerimientos de información.
- Enviar sistemáticamente información de la programación y resultado de las campañas ordinarias y extraordinarias.
- Facilitar la obtención de la información a los medios a través de la web (publicación de memoria, actividad diaria y Open Data).

Notas de prensa, prensa escrita y material gráfico

- Mismas acciones que en radio y TV en general.
- Generar al menos **X** noticias positivas al año (marcadas en contrato programa en coordinación con la Delegación de Salud).
- Acompañar de notas de prensa a las actividades especiales con donantes en la localidades (homenajes a donantes).
- Mantener fichero de imágenes de las actividades en los municipios.
- Generar al menos **X** publicaciones en publicaciones locales (revistas, publicaciones de feria, etc.)
- Diseñar cartelería digital y material informativo para apoyo de las campañas en los medios.

Participación en encuentros deportivos y culturales

Participar en mesas informativas, actos socioculturales y deportivos, con municipios, asociaciones, clubes y otros centros sanitarios, al menos en 20 eventos a lo largo del año.

Relaciones públicas, reuniones y visitas a voluntarios e instituciones
- Mantener reuniones periódicas con ayuntamientos, centros de enseñanza y asociaciones previamente a la realización de campañas y resolución de posibles problemas.
- Visitar a la red de colaboradores al menos una vez al año.

Programa de comunicación directa con donantes (SMS, telemarketing, email y marketing).
- Mantener el SMS como forma de convocatoria habitual y de forma complementaria el email. El telemarketing se realizará solo en casos concretos (citas para aféresis y llamadas urgentes).
- Explorar el uso de otros tipos de mensajería instantánea en las comunicaciones con donantes y voluntarios.
- Monitorizar resultados y valoración de los mismos de forma semestral.

Salud 2.0 y portal web
www.donantescordoba.org
- Mantener el portal WEB como soporte de comunicación con los donantes, colaboradores, medios de comunicación y comunicación interna.
- Compromiso de respuesta a las comunicaciones a través del mismo en 48 horas máximo.
- Realizar acreditaciones de la WEB.
- Mantener el tráfico superior a X mensuales.
- Gestionar redes sociales activas Facebook, Twitter e Instagram, G+, canal Youtube y -Slideshare con publicaciones diarias y atendiendo eficientemente las conversaciones activas.
- Mantener dominios de redes y Apps no activas
- Mantener actividad continua del comité editorial y realizar informe anual de la actividad y planes de mejora.

Desarrollo y mejora de actuaciones de comunicación
- Divulgación entre los donantes de la APP "Dona Sangre Andalucía"
- Diseño de campañas especiales apoyadas en redes sociales con líneas argumentales diferentes cada dos años.
- Formación y promoción en el uso de las redes sociales a colaboradores y personal de promoción.
- Evaluación de las estadísticas en los diferentes medios (web, redes y SMS). extrapolados a la consecución de objetivos.
- Implantación de nuevos canales de comunicación con donantes y colaboradores (Telegram y Whatsapp).
- Optimizar los envíos de comunicaciones (solicitudes, planificación, envío de resultados) por email reduciendo al mínimo el correo postal.

6. Acciones en colaboración con la asociación de donantes.

Asamblea anual de donantes
- Colaboración con la asociación en los siguientes aspectos:
- Gestiones con el ayuntamiento donde se realice para colaboración.
- Gestión con donantes distinguidos.
- Gestión de desarrollo administrativo del proceso.
- Gestión de compra de distinciones, llaveros de recuerdo, anuncio en prensa, imprenta y fotocopias, correo, etc.
- Presencia del director en la mesa presidencial en la asamblea y de personal del CRTS.

Jornadas de colaboradores locales
- Apoyo administrativo y logístico al proceso.
- Edición de Memoria, obsequios a los Colaboradores, gestión de correo imprenta audiovisuales, etc.
- Presentación de ponencias por parte de miembros del CRTS.

Actos de reconocimiento a donantes

Potenciar este tipo de actos en las diferentes localidades, comprobada la eficacia posterior en el éxito de colectas en al menos 10 al cabo del año, seleccionando poblaciones con necesidad expresa de promoción.

Anexo II

Proyecto Domaine

Métodos de captación. Porcentaje de centros de transfusión europeos que lo utilizan.

Folletos.	83%
Captación en grandes empresas.	83%
Programas de sensibilización en los colegios.	80%
Anuncios en la radio local.	81%
Páginas en internet.	79%
Publicidad en periódicos locales.	79%
Pequeños regalos.	71%
Voluntarios.	71%
Información de captación en edificios públicos.	69%
Envío de equipos de captación a acontecimientos públicos.	69%
Captación por otros donantes.	64%
Anuncios en televisión de cobertura nacional.	62%
Anuncios en radio de cobertura nacional.	62%
Cooperación con las autoridades locales.	62%
Publicidad en la prensa nacional.	60%

Cooperación con otras organizaciones sin ánimo de lucro.	57%
Anuncios en la televisión local.	55%
Campañas de correo directo.	55%
Estudiantes dedicados a la captación.	55%
Cooperación con el ejército.	52%
Cooperación con la policía.	50%
Cruz Roja local.	45%
Información de captación en las iglesias.	43%
Publicidad en revistas.	41%
Cooperación con equipos de rescate.	33%
Campañas de correo directo.	27%
Marketing telefónico.	24%
Donantes de sustitución.	19%
Captación puerta a puerta.	14%

Lecturas recomendadas

- "Aprende Participa y Dona" Banc de Sang i Teixits de Cataluña, ciudad, año
- Planificación de la Hemodonación SETS ciudad? 1994
- Promoción de la Donación de Sangre I. Informes, Estudios y Documentos. Autores Grupo Trabajo de Promoción SETS Ministerio de Sanidad Y Consumo 2004, ciudad y año
- "Manual de Gestión de donantes" proyecto Domaine, 2010
- La dirección de comunicación en las Administraciones Públicas. Retos y Oportunidades. Dircom. Asociación de Directivos de Comunicación. 2007.
- Manual práctico *¿Cómo elaborar el plan de comunicación?* CEEI Galicia, S.A. y Estrategia y Organización, S.A. 2009
- Guía práctica de la comunicación. Ediciones Gestión 2000 1994
- Comunicación. Guía práctica para ONG". MTAS. Madrid. 2002.
- Grifols J, Estés I. Cómo Promocionar la Donación de sangre 1990
- Gómez EP, Vanrell M, y otros. Congresos 24 de la Sociedad Española de Transfusión. Murcia 2013 Comunicación O-13 "En Busca de la convocatoria perfecta". Fundación Banco de Sangre y Tejidos de las Islas Baleares
- Muñoz P, Mesa A. Congresos 23 de la Sociedad Española de Transfusión. Zaragoza 2012 Comunicación: "Estudio comparativo de eficacia, eficiencia y rentabilidad del correo y SMS. Indicadores de Calidad en Promoción en el CRTS de Córdoba". Centro Regional de Transfusión Sanguínea de Córdoba.
- Puig T. Marketing de servicios para reinventar las administraciones públicas" Junta Andalucía Consejería Gobernación 2010
- Sierra Caballero F. "Comunic@rte. Guía de comunicación solidaria".. Edita Junta de Andalucía. Sevilla. 2006.

Capítulo 37

Necesidades comunicativas. Redes sociales.

Auxiliadora Cosano Baena. Administrativo. Responsable de redes sociales del Servicio de Hemodonación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: cosano_aux@gva.e

"Lo digital lo está cambiando todo"
Pablo Muñoz

Medios sociales. Para qué nos sirven en la promoción de la donación.

Internet ha cambiado la forma de comunicarnos y relacionarnos con otras personas así como nuestros hábitos de ocio y de consumo. El principal cambio de este nuevo mundo digital es que podemos estar conectados en todo momento y en cualquier lugar. Vivimos en una sociedad en la que conviven lo real y lo virtual, lo analógico y lo digital, generando una realidad en la que lo virtual es real y lo real también es virtual. Lo digital se ha convertido en la forma habitual de tratar la información, internet es una herramienta fundamental dónde buscar, ver o producir información.

En los inicios de internet, de la mano de la web 1.0, éramos meros receptores de información, pero a partir del año 2000 con la democratización de los blogs, nuevos medios de comunicación que permitían a cualquier usuario expresarse en la red, se inaugura un nuevo modelo de comunicación, que da poder frente a los medios tradicionales. Esta fase 2.0 de la web permite que sus usuarios produzcan y compartan contenido. Los medios sociales que se han desarrollado representan su materia viva, sus emociones, la parte menos tecnológica de la tecnología, en definitiva la parte más humana.

Los profesores Kaplan y Haenlein definen **medios sociales** como "un grupo de aplicaciones basadas en internet que se desarrollan sobre los fundamentos ideológicos y tecnológicos de la web 2.0, y que permiten la creación y el intercambio de contenidos generados por el usuario". El término **"medios sociales"** es utilizado como contraste al término Mass Media o Medios de Comunicación de Masas, protagonistas absolutos de la comunicación del siglo XX y que tenían como finalidad *formar, informar y entretener* al público que tenía acceso a ellos. Los medios sociales se caracterizan por la inmediatez, la interactividad, la eficacia en alcance a bajo coste y el aprovechamiento de la inteligencia colectiva, y son el reflejo de las redes sociales reales, nos ayudan a construir y mantener los lazos que tenemos con las personas de nuestro entorno. Engloban todas las herramientas de la Web 2.0 (blogs, wikis, entornos para compartir recursos…) donde las **redes sociales** son una más de ellas, pero no la única.

Dana M. Boyd y Nicole B. Ellison las definen como "un servicio basado en internet que permite a los individuos construir un perfil público o semipúblico dentro de un sistema delimitado, articular una lista de otros usuarios con los que comparten una conexión, y ver y recorrer su lista de conexiones y de las hechas por otros dentro del sistema. Lo que hace a los sitios de red social únicos no es que permita a las personas encontrarse con

desconocidos, sino que permite a los usuarios integrar y hacer visibles sus contactos".

Las redes sociales de internet no dejan de ser un reflejo del entramado de relaciones sociales de la "vida real", un conjunto de individuos/organizaciones conectados por algún tipo de relación que se comunican entre sí y que comparten contenido. Se basan en la teoría de los 6 grados de separación, idea planteada en 1930 por el escritor Frigyes Karinthy. La teoría de los seis grados de separación afirma que cada individuo del planeta está conectado con el resto. Esta relación se basa en una cadena de conocidos que no supera las 6 personas. La teoría reza que cada individuo conoce a una media de 100 personas. Si estas 100 personas difunden un mensaje a todos sus conocidos podemos transmitir información a 10.000 individuos fácilmente. Con la llegada de internet y las redes sociales online la teoría de los seis grados de separación ha recobrado fuerza.

En la actualidad una de las formas de comunicación más efectiva y utilizada son las redes sociales. Pocas son las personas que no tienen una cuenta en una o más redes sociales con una participación frecuente a lo largo del día, tanto desde dispositivos fijos como móviles.

El *Estudio anual del uso de redes sociales 2016* del IAB demuestra que el uso de las redes sociales es cada vez más amplia en cuanto a tiempo de utilización o la franja de edad de usuarios. Además, emergen una serie de redes sociales y van cayendo en desuso otras en función de la facilidad, disponibilidad y posibilidades que brindan al usuario.

En España un 81% de los internautas de 16 a 55 años utilizan redes sociales, lo que representa más de 15 millones usuarios, según datos del Estudio anual del uso de redes sociales 2016 del IAB.

Pero, ¿para qué nos sirven lar redes sociales en la promoción de la donación?

Puesto que las redes sociales son aplicaciones web que favorecen el contacto entre individuos vinculados por una mera coincidencia (grupos casuales) o unidos por un motivo emocional, hablamos de comunidad (grupos causales), entonces, han de constituir un canal más dentro de plan de comunicación para promover la donación de sangre voluntaria y concienciar a la población de la necesidad e importancia de donar regularmente. Una herramienta de promoción con la que generar una comunidad virtual con la que podamos generar vínculos emocionales convirtiéndola en prosumidora y prescriptora a la vez.

Las redes sociales nos servirán para:

- Escuchar de forma cercana.
- Dialogar y conversar.
- Entender lo que quiere o no nuestra comunidad.
- Conocer sus expectativas para tratar de satisfacerlas.
- Mejorar nuestro servicio atendiendo sus quejas.
- Mejorar la visibilidad de la donación situándola en el mundo virtual.
- Dar visibilidad al donante frente a la comunidad social.
- Mejorar la cultura participativa.
- Tener más eficacia en la publicidad y comunicación, con mayor capacidad de respuesta y difusión.

1. ¿Por qué hacer marketing de redes?

Tener una estrategia de marketing en redes para la promoción de la donación de sangre es conveniente por varias razones:

- *Reduce costes.* Las herramientas sociales son gratuitas, suponen unos costes mínimos en relación a la prestación y a cualquier campaña en medios tradicionales. Implican, eso sí, una importante actividad de recursos humanos que hay que formar, y sin olvidar que un presupuesto para publicidad ayudará a mejorar nuestro posicionamiento.
- *Mejoran la comunicación.* La comunicación a través de **redes sociales** garantiza la transmisión del mensaje directamente y en ambas direcciones, sin intermediarios. Permiten una conversación directa y permanente.
- *Mejora el posicionamiento de marca.* La presencia en redes genera credibilidad, reputación y confianza. Aportan imagen de marca.
- *Mejora el posicionamiento web.* Generan visibilidad y tráfico hacia nuestra web.
- *Canal de atención al cliente.* Proporcionan la posibilidad de atender al público las 24 horas del día todos los días de la semana.
- *Mejora otras acciones de publicidad.* Por su alcance y su efecto multiplicador, son un inmejorable altavoz de lo que se quiere comunicar o informar.
- *Fidelizan***.** Nos dan la posibilidad de dar la visibilidad y el reconocimiento que merecen los donantes de sangre.

2. Creación de perfiles corporativos. Plan de medios.

Las redes sociales son herramientas dentro del plan de comunicación que contribuyen a nuestro posicionamiento y fortalecen nuestra imagen en el entorno digital. Nuestra presencia en ellas a través de perfiles corporativos se hace obligatoria, contribuye a la creación de una comunidad virtual, favorece la comunicación, el feedback y garantiza una reputación. Todo ello no es posible sin un plan social media que aborde los objetivos, el público al que nos dirigimos, el mensaje, la estrategia, los recursos y el tono, así como el evaluación de dicho plan.

2.1 Punto de partida

*Análisis de la situación***.** Un análisis DAFO nos dará una idea de la situación de cara a tomar decisiones estratégicas. El DAFO debe encuadrarse en el Plan de Marketing, de él extraeremos los factores que afecten a nuestra actividad. Cualquier decisión deberá ir encaminada a consolidar fortalezas, minimizar debilidades, aprovechar oportunidades y eliminar o reducir amenazas.

*Análisis de lo que se está efectuando en el ámbito de otras entidades que realizan promoción de la donación a niveles nacionales e internacionales***.** Antes de diseñar nuestro plan de medios sociales, un paso clave es analizar en qué punto se encuentran "instituciones que como la nuestra se dedican a la promoción de la donación de sangre". Valoremos tanto las acciones que están llevando a cabo como los resultados para contar con un referente. Nos ayudará a inspirarnos y tanto a detectar oportunidades como errores.

2.2 Objetivos

El fin de todo plan de promoción de la donación es conseguir las donaciones de sangre suficientes para atender las necesidades transfusionales del ámbito de competencias del Centro de Transfusión o Banco de Sangre, para ello hay que incorporar y **aumentar el número de donantes de sangre voluntarios por un lado y fidelizar a los que ya se han incorporado a la donación en alguna ocasión.** Algunos objetivos posibles para alcanzar en medios sociales, podrían ser:

Objetivos Cuantitativos

- Aumentar el número de donantes/donaciones.
- Aumentar el número de donantes/donaciones.
- Incrementar el tráfico de visitas en la web.
- Aumentar el número de seguidores en medios sociales.
- Aumentar el número de comentarios positivos y 'Me gusta'(emociones).
- Llegar a un mayor número de personas con poco coste. Aumentar el número de visitas a la web.

Objetivos Comunidad

- Mantener un canal de comunicación dinámico, actual y directo con el ciudadano.
- Generar vínculos emocionales con los donantes para fidelizarlos, convirtiéndolos en prescriptores.
- Generar conversación social.
- Segmentación del público objetivo (futuros donantes, donantes activos Asociaciones de donantes y voluntariado).

Debilidades Carencia de imagen de marca. Desconocimiento. Target limitado. Falta de recursos. Dificultad para generar contenidos. Falta de recursos humanos. Poca formación tics.	**Amenazas** Miedo. Exceso de mensajes que apelan a la solidaridad. Falta de tiempo. Indiferencia.
Fortalezas Red de colaboradores/ promotores. Popularización de las redes sociales. Apoyo instituciones/ organismos públicos.	**Oportunidades** Satisfacción personal. Genera aprobación social. Acto fácil que requiere poco tiempo. Posibilidad real de ser solidario.

2.3 Público objetivo (audiencia)

Nuestro público objetivo para alcanzar el propósito de aumentar el número de donaciones son personas que cumplan los requisitos mínimos para poder realizar donaciones de sangre. En España deben tener de 18 a 65 años, más de 50 kg y que gocen de buena salud. Ahora bien, la audiencia para conseguir nuestros objetivos en redes llegaría un poco más lejos:

- Instituciones públicas: ayuntamientos, diputaciones, consejerías, etc.
- Sector sanitario.
- Redes transfusionales cercanas.
- Empresas.
- Entidades deportivas.
- Asociaciones de vecinos.
- Medios de comunicación.

Objetivos Cualitativos

- Dar a conocer nuestra marca en medios sociales (Objetivo: Branding).
- Apoyarnos en la influencia de los seguidores para conseguir que nuestro contenido sea difundido por ellos.
- Interactuar: generar conversaciones que creen vínculos en nuestra comunidad.
- Hacer partícipes a los usuarios de nuestros principios y valores.

Objetivos Estratégicos

- Implicar al personal de Departamento y resto áreas en el plan de social media.
- Fortalecer alianzas a largo plazo con el tejido asociativo e institucional.

- Universidades.
- CEIPS, IES…
- Agrupaciones culturales.

2.4 Elección de medios sociales

Según el *Estudio anual del uso de redes sociales 2016* del IAB las principales motivaciones para comenzar a seguir una marca son motivos informativos, de vinculación y para obtener un beneficio. La principal motivación para continuar siendo seguidores de las marcas es que publiquen contenidos interesantes para el usuario, que actualicen sus contenidos, que realicen promociones o que publiquen actualizaciones de nuevos productos. Por lo tanto, **el dinamismo y la publicación de contenidos relevantes son los dos ejes fundamentales en el plan de medios.** La fidelización por ofertas, en cambio, aunque se mantiene, va disminuyendo año a año.

Existen muchas redes sociales; cada año aparece una nueva, sólo el tiempo dirá cuáles tienen o no éxito. Existen varios tipos de redes sociales dependiendo de los vínculos que se han establecido entre sus usuarios.

1. *Redes sociales genéricas.* Son las más numerosas y conocidas. Las más extendidas en España son Facebook, Instagram, Google+ y Twitter.
2. *Redes sociales profesionales.* Sus miembros están relacionados laboralmente. Pueden servir para conectar compañeros o para la búsqueda de trabajo. Las más conocidas son LinkedIn, Xing y Viadeo.
3. *Redes sociales verticales o temáticas.* Están basadas en un tema concreto. Pueden relacionar personas con el mismo hobbie, la misma actividad o el mismo rol. Las más famosas son Flickr, Pinterest y YouTube.

La decisión de estar en un medio social u otro dependerá primero de cuáles son las que usa nuestro público objetivo pero además se deben elegir medios que no supongan una carga económica y se cuente con recursos suficientes para poder actualizar contenidos. "Estar" es importante, pero el "cómo" también lo es. No hay que caer en la tentación de acaparar todas las redes sociales existentes.

2.5 Estrategias

J. Ignacio Criado y Fernando Rojas citando a Bretschneider (2013) diferencian tres tipos de estrategias de uso de redes en organismos públicos:

- **Estrategia push.** Visión comunicativa y unidireccional de la utilización de las redes, en forma de extensión de los portales web, como una herramienta tipo publicitario o de comunicado de prensa, que nos aleja de la innovación.
- **Estrategia pull.** Estrategia en la que se busca involucrar a la audiencia con alguna interacción, relacionarse y conversar con la ciudadanía. En esta fase nos encontramos en la actualidad.
- **Estrategia networking.** En este tipo de estrategias (hacia las que deberíamos encaminarnos), la interactividad es el objetivo prioritario. No solo se busca la conversación, sino también promover la generación de redes provenientes de la creación de contenidos y ser vehículo de socialización (compartir, reutilizar).

Aún hay reticencia y/o poca confianza a la incorporación de las RSD en el sector público en general, se mantienen como una función anecdótica dentro de los departamentos de promoción/comunicación, cuando tendríamos que situarlas como una gran oportunidad para la red transfusional de generar innovaciones en el funcionamiento de nuestra organización y su relación con la ciudadanía.

En este sentido la interacción, **el dinamismo y la publicación de contenidos relevantes deben ser los ejes fundamentales en el plan de medios.** La idea es ir aportando contenidos de valor a los usuarios, como por ejemplo: curiosidades de la sangre, qué pasa con la sangre una vez donada, procedimientos de donación, consejos, dónde donar, campañas, etc. Utilizaremos como recursos videos e imágenes de interés, infografías, publicaciones y los contenidos de nuestra web que compartiremos con el objetivo de generar tráfico y, a su vez, ayudarnos en el posicionamiento.

Plan de acción

Nuestro plan de acción incluiría:

- **Acciones permanentes:** publicación diaria de puntos de donación, información sobre el proceso de la donación desde la planificación a la trasfusión, curiosidades de la sangre, noticias sobre donación de sangre y tejidos, noticias sobre trasplantes, consejos de salud.
- **Acciones puntuales**: publicación de campañas extraordinarias (eventos), homenajes en municipios, programas educativos, visibilidad a los días mundiales.

Las acciones que desarrollemos y el contenido que publiquemos deberán adaptarse a las peculiaridades de cada medio y, sobre todo, a sus funcionalidades.

Para mantener una actividad fluida y dinamizar los canales de comunicación digitales realizaremos tareas como:

- mantener los perfiles corporativos de las diferentes redes y actualizarlos.
- comunicar nuestra presencia en medios sociales en todos los medios convencionales que usemos hasta el momento.
- comunicar cualquier acontecimiento, noticia o actividad de interés para nuestra comunidad.

- atender las necesidades, solicitudes y sugerencias de nuestra comunidad.
- gestionar con rapidez cualquier solicitud o comentario favoreciendo una actitud de escucha y facilitando respuestas clarificadoras y conciliadoras.
- favorecer la participación con preguntas al finalizar el texto de la publicación.
- planificar, redactar y publicar las actualizaciones en las redes sociales, adaptando el mensaje a las características y necesidades de cada servicio.
- analizar y evaluar la actividad generada en dichas redes sociales a través de servicios de estadísticas y monitorización de datos.

Actividades clave en nuestro quehacer diario serán: Escuchar, Monitorizar y Valorar.

Generando contenidos de calidad encontraremos influenciadores y prescriptores que harán llegar nuestro mensaje a más gente y nos ayudarán en la consecución de los objetivos. Escuchar a nuestra comunidad, leer sus comentarios, conocer el contenido que les gusta y que comparten, estar atento a las conversaciones que se generan en las redes sociales relacionadas con nuestro sector y analizar el feedback, es esencial para saber si estamos dando los pasos correctos en social media. Utilizar una herramienta de gestión como Hootsuite, Tweetdeck, SocialBro, Bitly… o cualquier otra, será de gran ayuda no solo por el ahorro de tiempo sino por la gran cantidad de información que nos proporcionan.

- Plan editorial

Mecánica de publicación:

Para que nuestro contenido en los medios sociales llegue al máximo número de personas posibles deberemos tener en cuenta varios factores, como el día y la hora para publicar, siempre dependiendo de qué plataforma estemos usando, y del horario de máxima audiencia. Determinar también el número de publicaciones.

Tono:

En nuestras publicaciones queremos hablar de tú a tú con un tono cercano y emocional. Un lenguaje claro, sencillo en relación con nuestros contenidos. Nos iremos adaptando según el medio social en el que publiquemos, pero estas serán nuestras premisas.

- Guías de estilo

El uso de la web2.0 por parte de profesionales del ámbito de instituciones sanitarias requieren ciertas normas y recomendaciones para el uso adecuado y seguro de estas herramientas que deben estar reguladas y publicadas por parte de la institución, por lo que resulta muy conveniente disponer de "guías de uso y estilo" ya sean de la propia institución o del organismo al que pertenezca, que orienten de forma clara cuestiones de diseño, buenas prácticas, indicadores… de las que tenemos muchos y buenos ejemplos de forma institucional como las guías de redes sociales de la Junta de Castilla y León, Generalitat de Cataluña, el Gobierno Vasco y la Generalitat Valenciana, o específicas para sanitarios como el "Manual de estilo para médicos y estudiantes de medicina" de la Organización Médica Colegial de España.

Nunca hay que perder de vista que la información sanitaria, está sujeta a protección especial en las distintas legislaciones debido a sus implicaciones importantes en la intimidad/privacidad de las personas.

Como generalidades podemos indicar:

- En todo momento cuidaremos mucho la gramática, la redacción y la ortografía.
- A las preguntas o comentarios responderemos con la mayor brevedad posible (entre 24 y 48h).
- Si surgen comentarios de clientes descontentos o usuarios que hacen algún comentario malicioso, es importante mantener un tono cordial y formal, centrándonos en ofrecer nuestra ayuda y neutralizando esos comentarios negativos mediante el diálogo.

Diseño. Utilizar los colores y diseños corporativos siguiendo las directrices marcadas por la institución y/o gobierno del que dependa el Centro. Unificar fondos y avatares adaptándolos a cada canal.

Idiomas. En las publicaciones se utilizarán las lenguas oficiales que estén reguladas en el ámbito administrativo de la región en que se encuentre el centro de transfusión o banco de sangre.

2.6 Evaluación

Podemos valorar la eficacia en redes con base en:

Monitorización interna

Visibilidad (Followers, fans, clicks, retweets, suscripciones, tráfico en web).

Interacción/fidelidad (menciones, favoritos, compartido, comentarios, me gusta).

Monitorización externa

Influencia (reputación on-line)

La web 2.0 pone a disposición un gran número de herramientas para analizar el impacto de nuestra labor, muchas gratuitas, como lo son las nativas de los propios medios sociales. Son tan numerosas que es imprescindible seleccionar las más adecuadas.

También existen herramientas de apoyo a la gestión y publicación en redes sociales como por ejemplo Hootsuite, SproutSocial, Buffer, Klout, bit.ly, Audiense (anterior SocialBro), el uso de estas herramientas de gestión como Hootsuite, Tweetdeck, SocialBro, Bitly, o cualquier otra, será de gran ayuda no solo por el ahorro de tiempo sino por la gran cantidad de información que nos proporcionan.

Las métricas más usuales utilizadas en medios sociales son:

- Likes
- Seguidores
- "Me gusta"
- Comentarios (diferenciar entre negativos y positivos)
- RT
- Repuestas a tweets
- Favoritos
- Menciones
- Compartido
- Visitas
- Reproducciones
- Suscripciones

3. Resumen de dos experiencias de promoción de la donación de sangre creadas, diseñadas y ejecutadas sobre la base de redes sociales.

A modo de recapitulación de este apartado del manual, y como ejemplo práctico del uso de redes sociales en promoción de la donación de sangre, a continuación describimos la experiencia de dos campañas diseñadas y realizadas desde centros de transfusión de características distintas en cuanto al tipo centro y de población atendida y magnitudes de las mismas, pero donde el uso de las redes sociales en el diseño y desarrollo de las estrategias han sido eje y motor en ambos casos, con conclusiones parecidas en cuanto a la constatación de la eficiencia-eficacia del modelo y en la consecución de los objetivos.

Se realizaron en los años 2012 y 2015, ambos centros llevaban teniendo presencia en las redes desde 2009/2010. De estas experiencias, tenemos información en diversas publicaciones de diferentes foros de tipo empresarial y sanitario en cuanto a su estrategia, metodología y resultados, y en ambas hay que destacar en primer lugar una reflexión y replanteamiento de la estrategia de comunicación de las entidades así como la combinación del concepto offline/online en el sentido que Stephan Fuetter nos indica en su libro *"Mi comunidad me quiere no me quiere: "Hay que ser híbrido offline/online. Si lo haces bien en el mundo físico, lo único que tienes que hacer es llevarlo al mundo virtual",* y el papel cooprotagonista de la ciudadanía y las instituciones y organizaciones en el éxito de este tipo de intervenciones. También entendemos que son campañas correctamente estructuradas donde se han definido de forma clara los objetivos, públicos, estrategia, diferentes canales utilizados, y lo más importante la medición de las acciones y los resultados conseguidos.

3.1 *Primera maratón 2.0 del Banc de Sang i Teixits año 2012*

El Banc de Sang I Teixits, en adelante BST, llevaba realizando maratones de donación en toda la comunidad desde el año 2002 con buenos resultados, siendo estos en Barcelona capital significativamente más bajos por las dificultades de comunicación debidas a la dimensión de la ciudad que necesitaría un esfuerzo comunicativo más importante y más costoso para aumentarlos a los niveles del resto.

Con el objetivo de impulsar la maratón en Barcelona ciudad, se diseñó una campaña especial, donde el equipo de comunicación del BST trató de dinamizar la comunicación a través de las redes sociales, creando la idea de la Primera maratón de Donación de Sangre 2.0, con el eslogan creado para la campaña "Comparte tu sangre", se crea un eje de campaña innovador donde se aúnan los conceptos de compartir salud o vida y el concepto de compartir en redes sociales, esencia de las mismas.

En este sentido es la masa social que participa en las distintas redes del BST, los que se sitúan en el centro y eje de la campaña como prescriptores del evento maratón donación 2.0.

Posteriormente este formato se aplicó a las distintas macro campañas (maratones) que se realizaron en la comunidad autónoma y que con los años se han seguido repitiendo con excelentes resultados.

La campaña se ejecutó en el mes de diciembre de 2012 y según la organización, que publica el desarrollo y resultados, se consiguieron ampliamente los objetivos marcados, que resumen de esta manera:

- Con respecto a campañas anteriores se duplican los resultados
- Se logró viralizar el mensaje de la necesidad donación a través de las redes sociales
- Se consiguió implicar a instituciones y otras entidades en la campaña, convirtiendo estas alianzas en sumar a las mismas como promotoras en sus diferentes plataformas digitales.
- Convirtió al ciudadano en protagonista y promotor de la donación de sangre a través de las redes sociales coordinado con el banco de sangre.
- Se consiguió convertirse en noticia de los medios tradicionales de ámbito nacional (prensa, radio y, sobre todo, televisión, difundieron la información y se convirtieron también en promotores)
- Permitió utilizar y testar las nuevas herramientas en la promoción de la donación de sangre
- Favoreció la vinculación de la donación de sangre con el concepto del 2.0.
- Facilitó poder llegar a un potencial donante joven.

Estrategia

La estrategia se basa en la concepción de un maratón de donación 2.0 donde los seguidores de las redes

sociales del BST también pueden convertirse en activos promotores de la donación.

Dentro de su plan de comunicación corporativa, basada en un modelo que denominaron de las **cuatro C,** consistente en:

1. Aumentar la masa de donantes (Contactos) con el objetivo de multiplicar la difusión de los mensajes emitidos en las redes;
2. Generación de contenidos para su difusión por parte de su masa social (Contenidos), basados en el eje argumental de la campaña "Comparte tu sangre "
3. Potenciar el proceso de interacción constante con los donantes (Conversaciones)
4. Solicitar su donación (**C**olaboración) cumpliendo con el objetivo final que es incrementar y mantener el número de donantes/donaciones.

Objetivos

- De comunicación, promoción y sensibilización:
  1. Llegar a nuevos donantes jóvenes.
  2. Extender la concienciación social sobre la necesidad de donar sangre.
  3. Conseguir el compromiso de la ciudadanía hacia la donación.
  4. Favorecer la participación de cualquier persona en la maratón, aunque no pueda donar sangre.
- De estrategia corporativa:
  1. Conseguir la implicación de las principales instituciones en la difusión de la necesidad de donar sangre: Ayuntamiento de Barcelona, Diputación, etc.
  2. Generar alianzas estratégicas implicando nuevas empresas e instituciones en la promoción de la necesidad de donar sangre.

Plan acción y bases operativas estratégicas

La campaña se sustentó en cuatro pilares estratégicos-operativos que fueron:

1. Innovación**:** Donación de sangre y concepto 2.0 abierto a donantes y no donantes, se crea la necesidad de donar sangre entre amigos y seguidores con la estrategia de *member get member*, es decir: un donante capta otro donante. No se crearon perfiles sociales específicos para difundir la maratón sino que se usaron las cuentas del Banc de Sang en Facebbok canal Youtube y Twitter. De esta forma, ya se contaba con un buen número de seguidores desde el primer momento.
2. Concepto Embajador 2.0 donde los propios donantes en instituciones se encargaron de difundir voluntariamente la necesidad de donar sangre en la maratón
3. Concepto de Co-comunicación o comunicación colaborativa, para conseguir dar protagonismo a la sociedad en la difusión del mensaje se potenció por un lado la generación de un tono desenfadado, que invitara a participar y la selección de un actor, en este caso también donante Berto Romero como prescriptor referente; su alta influencia ayudó a multiplicar la difusión viralizando el mensaje.
4. Contenidos: se crearon unos contenidos primarios para estimular la difusión de la campaña y dar elementos de difusión a los agentes protagonistas; se elaboró un kilt de comunicación para los embajadores 2.0, se adaptaron los mensajes a cada canal (vídeos, imágenes, etc.) y se potenció el uso de los contenidos generados espontáneamente por los propios donantes/ciudadanos.

El plan de comunicación (on y off line) y temporización del mismo

El eje del plan basado en la estrategia de comunicación colaborativa (co-comunicación) sobre la necesidad de donar sangre, con la estrategia promocional de dirigir a los donantes a la web, desde la que podían directamente reservar litera para donar o promocionar la donación difundiendo un link. La comunicación del evento se inició el 18 de diciembre de 2012, unos días antes del inicio de la misma.

Las amenazas en cuanto a comunicación que se detectaron en un principio fueron:

- Fiestas navideñas, un momento de alta competencia en causas sociales, existe un gran número de impactos comunicativos y las rutinas cambian.
- Las vacaciones podían también suponer una interrupción en el acceso al mail.
- Una parte de la población es ajena a los entornos digitales, e incluso pueden generarles un cierto rechazo.

Por tanto, teniendo en cuenta dichas amenazas se establecieron mecanismos para mitigarlas. Fué clave la programación de actos con potencial comunicativo a lo largo de los días, para mantener la intensidad de mensajes sobre todo resultó determinante la acción del Embajador 2.0.

En este sentido se seleccionaron 25 seguidores de Twitter de distintas edades, sexo, formación, etc. y se les propuso el reto de ser Embajadores 2.0; se les facilitó comunicativo con imágenes, material audiovisual y argumentario para dar contenido a los mensajes que ellos difundieran.

Se les propuso dinamizar la campaña entre la ciudadanía asumiendo el reto y la singularidad del *cargo* que se les otorgaba. Por ello se determinó un número reducido de embajadores pero al mismo tiempo lo suficientemente amplio para asegurar que el mensaje se difundía y llegaba en las redes.

Para reforzar la importancia de su participación en el lanzamiento de la maratón se realizó en el centro de Barcelona un acto público protagonizado por ellos, a los que se priorizó por delante de los portavoces institucionales. Para este acto se creó el *hastag* o etiqueta #Maratodonants para agrupar todas las conversaciones entorno al evento. Coincidiendo con el lanzamiento se consiguió situar esta etiqueta como *trending topic* del día en Barcelona.

Los contenidos facilitados a los embajadores fueron imágenes que trataban de explicar de forma fácil el funcionamiento de la maratón y permitían modificar los perfiles de Facebook y Twitter, adaptando la cabecera de la biografía con el mensaje de la maratón como "Comparte tu sangre" y "ven a la maratón con tus amigos", "envía un mail", "publícalo en Facebook" ," "ven a la maratón con tus compañeros de trabajo"," envía un tuit", "díselo a tus vecinos".

En cuanto al material audiovisual consistía en una serie de cápsulas cortas en las que el donante y actor Berto Romero esgrimía razones absurdas para no participar en la maratón 2.0, tanto las imágenes como los vídeos se difundieron paulatinamente a lo largo de toda la campaña de comunicación, con el objetivo de mantener la latencia durante todo el período.

En la etapa final de la comunicación, y a falta de 5 días para iniciar la maratón, se intensificaron los mensajes en los medios de comunicación de masas, con presencia en los principales periódicos de la ciudad (La Vanguardia, El Periódico, Diari Ara) y televisión (TV3, 8TV).

Desarrollo y resultados de la campaña

En cuanto a la operativa se cambió el modelo de campañas centradas en un solo día a la de un fin de semana en varios puntos de donación simultáneos (tres puntos fijos y uno móvil), los donantes tenían la posibilidad de reservar previamente online día y hora para donar sangre en cualquiera de ellos para lo que sólo hacía falta acceder a la página web del Banc de Sang, introducir el nombre y apellidos, una dirección de correo electrónico y escoger la hora y el punto de donación. De este modo se facilitó al máximo la donación evitando esperas y controlando los flujos de donantes durante la campaña y la disponibilidad de los recursos de dotación.

La campaña acabó con 4.009 donaciones, 2.000 más que en la anterior edición teniendo en cuanta que el eco mediático perduró en el tiempo, durante la siguiente semana se consiguieron un 39,78% más de donaciones que la misma semana del año anterior.

También como resultados no previstos, el efecto eco influyó también en los centros de donación del BST de fuera de Barcelona con un incremento de un 20% en las donaciones durante los días siguientes a la maratón.

Un 21% de las donaciones registradas fueron de donantes de primera vez, dos puntos porcentuales sobre la media del BST.

En las redes sociales, los seguidores del BST en Twitter aumentaron un 36% los de Facebook en un 17%. Se generaron más de 18.000 tuits con la etiqueta *#MaratóDonants* y 476 donantes reservaron camilla a través de la web.

La participación de los embajadores fue determinante en la difusión y consecuentemente en los resultados y este grupo siguió colaborando con el BST generando contenidos y promocionando la donación de sangre.

En cuanto a nivel de medios de comunicación tradicional se contabilizaron 26 páginas en periódicos nacionales, 14 noticias televisivas y 16 entrevistas radiofónicas.

3.2 Campaña de donación de sangre #donaycuentalo centro transfusión de córdoba (españa) 2015

Justificación de la acción

Internet y la web 2.0, en especial, las redes sociales (RRSS) se han incorporado en el ámbito de la promoción de la donación de sangre, con mayor o menor acierto, intentando superar las carencias de formación, experiencia y credibilidad en la organización.

El centro de transfusión mantiene activa la presencia en redes sociales desde el año 2009, tras varios años de rodaje y aprendizaje, llega el momento de replantear estrategias, y potenciar de forma diferente el uso de las nuevas tecnologías, sin dejar de lado los medios tradicionales usados en promoción.

El envejecimiento de la población donante y la necesidad de captar nuevos donantes jóvenes (en los últimos 20 años el 60% de los donantes se ha desplazado en nuestro caso a la franja de 45 a 60 años), nos lanza a la "aventura" de campañas de donación 2.0 sobre la base estratégica basada en el uso de las RRSS y nuevas tecnologías y diseñadas con la coparticipación de la ciudadanía en general, instituciones donantes y voluntarios digitales.

Las campañas se realizaron en febrero y marzo de 2015 en la ciudad de Córdoba.

Plan de comunicación

La estrategia de comunicación se centra en dar visibilidad a donantes y colaboradores, publicando contenidos relacionados con la donación en las RRSS.

Con la línea argumental *#DonaYCuentalo* y *#UCODonaSangre* activamos la "conversación", de modo que

los propios ciudadanos y no solo las instituciones sean "prescriptores" de la donación. El apartado "no digital" se centrará en acciones de relaciones públicas, buscando que los "influencers" de la comunidad (en el caso de la universidad, los consejos de estudiantes) "viralicen" las acciones en internet, hacer y/o subir "selfies" con los marcos y mascota diseñados, atender el momento post-donación y entregar la "taza solidaria". Se organiza además el concurso de tuits #HemoTuit.

Objetivos

1. Aumentar el número de donantes nuevos (30%) y jóvenes (menores de 30 años).
2. Consolidar nuevas estrategias de comunicación en base a iniciativas de los donantes, como promotores de la donación.
3. Añadir incentivos y mejoras encaminados a mejorar la percepción de la experiencia.
4. Incorporar nuevos colaboradores-prescriptores y voluntarios "digitales" a la promoción.
5. Amplificar la difusión en internet y RRSS.
6. Fidelizar donantes nuevos con diferentes acciones de comunicación.

Resultados

La maratón 2.0 *#DonaYCuentalo* y la campaña universitaria *#UcoDonaSangre* superan los objetivos previstos en cuanto a donantes atendidos (25% aumento) y en especial donantes nuevos (24% y 48% respectivamente frente al 9% de la media anual).

Durante el período que dura cada campaña aumenta aproximadamente el tráfico en la web un 120%, el alcance en Twitter un 300% (44.000 y 331.181 impresiones respectivamente, sin incluir 98.193 con #Hemotuit), y en Facebook la maratón DonayCuentalo obtuvo un 50% de aumento (9.021 impresiones) y #UCODonaSangre un 300% (70.954 impresiones). También viendo el auge que esos momentos tenía Instagran sobre todo en los estudiantes (marzo 2015) se decide usarlo en la campaña e incorporarlo a las redes sociales activas del Centro, descartando Tuenti que permanecía inactivo .

4. Para finalizar, una mirada al porvenir: las 11 fuerzas que definirán la tecnología en el futuro.

Lo que hoy se hace entorno a las redes sociales y nuevas tecnologías, sin duda cambiará en muy poco tiempo, lo importante es saberlo y comprender que "estar al día", significa estar continuamente escuchando y aplicando los cambios en nuestro trabajo.

El neuromarketing, los sensores, el Big Data y el internet están cambiando de forma vertiginosa el mundo y la forma de hacer las cosas, el crecimiento del uso de los dispositivos móviles y redes sociales será de modo exponencial, podremos medir no ya solo las opiniones de las personas, también sus acciones.

Kevin Kelly, en su libro "*The Inevitable" imagina* cómo evolucionará la tecnológica a lo largo de los próximos treinta años, y nos indica cuáles serán a su entender las once fuerzas que marcarán esa evolución.

1. La adaptación constante al cambio: "Las invenciones más fascinantes aún no han sido inventadas".
2. Los objetos se vuelven inteligentes: "Las ventajas derivadas de añadir inteligencia a los objetos inertes serán cientos de veces más disruptivas para nuestras vidas que las transformaciones como resultado de la industrialización".
3. La información fluye en todas direcciones: A través de RRSS, medios sociales, wikis, motores de recomendación, etcétera; la información fluye en múltiples direcciones, y se enriquece en el camino. Todo se vuelve más instantáneo, personalizado y accesible que nunca.
4. Más y más pantallas nos rodean: "La cultura de la pantalla es un constante flujo de datos, fragmentos de sonidos, cortes rápidos e ideas a medio cocer. Es una corriente de tuits, titulares, instagrams, frases sueltas y primeras impresiones".
5. Poseer bienes ya no es tan importante: "¿Para qué comprar bienes, si puedes acceder a ellos cuando quieras, y pagar sólo por su uso?, tendencias como el cloud, carsharing o el alquiler de apartamentos entre particulares, filosofía que tiende a vender servicios y no productos.
6. Cada vez compartimos más: "Gracias a la colaboración, el resultado final es mejor, más completo y accesible para toda la sociedad. El crowdequity (inversión colectiva) y de distintas modalidades de innovación abierta (crowdsourcing, hackatones, concursos de ideas, etcétera), son conceptos que vienen para quedarse".
7. A más información, más filtros: "La personalización será cada vez más inteligente, gracias a algoritmos cada vez más sofisticados".
8. Evolución basada en innovaciones pasadas: "Las creaciones que más se copiarán, versionarán y alterarán serán precisamente las de mayor calidad".
9. Personas y objetos interactuaran más: "Los objetos más tontos que puedas imaginar mejorarán enormemente añadiéndoles sensores y haciéndolos interactivos".
10. Todo lo que ocurre queda registrado: "La cantidad de información disponible en el mundo aumenta un 66% al año. Toda esa información se puede registrar, medir y analizar."

11. No se puede dar nada por sentado: Kelly finalmente nos anima a no dar nada por sentado, y preguntarnos continuamente "¿y por qué no?". Cree que en los próximos años emergerán herramientas capaces no sólo de dar respuestas acertadas –buscadores–, sino de hacer las preguntas pertinentes.

Para finalizar, un consejo de José María Sainz de Vicuña: **"Una comunidad sin alguien que la atienda y la entienda no será de utilidad ni para los usuarios ni para la empresa, asegúrate de que se transmiten y reflejan los correctos valores de la marca".**

Lecturas recomendadas

- Moreno M "La importancia de las redes sociales en las Pymes"
- https://es.wikipedia.org/wiki/Medios_sociales
- Estudio anual del uso de redes sociales 2016 del IAB país
- Godoy J (2009). Claves del nuevo marketing. Gestión 2000. país
- Autores. redes sociales para PYMES. Introducción al Community Management. Aula Mentor, país y año
- Bustos G (24-09-2013)10 razones para que la administración pública esté en las redes sociales. Recuperado de https://trabajandomasporunpocomenos.wordpress.com/2013/09/24/10-razones-para-que-la-administracion-publica-este-en-las-redes-sociales/
- Anetcom: Estrategias de marketing digital para las pymes, país y año
- Autores. Manuales Corporativos. Medios Sociales GVA. Manual de estilo gráfico.
- http://www.presidencia.gva.es/documents/80279719/162280927/Redes+sociales/ca75c554-9170-431e-ad4f-5a9e9cfcfd79
- Miltonfactory (2011) 8 claves para que las ONGs aprovechen al máximo las redes sociales. Recuperado de: http://www.miltonfactory.com/blog/index.php/social-media-and-community-management/las-8-claves-para-que-las-ongs-aprovechen-al-maximo-las-redes-sociales/
- http://www.fotonostra.com/digital/redesociales.htm fecha de consulta
- http://mglobalmarketing.es/blog/que-es-el-marketing-social/ fecha de consulta
- Wingu "Comunicación On-line y redes sociales en tu ONG" año, país
- Olmo L (28-04-2016) Alternativas a klout para medir la influencia en redes sociales. Recuperado de http://www.ticbeat.com/socialmedia/alternativas-a-klout-para-medir-la-influencia-en-redes-sociales/
- http://www.ecuaderno.com/2010/03/26/las-50-empresas-que-mejor-lo-estan-haciendo-en-facebook/ fecha de consulta
- Blog Cristina Aced "Un caso de éxito maratón de donación 2.0 http://cristinaaced.com/blog/2014/05/08/un-caso-de-exito-primera-maraton-de-donantes-de-sangre-2-0-2a-parte/ fecha de consulta
- Social Busines Stephan Fuetter Best Relations S.L 2013 país
- Mi comunidad ¿Me quiere no me quiere? Stephan Fuetter y otros Best Relations S.L 2010 (v actualizada 2011) país
- Gastó M y otros Banc de Sang y Teixits de Catalunya "Primera maratón de donantes 2.0" Congreso SETS 2013
- Muñoz P y otros "Como montar una campaña 2.0 con recursos 1.0…" 26 Congreso SETS 2016
- Nelly K. The Inevitable (Viking) país 2016
- Sainz de Vicuña JM El de Marketing digital en la práctica. ESIC Editorial 2017 país

Sección VI
Tipos de campañas. Segmentación de la donación en campañas

Capítulo 38

Difundiendo el mensaje para la promoción de la donación voluntaria de sangre

Ana Lucía Cabezas Belalcázar. Comunicadora Social. Training Coach – PNL. Especialista en promoción de la donación voluntaria de sangre y Humanización de los Servicios de Salud. Directora de Sea Asesores Empresariales Internacional. Colombia. www.seaasesores.com

Como profesional en comunicación social y periodismo, a mi llegada al banco de sangre, una de las primeras actividades y estrategias con las que inicié mi trabajo fue verificar la forma cómo se trasmitía el mensaje para la invitación a DONAR SANGRE. El mensaje se basaba en los aspectos técnicos, procesos científicos relacionados con la acción de la donación de sangre.

La forma como se realizaba la promoción, divulgación y educación a los potenciales donantes por parte de los promotores estaba enfocada en los requisitos e implementos para donar. Los medios comúnmente utilizados para ello eran los plegables, panfletos, afiches y trípticos. Específicamente, las palabras con las que se construían los mensajes eran poco entendibles, conocidas y en lugar de sensibilizar, motivar, captar la atención y acercar a las personas, generaban temor y miedo hacia la donación. Quizás estas palabras poco comprensibles y nada motivantes para el común de las personas – donantes potenciales – fue lo que reforzó o generó nuevas ideas, mitos y creencias en el acto de dar vida a través de la donación de sangre.

Hoy comunico y refuerzo permanentemente la importancia de la adecuada trasmisión y divulgación del mensaje para la educación de las personas y el afianzamiento de los beneficios de la donación habitual de sangre, pues soy consciente de la necesidad de aclarar estos conceptos con los responsables de esta labor en los bancos de sangre. Es así, que al recorrer ciudades de mi país y varios países latinoamericanos he ratificado la relevancia de difundir el mensaje adecuado para la promoción de la donación voluntaria de sangre.

Así, a través de los años he logrado ampliar mi conocimiento afianzándolo con las nuevas tecnologías y formas en las que la comunicación social ha incidido en la formulación de estrategias y tácticas de difusión de mensajes que promuevan de manera coherente la donación voluntaria de sangre.

Es importante tener en cuenta que la forma en la que nos comunicamos hoy en día, no es la misma de hace algunos años. Los medios de comunicación social han cambiado, y en esta era de comunicación digital y mediática, las organizaciones han tenido que innovar sus estrategias de publicidad, de comunicación y de acercamiento con los usuarios. No sólo buscando que ellos se sientan atraídos, sino para fidelizarlos con los productos y servicios que les son ofrecidos.

Durante el Siglo XX tuvo lugar el principal auge de los medios de comunicación y la publicidad, a través de canales como radio, prensa, televisión y vallas publicitarias. Por medio de estos canales era posible llegar a los públicos objetivos y difundir mensajes de forma directa. Algunas veces la forma de acceder a estos medios podía ser gratuita y otras veces pagado o por patrocinio. Actualmente estos canales continúan siendo utilizados, pero con la expansión del internet y la difusión masiva de la comunicación corporativa, se han generado cambios en las estrategias de comunicación de todas las organizaciones.

El internet más que un canal de comunicación, es un mundo casi imposible de abarcar completamente. Es una red de comunicación que permite el intercambio de información, distribución de datos e interacción personal con todo tipo de personas. Con el internet han surgido nuevos medios de comunicación y formas de transmitir la información, por ejemplo: emails (difusión por correo electrónico), videollamadas, páginas web, blogs y redes sociales. Respecto de éstas últimas es posible afirmar que han permitido que el público participe con mayor inmediatez de los asuntos que le interesan. Además, a través de éstas opinan, comparten información, coordinan acciones y se mantienen en contacto.

Por ello hoy en día todo tipo de organizaciones y empresas han acudido a las redes sociales como un medio de difusión, distribución y contacto con el público a un bajo costo. También, porque a través de ellas se pueden realizar mecanismos de medición acerca de la percepción, opinión y necesidades de los usuarios. En este canal de comunicación también es importante transmitir el mensaje de forma adecuada, con el fin de despertar confianza en el público objetivo, ganar seguidores, en nuestro caso donantes potenciales, e influenciar directamente sobre los resultados para alcanzar los objetivos.

En la promoción de la donación voluntaria de sangre ha pasado lo mismo. Los bancos de sangre han tenido que innovar sus estrategias y tácticas de comunicación y educación para acercarse a los potenciales donantes, ya que aunque los mitos y creencias hacía de la donación de sangre siguen siendo los mismos y quizás hoy ya existan otros sumados a las experiencias en el servicio y atención a los donantes de sangre, aún falta mucho para lograr abastecer la sangre que se necesita. Por eso los bancos de sangre deben enfocarse no solo en el resultado de las colectas sino en aprender a comunicar y educar adecuadamente al donante, quien tiene acceso a la información, con el propósito de fidelizarlo hasta convertirlo en un donante habitual de sangre.

Entendiendo el sentido y el significado de difundir el mensaje

Es necesario entender el sentido y el significado de lo que implica DIFUNDIR EL MENSAJE; empecemos por definir qué es comunicar. Según el Diccionario de la Real Academia Española, comunicar es: *"Hacer a una persona partícipe de lo que se tiene. (…) Descubrir, manifestar o hacer saber a alguien algo"*. Partiendo de lo anterior y teniendo en cuenta mi experiencia en la promoción de la donación voluntaria de sangre, comunicar va mucho más allá del conocimiento, comunicar implica cautivar, educar y fidelizar a través de mensajes claves que se transmiten por medio de la publicidad y de la atención-comunicación cara a cara.

- Cautivar: para ejercer una fuerte influencia en el ánimo, por medio del atractivo visual, auditivo y de sentimientos.
- Educar: al proporcionar conocimientos o habilidades a una persona para darle una determinada formación.
- Fidelizar: como resultado de las dos anteriores pero que normalmente se logra por medio de la relación y el buen trato que se le brinda a la persona.

Lo más importante en un banco de sangre es manejar la comunicación con los públicos con los que interactúan, estos pueden ser internos y externos. Esto se logra a través de un plan de comunicación estratégica interna y externa con el fin de manejar unos mensajes uniformes, claros, coherentes y que lleven a cumplir el objetivo de entender la importancia de salvar vidas a través de una donación de sangre.

La comunicación interna hace referencia y se encuentra dirigida a los clientes internos, es decir, a los trabajadores de los bancos de sangre. Da a conocer los mensajes corporativos, lo que ocurre en la empresa, motiva a los empleados con las actividades que se realizan por fuera de las acciones laborales con el fin de que se sientan bien y de esta forma puedan difundir mejor el mensaje al brindar una buena actitud cuando están interactuando con el donante.

Dentro del plan de comunicación interna es importante diseñar un programa de mejoramiento continuo que capacite a los trabajadores de los bancos de sangre en temáticas que les permitan conocer y ampliar los

temas propios de la donación de sangre, avances científicos, selección de donantes, pero también en temas que les permitan mejorar sus competencias blandas o habilidades relacionales como comunicación asertiva, trabajo en equipo, expresión oral, imagen y buenos modales, liderazgo y un sin fin de conocimientos que con los cuales transmitan una coherencia entre lo que dicen y hacen.

Los canales de comunicación interna más usados son el correo electrónico, las carteleras institucionales y las revistas o boletines corporativos pero también, los trabajadores y empleados son canales de información que a través de su imagen, su forma de expresarse y comunicarse ayudan a mejorar y fortalecer el clima laboral.

Cuando los miembros del banco de sangre aumentan su sentimiento de pertenencia y de identificación con la organización, son capaces de transmitir una imagen positiva hacia el exterior que repercute directamente en las estrategias de relacionamiento con el donante y en la imagen que observa el público en general. Tanto la comunicación interna como la externa se deben gestionar de manera coordinada.

La comunicación externa es el conjunto de acciones realizadas para impactar a públicos externos de una organización, a través de ella acercamos al público en general a la imagen que queremos proyectar, lo cual permite posicionar competitiva y positivamente a las organizaciones. Damos a conocer el producto o servicio que tenemos con sus beneficios, en nuestro caso por ejemplo, las ventajas de donar sangre y el impacto social e individual que logre la persona al realizar este acto.

Esta comunicación se puede realizar de forma directa a través de canales informáticos establecidos, como por ejemplo la página web, las redes sociales, comunicados de prensa, eventos corporativos, afiches y vallas de publicidad, las mismas colectas y campañas de promoción, y también a través de la información que aporten los medios de comunicación como radio, prensa, televisión y medios digitales que informan las actividades y acciones que nos encontremos desarrollando.

En la comunicación externa también se refleja el resultado de las capacitaciones y talleres desarrollados en el plan de comunicación interna que mencionamos anteriormente. Todos los miembros del banco de sangre reflejan una imagen que el público ve y siente. Por esto resulta de gran importancia, aprender a desarrollar el arte de relacionarse bien con el donante. Esto puede verse reflejado en acciones como: estar atento al saludo, sonreír, llamar al usuario por su nombre, utilizar palabras claves de cortesía, fijarse en su expresión corporal y facial, brindar la mano para ayudar, en fin, todas son actitudes convertidas en acciones mágicas que dejan huella en el otro y que impactan positivamente en la experiencia que tiene el donante con nuestro banco de sangre.

En otras palabras, la estrategia de comunicación externa, además de generar acciones para difundir el mensaje en el público externo, también se debe enfocar en que los miembros del banco de sangre brinden un buen servicio y atención al donante potencial de sangre.

El mensaje que se utilice a través de cualquier medio o canal de comunicación sobre la donación voluntaria de sangre debe ser visto, escuchado, leído, comprendido, aceptado y recordado, para ello se utilizan elementos propios de la comunicación y de la publicidad.

El mensaje no es solo lo que leemos o escuchamos. El antropólogo Albert Mehrabian afirma que el lenguaje verbal (lo que se dice) impacta apenas en un 7% del mensaje, un 38% corresponde al lenguaje para verbal (entonación, proyección, tono, énfasis, ritmo) y un 55% al lenguaje corporal y visual.

El mayor porcentaje de la comunicación es lo que vemos, y esto no solo se refleja en la imagen que proyecte el equipo de trabajo de los bancos de sangre, sino también en la estética del lugar en el que recibimos al donante potencial de sangre y a sus acompañantes. La forma en la que nos preparamos el lugar para atender al donante debe estar siempre limpio, ordenado, iluminado, con suficiente ventilación y comodidad. Estos elementos conforman ese lenguaje visual que fortalece el mensaje y genera confianza en la experiencia que tiene el donante.

Construcción del mensaje

La comunicación adecuada para dar a conocer los mensajes claves en las estrategias de promoción de la donación voluntaria de sangre, son:

- Estar dirigidos a un público en particular.
  - Ser claros y pertinentes.
  - Llamar la atención.
  - Ser interesantes y apropiados.
  - Ser creativos.
  - Requerir de una respuesta.

Para lograr lo anterior, es pertinente considerar:

1. El propósito primordial del mensaje: cambiar de actitud, promover hábitos saludables, la importancia de la sangre, niveles de aptitud para la donación de sangre, voluntariado, horarios y fechas de atención, etc.
2. Conocimiento de la audiencia: tener la mayor cantidad de información de los donantes potenciales de sangre.
3. Momento adecuado para transmitir el mensaje: variará de acuerdo a la inmediatez y pertinencia del mensaje en el tiempo en el que este deba darse a conocer.
4. Manera en la que se da a conocer el mensaje: esto se logra teniendo en cuenta la audiencia a la que va dirigido el mensaje y de qué forma esta audiencia puede acceder a la información de manera eficaz, definiendo el canal de comunicación adecuado para dar a conocer dicho mensaje, ya sea un lugar público, internet, radio o prensa, apoyo de líderes y personalidades del momento.

No olvidemos que nuestro objetivo no es solamente reclutar-captar donantes, sino también educarlos en relación con los criterios de selección. Nuestro propósito es la EDUCOMUNICACIÓN, a través de un adecuado mensaje.

De acuerdo con lo anterior, podemos utilizar los principios de la publicidad para planificar las campañas de la donación voluntaria de sangre, estos principios son:

- Sencillez: asociando el producto o servicio con las necesidades humanas, involucrando sentimientos, creencias y motivaciones.
- Comunicación emocional: que el mensaje llegue al corazón, no a la cabeza de las personas.
- Reforzar sentimientos: alimentarlos y vincularlos en el mensaje.
- Lenguaje amistoso y cálido: utilizando un lenguaje coloquial y propio del común, que se adapte a la cultura local.
- Compatibilidad con el canal de comunicación utilizado: definiendo el medio en el cual se va a dar a conocer el mensaje, se define también la forma en la que éste deba transmitirse; no es lo mismo para prensa, radio, televisión o internet.
- Utilizar lemas y repeticiones interminables: que el mensaje dado se convierta y utilice al lenguaje coloquial de las personas.

Campaña del Ministerio de Salud del Perú. Tomado el 21/12/2016

Los medios de comunicación para la difusión del mensaje adecuado en la promoción de la donación voluntaria de sangre

Los medios de comunicación son instrumentos para la difusión de mensajes visuales, sonoros, escritos y audiovisuales. Tenemos los medios tradicionales de comunicación como la televisión, la prensa y la radio, estos siguen vigentes y las personas están familiarizadas con estos. Actualmente y desde hace algunos años el internet llegó a cambiamos la forma en cómo accedemos a los medios de comunicación tradicionales y cambió nuestro sentido de conexión y contacto con la información y el mundo.

A través de las oficinas de comunicación y prensa de las empresas, se establecen vínculos y alianzas con los medios de comunicación con el fin de tener un canal abierto para cualquier tipo de mensaje que requiera ser dado a conocer, por ejemplo en una emergencia la necesidad de algún tipo de sangre.

Este vínculo y alianza se logra realizando una tarea juiciosa y constante en la obtención de contactos con los medios de comunicación, al igual que entendiendo la necesidad del medio en las noticias que se transmiten. Es importante tener una base de datos de los periodistas con el fin de enviarles comunicados de prensa para difundir el mensaje de donar sangre.

De igual forma, en la difusión de este mensaje es de gran importancia capacitar a los periodistas en la importancia de la donación de sangre, las necesidades

de obtención de sangre de la región, quiénes necesitan sangre, los beneficios de la donación de sangre, la importancia de conocer los productos sanguíneos, y los puntos de recolección. Esta es sin duda una excelente estrategia para educar a quienes difunden el mensaje.

Sea cual sea el medio y el público al cual nos dirijamos, la comunicación debe responder los siguientes interrogantes. Estas son las preguntas básicas que definen el comunicador-periodista o persona encargada de la redacción del mensaje en el banco de sangre.

- ¿Qué?
- ¿Cómo?
- ¿Cuándo?
- ¿Por qué o para qué?
- ¿Quién?
- ¿Dónde?

Una de las herramientas más comunes y utilizadas para que los medios de comunicación transmitan lo que realmente necesitamos, es a través de los comunicados de prensa.

Un *comunicado de prensa* es una declaración escrita para los medios. Puede anunciar diferentes noticias, incluyendo eventos programados, promociones de personal, premios, nuevos productos y servicios, logros comerciales, etc. También puede utilizarse para crear un artículo de portada. Los periodistas tienden a tener en cuenta una historia si primero reciben un comunicado de prensa, además este puede ser enviado a diferentes medios de comunicación, ya sea televisión, prensa, radio o medios digitales.

Partes del comunicado de prensa y cómo lo podemos elaborar:

1. Fecha y lugar de origen.
2. Título atractivo, breve, claro y directo.
3. Resumen de los puntos más importantes.
4. Primer párrafo: la información más importante. Segundo (y probablemente tercer) párrafo: la información secundaria. Debe incluir citas y hechos.
5. Información estándar: más sobre tu compañía. ¿Quién eres realmente? ¿Cuáles son tus logros? ¿Cuál es tu misión?
6. Información de contacto.

Manejo de los medios de comunicación en situaciones de crisis

Los bancos de sangre pueden tener situaciones de crisis en los cuales necesitarán más sangre de lo normal, por ejemplo durante un desastre natural o de origen antrópico. En situaciones como estas es importante guiarse por las políticas de crisis establecidas en el banco de sangre y tener una relación cercana con los medios de comunicación, con el fin de informar de la manera más

Campaña de donación de ACOBASMET. Tomado el 10 de enero de 2017

eficaz y oportuna la necesidad de obtener sangre. En estos momentos, el mensaje debe ser positivo e inspirar confianza y credibilidad en el servicio de sangre y en la necesidad que se presenta. Es de utilidad tener protocolos de respuestas preparadas, la base de datos de periodistas actualizada, identificar un vocero y el canal más apropiado de divulgar la información.

Estos son algunos consejos útiles para comunicarse durante una crisis:

- Identificar a todos los públicos objetivos: los donantes de sangre, los familiares de los afectados, los centros de salud, etc.
- Demostrar que la necesidad ha sido identificada y que se está trabajando al respecto.
- Comunicar un pequeño número de mensajes, claros y concisos.
- Evitar mentir y hacer comentarios sobre situaciones hipotéticas.
- Proyectar una disposición de ser accesible y comunicativo.
- Ser decisivo y generar confianza.
- Mantener la calma.
- Evitar decir "sin comentarios" a los medios de comunicación o a nadie.
- Proponga maneras de obtener retroalimentación y opiniones de sus públicos.
- Documente todas las comunicaciones.
- Evalúe la situación y realice un monitoreo de la misma.
- No deje de comunicarse.

Banco Nacional de Sangre

Comunicado de prensa Nº 1

FAVORABLE CAMPAÑA DE DONACIÓN DE SANGRE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

- Más de 500 personas asistieron a los distintos puntos de recolecta del Banco Nacional de Sangre.
- La Secretaria Distrital de Salud apoyó la jornada de donación de sangre y reafirmó el compromiso social que debe tener la ciudadanía con estos actos de generosidad.
- La próxima jornada de donación se realizará en el marco del Día Internacional del Donante Voluntario de Sangre.

Bogotá D.C. Fecha (Día, Mes, Año). Con la participación de más de 500 personas en los distintos puntos de recolección de la ciudad, se realizó con éxito la tercera jornada de Donación de Sangre de la Ciudad de Bogotá. Con el fin de evitar retardos e inconvenientes en la atención en diferentes situaciones de emergencia a causa del déficit del tejido en los bancos de sangre, la Alcandía Distrital y la Secretaria de Salud apoyaron la tercera jornada de donación de sangre promovida por el Banco Nacional de Sangre; quienes prestan su servicio a diferentes instituciones de salud de la ciudad.

El Director del Banco Nacional de Sangre, Jorge Pérez, hace un llamado a la ciudadanía para fomentar la cultura de la donación de sangre, ya que este es un acto altruista que salva vidas, y para que los ciudadanos sigan acompañando actividades como estas, que brindan alivio a la sociedad, además de los múltiples beneficios que esta genera en la salud de los donantes.

Dentro de los beneficios más importantes de donar sangre se encuentran los análisis médicos rigurosos que se realizan para el control de enfermedades, la oxigenación de los órganos y tejidos al tener que producir sangre nueva, y lo más importante la satisfacción de dar vida y ayudar a quienes más lo necesitan.

La próxima jornada de donación se realizará el próximo mes, en el marco del Día Internacional del Donante Voluntario de Sangre, de igual forma, el Banco Nacional de Sangre presta su servicio de atención al público, de Lunes a Viernes de 9:00 a 20:00 horas, y los sábados de 9:00 a 14:00 horas.

Escrito por: Ana Lucia Cabezas B.

Correo: comunicacion@banconacionaldesangre.com

Celular: 1234567890

Oficina de Comunicación y Prensa

Ejemplo

Las ruedas de prensa

Son un evento en cual se convoca a los medios de comunicación para ser informados acerca de un acontecimiento, una necesidad o una eventualidad.

Se procura realizar las ruedas de prensa con suficiente tiempo de antelación con el fin de invitar al mayor número de periodistas de los distintos medios de comunicación que tenemos en nuestra base de datos.

La información que les demos a los periodistas para que asistan a la rueda de prensa debe ser atractiva, organizada y preparar un buen material de apoyo que puedan utilizar. Durante la rueda de prensa se entrega a los periodistas el comunicado de prensa que hemos elaborado anteriormente.

En situaciones de crisis, las ruedas de prensa no requieren de tanta preparación, pero si de una organización mucho más eficaz para convocar al mayor número de medios que comuniquen nuestra necesidad.

Difundiendo el mensaje en internet

Como mencionamos anteriormente, una de las herramientas que ha revolucionado la manera en la que

nos comunicamos es sin duda el internet, siendo este un nuevo canal a través del cual transita la información de los medios de comunicación ya existentes. Con las redes sociales, la información que se da a conocer es inmediata y masiva, algunas personas aún no logran delimitar el alcance de este medio y la importancia que tiene en las nuevas formas de hacer publicidad y mercadeo.

Actualmente en la difusión de mensajes para la promoción de la donación voluntaria de sangre, el uso y apropiación de las redes sociales es fundamental para lograr alcanzar éxito en las campañas y estrategias de comunicación que se deseen implementar, además a un bajo costo.

La utilización adecuada de redes sociales puede funcionar también como una herramienta de diagnóstico y mercadeo para la implementación de las estrategias de promoción que deseemos implementar, ya que a través de este medio podemos interactuar y conocer al público, realizar mecanismos de medición y dar a conocer las campañas que se encuentran vigentes. Además es una herramienta que puede crear confianza, fidelización y aumentar los niveles de participación de las personas.

Las redes sociales son una enorme sala virtual de intercambio de información, donde los usuarios comparten con otros todas las actividades que realizan, así como contenidos multimedia, textos, fotos, enlaces de interés, estando en contacto constante y con actualizaciones en tiempo real.

Twitter, Facebook, YouTube, LinkedIn, Instagram, Google+, entre otros, son canales de comunicación potentes, que pueden agrupar a millones de potenciales consumidores y en nuestro caso, a miles de posibles donantes de sangre. Actualmente, el 90% de las empresas tienen como mínimo una cuenta en alguna una red social vigente, y el 70% de las empresas tienen a alguien que les gestione sus perfiles sociales *(Community Manager)*, lo cual ha permitido que este oficio se profesionalice y se considere tener a una persona necesaria y exclusiva de esta labor en los equipos de comunicación de las organizaciones.

Ejemplos:

Estas son algunas claves para publicar en las redes sociales:

- Redactar mensajes cortos y directos.
- Apoyarse de imágenes o vídeos atractivos.
- Crear contenido de actualidad.
- Utilizar ejemplos: compartir casos de éxito.
- Mostrar el lado humano de la compañía.
- Publicación constante.
- Redacción y ortografía impecable.
- Adaptarse a cada plataforma, es decir no es lo mismo publicar para Facebook que para Twitter o Instagram.

Utilizando *Hashtag*

El *hashtag* es una etiqueta que se añade a una información concreta publicada en una red social. Siempre se escribe precedida del signo # (numeral).

Los *hashtags* se crean para unificar los *tuits,* publicaciones o fotos por temáticas, contextos, etc. Nosotros podemos crear un *hashtag* nuevo o utilizar uno ya existente, lo importante es dar difusión al *hashtag* para que se consulte y utilice.

Lo importante de esta forma de publicación, es que cualquiera puede leer lo publicado en un hashtag independientemente de que siga o no a las personas que publican con dicha etiqueta. Este es un servicio útil, no solo para seguir temáticas y publicaciones de otros sino para organizar y clasificar nuestras propias publicaciones en las redes sociales.

Para crear un *hashtag* que contiene dos o más palabras, es necesario que se separen cada una ellas por mayúsculas, en los *hashtags* no se utilizan espacios.

Estos son algunos ejemplos, por mencionar sólo algunos:

#DonaciónVoluntariaDeSangre
#DonanteDeSangre
#BancoDeSangre
#DonarSangreEsDonarVida

Página en Facebook del banco de sangre del Hospital Garrahan

Página en Twitter del banco de sangre de la Cruz Roja Colombiana Seccional Quindío

Página en Instagram del banco de sangre de la Fundación Valle de Lili de Cali, Colombia

Campaña Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre 2013. Tomado de Imágenes Google 4/01/2017

Importancia del lenguaje positivo en el mensaje

Dentro de los paramentos para brindar una comunicación adecuada en el mensaje de la promoción de la donación voluntaria de sangre, es fundamental y determinante utilizar siempre palabras, elementos e imágenes positivas, así el momento en el que se encuentre sea una catástrofe, una emergencia o una calamidad. La necesidad de obtener sangre no puede permitirnos generar terror y angustia en el público. No es lo mismo decir: *"No hay sangre suficiente para todos los heridos, necesitamos más donantes", a "Los bancos de sangre responden rápidamente ante la crisis, tu ayuda es importante".*

Y, aunque no podemos saber cuándo ocurrirá una crisis, sí podemos preparar algunos mensajes clave y positivos que podamos utilizar en estos momentos difíciles.

Utilizar un lenguaje positivo transmitirá en nuestros receptores buenas sensaciones y buenos mensajes, no sólo es importante lo que decimos, sino cómo lo decimos y plasmamos. Un cambio de actitud en el equipo de promoción, incidirá de manera positiva la forma en la que se transmita el mensaje.

Las personas que conforman el equipo de promoción son el principal medio de comunicación que tenemos, más allá de generar mensajes y noticias positivas para la promoción de la donación voluntaria de sangre, nuestro equipo de trabajo debe reflejar la actitud e implementación de un lenguaje positivo ante el público y por supuesto ante los donantes potenciales y actuales de sangre.

Importancia de las oficinas de promoción en los bancos de sangre

Si bien los bancos de sangre no siempre cuentan con el apoyo de un periodista o comunicador social responsable de la publicidad y comunicación para la promoción de la donación voluntaria de sangre, el equipo de promoción puede fácilmente responder las preguntas y construir la noticia que se quiera dar a conocer.

Para ello es importante que el equipo de promoción esté conformado por un personal altamente capacitado, no solo en los procedimientos técnicos y salubres, sino también en lo expuesto en el presente capítulo. Adicionalmente, que sea un personal motivado y enfocado en el donante de sangre.

Es de gran importancia que los bancos de sangre consoliden una oficina de promoción que se encargue de la construcción, implementación y difusión de mensajes positivos para la promoción de la donación voluntaria de sangre. Las personas que conformen este equipo no sólo deben acudir a sus habilidades de comunicación oral y escrita, también deben enfocarse en ser educadores potenciales, dispuestos a dar un servicio y atención memorable.

Habiendo comprendido los diferentes tipos, medios y canales de comunicación dispuestos para difundir el mensaje de la donación voluntaria de sangre, NOS PREPARAMOS PARA ATENDER AL DONANTE brindando una atención cara a cara basada en un relacionamiento efectivo con la información correcta que se brinda; afectivo con la calidez y la conexión empática, generando la suficiente confianza, credibilidad necesaria y la mejor experiencia para ganar no una bolsa de sangre, sino un amigo para toda la vida.

Campaña de Donación de Sangre de la Cruz Roja Argentina.

Referencias

1. Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja y Organización Mundial de la Salud OMS. Organización Panamericana de la Salud OPS. Manual Hagamos la Diferencia. 2005.
2. D Ambra Mauruzio, Las nuevas técnicas de la comunicación social. Editorial de Vecchi. Barcelona, 1998.
3. Miller G-. Lenguaje y comunicación. Amorrortu Editories, Buenos Aires, 1998
4. Diccionario de la Real Academia Española. [Fecha de acceso 20 de diciembre de 2016] Disponible en http://www.rae.es/
5. Scalvinioni O. Comunicación digital vs comunicación tradicional. Marketing Directo [en línea] 2012 Febrero20 [Fecha de acceso 6 de enero de 2017] Disponible en: https://www.marketingdirecto.com/punto-de-vista/la-columna/comunicacion-digital-vs-comunicacion-tradicional.
6. Santana C. Ascendo. La importancia de la comunicación interna en las organizaciones [en línea] 2013 Agosto 20 [Fecha de acceso 10 de enero de 2017] Disponible en: http://www.acsendo.com/es/blog/la-importancia-de-la-comunicacion-interna-en-las-organizaciones/
7. Bretón R. Mi Espacio. Estrategias de Comunicación en Situaciones de Crisis [en línea] [Fecha de acceso 10 de enero de 2017] Disponible en: http://www.infosol.com.mx/espacio/Articulos/Desde_la_Trinchera/estrategia_de_comunicacion_en_situaciones_de_crisis.html#.WHWL59LhDIU
8. Rivers W L, Schramm W. Responsabilidad y comunicación de Masas. Ediciones Troquel. Buenos Aires 1993.
9. Stewart P. La alquimia de la voz. Gaia Ediciones. Madrid. 2006.
10. Hinojosa M.. Comunicación oral. Editorial Trillas, México. 2000.

Capítulo 39

Campaña en la Universidad

Teresa Atienza Martin, Licenciada en Bellas Artes. Directora de Enfermería del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: atienza_ter@gva.es

Marta Villanueva De Atienza. Licenciada en Publicidad y Relaciones Públicas. Oslo, Noruega. Email: martavillanuevadeatienza@gmail.com

La comunicación es, hoy en día, un elemento clave para captar donantes. Las grandes empresas invierten en herramientas de marketing y en comunicación constantemente para estar siempre un paso por delante de su competencia. Quieren que sus mensajes sean los primeros, y que lleguen a aquellas personas que realmente luego vayan a adquirir su producto o servicio. Estos impactos no son fáciles y requieren de la existencia de una campaña de publicidad en la que el concepto, el mensaje y el target sean analizados convenientemente, para que trabajados de forma conjunta se puedan conseguir los objetivos planificados. Todo esto se complica aún más cuando la recompensa de adquirir tu producto es la sencilla sensación de haber aportado algo a la sociedad como ocurre en la donación de sangre.

Las campañas publicitarias en la donación de sangre

Las campañas de comunicación en organizaciones o en centros especializados suelen contar con un presupuesto reducido e incluso en muchos casos, sin presupuesto. Por ello en éstas campañas es muy importante utilizar de la forma más eficiente posible las herramientas que existen a nuestro alrededor y que nos van a permitir llegar a los donantes de una manera eficaz y sin gastar dinero. Un ejemplo son los medios ganados, **"earned media"**: obtener cobertura mediática sin pagar por ella, es decir, salir en las noticias, en un artículo en el periódico, radio, etc. Generar atención en los medios de comunicación pasa entonces a ser un objetivo primordial. Para ello, debemos realizar acciones de interés público, por ejemplo combinando la donación con un evento deportivo de la ciudad y redactar desde nuestro gabinete de comunicación una nota de prensa que podamos enviar a todos los medios.

Pero los "earned media" son solo una parte de una campaña de publicidad. En la actualidad cobran especial importancia las redes sociales. No basta con estar en ellas, hay que ser activos. Tenemos que recordar el eslogan a menudo sin llegar a cansar a los usuarios, mencionar los puntos donde se puede donar en la ciudad, y, por supuesto, estar al servicio de todas aquellas preguntas que puedan ser realizadas por usuarios donantes, y no donantes, en nuestras redes. Pero las redes sociales tienen también un inconveniente, hay que saber llevarlas. Hay que actualizar información y estar preparados para contestar y anteponerse a aquellas personas que no están satisfechas con nuestro trabajo; siempre es más sencillo dejar un comentario crítico y negativo en una red social que presentar una queja oficial. Por ello, deberemos estar especialmente preparados para saber hacer frente a esas críticas, y aprender y crecer con ellas.

El problema de los "earned media" y de las redes sociales es que no son selectivos en sus impactos. Con esto se quiere decir que, aunque lleguemos a muchas personas, no todas ellas son a las que queremos dirigirnos, por lo tanto no todos los impactos son útiles, y tenemos que buscar otros canales para apoyar la campaña y saber llegar a nuestro público objetivo, o como se dice en publicidad, conseguir impactos útiles.

La donación de sangre es un acto altruista. Partiendo de esa base es lógico pensar que la mejor manera de comunicar es mediante la exaltación de emociones. Podemos leer las estadísticas, podemos explicar lo necesario que es para la sociedad que donen, pero nunca llegaremos a afianzar esa relación si no les contamos a los potenciales donantes una historia. Hoy en día ya no se venden productos de forma aislada, sino que lo que se ofrece es un estilo de vida. Cuando adquieres ciertos productos, no estás adquiriendo un objeto, sino un ticket para pertenecer a un club, que la marca se ha encargado de crear mediante mensajes y acciones. De esta manera, la marca se convierte en parte de tu identidad y pasas a ser un fiel seguidor de ella. Nosotros con la donación tenemos la necesidad de transmitir historias, de transmitir emociones, y conseguir una conexión con los donantes que nos permita fidelizar la relación con ellos.

Bien, el punto de partida está claro. Nuestro objetivo debe ser captar donantes, y lo más importante: concienciarlos de la importancia de la donación de sangre, como base de la relación a establecer con ellos, no solo en el acto de una determinada donación, sino en un futuro.

El público objetivo

Sabemos que tono queremos para la campaña: queremos EMOCIONAR. Sabemos cuál es nuestro objetivo: queremos que PERTENEZCAN A NUESTRO CLUB. La siguiente pregunta se formula sola: ¿a quién nos dirigimos?

Podríamos dirigirnos a todos los posibles donantes, pero la eficacia de la campaña no sería especialmente alta, ya que el mismo mensaje no funciona igual para todos los grupos, y perderíamos el factor de cercanía, necesario para que la gente escuche tu mensaje y lo retenga. Queremos hablarles de tú a tú. Queremos poder tener varios canales de comunicación y queremos ser parte de su estilo de vida durante el mayor tiempo posible; es decir, dirigirnos a aquellos que nos permitan el mayor recorrido posible. Sí, queremos dirigirnos a los jóvenes, y en especial a los jóvenes universitarios porque así dispondremos de una plataforma para dirigirnos a ellos de forma más directa.

Llegar a este grupo no es algo fácil. Constantemente están recibiendo estímulos de su alrededor con mensajes de diferentes marcas, organizaciones, etc,. y llegar a ellos, a pesar de contar en la actualidad con tantos canales útiles , se hace cada vez más complicado.

Otra complicación derivada de dirigirnos a los jóvenes es precisamente eso, lo jóvenes que son. Todavía este colectivo se mueve por impulsos y quizás sea el grupo más difícil de fidelizar, pues que lo hagan una vez no supone que el día de mañana se vayan a sentir reflejados con esta acción, y por ello es también nuestro deber ayudar a crear una sociedad más solidaria.

Y así nace el proyecto ***donantes universitarios.***

Donantes universitarios

Donantes universitarios es un proyecto que surge de la necesidad de captar donantes jóvenes para fidelizarlos. Nos dimos cuenta que la mayoría de los estudiantes carecían de información básica y que tan solo unos cuantos eran donantes de sangre. Por ello pensamos que si les informáramos convenientemente y consiguiéramos emocionarles con nuestra causa, ellos podrían convertirse en donantes fieles en los próximos 35 años, siendo la población con mayor recorrido posible en cuanto a tiempo. Es decir, aquí teníamos la posibilidad de asegurar un nicho de donantes a largo plazo que nos garantizará el futuro.

Se hicieron los estudios pertinentes que nos reflejaron rápidamente donde se localizaba el problema más evidente: más del 50% de los estudiantes no eran donantes porque nunca se lo habían planteado. Esto confirmaba nuestras sospechas previas, a los jóvenes nunca se lo habían planteado porque nunca antes les habían hablado directamente a ellos, utilizando su mismo lenguaje, creando experiencias, provocando emociones. Pero además nos enfrentábamos a otro problema añadido, todo un clásico de la donación de sangre: de los estudiantes restantes, más del 40% no eran donantes por el miedo al pinchazo, pero sin embargo más del 70% donaría sangre si fuera para algún conocido. Claramente existían prejuicios, desinformación, y falta de mensajes dirigidos a este público tan importante en la sociedad. Por ello decidimos hacernos parte de la cultura estudiantil y pertenecer a su club social.

Los canales de comunicación

Siguiendo con el apartado anterior teníamos claro que la manera de hacerles llegar el mensaje era clave, y por ello decidimos dejarles a ellos mismos que lo contaran. Así se creó la figura clave del promotor universitario.

Mediante un curso de formación que se impartía durante una mañana en la sede de nuestro centro, formábamos a un grupo determinado de alumnos sobre el proceso de la donación de sangre: desde cómo captar al donante hasta el proceso de la bolsa de sangre obtenida y su destino final, normalmente al enfermo. Como complemento final dotábamos a los alumnos asistentes de respuestas clave a algunas preguntas que podrían surgir cuando difundieran nuestro mensaje entre sus compañeros.

Los promotores universitarios han sido una figura crucial en el éxito de la captación de los donantes en la universidad. Pero necesitaban apoyarse en un mensaje y por ello cada año desarrollamos una campaña acorde con la coyuntura social del momento. Utilizamos carteles distribuidos en diversos espacios universitarios en los que figura el slogan de la campaña de ese año. Los carteles se renuevan cada edición y hemos tenido carteles de todo tipo, pero siempre con mensajes que ayudan a que los jóvenes se sientan identificados, y conseguir despertar su atención. Para dirigirse a este tipo de público hay que estar actualizado constantemente. Las modas cada vez cambian más rápido y hoy en día todo, absolutamente todo, puede servir de inspiración para una campaña.

Otro canal que ayuda a mantener al alumnado informado es el newsletter de las universidades, donde recuerdan las fechas, vuelven a enviar el mensaje de la campaña, y sirve como un buen recordatorio. Este canal, de manera individual , no llegaría a ser efectivo sin el back-up del cartel físico y de las comunicaciones por los salones de clases por parte del promotor universitario.

El mensaje (ejemplos de campañas publicitarias en la universidad).

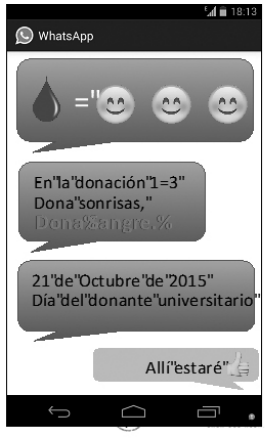
Cuando se realiza una campaña de publicidad lo más importante es buscar un concepto. Este concepto será la base para todo lo que suceda con posterioridad. Después del concepto hay que concretar una estrategia un "atacaremos por ahí", y por último concretar las acciones que se desarrollan dentro de la estrategia. Cada año hemos optado por una estrategia diferente, captando la atención de la gente a través de distintas emociones, apelando a sentimientos, contando historias, etc.

No seas zombie, sé diferente

No hagas lo que hacen los demás: sé diferente. Ese era el concepto. Esta impactante campaña de publicidad coincidía con la máxima popularidad en nuestro país de una famosa serie de zombies. El mensaje del cartel se apoyaba en otras plataformas como Twitter® y Facebook® donde se daba información sobre la donación de sangre y se pedía a los alumnos a ser diferentes, a salirse de la norma, a ir contracorriente y ser parte de la gente solidaria, de aquellos que se preocupan por los demás. Gente que no tiene miedo a ser diferente, que piensa en hacer algo por la sociedad pero no ha encontrado aún ni el qué, ni el cómo. A todos aquellos cansados de que pensaran por ellos, les invitábamos a que dieran el paso de ser independientes y empezaran a aportar a la sociedad un ser libre que piensa por sí mismo y que tiene el poder de salvar vidas donando sangre.

Los emoticonos donan sangre

¿Quién no tiene móvil?, ¿Quién no tiene Whatsapp®?, ¿Quién no sabe lo que son los emoticonos?. En España, como en la mayoría de países de nuestro entorno, los jóvenes están hipercomunicados y la principal aplicación que utilizan para enviar mensaje es Whatsapp®, así que decidimos llegar hasta ellos de la manera que más les gusta, con un mensaje. La información estaba clara y era directa, pero necesitábamos un poco más para que el cartel llamara la atención y por ello introdujimos los emoticonos. Los emoticonos servían para explicar cómo funciona el tema de la donación: 1 donante salva 3 vidas. Esta campaña hacía especial hincapié en el 1=3, ya que muchos de los estudios que se desarrollan en las facultades y escuelas a las que nos dirigíamos eran carreras racionales, técnicas, de números en definitiva, y pensamos que les llamaría la atención plantear una igualdad manifiestamente incorrecta.



No es cuestión de tiempo

Esta campaña apelaba a las excusas que nos ponemos a nosotros mismos cuando se plantea la donación de sangre. Se trataba de hacer ver a los jóvenes de una manera sutil, lo fácil que es salvar tres vidas. Utilizamos tres carteles distintos, en los que cada uno de ellos

reflejaba una habilidad popular entre la gente joven, que a su vez es costosa de adquirir: ponerse en forma, aprender idiomas y aprender a tocar un instrumento. Luego comparábamos el tiempo necesario para adquirir una cierta destreza en cada una de ellas, con el tiempo que les costaría salvar tres vidas. De esta forma hacíamos evidente lo poco que cuesta donar sangre y que, en definitiva, la falta de tiempo nunca puede ser una excusa.

Siempre hay una primera vez

El primer proyecto que se realizó pretendía conocer, en la medida de lo posible, el grado de información respecto a la donación de sangre que tiene el colectivo universitario. Queríamos describir el perfil del "no donante", necesitábamos indagar el motivo por el cual los "no donantes" no dan sangre.

El estudio nos decía que tenian miedo a la aguja .¿Acaso los tatuajes o los piercing son indoloros ? Nuestra reflexión nos llevó a pensar que para muchos la sangre no deja indiferente, simplemente el color rojo de la sangre provoca atracción y sobre todo rechazo; la gente joven ve en este escenario algo abyecto. Hay que desmitificar ese impacto. Para ello recurrimos a este slogan "SIEMPRE HAY UNA PRIMERA VEZ" haciendo hincapié a que los estudiantes dieran ese primer paso de cruzar la línea, aventurarse en una nueva experiencia del saber lo que es ser donante.

La primera experiencia en multitud de cosas permanecen en la memoria para siempre. Alentar esa imagen era nuestra meta, conseguir que fuera positiva y fidelizarla era un grado superior que sabemos no se consigue en todas las personas.

La competencia

Durante todo el capítulo hemos estado hablando del target (público objetivo) los objetivos, el mensaje…, pero no hemos analizado a nuestra competencia. Bien, somos los únicos que queremos que donen sangre,

pero no los únicos que queremos que sean solidarios. Los demás proyectos solidarios podemos clasificarlos como competencia.

Como hemos mencionado antes, el acto de donar es altruista y cargado de sentimientos y emociones, pero también existen muchas acciones solidarias y organizaciones que apelan a la conciencia solidaria de la sociedad. A menudo tendemos a seleccionar cuando somos solidarios y que el hecho de que hayan donado dinero en alguna ONG, o colaborado con otras causas, puede hacer que decidan no apoyarnos a nosotros. Por ello, es importante recalcar constantemente que la donación de sangre es importante y única. Sólo podemos conseguir sangre a base de personas que nos donen la suya. Es un bien que no se puede crear y depende de cada uno de nosotros ponerlo a disposición de la sociedad o no. Además, debemos esforzarnos también en el hecho de significar que la donación de sangre, por los pocos requerimientos (tiempo o dinero) que exige, es perfectamente compatible con cualquier otra acción solidaria.

Conclusión

La publicitación de la donación de sangre es una actividad que tiene muchísimos caminos a escoger y seguir, y siempre bajo el paraguas de una máxima clásica en el mundo de la publicidad: **TODO COMUNICA**. Desde los uniformes de nuestros empleados, a nuestro modo de preguntarles a los donantes el cuestionario inicial. Tenemos el deber de ser parte permanente de la campaña y transmitir el mensaje solidario, ya que no hay manera más directa de hacer llegar un mensaje que con nuestro ejemplo personal.

La publicidad no es solo una campaña concreta en un espacio de tiempo determinado, la publicidad en el mundo de la donación de sangre debe de ser constante e ir evolucionando a medida que la sociedad lo va haciendo. Y es que en nuestra moderna cultura, en la que recibimos tantos impactos publicitarios al día, cuesta mucho recordar algunos al final de la semana. Prueba de

ello es que, cuando las campañas sociales desaparecen, los niveles vuelven a bajar; por lo que no solo basta con una acción concreta, tenemos que educar a la sociedad.

Los donantes de sangre son un grupo impredecible, es decir, no siguen pautas de conducta. Es bien cierto que ante una catástrofe son la primera respuesta y esto, paradójicamente, constituye un problema, pues de momento nos desbordan y como la sangre tiene un periodo de caducidad corto (de entre 35 y 40 días), luego se sufre un periodo de crisis, pues los donantes no pueden volver a dar sangre hasta que no han pasado tres meses.

Nosotros, los profesionales de la donación de sangre, somos los que mejor conocemos cómo los donantes se sienten y también cómo los no donantes pueden llegar a serlo, y tenemos el deber y las herramientas necesarias para que, a través de la comunicación y la publicidad podamos conseguir concienciar a las siguientes generaciones de la importancia de ser donante de sangre.

Lecturas recomendadas

- Genetet B, Mannoni P.*"La Transfusión"* Edit. Toray,S.A .Barcelona, 1980
- Marina JA. *"Teoría de la inteligencia creadora* " Edit. Anagrama. Barcelona, 1993

Capítulo 40

Mensajeros solidarios

EVA Mª XANDRI IBAÑEZ, Licenciada en Ciencias de la Información-Periodismo, Técnico de Gestión de la Función Administrativa. Responsable de Gabinete de Comunicación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: xandri_eva@gva.es

MARÍA SOLEDAD VIVÓ LOZANO, Jefe de Grupo Administrativo. Coordinadora de Promotores del Servicio de Hemodonación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: vivo_mar@gva.es

El programa "Mensajeros solidarios" nació de la inquietud del centro de transfusión por educar a la sociedad, desde la infancia, en la cultura de donación de sangre. Se persigue conseguir que el hecho de donar sangre se convierta en algo cotidiano y natural. Y qué mejores candidatos para implantar esta realidad que los niños. La principal clave es dar la información necesaria sobre la importancia de la sangre, de su función dentro del cuerpo humano para crear conciencia de la importancia que cobra el hecho de darla para otra persona. Con el programa Mensajeros solidarios se consigue motivar no sólo a los alumnos sino también a sus padres y por extensión a toda la Comunidad educativa.

Por tanto, "Mensajeros solidarios" tiene como objetivo principal el de sensibilizar a la sociedad desde la infancia de la importancia de la donación de sangre para salvar la vida a los enfermos. Cada año se implican distintos colegios y se realizan diferentes actividades adaptadas a los distintos ciclos en las que se explica la composición de la sangre, su función en el cuerpo y la importancia de la donación para salvar vidas. Al alumnado de secundaria se le invita al centro a recibir sesiones informativas.

Como cierre del ejercicio se efectúa un concurso de dibujo en el que se valora la creatividad del alumno a la hora de manifestar una representación de la donación de sangre y su mensaje de concienciación. Este evento sirve de vitrina en los medios donde la sociedad puede encontrar modelos de conducta e inspiración para continuar esta gran labor.

¿En qué consiste el programa?: Objetivos, contenidos, y metodología.

Los objetivos del programa Mensajeros solidarios son:

- Conocer los aspectos básicos de la sangre, así como sus componentes.
- Asimilar los tipos de sangre que existen y sus combinaciones.
- Aprender los efectos y actitudes positivas de ser donante.
- Intercambiar experiencias personales sobre la temática trabajada.
- Desarrollar los conocimientos adquiridos a través del juego.
- Fomentar la importancia de transmitir y promocionar este tipo de temáticas para salvar vidas ajenas.

Los contenidos son:

- Origen, componentes y composición de la sangre.
- Tipo de sangre. Donantes y receptores.
- Centros o lugares para las donaciones de sangre.
- Mensajeros solidarios.

La metodología se basa en los siguientes aspectos:

- Parte teórica para el conocimiento y comprensión de los distintos contenidos.
- Parte práctica y lúdica para la asimilación de contenidos y conocimientos.
- Dependiendo de las edades se reparte un material concreto. En total se presentan tres modelos para los seis cursos de primaria, niños de edades entre los 6

y 11 años aproximadamente. Los niños a partir de 12 años hacen redacciones de las clases impartidas.

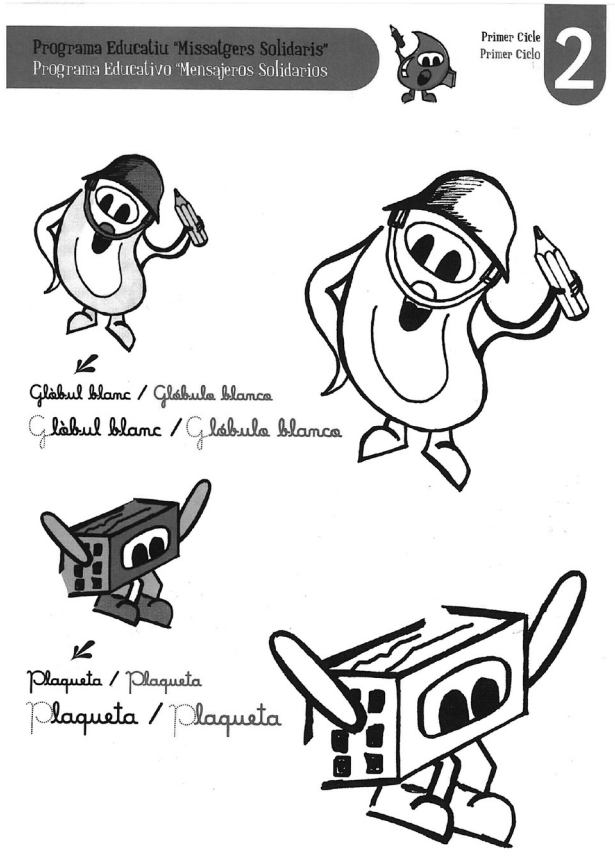
Actividades:

- Compatibilidades sanguíneas: se les explica a los alumnos/as los tipos de sangre que existen, así como las posibles combinaciones en función de si se es donante o receptor. A cada alumno/a se le asigna una tarjeta con un grupo sanguíneo determinado y tendrá que buscar al compañero /a con el que es compatible.
- El cazador cazado: el juego consiste en separar a los alumnos/as en cuatro grupos (glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas y virus y bacterias). Los virus y las bacterias tendrán que atacar al resto de los grupos, mientras el resto desarrollarán su función, anteriormente explicada (las plaquetas curarán las heridas, los glóbulos rojos perderán energía y vitalidad y los glóbulos blancos se encargarán de proteger y defender a los dos anteriores de los virus y las bacterias).
- Después de varias rondas cambiaremos los grupos.
- Concurso de dibujo: los alumnos/as participarán en un concurso de dibujo sobre la temática trabajada. El mejor de los dibujos presentados se llevará un premio y galardón.

Pautas para el monitor:

- Por qué se ha ido al colegio
- Cuando nos hacemos una herida, ¿qué nos sucede?
- ¿Por dónde viaja la sangre?
- ¿Cómo se produce la sangre?
- Dibujar una gota de sangre en la pizarra.
- Componentes de una gota de sangre y su explicación.
- Virus y bacterias. Explicación de dónde pueden estar sus defensas.
- Para que se necesita la sangre.
- ¿Cómo conseguirla?
- Proceso de donación, ¿dónde se guarda la sangre?
- ¿Dónde se puede donar?
- ¿Quién puede donar?
- Tipos de grupos sanguíneos

Material según los cursos



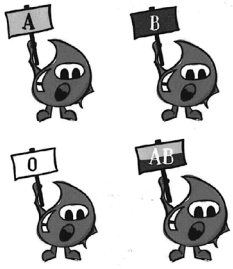
Programa Educatiu "Missatgers Solidaris" / Programa Educativo "Mensajeros Solidarios"

Segon Cicle / Segundo Ciclo **1**

Activitat 1 / Actividad 1

Rodeja l'opció correcta / Rodea la opción correcta

Amb un cercle roig el teu grup sanguini i amb un cercle verd el del teu company de classe
Con un círculo rojo tu grupo sanguíneo y con un círculo verde el de tu compañero de clase



Quin grup sanguini tens? i el teu company?
¿Cúal es tu grupo sanguíneo? ¿Y el de tu compañero?

_____

_____

Activitat 2 / Actividad 2

Sopa de lletres / Sopa de letras

Busca 12 paraules relacionades amb la donació
Busca 12 palabras relacionadas con la donación

grup sanguini, glòbuls, vida, metge, sang, organisme, solidaritat, circulació, malalt, plaquetes, donant, anèmia

G	R	U	P	S	A	N	G	U	I	N	I	Z	D	A
C	M	H	P	F	P	D	G	L	O	B	U	L	S	C
I	A	V	L	Z	X	L	F	G	K	L	N	K	L	M
R	L	D	A	D	I	V	A	D	H	D	T	Y	U	M
C	A	K	Q	G	H	H	I	S	X	O	T	Y	U	A
U	L	T	U	F	G	T	R	F	M	N	G	H	F	N
L	T	M	E	T	G	E	O	E	S	A	N	G	T	E
A	O	X	T	L	N	P	O	U	T	N	R	E	W	M
C	S	W	E	G	F	S	A	Z	X	T	R	L	O	I
I	S	C	S	O	H	M	N	B	V	S	E	F	Q	A
O	R	G	A	N	I	S	M	E	L	G	T	L	V	Y
W	A	S	O	L	I	D	A	R	I	T	A	T	D	E

grupa sanguínea, glóbulos, vida, médico, sangre, organismo, solidaridad, circulación, enfermo, plaquetas, donante, anemia

G	R	U	P	O	S	A	N	G	U	I	N	E	O	D
C	E	H	P	F	P	D	G	L	O	B	U	L	O	S
I	N	V	L	Z	X	L	F	G	K	L	N	K	L	M
R	F	D	A	D	I	V	A	D	H	D	T	Y	U	M
C	E	K	Q	G	H	H	I	S	X	O	T	Y	U	A
U	R	T	U	F	G	T	R	F	M	N	G	H	F	N
L	M	M	E	D	I	C	O	E	S	A	N	G	R	E
A	O	X	T	L	N	P	O	U	T	N	R	E	W	M
C	S	W	A	G	F	S	A	Z	X	T	R	L	O	I
I	S	C	S	O	H	M	N	B	V	E	E	F	Q	A
O	R	G	A	N	I	S	M	O	L	G	T	L	V	Y
N	A	S	O	L	I	D	A	R	I	D	A	D	D	E

Obra Social "la Caixa"

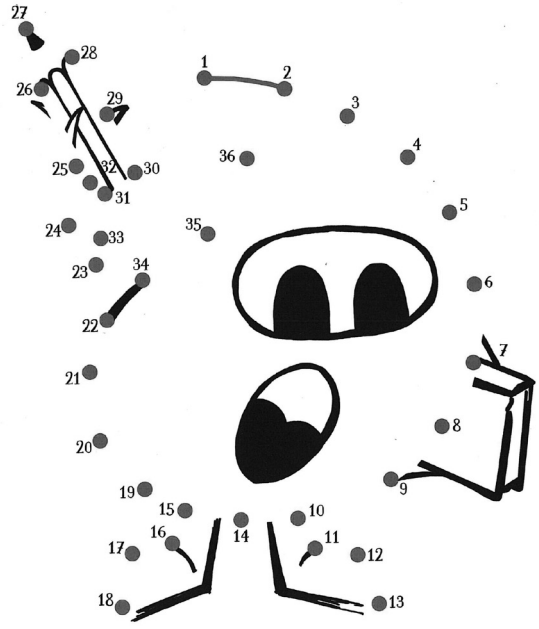
Federació de Donants de Sang de la Comunitat Valenciana

Programa Educatiu "Missatgers Solidaris" / Programa Educativo "Mensajeros Solidarios"

Segon Cicle / Segundo Ciclo **2**

Activitat 3 / Actividad 3

Uneix els punts i acolora / Une los puntos y colorea



Programa Educatiu "Missatgers Solidaris" / Programa Educativo "Mensajeros Solidarios"

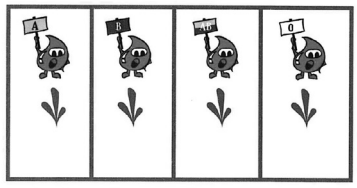
Tercer Cicle / Tercer Ciclo **1**

Activitat 1 / Actividad 1

Omple la taula de compatibilitats / Rellena la tabla de compatibilidades

Indica a cada Gota donant quin és el seu receptor
Indica a cada Gota donante cual es su receptor

A, B, AB, 0



Un donant A pot donar a un receptor A i AB. Un donant B pot donar a un receptor B i AB. Un donant AB tan sols pot donar al receptor AB. I el donant 0 (universal) pot donar a tots els receptors.

Un donante A puede donar a un receptor A y AB. Un donante B puede donar a un receptor B y AB. Un donante AB sólo puede donar al receptor AB. Y el donante 0 (universal) puede donar a todos los receptores.

Activitat 2 / Actividad 2

Respon a les preguntes / Contesta a las preguntas

La Sang i el seus components. Fica el nom de cada component on corresponga.

La Sangre y sus componentes. Pon el nombre de cada componente donde corresponda.

Què es la sang? / ¿Qué es la sangre?

_____

Quins son els components de la sang? / ¿Cuáles son los componentes de la sangre ?

_____

Què cal fer per a ser donant? / ¿Qué hay que hacer para ser donante?

_____

Obra Social "la Caixa"

Ajuntament de València
Regidoria d'Educació i Universitat Popular

Federació de Donants de Sang de la Comunitat Valenciana

Programa Educatiu "Missatgers Solidaris" / Programa Educativo "Mensajeros Solidarios"

Tercer Cicle / Tercer Ciclo **2**

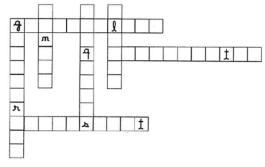
Activitat 3 / Actividad 3

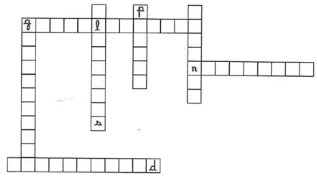
Mots creuats / Palabras cruzadas

Fica les paraules relacionades amb la donació a l'encreuat / Coloca las palabras relacionadas con la donación en la cruzada

donant glòbul blanc glòbul roig necessitat plaquetes plasma solidaritat

donante glóbulo blanco glóbulo rojo necesidad plaquetas plasma solidaridad

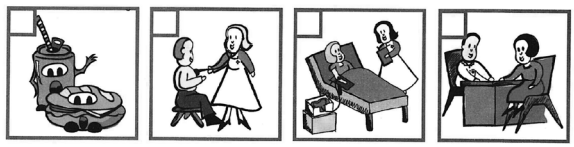


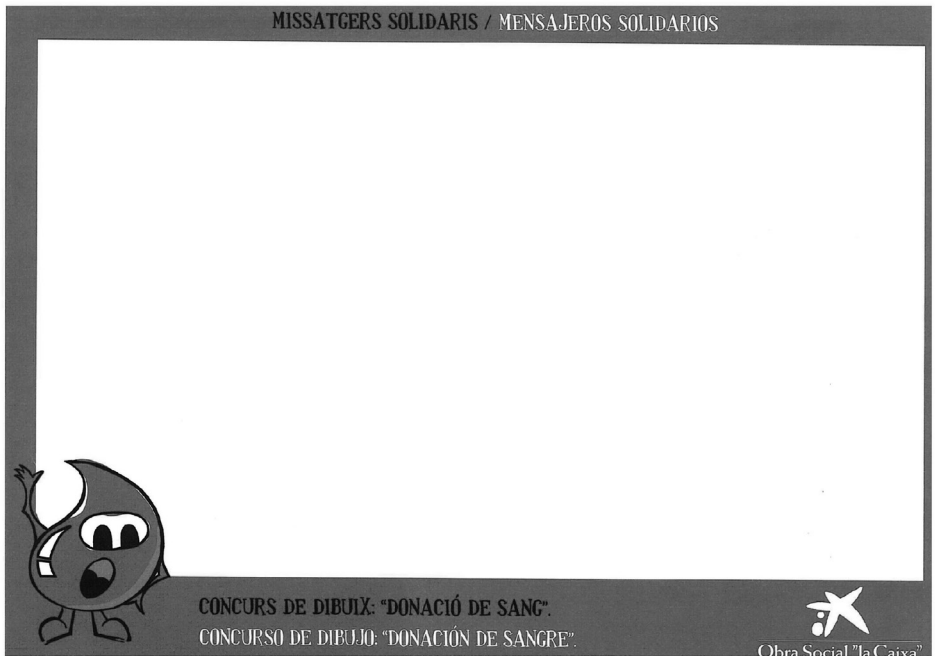


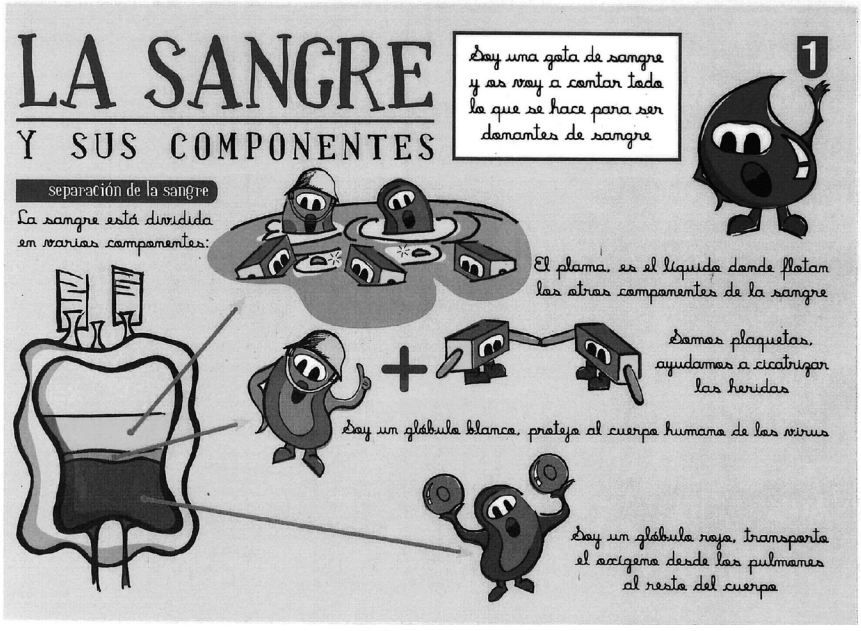
Activitat 4 / Actividad 4

Ordena de l'1 al 4 / Ordena del 1 al 4

Ordena les vinyetes del procés de la donació com cal i descriu amb les teues paraules el procés de la donació de sang
Ordena las viñetas del proceso de la donación como toca y describe con tus palabras el proceso de la donación de sangre

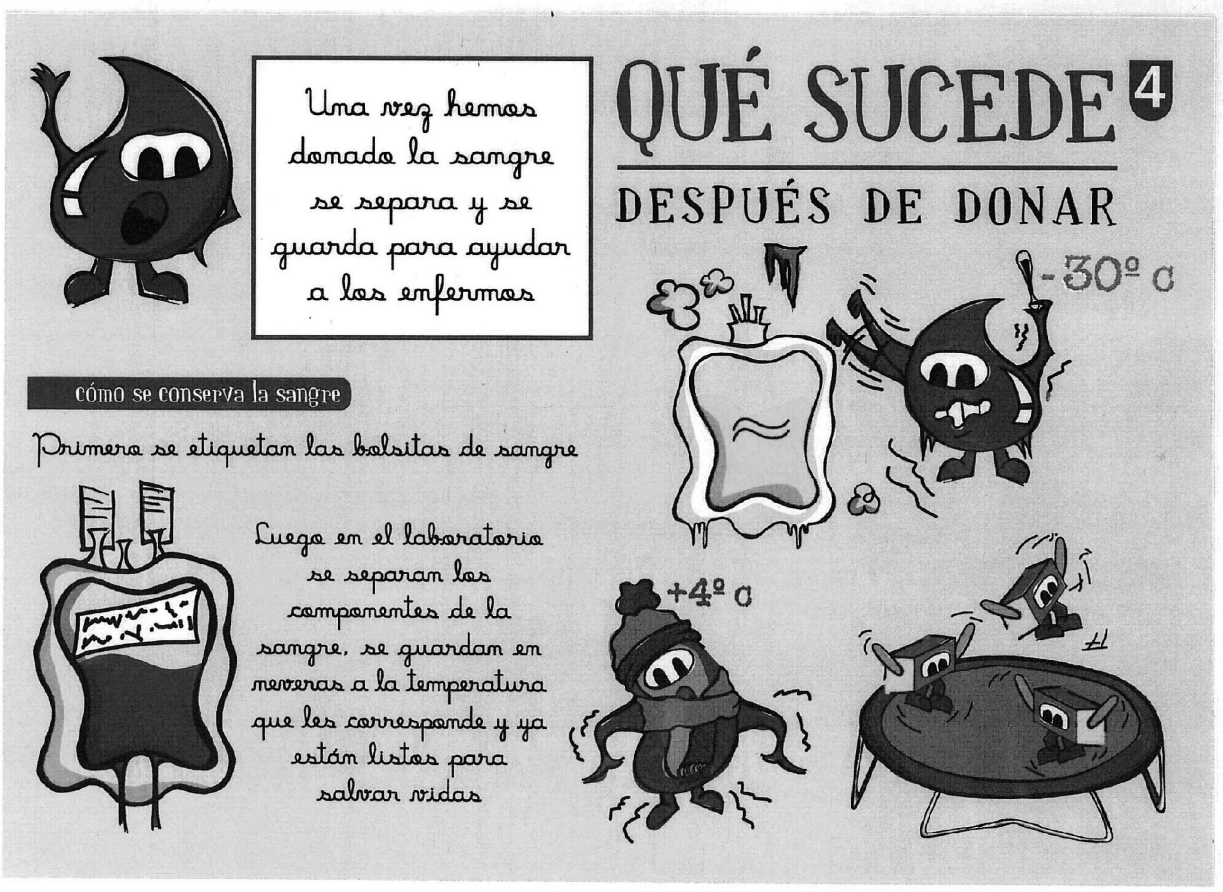


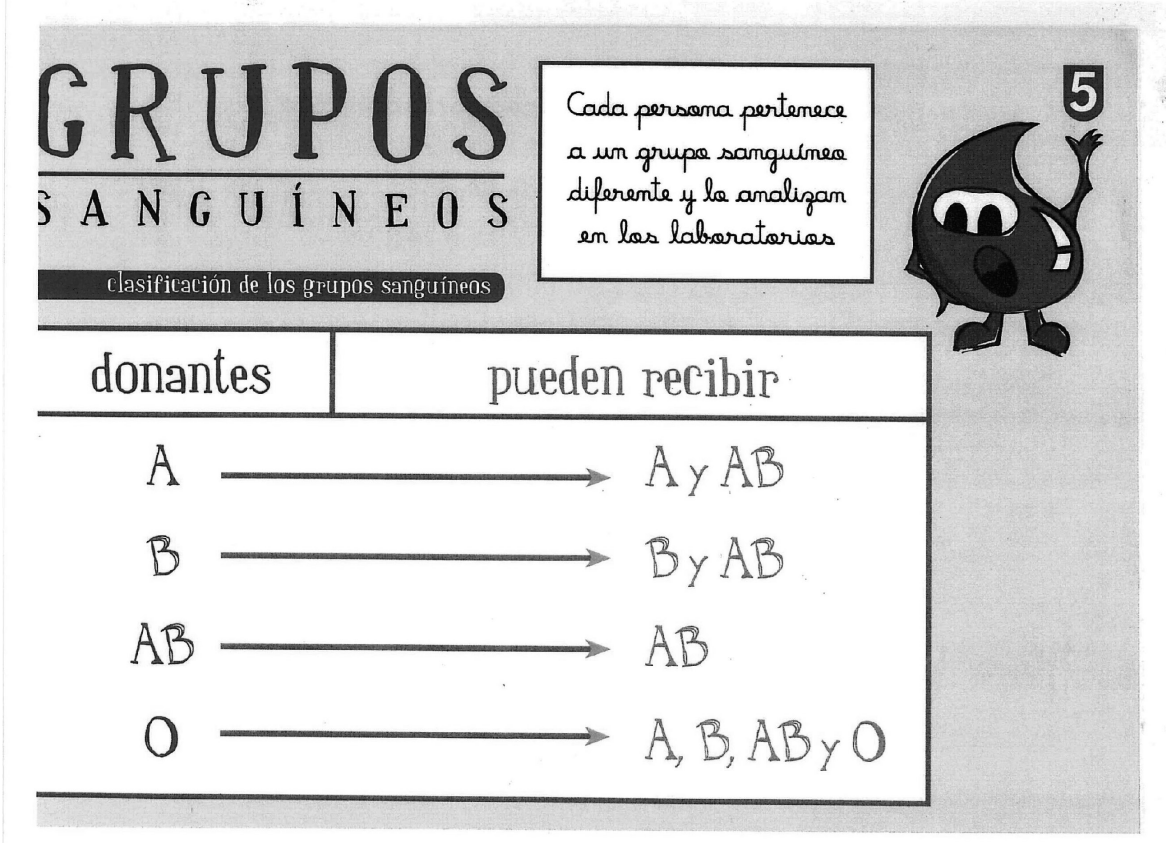

MISSATGERS SOLIDARIS / MENSAJEROS SOLIDARIOS
CONCURS DE DIBUIX: "DONACIÓ DE SANG".
CONCURSO DE DIBUJO: "DONACIÓN DE SANGRE".
Obra Social "la Caixa"


LA SANGRE
Y SUS COMPONENTES
Soy una gota de sangre y os voy a contar todo lo que se hace para ser donantes de sangre
1
separación de la sangre
La sangre está dividida en varios componentes:
El plasma, es el líquido donde flotan los otros componentes de la sangre
Somos plaquetas, ayudamos a cicatrizar las heridas
Soy un glóbulo blanco, protejo al cuerpo humano de los virus
Soy un glóbulo rojo, transporto el oxígeno desde los pulmones al resto del cuerpo

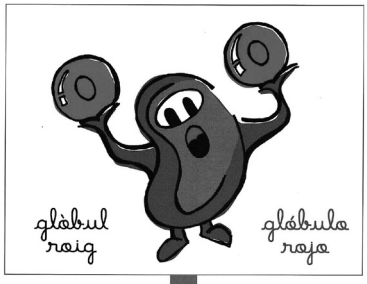
La donación es dar un poco de tu sangre a los que están enfermos y la necesitan.
DONACIÓN 2
DÓNDE SE DONA SANGRE
dónde debemos ir para donar
cuándo podemos donar
CENTRO DE TRANSFUSIÓN
La sangre se dona en el Centro de Transfusión y en el Autobús de Donación
Hay que ser solidarios, siempre que donamos salvamos la vida a tres personas diferentes
Para donar sangre debemos ser mayores de edad
DONA SANGRE

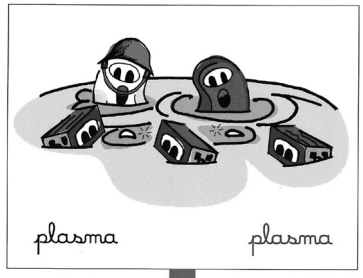
PROCESO
DE LA DONACIÓN
Donar es bueno para la salud, es muy rápido y no duele
3
cómo se dona la sangre
El médico nos informa de la donación. Donar es muy bueno para la salud
y después nos hace una revisión para comprobar que estamos sanos y podemos donar
Cuando ya hemos donado nos dan un bocata y un refresco

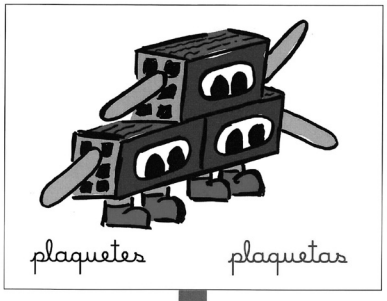

QUÉ SUCEDE 4
DESPUÉS DE DONAR
Una vez hemos donado la sangre se separa y se guarda para ayudar a los enfermos
Cómo se conserva la sangre
Primero se etiquetan las bolsitas de sangre
Luego en el laboratorio se separan los componentes de la sangre, se guardan en neveras a la temperatura que les corresponde y ya están listos para salvar vidas
-30º c
+4º c

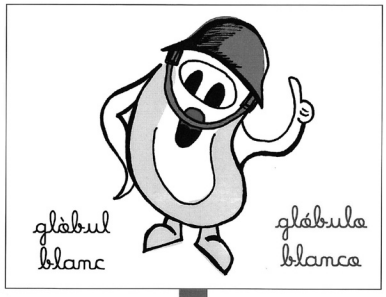

GRUPOS
SANGUÍNEOS
5
Cada persona pertenece a un grupo sanguíneo diferente y lo analizan en los laboratorios
clasificación de los grupos sanguíneos
donantes
pueden recibir
A → A y AB
B → B y AB
AB → AB
O → A, B, AB y O

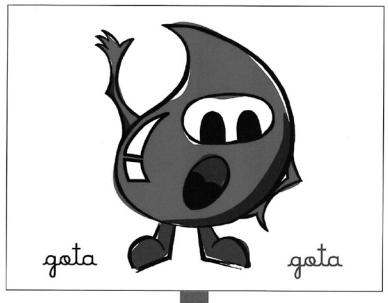
Material para actividades

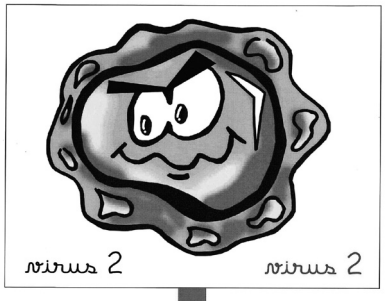


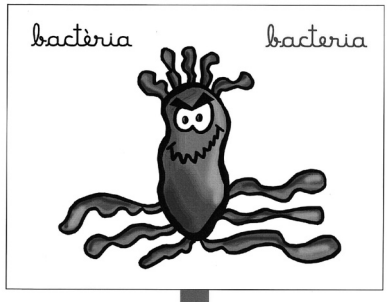


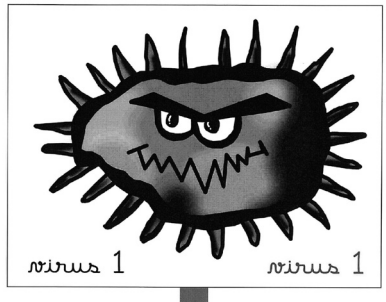












Sección VII

Actuaciones en casos de inventarios reducidos

Capítulo 41

Llamamiento urgente. Acciones intensivas y dirigidas de citación

Roberto J. Roig Oltra, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Hematología y Hemoterapia, Jefe del Servicio de Hemodonación y Aféresis del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: roig_rob@gva.es

Teresa Atienza Martin, Licenciada en Bellas Artes. Directora de Enfermería del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: atienza_ter@gva.es

Luis R. Larrea González, Doctor en Medicina y Cirugía. Jefe del Servicio de Procesamiento del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: larrea_lui@gva.es

"No podemos resolver problemas de la misma manera que cuando los creamos"
Albert Einstein

La escasez de sangre se convierte en ocasiones en una auténtica situación de crisis que afecta al trabajo cotidiano de todos los profesionales del banco de sangre/centro de transfusión.

La estacionalidad de estas crisis, y su reiteración año tras año nos obliga a contemplar, como si de una acción más se tratara, la gestión de la situación de crisis como una herramienta más de comunicación.

Para aplicar correctamente la gestión de una situación de crisis debemos conocer en esencia: 1) cuál es el desencadenante, 2) cuáles son las previsiones de entradas, y sobre todo, 3) con qué medios hacemos frente al problema.

Entenderemos como situación de crisis aquella que se produce cuando las reservas se sitúan por debajo de 3 días de inventario, o en su defecto cuando alguno de los grupos se sitúa por debajo del 20%, durante un periodo superior a una semana.

Este primer paso nos daría una definición objetiva de una situación de crisis, eliminando de este modo interpretaciones erróneas de la realidad.

Para evaluar correctamente la situación debemos conocer al detalle cual ha sido el desencadenante, ya que a igual desencadenante debemos aplicar los mismos métodos de solución.

Por otro lado es evidente conocer cuáles son las previsiones de entrada de sangre y de igual manera ver las posibilidades que existen de actuar sobre la planificación, estudiando la capacidad de variar protocolos e incorporar donaciones extraordinarias.

Una vez ubicados sobre la crisis planteamos la actuación en función de la gravedad con que ésta se determine. De esta manera contemplamos diversa intensidad de actuación.

La actuación frente a una situación de crisis que se evalúe como leve debe superarse siguiendo los siguientes pasos:

1. Aumento del número de llamadas de las tele-operadoras sobre los grupos más necesitados.
2. Cambio de los protocolos de llamadas de estas operadoras, pasando del protocolo normal al protocolo de emergencia.
3. Llamamiento de emergencia, en medios de comunicación local, a aquellas zonas a las que se desplace el equipo móvil.
4. Aumento de acciones de promoción directa a nivel calle.
5. Solicitud de colaboración a ayuntamientos para la emisión de bandos y cartas de refuerzo a asociaciones.

La actuación frente a una situación de crisis más prolongada debe unir, a los parámetros marcados en la fase anterior, las siguientes acciones:

- Creación de ejes de comunicación de la crisis.
- Definición del portavoz frente a los medios de comunicación. Para no perder el principio de "fidelidad informativa".
- Llamamiento de emergencia en radios con emisión en ámbito provincial y/o regional.
- Envío de cartas de refuerzo a donantes de los puntos de extracción programados durante las siguientes semanas.
- Envío de cartas de refuerzo a colegios e institutos de la zona de donación para su reparto entre los alumnos.
- Buzoneo en las zonas de actuación de las unidades móviles.

El siguiente paso requiere, necesariamente, de la aprobación por parte de los máximos responsables sanitarios. La situación será superada con la adición, a las acciones anteriores, de las siguientes herramientas:

- Llamamiento de emergencia en medios de comunicación general.
- Llamamiento de emergencia a colaboradores de los puntos en donde se efectúe extracción de sangre.
- Pegada masiva de cartelería en zonas de extracción.

Debe dejarse como último recurso ante una situación que se considere como muy grave:

- Llamamiento a la sociedad por parte de la máxima autoridad sanitaria de la comunidad.
- Inserción publicitaria en medios de difusión masivos y en emisoras de cobertura autonómica con llamamiento de urgencia.

Como norma general existen tres periodos del año que hacen entrar a los centros de transfusión en situación crítica. Estos son, sistemáticamente, la Navidad, verano y Semana Santa. La experiencia acumulada en años previos hace que estos periodos se contemplen de manera específica y cuenten con su propio plan de actuación.

Crisis Estacionales

La experiencia junto con los datos de donación, en los últimos años, ofrece una clara visión de las épocas del año, con sus diferentes peculiaridades, que se resienten de manera especial en lo relativo a la donación de sangre:

- Navidad
- Semana Santa
- Verano.

A continuación planteamos tres protocolos de actuación, a modo de manual de crisis, que nos permitirán prever la escasez y actuar con antelación sobre la sociedad, evitando así los llamamientos de emergencia y la alarma social que esto crea.

Navidad

Por sus especial característica, la Navidad resulta el periodo del año en el que nuestro mensaje de solidaridad resulta mucho más efectivo. Nuestras acciones y sobre todo el contenido de estas deben reforzar esta oportunidad.

Dada la experiencia de los últimos años, y el concienzudo análisis de los resultados obtenidos, planteamos la necesidad de trabajar de manera más intensa durante las tres semanas previas a la Navidad. La correcta planificación en el tiempo de nuestro trabajo debe permitir llegar a esta época con un stock adecuado de sangre, y lo que en ocasiones es igualmente importante, evitar las acumulaciones de tareas, la desmotivación del personal del equipo móvil y, en definitiva, la atención inadecuada al donante.

Con carácter general, se plantea el siguiente esquema de trabajo:

1. Presentación de la campaña de Navidad al personal del centro:

   Como punto de partida de todas las acciones emprendidas se contempla, de forma anual, la presentación de la campaña a los empleados del centro. Esta reunión, de carácter informal, tiene por objeto

dar a conocer, a los principales afectados, necesidades, expectativas, riesgos y oportunidades del trabajo que se va a realizar en un periodo breve de tiempo. Esta acción, enmarcada dentro de las actividades de comunicación interna, permitirá ir creando líderes de opinión afines a las decisiones de dirección, ofreciendo argumentos a aquellas personas que ven su trabajo con un marcado contenido social. Además, esta reunión puede adquirir una filosofía de debate sobre acciones emprendidas en momentos puntuales, siendo además el momento perfecto para contrastar experiencias.

2. Acciones de gabinete de prensa:

Gabinete de prensa en medios generales:

- Presentación en rueda de prensa de necesidades para las fechas navideñas.
- Apoyo a acciones especiales previstas en estas fechas: programación de colectas en diferentes clubes deportivos; visita a nuestras instalaciones de un personaje famoso, con/sin donación, etc.).
- Seguimiento diario y gestión de reportajes sobre la situación de los Centros y sus necesidades.

Gabinete de prensa en medios locales:

- Gestión de entrevistas, programas debate...
- Envío de vídeo promocional del centro de transfusión a las cadenas televisivas que previamente confirmen su emisión.

3. Acciones con los ayuntamientos: se concretan en estas fechas con una "carta especial" dirigida a los jóvenes que van a cumplir 18 años; llamada a las concejalías con competencias en materias sociales (sanidad, juventud, deporte) solicitando su colaboración; en especial solicitando llamamientos informativos (bandos) sobre la donación y la urgencia del momento.
4. Donación de sangre y mensaje solidario de un personaje famoso: Esta acción, multiplica su efectividad con un adecuado seguimiento desde el gabinete de prensa permitiendo consolidar la figura del "Prescriptor" entre la sociedad en general. Asimismo, el desarrollo de este tipo de acciones genera el suficiente flujo informativo que evita la emisión en medios de un llamamiento de emergencia solicitando sangre. Como complemento a esta acción se puede trabajar en la grabación, por parte de estos personajes, de cuñas publicitarias (espacio publicitario breve que se incluye en un espacio de radio y/o televisión) para emitir durante los periodos críticos y, evidentemente, gestionando con la dirección de los medios su difusión gratuita.
5. Acciones publicitarias específicas: El inicio de acciones publicitarias programadas contribuye a mejorar los resultados de las colectas. Ahora bien, es fundamental trabajar de manera coordinada y sinérgica entre los medios a utilizar, de forma que las diferentes acciones se refuercen entre sí. Es importante señalar, por su contrastada efectividad, la necesidad de trabajar con: radio, televisión, MUPIS (soportes publicitarios ubicados en las calles más concurridas de las ciudades. Alojan carteles de diferentes medidas pero el soporte más estandarizado es de 120 x 176 cm. Tienen funcionalidad de retroiluminación y disponen de dos caras que se pueden contratar de manera independiente) y prensa escrita. En este mismo sentido cabe señalar que deben realizarse las gestiones necesarias con la dirección de los diferentes medios para conseguir la inserción gratuita de nuestra publicidad (dado el fin) en determinados medios escritos. Del mismo modo se debe contar con diversas cuñas promocionales grabadas por personajes famosos para su emisión radiofónica.
6. Acciones especiales: Aprovechar las relaciones consolidadas con entidades de nuestro entorno que, por su carisma e imagen pública, pueden generar acciones de promoción en estas fechas. Estas acciones, que podemos considerar como "especiales", tienen por objeto conseguir un alto número de donantes, al tiempo que ofrecen una imagen del centro, en los medios de comunicación ligada a los mensajes propios de esta época (no hay que olvidar la socorrida "solidaridad navideña"). A estas acciones, ya consolidadas, deben unirse las que nos ofrezca un adecuado análisis de oportunidades.
7. Memoria anual. La capacidad de obtener datos en tiempo real permite al centro ofrecer, una vez finalizado el año, los datos de donación y distribución. Esta información debe ser canalizada, de manera coordinada, a tres públicos distintos: el primero de ellos, es el formado por los empleados del centro/servicio de transfusión, ellos son los primeros implicados en los resultados y ellos han sido los que, durante la campaña de Navidad, han debido obtener la sangre necesaria. De este modo estaremos implantando acciones informativas a nivel interno. El siguiente público sobre el que se debe trabajar es el de los donantes, a ellos debe remitirse, en el enunciado de la carta de citación, una breve reseña con los datos fundamentales del año anterior, esta reseña puede incluir: número de donantes, número de receptores y necesidades futuras. Esta modificación en la carta de citación, durante el primer trimestre del año siguiente, ayudará a modificar contenidos y a conseguir despertar la atención sobre la carta, más allá de la simple citación. El tercer público, igualmente importante, es

el constituido por los medios de comunicación, a ellos debe ofrecerse el balance del año a la mayor brevedad posible; ahora bien, debemos ser conscientes que esta presentación será realizada, previsiblemente, por la máxima autoridad sanitaria de la región, con lo que nuestro trabajo debe centrarse en la elaboración del dossier y el posterior uso del mismo en los medios que no lo hayan recogido informativamente.

Mención especial merecen los colaboradores del centro de transfusión/banco de sangre. A ellos se remitirá, durante el mes de enero del año en curso, los datos estadísticos más importantes para su conocimiento. Esta información que se remitirá por correo, pretende ofrecer argumentos e implicar activamente a personas que en la mayor parte de los casos, desconocen incluso el número de donaciones que se efectúan, en concreto, en su población.

8. Colecta de sangre extraordinaria: Sin calificarlo como una acción especial, es de destacar la necesidad de realizar una extracción extraordinaria de sangre con motivo de la Navidad. Esta acción, tiene un tratamiento especial y se consolidará, en el tiempo, como una tradición más en el entorno navideño. El acto queda arropado por el envío de citaciones a donantes dormidos, por un extenso buzoneo en el área de influencia y por la difusión en los medios de comunicación locales. Es conveniente, para asegurar el éxito de la acción, buscar el apoyo de algún colectivo específico con implantación en la ciudad.
9. Reconocimiento a empresas: Con el descenso de donaciones, consideradas como clásicas como las que se derivan en acuartelamientos militares o la universidad, las empresas (públicas y privadas) adquieren cada vez más importancia. Reconocer públicamente su trabajo y premiar simbólicamente su colaboración es fundamental para continuar teniendo su colaboración en los años sucesivos. En este entorno, se plantea pues la realización de un acto protocolario que con asistencia de los máximos responsables sanitarios, premie públicamente la labor de los empresarios. Este acto tendrá un desarrollo simple en el transcurso del cual deben consolidarse las relaciones y las posibles colaboraciones para el año siguiente. Es obvio que la realización de un acto de estas características debe contar con una adecuada repercusión en medios de comunicación**.**

   Como norma fundamental es necesario constituir un comité que evalúe previamente los baremos necesarios para establecer los premios sin herir susceptibilidades entre el colectivo empresarial.
11. Reconocimiento a mayores de 65 años: Con la misma filosofía de trabajo que en el punto anterior, se plantea la realización, también durante el periodo navideño, de un reconocimiento público a los donantes de más de 66 años que ya no pueden donar sangre por aplicación de la legislación vigente. Dicho acto debe tener, como única finalidad, reconocer públicamente la labor de estas personas en el transcurso de los años. Además, señalar que muchos de estos donantes "jubilados" pertenecen a poblaciones y colectivos en los que todavía pueden realizar una importante labor de promoción; este tipo de actos debe permitir captar a aquellas personas que puedan estar dispuestas a seguir colaborando con el centro de transfusión apoyando las tareas de promoción en sus lugares de origen.

Verano

Los meses de verano (varían dependiendo del hemisferio) son periodos especialmente complicados para la actividad de promoción. No debemos olvidar que los enfermos no tienen vacaciones y que, por lo tanto, la actividad transfusional prácticamente se mantiene intacta.

Durante estos meses, de forma histórica, se han ido adaptando las colectas a los hábitos de la población, con lo que se han desplazado las unidades móviles a zonas habituales de veraneo. Como siempre, la gente dona sangre en la medida en que le damos facilidades para que lo hagan.

Como hemos mencionado en el apartado "mensajes", estos meses cuentan con el refuerzo que supone el desarrollo de campañas publicitarias que tratan de crear conciencia social con aspectos como los accidentes de tráfico. Este efecto, fácilmente comprensible para el ciudadano, permite reforzar nuestra presencia pública asociada al aumento de la demanda hospitalaria. Por extensión debemos hablar siempre, manteniendo el contenido didáctico, del aumento que representa en el consumo de sangre, el incremento de los trasplantes de órganos derivados del aumento de los accidentes de tráfico.

Con carácter general se plantea un esquema de trabajo que debe de arrancar con la antelación suficiente al inicio de la campaña estival y finalizar con el retorno a la actividad cotidiana. En este caso hay que señalar, como necesarias, las siguientes acciones:

1. Presentación campaña a personal del centro de transfusión/banco de sangre.

   De nuevo como punto de partida se contempla la presentación de las necesidades y de las acciones previstas a todos los profesionales del centro de transfusión/banco de sangre. Esta presentación no necesariamente debe adquirir forma de reunión,

pudiéndose utilizar otros cauces para transmitir la información (agenda, publicación interna, intranet, etc…). De nuevo el objetivo perseguido es alcanzar un mayor grado de implicación con los objetivos perseguidos al tiempo que se busca un mayor conocimiento del trabajo que se realiza y de la efectividad del mismo. Esta comunicación no debe nunca sustituir a la reunión planteada al final del ejercicio, siendo única y exclusivamente estructurada para informar a los trabajadores sobre las previsiones en los próximos meses.

2. Acciones de gabinete de prensa:

   Gabinete de prensa medios generales. Nuestro trabajo en estos meses debe incrementarse de manera importante. Por un lado debemos señalar que el incremento de acciones nos permite un mayor número de apariciones en medios; por otro lado, ya es habitual en la programación de radio y televisión contar en estos meses con programas que no se emiten durante el resto del año y en los que resulta más sencillo trabajar con formatos tipo entrevista. Por último debe destacarse que la estructura de los medios de comunicación varía profundamente con la llegada del verano, los profesionales que han cubierto la información a lo largo de todo el año dejan paso en las redacciones a nuevos profesionales que realizan sustituciones y a los que, obligatoriamente, debemos ofertar nuestros reportajes.

   Cuando hablamos de gabinete de prensa en esta época del año debemos aplicar la máxima: *"Si vamos a tener que realizar algún llamamiento de emergencia, esperemos a que, en primer lugar, lo haga el resto del país".*

   Gabinete de prensa medios locales. Con el traslado de las unidades móviles a los lugares de veraneo, debe producirse también un traslado de las acciones de prensa a estos mismos lugares. Nuestra presencia en los medios locales debe duplicarse en relación al resto del año. Hay que disponer de un listado, actualizado mensualmente, de todos los medios de comunicación que operan en nuestro entorno. Es importante señalar que el éxito o fracaso de un gabinete de prensa a escala local va a depender siempre de la base de medios con que se cuente, entendiendo como medios de comunicación, no los que aparecen en las agendas de la comunicación o en publicaciones oficiales, sino todos aquellos que emiten o se distribuyen en cada población de nuestra área de influencia.

   Otra de las acciones a emprender con estos medios, en especial con las televisiones locales es, al igual que en Navidad, el envío de nuestro vídeo promocional para su emisión, gratuita, en los espacios de mayor audiencia.

3. Acciones especiales.

   La época estival permite desarrollar diversas acciones de carácter especial. Estas acciones se han iniciado, tradicionalmente, con la **celebración del Día Mundial del Donante de sangre.** Este día, en el que se debe convocar una rueda de prensa, marcará el punto de partida de toda la campaña de verano. El acto debe ir arropado con colectas en las que ofrezcamos carácter extraordinario a la jornada, contando al efecto con detalles adecuados (exclusivos para la ocasión) para nuestros donantes.

   La realización de este primer evento durante el año 2003, debe ser el punto de partida de un acto que debe consolidarse en el tiempo y que puede realizarse cada año en una provincia diferente.

4. Donación personaje famoso. Durante el largo periodo estival es obligado repetir, en nuestro centro, la visita de algún personaje famoso que colabore en la promoción la donación de sangre. El verano es un momento adecuado para contar con la presencia, especialmente del colectivo de deportistas, ya que en muchos casos han finalizado las competiciones oficiales y resulta más sencillo disponer de una parte de su tiempo. Al igual que durante la Navidad, debe aprovecharse la visita para conseguir la grabación de una cuña publicitaria que pueda ser posteriormente emitida por las numerosas radios locales que colaboran con nuestras acciones.

5. Acciones publicitarias específicas. Siguiendo la pauta marcada durante las navidades, debe contarse con un completo plan de medios de publicidad que contemple, al menos, la difusión de un anuncio en televisión, radio, mupis y autobuses urbanos. Es deseable realizar, por parte de nuestro departamento de promoción, las gestiones necesarias con las diferentes direcciones de los medios de comunicación escritos para conseguir la inserción gratuita de nuestra publicidad.

Semana Santa

La Semana Santa representa el tercer periodo del año más complicado para la promoción de la donación de sangre; de nuevo aquí nos encontramos con un desplazamiento masivo de ciudadanos que dejan su lugar de residencia, y por extensión de donación para desplazarse a otros lugares.

En este periodo de tiempo, al igual que en verano, debemos aprovechar las sinergias que se generan en relación con las campañas de tráfico, siendo por tanto necesario contar con un mensaje que refuerce los im-

pactos generados por estas campañas de publicidad. En líneas generales las acciones específicas de comunicación a emprender son similares a las que se realicen en verano. Siendo importante destacar que el trabajo con los medios de comunicación locales es fundamental para llegar al ciudadano desplazado fuera de las grandes ciudades. La campaña de publicidad en TV, los vídeos y cuñas a radios y televisiones locales, los bandos en los pueblos, el buzoneo y la promoción directa deben ser una constante de trabajo en esta época del año.

Todas las acciones contempladas en estos plazos de ejecución parciales contarán tras su ejecución con una evaluación cuantitativa y cualitativa que permita en el futuro depurar las acciones incluyendo aquellas que se estimen oportunas y desechando obviamente aquellas cuyos resultados no se ajusten a nuestras necesidades. La evaluación cuantitativa se producirá en términos económicos basados en el coste publicitario obtenido por los impactos generados, mientras que la evaluación cualitativa deberá efectuarse partiendo del número de donantes presentados tras la ejecución de cada una de las acciones programadas.

Como resumen, y a efectos prácticos, utilizamos el siguiente esquema en nuestro centro de transfusión, para actuación en situaciones de emergencia/crisis:

Stock mínimo: inferior a 3 días

1. En un grupo (ABO) determinado:
   - Información, a todo el personal a nuestro cargo, de la situación.
   - Llamadas telefónicas, personalizadas, de citación en todas las colectas de los días siguientes y sucesivos.
   - Utilización de emisoras locales de radio y televisión.
   - Llamadas a ayuntamientos y colaboradores locales.
   - SMS (mensajes a móviles) a los donantes del grupo requerido refiriendo la necesidad y urgencia de su grupo concreto.
2. Generalizado:
   - Información, a todo el personal a nuestro cargo, de la situación.
   - Megafonía en todas las colectas.
   - Telemarketing, personalizado, de citación en todas las colectas a realizar en los próximos días.
   - SMS a los donantes refiriendo la necesidad y urgencia de su donación.
   - Solicitar el apoyo de los ayuntamientos en la difusión del mensaje: bandos.
   - Utilizar emisoras de ámbito regional.
   - Preparación de entrevistas en radio y televisión.
   - Preparación de una nota de prensa para posibles preguntas de los medios de comunicación.

Stock en situación crítica: se prevé no poder proporcionar el suministro adecuado a los hospitales dependientes de nuestro entorno.

1. Convocatoria de rueda de prensa para efectuar un llamamiento a la sociedad para que, con su donación, restablezca de forma rápida los niveles adecuados de reserva.
2. Dar conocimiento de la situación a los servicios de transfusión dependientes de nuestro entorno.
3. Información, a todo el personal a nuestro cargo, de la situación.
4. Preparación de entrevistas en radio y televisión.
5. Preparación de una nota de prensa para posibles preguntas de los medios de comunicación.
6. Utilización masiva de los SMS.
7. Ampliación, al máximo, de los horarios de colecta, tanto de los puntos fijos como de las unidades móviles.

Por último cabe señalar que cuando nos encontramos en una situación crítica hemos de ser conscientes que todas estas acciones deben estar, perfectamente coordinadas, previamente planificadas y enfocadas a ponerlas en marcha en el primer día de la semana (siempre a partir del lunes). Si iniciamos acciones de llamamiento en fin de semana estaremos abocados al fracaso y a frustrar las expectativas de la población puesto que, difícilmente, seremos capaces de atender, adecuadamente, la demanda que el llamamiento genera.

Lectura recomendada

- Protocolos de actuación del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. Valencia, 2017

Sección VIII

Análisis postdonación

Capítulo 42

Programas de fidelización

JULIO FLORES PÉREZ. Licenciado en Biología. Responsable de la Unidad de Promoción de la Donación de la Agencia Gallega de Donación de Sangre, Órganos y Tejidos (ADOS). Santiago de Compostela (Galicia). España. Email: julio.flores.perez@sergas.es

Los centros de transfusión destinan una parte importante de sus recursos a la captación de donantes nuevos, pero también es preciso situar entre las prioridades estratégicas impulsar un plan de fidelización para alcanzar una amplia base de personas, con un sólido historial de donaciones a lo largo de su vida, que acudan a donar al menos una vez al año. Trabajar en la fidelización de los donantes de sangre será siempre menos costoso que convencer a la población no donante para que participe por primera vez.

El grupo de trabajo para la Promoción Integral Sostenible (PINSO) del Ministerio de Sanidad de España, ha propuesto cambiar el objetivo de alcanzar 50 donaciones por cada 1.000 habitantes /año y perseguir una meta con mayor componente cualitativo: lograr un índice del 3% al 4% de la población con más de 3 donaciones y al menos una donación al año1. Este grupo de trabajo establece cinco tipos de donantes, en función de su grado de compromiso, que han de recibir un trato diferenciado y personalizado: donantes de primera vez, en período de fidelización (de 2 a 5 donaciones), fidelizados, partidarios y comprometidos.

El proyecto DOMAINE (Donor Management in Europe) realizó una encuesta a 42 centros de transfusión de 35 países europeos y editó un Manual de Gestión de Donantes[2], en el que establece una clasificación de cuatro tipos de donantes:(Ver Figura 1)

Como patrón de referencia de la población europea de donantes, DOMAINE aporta la siguiente distribución en función de los diferentes tipos de donantes: (Tabla 1).

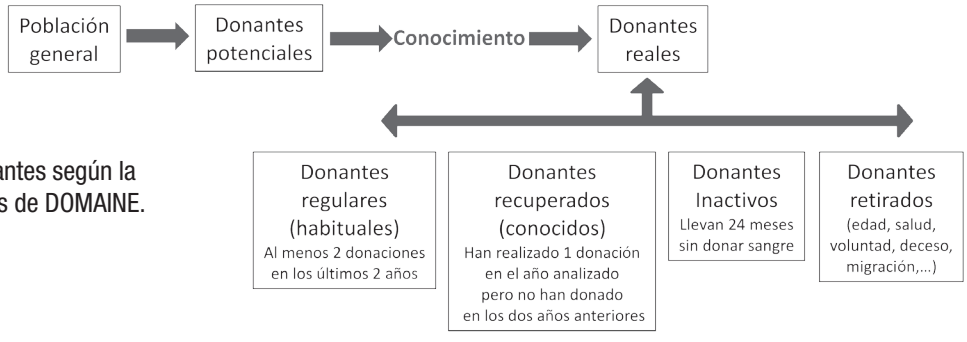


Figura 1. Tipos de donantes según la clasificación de donantes de DOMAINE.

Tabla 1. Composición de la población europea de donantes. Encuesta DOMAINE.

DONANTE RECIÉN REGISTRADO	DONANTE NUEVO	DONANTE HABITUAL	DONANTE RECUPERADO	DONANTE INACTIVO
19%	15%	21%	21%	24%

La actividad sanitaria necesita personas que donen sangre de forma habitual y responsable y, por tanto, deberíamos preguntar periódicamente a las personas que acuden a donar y a los que han dejado de donar, qué aspectos de nuestra organización y de la atención que les prestamos es necesario mejorar para que nos cedan generosamente un líquido vital que no se puede obtener de otra forma [3-9]. Existe consenso en que los donantes fieles están relacionados con donaciones más seguras [10,11] y, por tanto, por economía y por seguridad, la fidelización ha de ser el primer objetivo estratégico de nuestras organizaciones.

Primero preguntar

El primer paso para lograr una adecuada fidelización es conocer, mediante un método reglado, lo que solicitan los donantes de sangre para participar de forma regular. En las encuestas de satisfacción que hemos realizado [12-15], se han detectado factores de fidelización antes, durante y después de la donación. Es decir, primero hay que preguntar a los donantes cuáles son los aspectos a los que otorgan más relevancia y después tenemos que hacer bien aquello que más les importa.

Tabla 2. Factores de fidelización detectados en las encuestas de satisfacción.

PRE-DONACIÓN	DONACIÓN	POST-DONACIÓN
- Imagen de la institución. - Información de la donación, utilidad y necesidades. - Frecuencia de colectas y facilidades para donar. - Publicidad en medios de comunicación. - Convocatoria de donantes personalizada (correo postal, teléfono, sms, mail, twitter, Facebook.)	- Agilidad en la atención. - Correcta atención técnica (venopunción). - Intimidad y confort (ausencia de estrés).. - Atención personalizada. - Refrigerio adecuado. - Locales y unidades móviles idóneos. - Correcta información médica. - Ambiente agradable y cordialidad.	- Rápida recepción de análisis y agradecimiento por su donación. - Desarrollo de eventos de reconocimiento social. - Comunicación interactiva (teléfono gratuito, facebook, twitter, mail…). - Información periódica sobre el destino final de las donaciones, legislación, evolución de la participación.

La labor de nuestras organizaciones se puede testar mediante los parámetros de calidad percibida por los donantes a través de encuestas de satisfacción, que tienen una vinculación directa con su nivel de fidelización. Existen varias formas de realizar estas encuestas (personal, telefónica, mail, redes sociales, auto-encuesta en unidades móviles y locales de donación) y se ha de impulsar un análisis prospectivo de la actitud de la población ante la donación de sangre, al menos cada tres años, para identificar segmentos de la población predispuestos a participar, así como las motivaciones y objeciones más comunes y un análisis retrospectivo del donante asiduo y del esporádico, con una periodicidad anual o bianual, para conocer los aspectos que hay que mantener, vigilar o mejorar en nuestra actividad.

Existen diversos estudios que indagan las motivaciones para donar sangre [16-18], que coinciden en la influencia de familia/amigos, la información sobre las necesidades, las facilidades para donar sangre y el sentimiento de solidaridad/altruismo como los factores que más influyen en la población. Señalo el estudio realizado por Fernández Montoya[19], durante 7 años, el cual indica que a medida que se logra fidelizar a los donantes de sangre, se incrementa su nivel de confianza y el sentimiento de solidaridad y utilidad de este gesto solidario.

Se pueden agrupar los factores de fidelización en tres bloques: 1. Campañas informativas (comunicación y publicidad). 2. Correcta atención técnica y trato personalizado. 3. Locales y unidades móviles idóneas para atender a los donantes de sangre.

Uno de los factores más solicitados por los donantes es "información", lo que traducido a la actividad que nos ocupa significa diseñar e impulsar un plan de comunicación que nos permita disponer de una presencia razonable en los diferentes medios y plataformas de comunicación de nuestro entorno. Tenemos que saber qué es lo que queremos comunicar (eje de comunicación), utilizar herramientas adecuadas y disponer de un equipo profesional de promoción y de una red de voluntariado para que donantes y público en general conozca qué es una donación de sangre, quién puede donar sangre, dónde pueden participar, para qué se necesitan las donaciones de sangre, cuántas donaciones se precisan y, como es obvio, disponer de un plan anual de publicidad que tenga mayor incidencia en las épocas del año de mayor dificultad que suelen coincidir con los períodos de vacaciones.

Es necesario que la donación de sangre se visibilice mediante una estrategia de información tipo "lluvia fina" a lo largo de todo el año, en medios de comunicación convencionales y redes sociales, para que pueda ocupar un lugar destacado junto al resto de organizaciones no lucrativas que desarrollan intensas campañas de comunicación. Es evidente que lo que no se comunica no existe y lo que se comunica de forma inadecuada, de forma esporádica o no se dirige a un público objetivo apropiado, está condenado al fracaso.

Por otro lado, el factor humano es esencial para lograr que los donantes vuelvan a participar. Necesitan que se les atienda lo antes posible y que no se produzcan largas esperas, que la información que han de leer antes de la donación sea sencilla y clara, que la venopunción sea correcta, que la información del médico durante

la revisión de salud sea comprensible, que locales y unidades móviles donde son atendidos sean idóneos [20,21] y que el ambiente durante la donación sea cordial. El trabajo del personal sanitario es vital para lograr una atención personalizada, para que el donante entienda la importancia de donar de forma habitual y también para rebajar al máximo el estrés que pueda originarse durante la donación y, así, lograr que sea una experiencia agradable [22].

También existen factores que influyen tras haber finalizado la donación. El primero, y más importante, es no olvidar nunca dar las gracias al donante después de finalizar todo el proceso. También es cardinal lograr que la carta de agradecimiento que contiene los análisis de su donación llegue en pocos días al domicilio del donante, ya que cualquier demora puede causar una preocupación en el donante que siempre hay que evitar. Otro factor a impulsar es el establecimiento de canales de contacto, a través de teléfono o redes sociales, que permitan a los donantes enviar quejas o sugerencias de mejora de nuestra actividad, así como establecer herramientas de comunicación (publicaciones, revistas, web, Facebook, APP y web APP para smartphone, …) que suministren información periódica a los donantes sobre la actividad que se realiza en los hospitales gracias a su gesto solidario, cambios en la legislación y en los requisitos para donar, evolución de la tasa de donación, respuestas a dudas más frecuentes.

Otro de los factores más demandados es el desarrollo de actividades de reconocimiento social a los donantes de sangre, a nivel colectivo e individual, por las instituciones sanitarias y/o por las asociaciones de donantes. Esta iniciativa es muy importante para trasladar a la sociedad y a los donantes fieles, su compromiso con un gesto solidario que resulta trascendental para el correcto desarrollo de la actividad en los hospitales de nuestro ámbito de actividad.

Por último, es necesario articular una citación personalizada en función de canal escogido por cada donante la primera vez que acude a donar sangre (correo postal, SMS, mail, teléfono, redes sociales,…). El proyecto DOMAINE establece una tasa media de respuesta de donantes de sangre total de un 35%. En consecuencia, se podría afirmar que la tasa de donación de sangre debería alcanzar el 3% - 4% de la población general y la tasa de respuesta de los donantes, sumando las diferentes modalidades de citación, ronda el 35% de media, sobre el total de donantes que se pueden citar para donar sangre.

Encuestas

A continuación se describe la metodología a seguir en las encuestas que identifican los parámetros que es preciso medir para mejorar la fidelización de los donantes:

- Dinámicas de grupo a donantes de sangre y entrevistas en profundidad para determinar los atributos de imagen, motivaciones para donar y modelo de calidad de servicio.
- Determinar los aspectos y atributos del servicio y de la organización que se pueden medir mediante encuesta.
- Elaboración del cuestionario sobre aquellos aspectos señalados por los donantes en el estudio cualitativo.
- Realización de encuestas, a donantes de sangre habituales y a donantes que llevan más de dos años sin donar sangre, que cumplan los requisitos de significación estadística.
- Informe–resumen con los parámetros valorados que ha de plasmar la satisfacción media y también la valoración de la importancia que le otorgan los donantes a cada parámetro valorado.

Podemos medir cualquier actividad que realicemos: citación de donantes, satisfacción con los materiales y campañas informativas, idoneidad de las unidades móviles y locales de donación, trato recibido durante la donación, opinión sobre el material utilizado en la atención al donante, días de la semana y horarios más adecuados, evolución de las objeciones más comunes a lo largo del tiempo, grado de recuerdo y satisfacción con los diferentes medios utilizados para la comunicación (prensa, radio, televisión, redes sociales,…). Todo se puede medir y todo es susceptible de mejora para lograr el objetivo de incrementar la fidelización de los donantes de forma sostenible [12].

En nuestra experiencia, las encuestas realizadas a los donantes activos nos han facilitado información sobre aspectos a mejorar: relax durante la donación, agradecimiento del personal sanitario, campañas informativas, agilidad en el envío de la analítica al domicilio del donante, frecuencia de visitas de las unidades móviles e idoneidad de los locales de donación en los hospitales. La aplicación de las acciones correctoras demandadas por los donantes activos nos ha permitido pasar de un porcentaje de donantes habituales del 65,1% del total de los que participaron en 1998 al 74,4% en 2015. Subir cada escalón de la fidelización supone un gran esfuerzo, pero bajar de golpe varios escalones puede suceder con facilidad si no se cumplen las expectativas que solicitan los donantes.

Por otro lado, las encuestas realizadas a los *donantes no activos* mostraron que el 50% de los donantes esporádicos alegaban problemas de salud para no acudir

a donar con regularidad, lo que nos indicó la necesidad de impulsar campañas informativas sobre los requisitos reales para poder donar sangre. El 25% de los donantes no activos reclamó un horario más amplio, lo que nos permitió estudiar cada colecta para ajustar los horarios y adaptarlos a las demandas de los donantes. El impulso de las mejoras demandadas por los donantes no activos nos ha permitido pasar de recuperar 3.229 donantes en 1998 (donantes que llevaban dos años ó más sin donar sangre), lo que representó el 5,6% de los que donaron sangre ese año, a recuperar paulatinamente un número creciente de donantes esporádicos a lo largo de los años hasta alcanzar 12.018 donantes recuperados en 2015 (el 15,6% del total que participó).

También se pueden llevar a cabo encuestas a segmentos de población más específicos, como el colectivo universitario, que nos solicitó:

- Mejorar las charlas en cada centro universitario para que fuesen más comprensibles, vencer las objeciones más comunes (debilidad, riesgo de contagio, comercio), aclarar la utilidad de las donaciones, incidir en la necesidad de obtener donaciones todos los días e informar de manera más exhaustiva sobre los requisitos para donar sangre.
- Incrementar las facilidades para donar sangre: ampliar horarios y dimensionar de forma adecuada los equipos sanitarios, en función de la previsión de afluencia, para reducir los tiempos de espera hasta ser atendidos e incrementar los días de colecta en los centros universitarios con mayor afluencia de donantes.

Los cambios introducidos para mejorar la campaña en las universidades lograron un aumento del 43,6% en la participación en el curso 95/96 respecto al curso anterior, fundamentalmente gracias a que se incrementó en dos veces y media la afluencia de los donantes habituales.

A continuación se refleja un ejemplo de una encuesta telefónica realizada en 2009 (1.000 entrevistas a donantes de sangre, nivel de confianza del 95,5%, error muestral +/- 3.15% y estratificación en función del peso de las donaciones por provincia y tipo de colecta).

Como se observa en la Tabla 3, la valoración de los donantes es bastante correcta y no existen grandes diferencias en la satisfacción media (escala de 1 a 10) entre los parámetros evaluados. Sin embargo, se pueden identificar claramente los aspectos más importantes para los donantes en la Tabla 4: información, trato recibido durante la donación e idoneidad de las unidades móviles. Es decir, se puede conocer la satisfacción media y también la importancia de cada parámetro (hábitos, preferencias, percepciones,…) para tratar de impulsar un programa de mejora continua de todos los aspectos que influyen en la fidelización.

Tabla 3. Media aritmética de la importancia de los aspectos que componen la calidad del servicio.

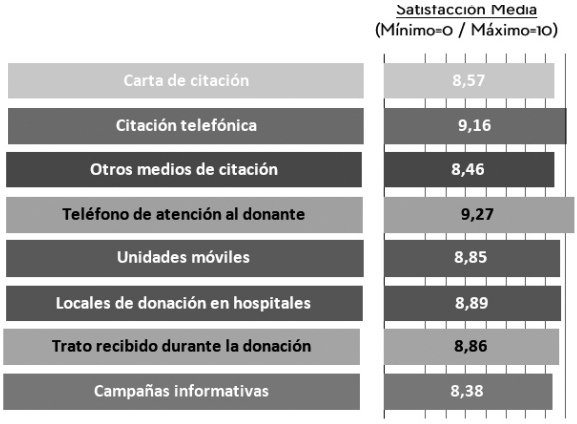
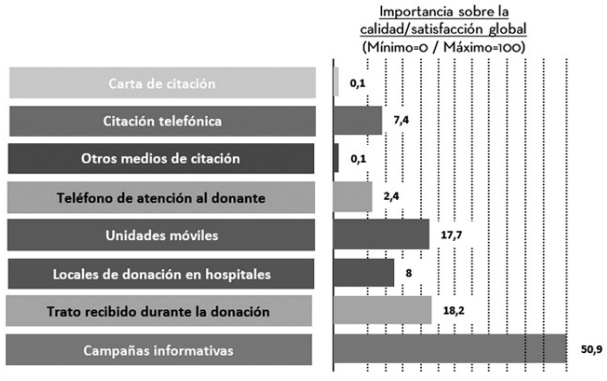


Tabla 4. Media ponderada de las valoraciones sobre cada componente de la calidad del servicio.



Se pueden obtener datos más específicos con estas encuestas, tal y como se observa en las Tablas 5 y 6, que miden la satisfacción media y priorizan los parámetros más importantes para los donantes tanto en unidades móviles como en los locales de donación de los hospitales.

Tanto en la atención a los donantes en unidades móviles como en locales de donación, podemos descender a un nivel de detalle que nos permita mejorar aspectos muy específicos de nuestra actividad y realizar un seguimiento anual de su evolución, en función de los mecanismos correctores que se hayan introducido en la organización de las campañas de donación y en los procedimientos de atención a los donantes de sangre. Estas encuestas también permiten conocer los aspectos más importantes para los donantes, que están por encima de la media, y esto nos facilita información para distribuir de forma eficiente los recursos de promoción y comunicación, ajustar y mejorar los parámetros de atención al donante o incluir aspectos a mejorar en los programas de formación del personal sanitario.

Tabla 5. Satisfacción media e importancia de cada parámetro de la calidad del servicio en las unidades móviles.

(1) Media aritmética de la importancia de los parámetros de la donación de sangre en las UNIDADES MÓVILES
(*) Parámetros por encima de la media

Para entender la necesidad de preguntar su opinión a los donantes de sangre, recordamos un pasaje de la novela *Alicia en el País de las Maravillas* de Lewis Carroll:

Alicia: — *¿Qué camino debo tomar?*
Gato: — *¿Dónde te gustaría ir?*
Alicia: — *No lo sé.*
Gato: — *Entonces, cualquier camino te llevará allí.*

Si no conocemos lo que quieren los donantes para que su nivel de satisfacción sea adecuado es porque no se lo preguntamos y, en consecuencia, estamos trabajando en base a intuiciones y no a evidencias. Es decir, tomaremos un camino incierto que seguramente no conduzca a alcanzar una base creciente de donantes fidelizados, que aseguren el abastecimiento hemoterápico de los hospitales de nuestro ámbito de trabajo.

Otra cuestión importante es tomar los resultados de estas encuestas como base para la mejora sostenible e incrementar, de forma paulatina, la fidelización[23]. En nuestra experiencia hemos comprobado que existen herramientas estadísticas muy útiles para trazar un mapa de situación con los parámetros que hemos medido y que, posteriormente, nos permiten tomar decisiones eficientes (ver Tabla 7). Mediante un análisis de regresión múltiple, que enfrenta la satisfacción media de cada factor y la dispersión de cada valoración, obtenemos una tabla dividida en cuatro cuadrantes que nos indica las decisiones sobre cada parámetro, a la hora de destinar recursos económicos o esfuerzo de promoción o del personal sanitario:

- *No invertir más recursos*, ya que existe un alto grado de satisfacción y los donantes no consideran que esos parámetros tengan una elevada importancia.
- *Vigilar,* porque a pesar de que los donantes no otorgan demasiada importancia a esos parámetros, hay cierto grado de insatisfacción.

Tabla 6. Satisfacción media e importancia de cada parámetro de la calidad del servicio en los hospitales.

Parámetros de calidad en LOCALES DE DONACIÓN	Satisfacción Media (Mínimo=0 / Máximo=10)	Importancia sobre la calidad/satisfacción global (Mínimo=0 / Máximo=100)
Tiempo de espera en el local hasta que es atendido	8,86	10,3
Señalización dentro del hospital	7,88	19,9 *
Comodidad dentro la sala de donación	8,50	12
Amabilidad y trato del personal de enfermería	8,78	34,2 *
Amabilidad y trato del médico	8,83	28,8 *
Información suministrada sobre la donación	8,92	13,1
Interés mostrado en la atención al donante	8,99	20,9 *
Aspecto general de la sala de donación	8,67	0,8
Ambiente de cordialidad en la sala de donación	8,93	0,5
Información y atención del médico	8,92	2,3
Agilidad en la atención durante la donación	8,91	10,2
Horario de atención a los donantes	8,93	9
Material utilizado para la donación	8,87	17,8 *
Información suministrada sobre los requisitos para donar sangre	8,92	20,4 *
Importancia media media (1)	**8,61**	**14,3**

(1) Media aritmética de la importancia de los parámetros de la donación de sangre en los LOCALES DE DONACIÓN en hospitales

(*) Parámetros por encima de la media

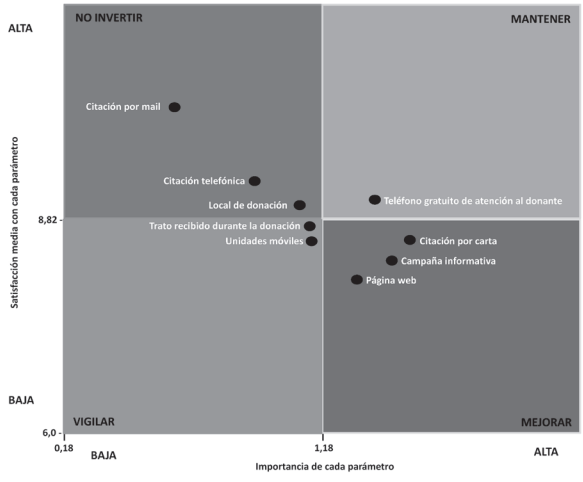
- *Mantener,* ya que existe un alto grado de satisfacción en parámetros que son importantes para los donantes.
- *Mejorar*, porque hay parámetros considerados importantes por los donantes que no cuentan con un alto grado de satisfacción.

Tabla 7. Toma de decisiones tras un análisis de regresión múltiple.

NO INVERTIR	**MANTENER**
VIGILAR	**MEJORAR**

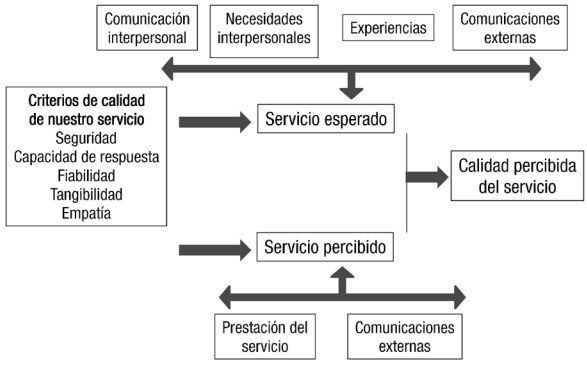
A continuación se muestra un ejemplo concreto obtenido tras una encuesta:

Tabla 8. Ejemplo de tabla obtenida tras un análisis de regresión múltiple para toma de decisiones.



Tal y como se observa en la Tabla 8, existían parámetros que no era necesario mejorar, como la citación telefónica o por mail; que había que vigilar, como el trato recibido durante la donación o la idoneidad de las unidades móviles; que había que mantener, como el servicio gratuito de atención telefónica al donante; y otros que era necesario mejorar, como son los relacionados con la citación de donantes por carta, la página web y la inversión que se realizaba en las campañas informativas. Con este método de trabajo se optimizan recursos y esfuerzos para la captación y fidelización de donantes, ya que la calidad percibida compara el servicio esperado con el percibido y la satisfacción alcanzada nos permite mejorar nuestra organización en la búsqueda del ansiado incremento en la fidelización:

Figura 2. Diagrama del proceso para obtener la calidad percibido por el servicio prestado a los donantes.



Lo que esperan los donantes del servicio que se va a prestar –la donación de sangre– se basa en la suma de experiencias personales, influencia de terceras personas e información que reciben a lo largo de su vida, que comparan con la realidad percibida antes-durante-después de la donación, así como las comunicaciones externas que reciben a través de medios de comunicación convencional y redes sociales. La calidad percibida se articula mediante una serie de atributos que ponen a prueba aspectos relacionados con:

- Seguridad del proceso: material esterilizado, correcta venopunción, reacciones adversas.
- Capacidad de respuesta: poco tiempo de espera hasta ser atendido, agilidad para cumplir sus peticiones, envío del correo de agradecimiento con la analítica en un plazo razonable…
- Fiabilidad: ser capaces de cumplir todo aquello que comunicamos.
- Tangibilidad, con su máximo exponente en la calidad y aspecto de las unidades móviles y locales de donación, así como la idoneidad del material utilizado para atender a los donantes.
- Y, sobre todo, la empatía del personal que lo atiende, sentirse valorado cuando realizan este gesto altruista y recibir el agradecimiento del personal sanitario, factores fundamentales en un programa de fidelización eficiente.

Seguimiento de la fidelización

A continuación se plantean una serie de preguntas de obligada respuesta por las organizaciones que se dedican a asegurar el autoabastecimiento de componentes sanguíneos y que generan controversia en muchas ocasiones:

- ¿Quién fideliza y quién realiza el seguimiento de la fidelización?
- ¿Tenemos índices para medir la fidelización? ¿Los medimos?
- ¿Cuántos donantes nuevos ganamos y perdemos cada año?
- ¿Cuánto donantes con más de 5 donaciones ganamos y perdemos cada año?
- ¿Investigamos los factores de fidelización?
- ¿Actuamos sobre ellos?
- ¿Tenemos herramientas informáticas para analizar la fidelización?
- ¿Las utilizamos para realizar mejora continua?
- ¿Les preguntamos periódicamente a los donantes?
- ¿Está implicada toda la organización en la fidelización?
- ¿Queremos bolsas de sangre o donantes fidelizados?

Los centros de transfusión y bancos de sangre son organizaciones del sector sanitario, cuya función primordial es suministrar componentes sanguíneos a los hospitales de su ámbito territorial, para que puedan desarrollar la actividad sanitaria dependiente de una adecuada cobertura hemoterápica. Su misión será, por tanto, captar y mantener personas que donen sangre de forma regular, anónima, voluntaria, altruista y responsable. Por tanto, es una actividad enfocada a personas que están dispuestas a colaborar para que otras personas puedan recuperar su salud y, por tanto, nunca se debería de hablar de "bolsas de sangre" sino de "personas" que donan sangre.

Por otro lado, es fundamental establecer de forma clara los indicadores que muestran la evolución en la fidelización de los donantes, para que podamos realizar una medición y un seguimiento de su evolución, de cara a establecer programas de mejora sostenible[24]. Si sabemos lo que tenemos que hacer y no lo hacemos, estamos peor que al principio, decía Confucio; por tanto, preguntar al donante, identificar los parámetros que influyen para que repitan su donación, medir de forma periódica esos parámetros y actuar sobre ellos, sería

un proceso lógico que en algunos casos no se aplica en nuestras organizaciones.

A continuación, se muestran diversos indicadores (valores absolutos y porcentuales, sobre el total de donantes que participan en cada año analizado y sobre el total de donantes disponibles en la base de datos) que pueden ser manejados para disponer de un mapa de situación de la fidelización de los donantes:

- Número total de donantes registrados.
- Número de donantes que se presentan a donar y número de donantes que participan.
- Número de donantes nuevos que se presentan a donar y que participan.
- Número de donantes habituales cada año (aquellos que han realizado al menos una donación en los dos últimos años), que nos aporta información sobre la base real de donantes de sangre que dispone nuestra organización.
- Número de donantes recuperados (aquellos que realizaron una donación en el año analizado pero que llevaban más de dos años sin donar sangre).
- Número de donantes inactivos (aquellos que llevan 24 meses sin donar sangre).
- Número de donantes retirados (los se dan de baja de la base de datos por sobrepasar la edad máxima, problemas graves de salud, voluntad propia, fallecimiento, migración.)
- Número de donantes que realizaron una donación en el año analizado y que han realizado más de 5 donaciones a lo largo de su vida.
- Número de donantes nuevos del año anterior que no participan en el año analizado.
- Número de donantes que han dejado de donar en el año analizado y que han realizado más de 5 donaciones a lo largo de su vida.
- Número de donaciones por cada 1.000 habitantes.
- Número de donaciones reales frente a número de donaciones objetivo.
- Número de donaciones fructíferas e índice de repetición (donaciones por donante cada año).
- Número de donaciones en unidades móviles y número de donaciones en locales de donación.
- Número de donaciones frente a número de donantes con una donación.

Es necesario que la organización realice un seguimiento cualitativo de la participación de los donantes y no se conforme solamente con el análisis del número total de donaciones de sangre o de la tasa de donación. La evolución de estos indicadores es un termómetro fiable para comprobar si cada parte de la organización está cumpliendo con lo que solicitan los donantes en las encuestas de satisfacción. Este diagnóstico periódico de la fidelización es clave para lograr la sostenibilidad del programa de donación de sangre.

Además, hay que identificar claramente las diferentes partes de la organización que inciden en la captación y fidelización de los donantes y cuál es el grado de responsabilidad de cada una. Las tareas desarrolladas por el equipo de promoción inciden más en el porcentaje de donantes nuevos y tienen un menor peso en los parámetros relacionados con la fidelización de los donantes; justo al contrario sucede con el trabajo desarrollado por el personal de hemodonación, que tiene mayor peso en la fidelización y recuperación de los donantes. También hay que contar con la labor del equipo de trabajo que apoya la captación y fidelización de donantes desde la unidad administrativa (elaboración del material informativo, gestión de los permisos de colectas, citación de donantes, gestión de la base de datos,…). Por tanto, parece necesario ponderar la influencia del trabajo del equipo de promoción, de hemodonación y de administración en la captación de donantes nuevos, de donantes habituales y en la recuperación de los donantes. Una propuesta de distribución de los objetivos a alcanzar en nuestras organizaciones podría ser la siguiente:

Tabla 9. Propuesta de distribución de objetivos de captación y fidelización.

TIPO DE DONANTES	PROMOCIÓN	HEMODONACIÓN	ADMINISTRACIÓN
NUEVOS	50%	40%	10%
HABITUALES	30%	60%	10%
RECUPERADOS	20%	60%	20%

En resumen, es fundamental establecer indicadores que reflejen fielmente cómo evoluciona la captación y fidelización de los donantes y medirlos de forma regular, así como ponderar el grado de responsabilidad de cada una de las partes de la organización que influyen en la consecución de estos objetivos. Cada una ha de aceptar su grado de responsabilidad en cada materia y conocer puntualmente la evolución de los índices, para poder establecer los mecanismos correctores de los programas y los procedimientos necesarios para alcanzar la eficiencia. Como conclusión, se puede establecer que si los donantes nos han dicho cuáles son los factores que debemos de cumplir para donar regularmente, lo lógico sería establecer indicadores de calidad de esos factores y medirlos de forma periódica para establecer las mejoras y los mecanismos correctores necesarios para cumplir sus expectativas.

Claves para fidelizar

Figura 3. Elementos del plan de marketing social que permite una adecuada fidelización.

La combinación necesaria para lograr una amplia base de donantes fieles que permita alcanzar la autosuficiencia de componentes sanguíneos y lograr un sistema transfusional más seguro, se asienta en el desarrollo un plan de marketing social [25-27] que cuente con:

- Equipos bien dimensionados y formados en promoción, hemodonación y administración.
- Análisis periódicos de la actitud de la población ante la donación de sangre para identificar motivaciones y objeciones, así como encuestas de satisfacción de donantes habituales y esporádicos para identificar factores de fidelización y áreas de mejora.
- Intenso plan de comunicación que logre hacer visible esta actividad solidaria.
- Plan de acción de promoción con estrategias segmentadas y un adecuado programa educativo dirigido a los escolares –en nuestro ámbito de trabajo se denomina Mensajeros Solidarios [28] y se realiza desde hace más de 20 años–.
- Impulso de un potente plan de fidelización desde la unidad de hemodonación.
- Desarrollo de colectas en unidades móviles o locales itinerantes para acercar la donación al lugar de residencia, trabajo o estudio de la población diana.
- Plan de formación continuada de las personas que forman parte de los equipos de promoción, hemodonación y administración para adquirir o reforzar las habilidades técnicas o sociales necesarias para cumplir los parámetros que demandan los donantes.
- Gestión continua de la base de datos que nos garantice un contacto permanente con los donantes por medio de diversos canales de comunicación directa (correo postal, teléfono, mail, redes sociales…). El registro fiel de los datos de cada donante en su primera donación y la actualización periódica de los mismos, resulta vital para una adecuada fidelización[29].

En este aspecto, es necesario citar el trabajo del grupo de fidelización de donantes del Servicio de transfusión de Sangre de Quebec y su propuesta de establecer un ciclo de marketing de cuatro etapas con resultados satisfactorios: marketing de posicionamiento y operativo para captación de donantes y marketing de relaciones y de reconocimiento para la fidelización[30].

Es obvio que la fidelización no se logra gracias a una varita mágica[31]. El plan de marketing es la única actividad que genera "ingresos" en forma de donaciones de sangre y, por tanto, los centros de transfusión han de invertir, cada año, entre un 5 y un 10% de su presupuesto en las actividades relacionadas con el plan de marketing para garantizar su sostenibilidad.

El grupo PINSO plantea que la inversión de recursos y esfuerzos siga la Ley de Pareto 80/20: el 80% para fidelizar al 20% de donantes nuevos y a los que están en período de fidelización y el 20% restante al 80% de los donantes fidelizados, partidarios y comprometidos.

El proyecto DOMAINE señala como programas de fidelización más eficaces la citación telefónica (aunque recuerda que es necesario establecer períodos de silencio entre cada citación para evitar la fatiga del donante), el contacto personal con el donante y la tarea desarrollada por las áreas de promoción y hemodonación. Incide en dos elementos que considera claves para la fidelización: desarrollar herramientas de comunicación y mensajes adaptados a cada tipo de donante y trabajar de forma continua para disponer de una base de datos actualizada. Las áreas de mejora citadas con mayor frecuencia han sido el tiempo de espera, los horarios de atención y la ubicación de las unidades móviles y locales de donación; aunque también considera muy importante la atención rápida y honesta de las quejas que trasladan los donantes. Además, hacen especial mención de la necesidad de impulsar programas para recaptación de donantes con exclusión temporal y también desglosa en detalle la distribución de esfuerzos y recursos en función de cada apartado de nuestra actividad:

Figura 4. Propuesta de distribución de esfuerzos y recursos (DOMAINE).

Es necesario señalar otro aspecto vital para la buena marcha de cualquier organización enfocada a las personas: la correcta captación de datos, mantenimiento, depuración y gestión de la base de donantes, principal "capital" de un centro de transfusión. Es fundamental que toda la organización, y en especial los equipos de hemodonación y administración, realicen diariamente la tarea de comprobación de los datos de filiación de los

donantes (nombre completo, dirección, localidad,…), de los datos que nos permitan contactar utilizando todos los canales posibles (teléfono fijo, teléfono móvil, mail…) y también comprobar si el donante ha cambiado de lugar de residencia, de trabajo o de centro de estudios y desea ser convocado para donar en un lugar diferente del que consta en nuestra base de datos.

También es fundamental formar, motivar e implicar al personal en contacto con los donantes (promoción, hemodonación y administración) para generar una cultura enfocada a la fidelización, necesaria para lograr el autoabastecimiento de componentes sanguíneos más seguros. Si el personal que se relaciona con los donantes no conoce los indicadores y la importancia de cada uno de ellos (ejemplo, captación y mantenimiento de datos de filiación, información sanitaria comprensible, correcta venopunción, tiempo de espera, material informativo sencillo y ameno), entonces la organización no está enfocada a las personas y está condenada a languidecer con el paso del tiempo. La pregunta que debemos responder periódicamente con honestidad es: ¿alcanzamos la calidad esperada por los donantes?

El trabajo del equipo de promoción, el correcto desarrollo de un plan de comunicación y el impulso de un programa de fidelización de donantes desde los equipos de hemodonación, logrará donantes habituales –aquellos que realizan al menos una donación al año– y, paulatinamente, un porcentaje de donantes fidelizados –los que superan la quinta donación y donan una vez al año–. Este es el camino para alcanzar cada año el autoabastecimiento necesario, sin caer en continuos llamamientos de alerta a la población por disminución de las reservas de componentes sanguíneos, y para construir un sistema transfusional más seguro basado en donantes fieles y responsables.

El libro sobre promoción integral sostenible de la donación de sangre publicado en 2004 por el Ministerio de Sanidad de España1, señala que el camino hacia la solidaridad se construye sembrando información mediante un adecuado plan de comunicación que se puede resumir en el siguiente esquema:

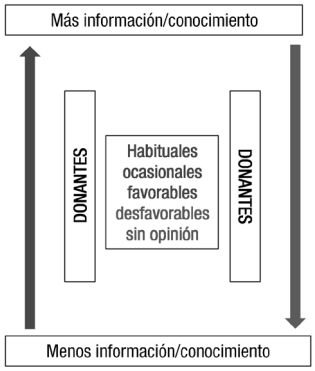


Figura 5. Proceso de comunicación que favorece la fidelización de los donantes.

Este esquema explica de forma clara el esfuerzo de comunicación y promoción necesario para que un ciudadano pase de ser un no donante, sin opinión sobre la donación, a convertirse en un donante habitual, mediante un proceso de información que requiere recursos humanos y económicos. El proceso de comunicación es importante para una correcta fidelización, pero también es necesario "mezclar con arte" otros ingredientes. Sabin Urcelay afirmó en el programa educacional del Congreso de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea de 2016: "Es necesario dejar de ser recolectores de donaciones y convertirse en cultivadores de donantes de sangre" [32].

Por último, mencionamos alguna iniciativa interesante sobre fidelización:

- Establecer sinergias con actividades culturales, deportivas o relacionadas con el medio ambiente [33-35] en los que se utilicen pequeños incentivos para reforzar el acto de la donación (entradas a museos, merchandising de clubs deportivos, plantación de árboles…). Se trata de un estímulo que incide en la satisfacción del donante como muestra de agradecimiento por su gesto solidario. Como ejemplo, señalar que en 2016 desarrollamos en Galicia una iniciativa de fidelización en los días previos al partido de máxima rivalidad entre los dos equipos gallegos de fútbol de Primera División (RC Deportivo de La Coruña y RC Celta de Vigo). Se diseñó un eslogan – "Imposible sin ti" – que se trasladó a un spot para redes sociales en el que participaban aficionados y jugadores (https://www.youtube.com/watch?v=B8JDtVzni_U) y carteles informativos, y se obsequiaba una sencilla camiseta de algodón a las personas que se acercasen a donar sangre durante los 8 días que duró esta campaña, tanto a las unidades móviles como a los locales de donación de las ciudades de La Coruña y Vigo.

Figura 6. Campaña "Imposible sin ti" desarrollada en el ámbito deportivo.

Se realizó una presentación en la que participaron jugadores, entrenadores y directivos de ambos equipos y, además, los clubs se implicaron en la promoción de la campaña a través de redes sociales. Esta acción de fidelización logró duplicar la participación respecto al mismo período del año anterior y recuperó un porcentaje de donantes que llevaban más de dos años sin participar por encima de la media anual (27,5% en los días de esta campaña frente al 15,3% de media anual).

- Comunicar al donante "just in time" la utilidad de su donación. Las herramientas informáticas de gestión de componentes sanguíneos nos permiten comunicar a los donantes –vía SMS, mail o redes sociales– el momento en que se envían al hospital los componentes sanguíneos obtenidos a partir de su donación de sangre. Se mantiene el anonimato del paciente y la universalidad de la donación, y el donante conoce "just in time" que su donación ha sido útil para ayudar a otras personas.
- Visibilizar el beneficio para los pacientes. Las campañas de comunicación a través de los medios convencionales o redes sociales pueden enfocarse a contar historias de pacientes reales que han podido superar su problema de salud gracias a la generosidad de los donantes de sangre. Es una estrategia de comunicación que combate uno de los principales enemigos de la fidelización: la sensación de la población de que las necesidades de sangre en los hospitales están cubiertas. Existen centros de transfusión que han cambiado la estrategia de solicitar colaboración a los ciudadanos para lograr un número de donaciones de sangre determinado y optan por contar historias sobre casos reales de enfermos que han necesitado la solidaridad de los donantes de sangre (CT de la Comunidad de Madrid, https://www.youtube.com/watch?v=LJuu0mn5IHA). Una sencilla iniciativa para contar con testimonios reales de pacientes es elaborar un material impreso que se entrega, en el momento del alta hospitalaria, a pacientes que han sido transfundidos. En ese material impreso, además de desearle una pronta recuperación, se informa al paciente de que ha recibido componentes sanguíneos de un donante altruista y se solicita su colaboración para que remita un vídeo con su testimonio y el agradecimiento a los donantes para difundirlo en la web y/o Facebook del Centro de Transfusión.
- Otro segmento de población susceptible de establecer campañas específicas de fidelización es el formado por familiares y amigos de pacientes ingresados en los hospitales. La promoción de la donación voluntaria de sangre en el ámbito de los hospitales encuentra una coyuntura favorable en el entorno del paciente, ya que viven en primera persona la necesidad de disponer de componentes sanguíneos. La información directa del personal de promoción y las facilidades para donar sangre en un local de donación en el mismo hospital, con características, localización y horario de atención ajustado a las necesidades de los posibles donantes, son los elementos imprescindibles para lograr un incremento sustancial en la participación. El Centro de Transfusión de Valencia ha implantado este programa en grandes hospitales26 y ha logrado una cobertura del 50% al 60% de las necesidades hemoterápicas de esos centros sanitarios gracias a la participación de familiares y amigos de los pacientes.
- Recuperación de donantes. Es necesario desarrollar un seguimiento de las reacciones adversas que se producen en la donación y establecer procedimientos que incidan en la fidelización de los donantes [37], así como herramientas para contactar a los donantes que llevan cierto tiempo sin donar, para tratar de recuperarlos como donantes habituales y también con los que han sido excluidos de forma temporal para que sean conscientes de la finalización del período de cuarentena y que intenten volver a participar. La experiencia de los centros de transfusión que han desarrollado estas iniciativas [37-39]) han sido positivas y existe consenso en la necesidad de recordar a los donantes la fecha de finalización de su exclusión temporal[40]. Aunque el porcentaje de donantes recuperados sobre el total de donantes registrados en cada centro de transfusión pueda parecer escaso, entre el 3,2% y el 3,5%, lo cierto es que significa un aliciente para nuestras organizaciones volver a contar con donantes que llevan tiempo sin participar y lograr que se puedan sentir útiles de nuevo.

Insistir, una vez más, en la necesidad de trabajar los aspectos cualitativos que van a incidir en un grado adecuado de fidelización de los donantes. Podemos señalar los relacionados con un adecuado plan de comunicación, con la correcta atención técnica, la amabilidad-cordialidad-agradecimiento que esperan los donantes o las condiciones adecuadas de locales de donación y unidades móviles. Si un local de donación no reúne las condiciones de ubicación-espacio-acondicionamiento, si el aspecto externo o interno de una unidad móvil no es la adecuada o las condiciones de frío o calor no garantizan la confortabilidad, si el personal de enfermería no tiene la pericia requerida para la venopunción debido a que no ha podido adquirir la formación específica previa, si no se atiende a los donantes que llegan a última hora o sencillamente nadie les agradece la donación una vez que ha finalizado, no se está realizando adecuadamente la fidelización de los donantes.

Tabla 10. Tabla de resultados de la campaña especial "Imposible sin ti".

DONACIONES 2016	DONANTES NUEVOS	ÚLTIMA DONACIÓN HACE MENOS DE 2 AÑOS	ÚLTIMA DONACIÓN HACE MÁS DE 2 AÑOS	MEDIA DONACIONES EN 2015	INCREMENTO DONACIONES
2.193	11,4%	61,1%	27,5%	1.115	97%

En definitiva, nunca debíamos de olvidar que tratamos con personas y, por tanto, hay que cuidarlas y motivarlas como nos gustaría que lo hiciesen con cada uno de nosotros.

* * *

Mi agradecimiento a las personas que me han ayudado en la promoción de la donación desde 1993: Antonio Carcedo Calvo, Begoña Espiñeira Castro, Carmen Fernández Gil, Alicia Figueiras Icasuriaga, Jose R. García Portos, Elena Garnelo Mariñas, Sabela Lareo Fernández, Elizabeth Rey Saraiba, José Manuel Otero Roberes, Ángeles Pazos del Olmo, Elva Pillado Regueiro, Pilar Sobrino Butragueño y Concepción Vázquez Iglesias

Referencias

1. Arrieta R, Clará C, Flores J, García Villaescusa R, González Bachs A, Otermin M, Urcelay S, Vesga MA, Moro E. Promoción de la donación de sangre (Grupo de trabajo PINSO). Ministerio de Sanidad. 2004
2. Manual de Gestión de Donantes. Proyecto DOMAINE. Informes, estudios e investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011
3. Rinwald J, Zimmermann R, Eckstein R. Keys to open the door for blood donors to return. Transfusion Medicine Reviews 24 (4): 295 – 304; 2010
4. San José L., Calderón JM, Martin AM, Pérez S, Granero S, Antolín L, Vargas S. Estudios encuestas métodos de convocatoria. Blood Transfusion 14 nº 4 pág. 537. Junio 2016. Abstract Book. Congreso SETS. Bilbao.
5. De la Peña P, Richart LA, Villamayor R, Zapata S, De Huerta MA, Rodrigo P, Robles MJ, Vilela N, Barea LM. Blood Transfusion 14 nº 4 pág. 545. Junio 2016. Abstract Book. Congreso SETS. Bilbao.
6. 6. Rodríguez P, Garbayo R, Cabañas A, Aguirre O, González M. Satisfacción de los donantes de sangre comparada con otros servicios sanitarios públicos. Blood Transfusion 14 nº 4 pág. 546. Junio 2016. Abstract Book Congreso SETS. Bilbao.
7. Roig R. Donantes y motivaciones. Abstract Book. Congreso SETS. Junio 1995. Palma de Mallorca. Pag 261-271.
8. Laarej A, Gracia M, Felices J, Casado J, Rayo A, Carrasco R, Aguado I. Importancia de las encuestas de satisfacción como herramientas para la mejora continua. Blood Transfussion 12 (5). Pag. 1.043 - 1.044. Congreso SETS. Oviedo. Junio 2014.
9. Gómez E, Venrell M, Serret C, Serra N, Girona E. Encuestas a medida, un valor añadido. Blood Transfussion 12 (5). Pag. 1.044–1.045. Congreso SETS. Oviedo. Junio 2014.
10. Armitage C, Conner M. Social cognitive determinants of blood donation. Journal of Applied Social Psichology, 31: (7)1431–2001; año??.
11. Ferguson E, France CR, Abraham C, Ditto B, Sheeran P. Improving blood donnor recruitment and retention: Integrating theoretical advantages from social and behavioural science research agendas. Transfusion 47: (11)1999 – 2010; 2007.
12. Flores J, Adelantado M, Areal C, Castro A, Castrillo A, Cid J, Eiras A, García Villaescusa R. Identificación de parámetros de calidad mediante encuesta. Abstract Congreso Nacional de la SETS. Junio 2005. San Sebastián.
13. Flores J; Varela J; Castrillo A; Castro A; Adelantado M, Solla E, Eiras A , Cid J, García Villaescusa R. Evaluación mediante encuesta de la campaña de donación de sangre en la Universidad de Santiago de Compostela (USC). Abstracts Congreso Nacional de la SETS. Junio 1996. Santiago de Compostela. Sangre vol. 41: S2.
14. Flores J, Varela J, Castrillo A, Castro A, Adelantado M, Solla E, Eiras A, Garcia Villaescusa R. Grado de satisfacción en donantes de sangre activos. Abstracts Congreso Nacional de la SETS. Mayo 1999. Madrid.
15. Flores J, Varela J, Castrillo A, Castro A, Adelantado M,Solla E, Eiras A, García Villaescusa R. Grado de satisfacción en donantes de sangre no activos. Abstracts Congreso Nacional de la SETS. Mayo 1999. Madrid.
16. Estudio de actitudes de la población ante la donación altruista de sangre. Estudios sanitarios. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. Junio 1990.
17. Glynn K, Scheiber Z, Coombs B, Garratty W. Motivations to donate blood: demographic comparison. Retrovirus Epidemiology Donor Study Group (REDS). Transfusion vol 42. Páginas Febrero, 2002.
18. Maser B, White K, Hyde M, Terry. The psichology of blood donation: current research and future directions. Transfusion Medicine Reviews, 22: (3)215-233; 2008.
19. Fernández-Montoya, López-Berrio, Luna del Castillo. How some attitudes, beliefs and motivations of spanish blood donors evolve over time. Vox Sanguinis 74: (3)133-212; 1998.
20. Gracia Laarej A, Felices J, García RI, Aguado IM, Carrasco R. Consolidación de la mejora conseguida mediante las encuestas de satisfacción. Blood Transfusion 13: (supl. 3),412, junio 2015. Abstract Book 1º Congreso Hispano-Portugues de medicina transfusional y terapia celular; y 26º Congreso de la SETS.
21. Soria B, Rodríguez-López J, Pecos P, Martin A, Andreu P, Mesa J, Machado P, Rayo J. Importancia de la ubicación de la

sala de donantes en un hospital de tercer nivel: impacto sobre la donación. Blood Transfussion 12: (5)1.035–1.036. Congreso SETS. Oviedo. Junio 2014.

22. Larrea A, Diago MB. Grado de satisfacción de los donantes del Centro Vasco de Transfusión y Tejidos Humanos durante los últimos tres años. Blood Transfusión 13: (supl3), 411, junio 2015. Abstract Book 1º Congreso Hispano-Portugues de medicina transfusional y terapia celular; y 26º Congreso de la SETS.
23. Gracia Laarej A, Felices J, García RI, Espinosa R, Carrasco R. La opinión de los donantes, base para la mejora continua. Blood Transfusión 14:(4), 520, junio 2016. Abstract Book Congreso de la SETS. Bilbao.
24. Chaves A. Análisis situacional de la donación de sangre en España. Del empirismo al conocimiento en la gestión de sangre. Blood Transfusion 12: (5)929 – 931. Congreso SETS. Oviedo. Junio 2014.
25. Tesis doctoral. Roig R. 2003. La donación y el donante de sangre de la Comunidad Valenciana. Aplicación de un modelo de mercado en la promoción de la donación de sangre. Estudio evolutivo desde la puesta en marcha del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana: 1987-2000.
26. Roig R. Estrategias de promoción de la donación en tiempos difíciles. Blood Transfusión 12:(5) 873, junio 2014. Abstract Book Congreso de la SETS. Oviedo.
27. Flores J. Papel de marketing en un centro de transfusión. Abstract Book Congreso SETS junio 1996, pag 497-508. Santiago de Compostela.
28. Figueiras A, Carcedo A, Sobrino P, Fernández C, García J, Garnelo E, Lareo S, Pillado E, Pazos A. Flores J, García Villaescusa R. Programa educativo Mensajeros Solidarios. Abstract Book Congreso de la SETS. Junio, 2005.
29. Veldhuizen I, Doggen C, Atsma F, De Kort WLAM. Donor profiles: demographic factors and their influence on the donor career. Vox Sanguinis 97: 129 – 138; 2009
30. Daigneault S. Le marketing dans L´únivers du don de sang. Transfusion Clinique et Biologique 141 (1):147-151 (2007). ABO Donor Loyalty Group (2005-2010). http:www.bloodonorloyalty.org.
31. Muñoz P. Inversión en promoción: qué hacemos, cuánto invertimos, qué obtenemos y cómo evaluamos. Blood Transfusión 12(5): 933-936; 2014. Abstract Book Congreso de la SETS. Oviedo.
32. Urcelay S. La palabra fidelizar ¿admite la voz pasiva?. Blood Transfusion 14(4) ;369. Junio 2016. Abstract Book. Congreso SETS. Bilbao.
33. Guzman F, Prat I. Donación de sangre y cultura. Una alianza adecuada Blood Transfusion 14(4): 491. Junio 2016. Abstract Book. Congreso SETS. Bilbao.
34. Marin M, Martínez MT., Sánchez DM., Cejas L, Oyonarte S. Comparativa entre maratones deportivos y convencionales. Blood Transfusion 14(4): 520. Junio 2016. Abstract Book. Congreso SETS. Bilbao.
35. Pazos A, Carcedo A, Fernández C, Figueiras A, García JR, Garnelo E, Lareo S, Pillado E, Sobrino P, Rodríguez I. Análisis de una campaña de doble sensibilización: conservación del medioambiente y donación de sangre. Blood Transfussion 12 (5): 995. Congreso SETS. Oviedo. Junio 2014.
36. Ortiz P. Reacciones adversas fuera del área de donación: seguimiento y fidelización de los donantes. Blood Transfusión 12(5): 903-905, junio 2014. Abstract Book Congreso de la SETS. Oviedo.
37. Areal C, Flores J, Varela J, Castrillo A, Castro A, Adelantado M, Solla E, Eiras A, Garcia Villaescusa R. Captación de donantes excluidos por hemoglobina baja. Abstract Book XLI Reunión Nacional de la AEHH y XV Congreso Nacional de la SETH. Castellón. Octubre 1999.
38. Mira E, Ortega R, Ronda I, Ortiz M, Roig R. Programa de recuperación de la donación en grandes ciudades. Blood Transfusión 13(supl3): 329, junio 2015. Abstract Book 1º Congreso Hispano-portugués de medicina transfusional y terapia celular; y 26º Congreso de la SETS.
39. Gimena F, Sanche M, Prados D, Robles R, Fernández M. Recuperación y fidelización de donantes excluidos y/o aplazados. Blood Transfussion 12 (5):1.046. Congreso SETS. Oviedo. Junio 2014.
40. Gómez EP, Bautista AM, Martorell T, Serret C, Serra N, Girona E. Las encuestas a donantes de sangre esconden soluciones. Blood Transfusión 13(supl3) :416, junio 2015. Abstract Book 1º Congreso Hispano-portugés de medicina transfusional y terapia celular; y 26º Congreso de la SETS.

Sección IX
Calidad en las actividades de promoción

Capítulo 43

Calidad en las actividades de promoción

MARIA CALABUIG MUÑOZ. Farmacéutica hospitalaria. Coordinadora de Calidad del Centro de Transfusión de la Comunidad Valenciana. España. Email: calabuig_marmuny@gva.es

Introdución

La palabra calidad tiene múltiples definiciones, entre ellas, la aptitud o adecuación al uso, pero también se entiende como producto o servicio de calidad aquel que satisface las necesidades y expectativas del cliente o usuario. La calidad ha existido desde los comienzos de la historia, aunque los medios empleados para satisfacer estas necesidades y el proceso de la gestión de la calidad, han sufrido grandes cambios y se hallan en continua evolución.

- En la época artesanal: se puede decir que no había intermediarios entre el productor y el consumidor, siendo las necesidades y recursos del "cliente" quienes marcaban la posibilidad de venta. El productor estaba en relación directa con el posible comprador, conociendo de primera mano las cualidades por las que su producto tenía o no aceptación. Por otra parte, era frecuente que en las ciudades hubiera mercados o zonas destinadas a albergar un mismo gremio. En nuestros días, en las zonas antiguas de las ciudades con antecedentes medievales, es habitual encontrar calles con nombres como Zapatería, Cuchillería… que así lo atestiguan. Esta concentración de gremios facilitaba dos operaciones:

- -Conocer y segmentar los posibles clientes según la valoración subjetiva de "calidad suficiente" y "calidad necesaria" que exigían dependiendo de sus necesidades y recursos.
- -Comparar sus productos y sus ventas con la competencia, pudiendo sacar conclusiones sobre la necesidad y posibilidad de mejora de sus productos. Hoy a estas operaciones les llamaríamos estudio de mercado y Benchmarking.

- En la época industrial: los pequeños talleres artesanales dieron paso a grandes centros de producción. Estos centros se alejaron del cliente por lo que alguien debe decidir qué deseaban éstos y cuáles deberían ser las características del producto para que lograr cubrir las expectativas y requisitos que requería el posible cliente.

  Se establecen diferentes sistemas para controlar la calidad:

- En un comienzo los productos se inspeccionan uno a uno tras la fabricación descartando aquellos que no

cumplían los requisitos. Esto suponía una pérdida importante por el elevado coste del material desechado

- En 1924 Walther A. Shewart propone un sistema para analizar los datos procedentes de las inspecciones e intentar detectar problemas en el proceso de producción y así evitar que se llegue a fabricar un producto que habría que inutilizar por no cumplir con los requisitos especificados. Sería el nacimiento del estudio científico moderno del control de procesos.
- En 1946 nace la Asociación Americana de Control de Calidad. En esta etapa las empresas se percatan que la calidad es vital para lograr el éxito y su subsistencia. Se comienza a pensar que la calidad se debe tener en cuenta desde el momento de diseñar el producto. Nace el posicionamiento externo del concepto de calidad. Se sale de la fábrica para conocer qué quiere el consumidor y se establecen procesos de atención, técnica postventa, analizando las reparaciones efectuadas y las quejas de los clientes para poder informar de las posibles mejoras a los departamentos de diseño y producción.
- En Europa a comienzos del siglo XX y sobre todo tras la Primera Guerra Mundial nacen diferentes organizaciones o comités nacionales de normalización y en 1926, para intentar unificar criterios, se funda en Londres la Federación Internacional de Asociaciones Nacionales de Estándares (ISA) que desaparece en 1947 dando paso a la Organización Internacional de Estandarización (ISO).

• En los últimos 50 años se desarrolla de manera importante el concepto de calidad. Podemos enumerar la aportación de varios expertos del último siglo que han marcado el desarrollo de la calidad y nos ayudarán a desarrollar este capítulo:

• Walter Shewhart (1891-1967): introduce el control estadístico de los procesos y diseña el ciclo PDCA (Planificar-Hacer-Evaluar-Actuar).

- Edward Deming (1990-1993): seguidor y colaborador de Shewhart populariza el ciclo PDCA y entre otras aportaciones escribe un libro titulado Out of the Crisis (1982) donde se describen los 14 puntos que debe cumplir la dirección para asegurar la calidad.
- Joseph Juran (1904-2008): en 1941 conoce la obra de Vilfredo Pareto aplicando las leyes de Pareto a la calidad. Aporta su Trilogía de Calidad basándose en Planificación-Control de Calidad-Mejora Continua. En un viaje a Japón en 1960 conoce los "Círculos de Calidad" que trae a occidente siendo un gran defensor de este sistema. También trabaja para intercambiar conocimientos en calidad entre Estados Unidos y Japón.
- Kaoru Ishiwaka (1915-1989) es el creador del diagrama causa-efecto o el llamado, diagrama de espina de pescado, esta herramienta gráfica constituye un valioso auxiliar para visualizar, discutir, analizar y seleccionar las bases relevantes que conducen a un resultado determinado. También instituye los "Círculos de Calidad" que son pequeños grupos de 5 a 10 personas que se reúnen voluntariamente y de forma periódica para detectar, analizar y buscar soluciones a los problemas que surgen en su área de trabajo.
- Taiichi Ohno (1912-1990) es el creador del sistema Just in Time, lo que se conoce como modelo Toyota y que en occidente se conoce como LEAN; de alguna manera su filosofía estriba en eliminar todo aquello que no aporta valor y por tanto se considera despilfarro. Describe 7 tipos de despilfarro.

• Masaaki Imai (1930) creador de la metodología Kaizen (mejora continua) que se diferencia de Kairu (innovación) en que todos los aspectos pueden ser mejorados, no requiere grandes inversiones ni nuevas tecnologías, todo el mundo puede participar y es una información abierta. Es uno de los primeros en hablar en occidente del modelo Toyota del que nacerá el sistema de gestión o pensamiento LEAN.

• Charles Christ presidente de Xerox: en la década de los 80 esta compañía implanta el Benchmarking que no es otra cosa que un proceso continuo de medir productos, servicios y prácticas contra los competidores más duros o aquellas compañías reconocidas como líderes en el tema que se desea mejorar. De esta comparación se obtiene información sobre posibilidades de mejora.

• Kiyoshy Suzaki (1943) creador de las 'minicompañías'. Según este experto, si las personas disponen del marco adecuado, pueden actuar como presidentes y dirigir su propia minicompañía. Se trataría de organizar cada una de las áreas de trabajo "homogéneas" como si fuese una microempresa, con clientes, proveedores, objetivos que cumplir, presupuestos, indicadores, planes de trabajo. También destaca que: *la NO utilización de la inteligencia, imaginación y creatividad de todo el personal sería un 8º despilfarro* a añadir a los 7 descritos por Taiichi Ohno. Dentro de los centros de transfusión los departamentos de promoción de la donación parecen idóneos para utilizar esta idea.

La Medicina Transfusional es un área de la medicina que desde hace mucho tiempo está ligada a la calidad. La amplitud con la que se utiliza la sangre humana en medicina exige que deba garantizarse la calidad y seguridad de la sangre y de sus componentes con el fin de evitar, en particular, la transmisión de enfermedades. Los incidentes ocurridos en los años ochenta asociados

a la transfusión modificaron la forma de trabajar de los centros de transfusión (CT) que comenzaron a tomar medidas de precaución en todos los procesos, recurriendo debidamente a los progresos científicos realizados en la identificación, neutralización y eliminación de agentes patógenos transmisibles por transfusión.

La percepción de la sociedad de ciertos riesgos asociados a las transfusiones se ha traducido en una legislación amplia que incluye todos los campos de la hemoterapia, hasta el punto de que podemos afirmar que es una de las prácticas médicas más sujeta a legislaciones. En 1995, el Consejo de Europa[1] publicó unas recomendaciones para garantizar un nivel elevado de la calidad de los componentes sanguíneos en 2002, una Directiva Europea[2] ya hablaba de normas de calidad.

El objetivo principal de todo centro de transfusión (CT) es obtener una base de donantes habituales, voluntarios, altruistas y responsables con los cuales cubrir las necesidades hemoterápicas de los hospitales suministrando productos derivados de la sangre de máxima calidad y eficacia, con el mínimo riesgo, tanto para los donantes como para los pacientes. Para lograr la calidad deseada, la aplicación de un sistema de gestión de la calidad es esencial.

Un sistema de calidad facilita la correcta gestión de todos los procesos que afectan a la calidad del producto, mediante la definición de responsabilidades y procedimientos, mediante el control de las actividades y el estímulo de la revisión continua para evitar cualquier fallo. En un Centro de Transfusión, el sistema de calidad debe incluir la gestión y continua mejora de la calidad, la promoción, el personal, locales y equipos, documentación, extracción, verificación y tratamiento, conservación, distribución, control de calidad, retirada de componentes sanguíneos, gestión de contratos, la auditoría interna y externa, así como la autoinspección[3].

La promoción y la donación de sangre son puntos claves en el buen funcionamiento de un CT, ya que se trata de los primeros pasos en la cadena de la seguridad transfusional y la puerta de entrada de las donaciones de sangre, por ello es muy importante la correcta gestión de la calidad en estas áreas y el cumplimiento de los requisitos esenciales de un buen sistema de calidad.

Principios de la gestión de la calidad

El éxito en la organización se puede lograr implementando y manteniendo un sistema de gestión diseñado para mejorar continuamente su desempeño teniendo en cuenta las necesidades de los clientes[4].

Uno de los modelos de sistemas de calidad que ha logrado amplia aceptación en todo el mundo es la serie de normas ISO, que se inició en el mundo industrial a finales de los años 80 y que se ha ido adaptando al mundo sanitario.

La serie 9001 de la norma ISO proporciona la infraestructura, procedimientos, procesos y recursos necesarios para ayudar a las organizaciones a controlar y mejorar su rendimiento y conducirles hacia la eficiencia, servicio al cliente y excelencia en el producto. En España, ya son muchos los CT que están certificados según la norma ISO 9001, lo que ha permitido estandarizar sus procesos y lograr mayor eficiencia y control.

La Norma ISO 9001[5], que en septiembre de 2015 se ha actualizado, destaca por la incorporación de la gestión del riesgo en los Sistemas de Gestión de la Calidad, pero continúa basándose en los principios fundamentales de la gestión de la calidad: el enfoque al cliente, el liderazgo y compromiso, el enfoque a procesos, la mejora, la toma de decisiones basada en la evidencia y la gestión de las relaciones.

Mediante la aplicación de la norma ISO en los CT, se revisa el cumplimiento de los requisitos del cliente y los legales aplicables, se determinan los riesgos que pueden afectar a la conformidad de los productos, y se mantiene el **enfoque al cliente** para aumentar su satisfacción. La opinión de los clientes externos: donantes, hospitales, proveedores... y de los clientes internos (los propios trabajadores del CT), es muy importante y por ello, se deben establecer mecanismos para conocer su grado de satisfacción.

El **liderazgo y compromiso** de la dirección es clave para lograr que todos los trabajadores contribuyan a la eficacia del sistema. Los dirigentes deben garantizar los recursos necesarios para mantener el sistema de calidad, revisar los procesos para lograr los objetivos previstos y fomentar la prevención de errores, mediante una buena formación y capacitación del personal.

El enfoque a procesos permite a una organización planificar sus procesos y sus interacciones[5]. En los CT, el control de las interrelaciones e interdependencias entre los procesos del sistema facilita la consecución de los objetivos y resultados previstos. Se promueve una organización que se estructure alrededor de aquellas actividades que crean valor para el cliente, con independencia de si pertenecen o no a una misma área funcional.

Se denomina "proceso" al conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos del cliente al que va dirigido. Un proceso transformaría un "input" o elemento de entrada en un "output" o elemento de salida logrando en esta transformación agregar un valor añadido apreciable por el cliente al que va dirigido el proceso.

Un proceso, dependiendo de su nivel de complejidad, se podría descomponer en subprocesos:

Los procesos se pueden clasificar según dos aspectos:

1. *Dependiendo de los departamentos o funciones de la organización a los que afecta tendríamos:*

- Procesos multidepartamental o multifuncional: suelen ser procesos complejos en los que intervienen varios departamentos
- Procesos departamentales o unifuncionales: son llevados a cabo por un solo departamento

2. *Dependiendo del área sobre el que gravita el proceso tendríamos:*

- Procesos operativos o fundamentales: suelen ser aquellos que tienen relación directa con el cliente y con las actividades esenciales de la institución, en nuestro caso, del centro de transfusión: Extracción de sangre, análisis de la donaciones, procesamiento, etc…
- Procesos de apoyo o soporte que hacen posible llevar a cabo los procesos operativos: Compras, gestión de base de datos, formación, contratación y promoción del personal, mantenimiento etc…
- Procesos estratégicos o de gestión: son aquellos que proporcionan directrices a los demás procesos: Planificación estratégica, investigación, comunicación, relación con instituciones.

Al definir los diferentes tipos de procesos, no se ha incluido la promoción como ejemplo de ninguno de ellos. La promoción podría considerarse un proceso operativo-multidepartamental y dada su complejidad la deberíamos descomponer en subprocesos como podremos observarlo en el capítulo destinado a desarrollar el tema de Promoción Integral Sostenible.

Los sistemas de calidad nos ayudan a conseguir **la mejora** del funcionamiento de los CT, porque nos permiten determinar y seleccionar las oportunidades de mejora e implementar cualquier acción necesaria para cumplir los requisitos del cliente y aumentar su satisfacción. Mediante el análisis y la evaluación de la información que resultan de la revisión por la dirección, del cierre de no conformidades, de los informes de auditorías internas o del seguimiento de indicadores nos permite **realizar una toma de decisiones** más acertada que contribuya a la mejora continua.

Por último, los CT deben mejorar la **gestión de las relaciones**, para poder conocer y escuchar a todas las partes interesadas y para fomentar alianzas estratégicas que le permitan ser más competitivo y mejorar la productividad, la rentabilidad, y la relación con la sociedad.

En los servicios de promoción, históricamente se ha trabajado con jerarquías claramente definidas que fijaban su atención en el resultado de las actividades de cada persona o cada departamento, es necesario adoptar el enfoque de gestión por procesos. Este nuevo enfoque concentra la atención en el resultado de cada proceso y en la manera en que éstos aportan valor al cliente.

Debemos entender la promoción de la donación como un proceso o suma de subprocesos multidepartamental que utiliza unos recursos definidos y se gestiona con el fin de permitir que los elementos de entrada (demanda hospitalaria, educación de la población, relación con los medios de comunicación...) se transformen en resultados (programación de colectas, charlas formativas, citación de donantes...). El responsable de cada proceso mediante el establecimiento de objetivos de mejora y la consecución de los mismos consigue una gestión eficiente y satisfactoria tanto para los donantes como para el resto de agentes que intervienen en el proceso.

El proceso de promoción, como se verá en el capítulo de la Promoción Integral Sostenible estaría compuesto por 5 subprocesos. Su objetivo principal es conseguir un flujo continuo de donantes habituales voluntarios, altruistas y responsables para cubrir las necesidades hemoterápicas de los hospitales. Para ello, es importante definir quién es el propietario del proceso que asume la responsabilidad global de la gestión del proceso y su mejora continua. El propietario del proceso debe asegurar que el proceso está debidamente documentado, que la información se distribuye a todas las personas afectadas, debe controlar y medir los resultados y tener suficiente autoridad para implantar los cambios en el proceso que conduzcan a la mejora de los resultados. (Ver cuadro 1).

Cuadro 1: Pasos de la gestión por procesos. (elaboración propia).

Pasos de la gestión por procesos
- Identificar los procesos fundamentales del CT **- Organizar los procesos** **- Nombrar los responsables de los procesos y los equipos de mejora** **- Revisar los procesos** **- Establecer acciones y objetivos de mejora sobre estos procesos** **- Identificar los riesgos**

Todo el personal implicado debe estar capacitado y conocer la importancia de sus actividades y cómo contribuyen al logro de los objetivos de la calidad. El responsable debe dar autonomía y autocontrol a los trabajadores, actuando como punto de apoyo y supervisión. Los trabajadores deben asumir su propia responsabilidad con actitudes proactivas para mejorar su formación, deben conocer aspectos del proceso como: los recursos disponibles, quiénes son los clientes, la

descripción de las operaciones, las especificaciones y procedimientos, los puntos críticos, las variables de control y los indicadores de calidad.

Debe existir un buen plan de formación, de modo que todo el personal reciba formación inicial y continuada que sea adecuada para sus tareas específicas. Se deben mantener registros de la formación. Además, el contenido de los programas de formación y la competencia del personal se deben evaluar periódicamente.

Con el fin de reducir la variabilidad y prestar un servicio de calidad, todos los procesos estarán documentados en los procedimientos.

Con el fin de que el personal se implique en la gestión del sistema de calidad, se les pide su colaboración en la detección y prevención de errores, y su registro para la comunicación de incidencias.

Satisfacción del cliente

Aumentar la satisfacción del cliente es el objetivo principal de todo sistema de gestión de la calidad. El CT debe dedicar los medios y enfoques necesarios para conocer las necesidades y expectativas de los clientes y, una vez conseguida esta meta, comunicarlo al personal de la organización para su conocimiento y concienciación de su importancia.

Un primer paso consiste en identificar a las partes interesadas, que son los donantes, los pacientes, personas de la organización, proveedores externos, sindicatos, gobiernos y la sociedad en general. Además, dado que las partes interesadas y sus requisitos van cambiando con el tiempo, debemos revisar periódicamente sus necesidades y expectativas.

Entre los métodos para obtener y utilizar la información, destacan los cuestionarios de opinión (como son encuestas, entrevistas personales...), que son muy útiles para medir la satisfacción del donante respecto al servicio recibido, lo que nos permite enfocar nuevas mejoras y nos ayuda a establecer requisitos que debe cumplir la organización, según las necesidades y expectativas identificadas. Estas **actividades de medición de la satisfacción del cliente** son un proceso más y se deben integrar dentro del sistema de gestión de la organización, de forma que se garantice su realización en **forma sistemática** y de la **manera más eficaz y eficiente posibl**e. La realización de un cuestionario de opinión requiere un análisis interno de las dimensiones sobre las que vamos a preguntar, determinar qué cuestiones son más importantes para los clientes y la redacción, de forma sencilla, de las preguntas concretas y las opciones de respuesta. Hoy en día, hay muchos formatos para elegir: formato papel para entregar personalmente, cuestionario electrónico, encuesta telefónica o encuestas personales. Todas las respuestas reflejadas en los cuestionarios deben ser cuidadosamente estudiadas y valoradas para ser presentadas de forma clara, objetiva y concisa, de manera que suponga una descripción real de la situación del servicio y facilitar así la planificación de acciones de mejora. El objetivo debe ser clarificar los puntos débiles de la prestación, identificar las cuestiones que mayor insatisfacción producen y orientar en la toma de decisiones.

Además de las fuentes directas de información, como son las encuestas, disponemos de fuentes indirectas que están al alcance de cualquier servicio: son los sistemas de quejas y reclamaciones. Aunque no sean puramente representativos de la opinión de todas las personas usuarias del servicio, es una fuente de información complementaria que se debe tener en cuenta para la mejora del servicio. En cualquier caso, esta información debe utilizarse para el diseño y complemento de cualquier estudio de recogida específica de opiniones. Las personas encargadas de atender directamente a las personas son quienes mejor conocen lo que estas demandan. Si este personal está preparado, y bien informado y cuenta con el apoyo necesario, podrá realizar una buena recogida de información y ser receptivo respecto a lo que reciben y esperan recibir de las prestaciones actuales.

La comunicación con el donante tras un problema surgido y la aclaración de los hechos es fundamental; si un donante recibe contestación de cualquier queja o sugerencia, se sentirá participe de la mejora y volverá a comunicarse con el CT, pero si considera que no se le hizo caso, no volverá y difundirá una mala opinión del CT. Es importante recordar lo que los especialistas en marketing conocen muy bien: un cliente satisfecho lo comunica a un promedio de tres personas y uno insatisfecho a un promedio de diez.

Por último, es muy importante alcanzar la satisfacción del cliente interno, es decir, el propio personal del CT. Es esencial que sus expectativas sean coherentes con los objetivos de la organización, el personal de CT es clave para conseguir el nivel de calidad deseado, por lo que se debe facilitar que alcancen el máximo potencial y rendimiento en su trabajo. En cierta manera, representa al CT fuera de la unidad. Su grado de satisfacción e insatisfacción influye en los clientes. Es importante, por tanto, intentar satisfacer a nuestros empleados proporcionando formación, motivación y estímulo de actitudes y conductas positivas. Deben estar capacitados y responsabilizados para resolver problemas. El personal satisfecho se enorgullece de su trabajo e intenta mejorar su rendimiento produciendo con calidad.

La Dirección del CT debe transmitir los conceptos de misión, que es la finalidad o razón de ser del CT, la visión que es el tipo de organización deseada para el futuro y los valores o características básicas de las personas de la unidad y lo que se espera de ellas. El personal del CT debería tener una serie de valores que faciliten que el donante se sienta a gusto y vuelva al CT: confianza, sinceridad, respeto mutuo, trabajo en equipo, sentido de pertenencia, compromiso, profesionalidad, comunicación abierta, innovación tecnológica, liderazgo, orientación al cliente...

Mejora continua

La aplicación de la mejora continua se apoya, fundamentalmente, en las mediciones y el análisis de los resultados de las mediciones. Para poder mejorar es necesario definir parámetros o indicadores que nos permitan conocer cuál es el punto de partida y nos ayuden a planificar y a definir los objetivos que se quieran alcanzar. Se debe evitar la toma de decisiones basadas en opiniones.

Una vez establecida la dinámica de mantenimiento, hemos de empezar con el siguiente paso: el de la mejora continua del proceso, con lo que lograremos:

- Aumentar la satisfacción del cliente (persona a la que se dirige ese proceso)
- Reducir costes innecesarios
- Mejorar calidad y productividad
- Mejorar las condiciones de trabajo de la persona que lleva a cabo la actividad

EL ciclo **PDCA** (Fig. 1) se irá aplicando de manera progresiva. En un comienzo se llevará a cabo la fase de **Planificar** donde se definen las metas y los métodos de trabajo.

Tras esta fase deberemos **Desarrollar** lo que hemos planificado para lo cual deberemos formar al personal que debe ejecutar las tareas y deberemos poner en marcha las mismas. Cuando llevemos el tiempo suficiente para considerar que las tareas se han consolidado debe-

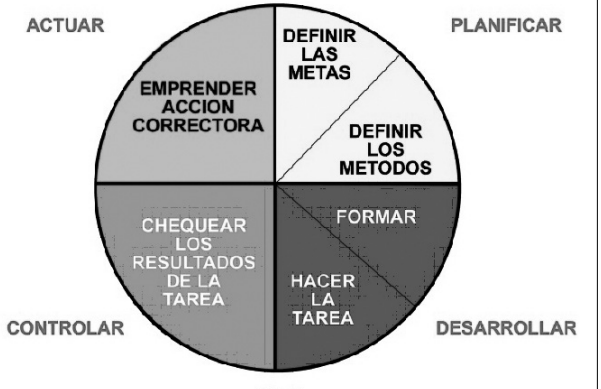


Fig. 5

remos abordar la fase de **Controlar** intentando descubrir puntos débiles a mejorar y puntos fuertes a consolidar. Así descubriremos:

- Lo que se debería de hacer y no se hace:
  - Porque no se cumplen los métodos de trabajo.
  - Porque se aprecia una nueva necesidad u oportunidad de mejora.
- Lo que se hace mal:
  - Por defectos en la definición de los métodos.
  - Por falta de formación/motivación del personal que lleva a cabo la tarea.
- Lo que se hace bien pero no aporta valor, consumiendo recursos que se pueden ahorrar o destinar a otra actividad.
- Lo que se hace bien y además aporta valor.

Con los resultados de este control pasaremos a la fase de **actuar** estableciendo acciones correctoras para mejorar los puntos débiles o incluir acciones que cubran las nuevas necesidades y oportunidades de mejora observadas.

Los resultados deberán comunicarse a todas las personas implicadas, proporcionando aquella información que necesiten

Para la fase de **controlar** deberemos disponer diferentes instrumentos de medición a fin de evaluar el desarrollo del proceso, el producto final del mismo y el grado de satisfacción de los clientes tanto externos como internos. Estos instrumentos serán los **indicadores**.

Indicadores

Los indicadores de calidad son instrumentos de medición, basados en hechos y datos, que permiten evaluar la calidad de los procesos, productos y servicios para asegurar la satisfacción de los clientes, es decir, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso. Los indicadores de calidad, idealmente serán pocos aunque representativos de las áreas prioritarias o que requieren supervisión constante de la gestión.

Genéricamente los indicadores los podemos dividir en:

a. Indicadores de eficacia: son los que nos permiten medir la efectividad de un proceso al obtener el resultado deseado en el momento previsto y al precio establecido: número de colectas realizadas.

b. Indicadores de eficiencia: son los destinados a mostrarnos los recursos consumidos para obtener un resultado, incluyen también aspectos relacionados con errores cometidos, quejas, felicitaciones, etc...

c. Indicadores de adaptabilidad: son los que nos sirven para profundizar en el estudio de los posibles indicadores aplicables a la gestión de relaciones públicas.

Se dirigen a satisfacer las necesidades o expectativas cambiantes de los clientes.

Las características que definen a los indicadores son:

1. Repercusión: deben reflejar el grado de funcionamiento de los procesos más importantes.
2. Representatividad: tendrán una relación lo más directa posible sobre el concepto valorado con objeto de ser fiel al criterio medido.
3. Cuantificabilidad: se deben de expresar a través de un dato numérico o de un valor de clasificación.
4. Economía: el beneficio obtenido deberá superar la inversión de capturar y tratar los datos necesarios.
5. Trazabilidad: se podrán comparar en el tiempo y representar la evolución del concepto valorado. De hecho la utilidad de los indicadores vendría marcada por su capacidad para marcar tendencias.
6. Fiabilidad: confieren confianza a los usuarios sobre la validez de las sucesivas medidas ya que pueden hacer tomar decisiones para corregir posibles desviaciones.
7. Simplicidad: deben ser fáciles de establecer, mantener y utilizar.
8. Compatibilidad: con otros indicadores del sistema y por tanto permitir la comparación y el análisis.
9. Pertinencia: un indicador puede quedar obsoleto si se cambian los objetivos o varía el responsable o el cliente del indicador.

Para permitir analizar una situación y realizar las acciones correctoras o preventivas necesarias se deberá conocer la información a tiempo real. La evolución en el tiempo y las desviaciones respecto a los objetivos serán los aspectos que más interesen a la dirección o al responsable de cada área afectada.

Los objetivos de una organización o un departamento pueden desplegarse a distintos niveles por lo que también se deberán diseñar indicadores a diferentes niveles.

Al desarrollar los indicadores es conveniente identificar a los usuarios de los indicadores y determinar con estos los elementos que mejor puedan contribuir a mostrar la situación real respecto a los objetivos establecidos.

Un indicador no debe de dar lugar a interpretaciones diferentes, por ello cuando definamos un indicador deberemos establecer:

- Denominación del indicador.
- Forma de cálculo (fórmula de confección si fuera preciso).
- Fuente de donde se tienen que obtener los datos para el cálculo.
- Periodicidad de la medida (diario, semanal, mensual, trimestral, anual…).
- Objetivo y umbrales aceptables.
- Definición de responsabilidades (quién debe de controlar el indicador).

Control del producto no conforme

La norma ISO 2001, establece que se debe identificar y controlar todo producto no conforme con los requisitos y estimular la creación de un buen sistema de documentación de errores e incidencias, es posible identificar posibles causas de errores antes de que ocurran, si se fomenta una buena formación y que el personal se implique en la prevención. Cuando se detecta una incidencia o no conformidad, se debe documentar con el fin de analizar la causa y establecer acciones correctivas para evitar que vuelva a ocurrir. Se debe aplicar un nivel adecuado de análisis de la "causa-raíz" durante la investigación de las desviaciones, los presuntos defectos de productos u otros problemas. La eficacia de este tipo de acciones se debe controlar y evaluar, en línea con los principios de gestión de riesgos para la calidad.

Por último, se debe comunicar lo ocurrido a todo el personal implicado para que conozcan los errores y las medidas correctivas establecidas para evitarlos. Por ejemplo: si el personal que realiza una actividad, no comunica al responsable cuando detecta que están ocurriendo anomalías en el proceso, es posible que se detecte cuando ya sea demasiado tarde y se haya producido el error. Muchas veces el responsable del proceso, al revisar las causas de una no conformidad, detecta que hacía tiempo que el personal conocía que se estaban produciendo anomalías pero nadie las comunicaba. Por tanto, un buen sistema de registro de incidencias y análisis de las mismas puede prevenir futuros errores.

7. *Auditorías.*

El proceso de auditoría interna es una herramienta de gestión para la evaluación de las fortalezas y debilidades del sistema de gestión de la calidad que nos permite obtener evidencias objetivas de que se han cumplido los requisitos existentes. En el área de promoción se evalúan aspectos como el cumplimiento de requisitos del local, evaluación de quejas y sugerencias de mejora realizados por los donantes, se revisa el cumplimiento de los objetivos de los indicadores propuestos y las acciones de mejora tras el análisis de los índices de donación... En el área de donación se revisan los aspectos anteriores y además la verificación y calibrado de equipos, la preservación de los productos obtenidos o los datos de hemovigilancia.

Es muy importante que el responsable del área auditada se asegure de que se toman las acciones necesarias para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas. Debe realizar el seguimiento de las acciones realizadas y su cierre, en caso de que haya sido eficaz.

La revisión anual del sistema de la calidad nos permite asegurar la eficacia del sistema, es una reunión en la que los responsables de los servicios junto con la dirección revisan la política de la calidad en términos de satisfacción de los usuarios, de los donantes, el cumplimiento de las especificaciones de los productos, se comentan los resultados emitidos en las auditorías internas y externas, se revisan los resultados de los objetivos de la calidad y el estado de las acciones correctivas y preventivas. Es una herramienta clave para la identificación de oportunidades de mejora.

Conclusiones

La aplicación de un sistema de gestión de la calidad en un CT permite obtener mayor eficiencia y control de los procesos. Mediante el uso de procedimientos y procesos documentados, se facilita el desempeño del personal, se estandarizan los procesos, se reduce la variabilidad y se ofrece un servicio o producto de calidad.

El enfoque basado en procesos implica que cada persona conoce sus responsabilidades, que todo el personal participa en el control, evaluación y mejora del proceso. Todo el personal contribuye a identificar las necesidades de los clientes y cumplir sus expectativas. En definitiva, la organización trabaja en equipo: "la eficacia del proceso depende de todos y a la vez contribuimos a la eficacia de la organización".

La aplicación de la mejora continua permite determinar que los procesos cuentan con los recursos necesarios y se gestionan adecuadamente, y que las oportunidades de mejora se determinan y se actúa en consecuencia.

Todo sistema de calidad considera prioritario el **enfoque al cliente**. La empresa debe dedicar los medios y enfoques necesarios para conocer las necesidades y expectativas de los clientes, y una vez conseguida esta meta, las necesidades de los clientes deben ser transmitidas a la organización. En los CT trabajamos por y para los donantes, queremos ofrecer el mejor producto a los enfermos y al personal sanitario, queremos lograr la satisfacción de toda la sociedad. Para ello, de debe fomentar la formación y competencia adecuada para que el trabajador participe del sistema de gestión de la calidad, comunicando las necesidades de los clientes, las sugerencias de mejora o las quejas y participe de la mejora. En esencia lo que el cliente percibe de una organización, no es más que el resultado y reflejo de lo que ocurre en el interior de la misma.

Lecturas recomendadas

- Directiva 2002/98/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de enero de 2003 por la que se establecen normas de calidad y de seguridad para la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre humana y sus componentes
- Recomendación Nº R (95)15 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre la preparación, uso y control de calidad de los componentes sanguíneos.
- Real Decreto 1343/2007, de 11 de octubre, por el que se establecen normas y especificaciones relativas al sistema de calidad de los centros y servicios de transfusión.
- Sistemas de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario. Norma española UNE-EN-ISO 9001:2000. AENOR, Diciembre 2000.
- Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos. Norma española UNE-EN-ISO 9001:2015. AENOR. Septiembre 2015.

Sección X

Experiencias exitosas

Capítulo 44

Sistematización de una historia de trabajo memorable en el Banco Nacional de Sangre de la Cruz Roja Colombiana

Marcela García - Castro Gutiérrez. Microbióloga, Especialista en Bancos de sangre y Gerencia en Salud. Consultora Servicios de Sangre y Seguridad Transfusional. Colombia Email: marcelagarcia.castrog@gmail.com

La experiencia que vamos a compartir se remonta entre mediados de los años 80 hasta finales de los 90, época en que tuvimos el privilegio de estar vinculadas con el Banco Nacional de Sangre de la Cruz Roja Colombia (BNS - CRC). Antes de iniciar queremos reconocer a la doctora Alba Luz Luque-Lommel, quien plantó varias semillas de la promoción de la donación voluntaria de sangre, las que posteriormente nosotras cuidamos y cosechamos. También, destacar a los Directivos, a los colegas funcionarios y voluntarios de la CRC con quienes trabajamos; sin su apoyo y contribución hoy no podríamos estar contando esta historia.

Y esta es la historia…

Desde la idea que dio origen a su nacimiento en la Batalla de Solferino, la Cruz Roja creció por todo el mundo, y de igual manera los horrores de la guerra fueron la inspiración del nacimiento de la Cruz Roja en Colombia. Su creación y los mismos acontecimientos del país le empezaron a enseñar a los colombianos nuevos comportamientos relacionados con el espíritu

Grupo de Damas Voluntarias de la CRC.

Fuente: Archivo. BNS CRC

y el quehacer voluntario, la solidaridad, el aprender a dar a través de donaciones en especie y en dinero, y es así como desde 1964 los colombianos aprendieron a dar vida y donar parte de su propio ser.

Gracias a la contribución de la familia filántropa Gutt, nace el Banco Nacional de Sangre *Morris y Tila Gutt* de la Cruz Roja Colombiana, bajo los principios fundamentales del movimiento internacional de la Cruz Roja. Así las cosas, se inicia labores, junto al despertar de una gran responsabilidad social: **la donación voluntaria y altruista de sangre**.

El naciente BNS adoptó entonces, la totalidad del contenido de los siete principios fundamentales del movimiento, que a su vez se convirtieron en su marco ético:

Prevenir y aliviar el sufrimiento humano, proteger la vida y la salud, desde la tarea cotidiana le dio cuerpo al principio de **humanidad** Recibir a los donantes y posteriormente suministrar la sangre sin distingo de nacionalidad, raza, religión, credo político o filosófico y abstenerse de participar de cualquier tipo de controversia en estas áreas lo han hecho respetuoso de la **imparcialidad y** la **neutralidad**. La colaboración de forma permanente con el gobierno en la elaboración de leyes y decretos que ayudan a reglamentar los procedimientos que tienen que ver con el manejo de la sangre en el país, pero manteniéndose como un banco de sangre auto sostenible preservando su **independencia,** auxiliando a los poderes públicos en sus actividades humanitarias. La comunidad que de manera altruista y solidaria diariamente dona su sangre, ha hecho que se mantenga vivo el principio del **carácter voluntario**, al igual que gran parte del apoyo en su accionar diario proviene del personal voluntario y calificado de la institución. Haber extendido el suministro de sangre a lo largo y ancho del país, lo hacen ser coherentes con el principio de **unidad**. Recibir y dar más allá de las fronteras del país le permitieron beneficiarse de la ayuda de otras sociedades nacionales de la Cruz Roja, al igual que haber tenido la oportunidad de apoyar con el suministro de sangre en situaciones de emergencias ocurridas fuera del país, considerando el principio de **universalidad** del movimiento.

Archivo. Banco Nacional de Sangre de la Cruz Roja Colombiana.

Antes de continuar, es importante mencionar que en Bogotá, durante los años 80 hasta mediados de los 90, el BNS CRC era el único banco de sangre extra hospitalario que apoyaba el suministro de sangre a los centros médicos asistenciales de la ciudad y a varios del país gracias a la presencia nacional de la institución, a lo que posteriormente se sumaron los bancos de sangre regionales (BSR), de los cuales se comentará más adelante.

El BNS CRC, establecía los costos del servicio de sangre, los cuales únicamente no aplicaban a las clínicas de la Seguridad Social, que era el mayor prestador de la época y establecía su propio régimen tarifario. Si bien es cierto el BNS tenía cierta posición de privilegio, nunca abusó de ella, porque se creía y honraban los principios fundamentales de la institución y su papel de auxiliadora del poder público.

Entrando ya en materia, en sus inicios la promoción de la donación voluntaria y altruista de sangre se realizaba de manera empírica a través del grupo de voluntarias de la agrupación de *Damas Grises,* quienes a través de su actitud de servicio, espíritu de solidaridad, de entrega y relaciones, lograban el ingreso a diferentes empresas y acceder el reclutamiento de donantes de sangre.

Hacia el año de 1985 se fortalece el proceso de profesionalización del departamento de promoción que involucró dentro de su equipo de trabajo a profesionales de diferentes áreas como trabajadoras sociales, comunicadoras sociales, publicistas, mercadotecnistas, periodistas, lideres comunitarias, enfermeras con experiencia en docencia, logrando la formación de equipos multidisciplinarios, no necesariamente pertenecientes al área de la salud sino de las relaciones públicas, del relacionamiento estratégico, la educación, el trabajo comunitario y las comunicaciones. Bajo esta mirada se robusteció el desarrollo de las jornadas extramurales planeadas, con metas por cumplir. Con el tiempo las metas establecidas obedecían a la programación anual de colectas del BNS, la cual se basó en un estudio del uso de sangre realizado en algunos hospitales y clínicas de Bogotá, a las cuales el BNS les suministraba sangre y componentes. El estudio fue posible gracias a la colaboración de estas instituciones y a la ayuda de un estudiante de ingeniera industrial, quién dedicó su tesis a este propósito. [1]

Así mismo se trabaja en el diseño de campañas de publicidad y el manejo de medios masivos de comunicación, no sólo con la mirada de una necesidad o una urgencia sino con un mensaje educativo y sensibilizador

[1]. Estudio que no fue publicado, la información se utilizó para realizar las proyecciones mensuales de colecta y separación de componentes. El documento reposa en los archivos del BNS.

acerca de la importancia y necesidad de la donación voluntaria y altruista de sangre. Por ejemplo, para mediados de los 80 con la aparición del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida), se realizó un arduo trabajo en informar y educar a los donantes potenciales y a quienes permitían el acceso a las donaciones colectivas de sangre. Para el momento, había mucho desconocimiento y desinformación que generó un miedo que se expandió rápidamente afectando la captación voluntaria de sangre. Por ello entre las estrategias empleadas, se convocó a los medios masivos de comunicación, se hicieron ruedas de prensa y se da inicio a un nuevo concepto de la promoción educativa, con el apoyo de un grupo de estudiantes de psicología a quienes estaban a cargo de la dirección técnica y médica de la institución.

De este modo, el equipo de promoción desarrollaba permanentes mensajes sobre la importancia de donar sangre, dirigidos a los diferentes grupos objetivos en la comunidad. Muchos de estos desarrollos fueron apoyados por estudiantes de comunicación social, con énfasis en desarrollo institucional, a quienes estaban a cargo de la coordinación del departamento de promoción.

Se trabajó intensamente en el servicio y en el trato que debía recibir el donante, lo cual implicó un proceso de transformación interna que involucró las áreas de promoción y de la atención de los donantes, con el fin de crear la conciencia que los promotores atraían a las personas pero quienes *los enamoraban* y hacían que retornaran a donar, eran los responsables de su atención.

De esta manera se preparó al personal que intervenía en la atención del donante, desde la recepción, selección, flebotomía y cuidados post donación en desarrollar habilidades en relaciones humanas, buen trato, comunicación y acercamiento humano, para de esta forma darle una cara real, humana y sobre todo coherente con todos los nuevos mensajes que se emitían en los medios de comunicación.

En esta tarea el voluntariado de la CRC, en particular *las damas grises* cumplieron un papel fundamental gracias a su amabilidad, generosidad, calidez, paciencia, don de gentes y compromiso social, apoyando permanentemente la atención de los donantes.

Con el convencimiento de que la promoción era la estrategia fundamental de información y comunicación, para la sensibilización y reclutamiento de donantes de sangre, el BNS CRC estructura y formaliza un departamento constituido para aquel momento de la siguiente manera:

1. Una coordinadora, que tenía además de todas las funciones administrativas de planeación, supervisión y control propias del cargo, la de convertir a su equipo de trabajo, funcionarios voluntarios y estudiantes, en personas optimistas, dinámicas, creativas y buenos vendedores de una idea.
2. Un equipo de cuatro promotoras de diferente perfil profesional, que de la mano de la coordinación ejecutaban los planes de promoción para cada empresa, con cuatro semanas de anticipación; y fundamentalmente tenían la tarea de motivar, educar y concientizar a las personas sobre la donación altruista de sangre antes y después de la campaña. Se intentaron estrategias de agendamiento de citas para donar que no fueron bien recibidas ni implementadas por las promotoras, así como la distribución de empresas, por zonas geográficas, lo cual no siempre fue posible por la dificultad de asignar cuotas equitativas para cada promotor.
3. Dos secretarias, quienes además digitalizar los resultados de las pruebas de laboratorio, preparaban las comunicaciones a las empresas, los carnets de donantes, los informes, los listados de donantes y demás tareas propias de sus cargos. Ellas eran la mano derecha en el engranaje de las acciones de la coordinación, las promotoras, las empresas y otras áreas del BNS.
4. Los voluntarios: el área de promoción del BNS se convirtió en un frente de servicios para la acción voluntaria, apoyando en diversas tareas que estaban asignadas y programadas de acuerdo con el nivel de preparación y habilidad de los voluntarios que participaban.
5. Los estudiantes de último año escolar que realizaban su servicio social apoyando las actividades administrativas y la atención al donante de sangre, así como los alumnos universitarios de las carreras de comunicación social, publicidad, mercadeo, diseño gráfico, quienes debían realizar su práctica profesional eran un talento que se sumaba para cumplir los objetivos y a la vez fue una oportunidad para plantar en estas personas la semilla de la donación voluntaria.

Con este equipo humano y cumpliendo con un manual de funciones, se desarrollaban diversas tareas que lograron impactar positivamente los resultados de la captación de donantes voluntarios de sangre; dentro de estas prácticas queremos mencionar, en orden cronológico, las siguientes:

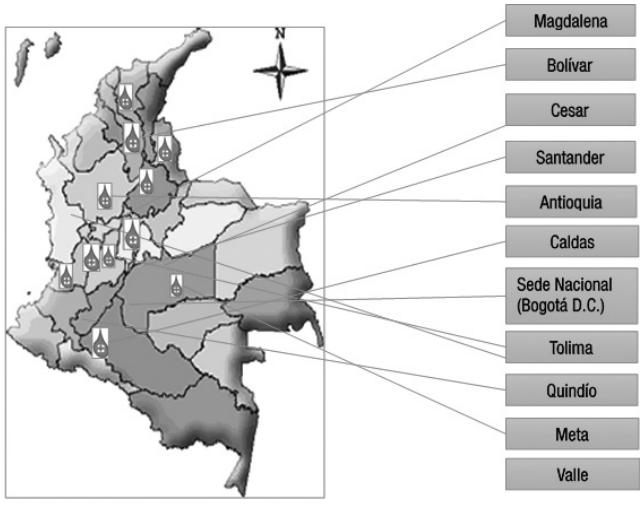
1. Con el apoyo profesor José de Recasens, decano de una de las facultades de comunicación social en Bogotá (Colombia), se realizaron una serie de programas educativos acerca de la donación de sangre tanto para televisión como para radio. Dichos programas se emitieron por el canal de televisión institucional, *Señal Colombia* y la emisora *Radio Sutatenza*, emisora del momento, con un amplio cubrimiento nacional

dedicado a la educación de los colombianos. El contenido de estos programas fue de una alta sensibilidad y formación; con testimonios de pacientes que se beneficiaban con sangre proveniente de donantes voluntarios. Su principal objetivo fue generar mensajes que educaran y ampliaran el conocimiento acerca de la sangre, su uso, todo lo referente a la donación de sangre, el procesamiento y distribución de la sangre donada. Aunque los resultados de estas campañas no fueron medidos, creemos que informaron a la comunidad y ayudaron a posicionar el nombre de la CRC como institución responsable del suministro de sangre en el país.

2. Organización de eventos masivos de donación anunciados por los medios de comunicación, con la participación de personalidades de la farándula, el deporte, las artes, reinas de belleza, entre otras. Quizás el más reconocido y recordado era el que se llevaba a cabo en uno de los hoteles más prestigiosos de la ciudad. (Hotel Hilton de Bogotá). Eventos en los que se atendieron en un día cerca de 1000 donantes de sangre, mientras que disfrutaban de acompañamientos musicales, artísticos y personajes reconocidos de la época, contando con el apoyo de empresas privadas en carácter de donación.
3. El telemercadeo o telerreclutamiento: con el objetivo de aumentar las donaciones en la sede del BNS, con llamadas telefónicas directamente realizadas por personal de promoción o voluntarios entrenados para tal fin, que tenían como consigna que al momento de levantar el teléfono para hacer una llamada se convertían en salvadores de vidas, para alcanzar una meta de 3000 unidades mensuales. Además, el momento de la comunicación se convertía en un espacio para solucionar dudas, atender objeciones, educar o solucionar inquietudes. Vale la pena anotar que al inicio los listados con los nombres y números telefónicos para estas llamadas procedían de registros y kárdex manuales, que sólo fueron sistematizados en los años 90, con el desarrollo de un sistema informático propio, diseñado por una estudiante de ingeniería de sistemas. Los resultados de esta estrategia fueron muy positivos, en especial en épocas de baja captación de sangre siendo el medio para convocar donantes; también era una estrategia para la retención, de recordatorio, de agradecimiento a aquellos donantes que tenían más de tres donaciones y de evaluación del servicio y la atención a donantes activos. Esta herramienta exige el consentimiento de los donantes a ser llamados y una base de datos actualizada y confiable que no es fácil lograr, en especial cuando el sistema no era sistematizado. En la actualidad la mayoría de los servicios de sangre cuentan con herramientas informáticas, no obstante en el momento del registro se debe asegurar que el donante potencial registre sus datos de contacto en la historia del donante con exactitud y claridad.
4. Respaldo al Club de Donantes RH negativos: nace como una iniciativa comunitaria y liderada por un periodista reconocido en el medio de prensa, comunicación y la comunidad, la cual el BNS apoya y respalda, prestando el espacio para reuniones, dictando conferencias de interés y manejando las reservas de unidades de sangre que los socios mantenían. El telereclutamiento fue la herramienta por excelencia para convocar a los integrantes del Club cuando se requería su donación y la respuesta fue siempre positiva.
5. El vínculo con Radio Sutatenza generó la creación de una "radiotón" de sangre, con mucho impacto, la cual movilizaba a Bogotá, personas de otros municipios y de zonas rurales a donar su sangre. Con el tiempo y con el cierre de Radio Sutatenza, a este evento masivo se sumaron otros medios y se empezó a realizar en forma simultánea, con la participación de los BSR de la CRC del país, en un trabajo en red, con transmisión en directo a través de los medios de comunicación. Es importante destacar que en el marco de uno de estos eventos el Banco de Sangre de la Cruz Roja Seccional Valle alcanzó el Récord Guinnes de donación voluntaria de sangre con un número de 3406 donantes en 12 horas en un solo sitio, el cual se mantiene hasta la fecha. El récord se logró en medio de un gran entusiasmo que hablaba muy bien del espíritu altruista de los colombianos en medio de una época decembrina bastante difícil para el país y para la captación de sangre. Estas experiencias de convocatoria y captación masiva de donantes de sangre fue un modelo inspirador para otras instituciones del país.
6. Constantemente se identificaban y consolidaban alianzas estratégicas internas: dentro de las estrategias internas se puede citar la realizada con la Lotería de la CRC, cuyo objetivo era poder hacer divulgación y educación enviando información en los billetes de lotería y dando mensajes claves educativos y de promoción en el espacio televisivo donde se hacía el sorteo cada semana. Con las seccionales de la CRC en las ciudades de Tunja, Girardot y Fusagasugá, moviendo toda una infraestructura de campaña, se establecieron jornadas regulares de colecta de sangre en la comunidad, facilitando la participación de diferentes municipios, y de la mano de los voluntarios de esas ciudades que apoyaban la promoción

y el desarrollo de la actividad se realizaron eventos muy llamativos y de alto impacto en la comunidad, por su carácter educativo que no sólo cumplían con el objetivo de colectar sino de fortalecer la imagen institucional. En Girardot se abrió un depósito de sangre y el hospital de la ciudad era un punto de colecta de sangre del BNS, operado bajo los estándares del BNS. Esta iniciativa que fue innovadora y fortalecía la oportunidad, suficiencia y seguridad transfusional, sin embargo la actividad fue suspendida al presentarse inconvenientes en el cumplimiento de los estándares de recolección establecidos por el BNS y los procesos acordados.

7. Acuerdos con otras instituciones para colectas conjuntas de sangre: a finales de los 90 varias instituciones incursionaron en la colectas masivas de sangre y limitaron el actuar único del BNS, por ello se establecieron acuerdos de colecta con los hospitales locales de los municipios que se visitaban, muchos de los cuales no contaban con todos los insumos necesarios para adelantar estas jornadas, por ejemplo, camillas, refrigerios para los donantes, entre otros. Por ello y para mantener una adecuada atención a los donantes en varias oportunidades el BNS les colaboró facilitándoles estos insumos.



Gracias a la ayuda del gobierno alemán, a la Cruz Roja de ese país, y a la fortaleza técnica del BNS, la CRC fue pionera en contar con una red de bancos de sangre en el país que llegó a reunir 11 en las ciudades de Armenia, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Ibagué, Manizales, Medellín, Santa Marta, Valledupar y Villavicencio. Los bancos de sangre de la CRC representaban el 20% del suministro nacional de sangre.

Orientados por los mismos principios, procesos y procedimientos técnicos operativos, los BSR replicaron las áreas técnicas operativas con que contaba en BNS: *promoción* (información y educación a donantes de sangre); *enfermería* (selección, colecta y cuidados post donación) y *procesamiento* [laboratorios de inmunohematología, tamizaje para agentes infecciosos asociados a la transfusión HIV; VHB (HBsAg y anti core); VHC; Chagas y Sífilis, en el Valle del Cauca se tamizaba para HTLVI; y separación de componentes sanguíneos; la única aérea que no se implementó en el nivel regional fue la confirmación de las pruebas para agentes infecciosos)].

En el BNS se llevaba a cabo la inducción de las personas contratadas por el nivel regional, como responsables de dichas áreas. De otro lado, con el presupuesto del BNS se realizaba anualmente una reunión técnica, cuya sede era itinerante y tenía como objeto la presentación de los informes de actividades, discusiones sobre aspectos operativos y de calidad, la actualización del personal, siendo además un espacio de encuentro e integración entre el personal de la CRC.

Como red se realizaron jornadas de donación, manejando medios de comunicación con un lenguaje unificado, invitando a personajes públicos a ser donantes y voceros de la donación.

También se organizaron seminarios, entrenamientos, capacitaciones y participación activa en estudios. Como ejemplo, los bancos de sangre de la CRC fueron los primeros en implementar la prueba de tamizaje para VIH, participaron en la sero-encuesta para Chagas que fundamentó el establecimiento obligatorio del tamizaje en las unidades de sangre.

Podríamos afirmar que la CRC fue pionera en la promoción de la donación de sangre, resaltando las siguientes acciones:

1. La contribución a crear una cultura de la donación voluntaria, a través del desarrollo de programas de comunicación y educación permanente, inculcando a las personas la utilidad y realidades de la donación, desvaneciendo mitos y esquemas mentales preconcebidos. Hoy, después de más de 50 años de trayectoria, se puede decir que la cultura de la donación sigue en desarrollo y que debe robustecerse tanto a nivel comunitario como entre el personal sanitario.
2. La apertura al esquema extramural acercó y facilitó la donación a la comunidad, abordando al donante donde vive, trabaja o estudia y educándolo sobre la manera de hacerlo, utilizando para ello alianzas con diversos medios de comunicación, publicidad audiovisual e impresa y material para la promoción que apoyaba el mensaje de la donación de sangre, procurando en diferentes ciudades del país abordajes directos, amables, alegres, sensibilizadores y educativos a los donantes potenciales, a través de la creación de departamentos de promoción compuestos

por profesionales con habilidades para desarrollar dicha actividad, funcionarios y voluntarios de la institución con una formación adecuada para cautivar con argumentos y humanidad un trabajo coherente con los principios institucionales

3. Su preocupación constantemente por la capacitación técnica de los profesionales del área en aspectos técnicos del banco de sangre.

Estos aportes hicieron que el BNS de la CRC fuera una escuela de aprendizaje para muchos profesionales, un referente para la medicina transfusional y un aliado del Ministerio de Salud e INS en la construcción de la legislación en sangre.

Para concluir queremos dejar como lecciones aprendidas de nuestra experiencia de más de 15 años con el BNS:

1. El respaldo institucional, la confianza y credibilidad en la institución fueron sin duda un factor determinante para que las personas donaran su sangre, unido a la presencia y participación territorial. Las actividades de la donación de sangre eran un termómetro de la imagen de la institución, cualquier falta institucional afectaba inmediatamente la colecta. Por ello, desde los bancos de sangre se trabajaba en cuidar y fortalecer la imagen y credibilidad institucional.
2. El incluir dentro de los costos de procesamiento un presupuesto para actividades propias de promoción, educación y atención a donantes, siempre manteniendo los costos de operación bajos y buscando alianzas estratégicas. En este sentido la recuperación de cartera fue un aspecto que influyó negativamente en la inversión para actividades de la promoción de la donación voluntaria, porque el efectivo se destinaba prioritariamente al pago de funcionarios y proveedores.
3. La organización estructural de la operación de promoción que incluía estrategias de vinculación de los medios de comunicación, el apoyo de los sectores privados y educativos, el permanente desarrollo de mensajes promocionales de acuerdo con la población a sensibilizar hacia la donación voluntaria de sangre, en muchas ocasiones se vinculaban familiares de los receptores o los mismos pacientes beneficiarios de sangre para dar testimonios y sensibilizar hacia la donación de sangre. El haber estado atento a las necesidades de la comunidad, la realización de eventos de reconocimiento a los donantes y empresas, así como el trato cordial, cálido y profesional que les trasmitía seguridad a la persona que donaban, fueron factores decisivos en la motivación a donar sangre de forma voluntaria. Otro aspecto relevante fue el contar con estructuras técnicas en el procesamiento y distribución de las unidades de sangre, ofreciendo un respaldo definitivo porque los responsables de promoción podían salir con confianza a la comunidad con la seguridad de que el donante tendría una buena atención y la sangre que se colectaba tendría el mejor manejo.
4. El compromiso del recurso humano, equipo humano formado por los funcionarios y voluntarios que realizaban los procesos. No obstante, una debilidad fue la alta rotación de los promotores y la necesidad de entrenar con frecuencia nuevos promotores. El haber ayudado a formar el recurso humano: estudiantes de pregrado del área de la bacteriología, médicos especialistas (hematólogos, patólogos clínicos) y profesionales nacionales y extranjeros en ejercicio (administradores, bacteriólogos, enfermeras, médicos, profesionales de las áreas sociales), permitió que muchos colegas conocieran el funcionamiento del BNS y confiaran en el suministro que se entregaba a la comunidad.
5. La disponibilidad y análisis permanente de la información estadística de captación, de diferimiento y de reacciones adversas de donantes que permitían monitorear las acciones y hacer los ajustes necesarios en procesos así como el reentrenamiento y reorientación al personal.

Capítulo 45

La donación de sangre como responsabilidad social, una experiencia exitosa

Germán Castellanos Ordoñez, PhD. Profesor Asistente, Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas, Universidad Icesi. Colombia. Email: gcastellanos@icesi.edu.co

Carmenza Macía Mejía, MD. Patóloga Clínica. Jefe del Banco de Sangre y Servicio transfusional, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia. Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Icesi. Colombia. Email: carmenza.macia@fvl.org.co

María Teresa Jímenez Alvárez, Bacterióloga Analista de Mercadeo, Área de Convenios. Fundación Valle del Lili. Colombia Email: maria.jimenez@fvl.org.co

Agradecimientos a Andrea del Rocío Garzón Méndez, Estudiante en Práctica de Diseño Gráfico, por la elaboración de los cuadros incluidos en el capítulo.

Introducción

El mercadeo social busca el bienestar del individuo y de la sociedad mediante el cambio voluntario en el comportamiento de estos, siguiendo los principios básicos del mercadeo comercial [1]. El uso del mercadeo social ha venido en aumento en los últimos años dados los buenos resultados obtenidos en el cambio y prevención de comportamientos individuales no deseados por la sociedad, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas. De la misma manera, el mercadeo social se está utilizando cada vez más en la promoción de comportamientos individuales deseados por la sociedad, tales como la donación de sangre y la donación de órganos [2].

El mercadeo social es un proceso que inicia con el análisis del mercado, el cual está compuesto por los comportamientos individuales a cambiar, la competencia y el entorno, seguido por la creación de la mezcla de mercadeo, también conocida como las cuatro Ps: producto, precio, plaza y promoción por sus siglas en inglés. Por último, la implementación, seguimiento y control definidos para el logro de los objetivos establecidos en el plan de mercadeo. La complejidad del proceso y su extensión han llevado al uso parcial del mismo, como por ejemplo la fase de promoción solamente, ocasionando frustración por el logro parcial de los objetivos planteados. El éxito de todo plan de mercadeo social se fundamenta en el proceso y la integración de sus etapas de planeación, ejecución, seguimiento y control.

En este capítulo, haremos una introducción a los conceptos y los pasos a seguir en un plan de mercadeo social aplicado a la donación de sangre e ilustraremos el proceso con un ejemplo, y finalmente, daremos las conclusiones.

El mercadeo social

El concepto de mercadeo social tuvo su origen en los años 70 en un artículo de Kotler y Zaltman quienes lo definieron como "El uso de los principios y técnicas del mercadeo en el desarrollo de una causa social, una idea o un comportamiento" [2]. Esta primera concepción del mercadeo social ha ido evolucionando con el tiempo y tal vez la definición más completa del mercadeo social es: "Un proceso que usa los principios y técnicas del mercadeo para influenciar los comportamientos de la audiencia objetivo para el beneficio de la sociedad y del individuo. La orientación estratégica de esta disciplina se fundamenta en la creación, comunicación, entrega e intercambio de una oferta de valor para individuos, clientes, socios y la sociedad en general" [3]. A continuación se explicarán cada uno de estos conceptos.

El mercado, los segmentos y el segmento objetivo

Empezamos definiendo el mercado como "El conjunto de todos los compradores reales y potenciales de un producto o servicio. Estos compradores comparten una necesidad o deseo particular que puede ser satisfecho a través de relaciones de intercambio" [4]. En otras palabras, el mercado está formado por los clientes o compradores de los productos de la empresa, por los compradores potenciales; es decir, aquellos que compran los productos de la competencia y por los factores del entorno, como sociales, económicos, políticos, tecnológicos, legales y culturales.

Si hacemos un paralelo, podemos definir el mercado social como el conjunto o grupo de individuos a influenciar para que cambien su comportamiento de manera voluntaria para su beneficio y el de la sociedad. No todos somos iguales y por tanto lo que es bueno para unos es malo para otros; de esta manera creamos grupos de individuos con necesidades, características y comportamientos similares que necesitan programas de mercadeo diferentes y que llamaremos segmentos del mercado.

La segmentación de mercados nos permite agrupar a los individuos teniendo en cuenta: factores geográficos, como país, ciudad y región de residencia; factores demográficos, como edad y etapa del ciclo de vida, género, educación y religión; factores psicográficos como clase social, estilo de vida y características de la personalidad y factores conductuales, como conocimientos, actitudes y percepciones. Teniendo en cuenta los factores mencionados creamos perfiles de individuos representativos de cada segmento para quienes debemos desarrollar estrategias y programas de mercadeo social diferentes.

Una vez definidos los segmentos procedemos a identificar el segmento o audiencia objetivo. El segmento objetivo es el grupo de individuos que consideramos tiene una mayor disposición al cambio de comportamiento deseado y para quienes diseñaremos el plan de mercadeo social en primera instancia.

Para finalizar el análisis del mercado debemos tener en cuenta a otros grupos de interés que nos pueden ayudar o dificultar el cambio de comportamiento en el segmento objetivo. Estos grupos corresponden a organizaciones gubernamentales, fundaciones sin ánimo de lucro y grupos en general de la sociedad a beneficiar. Por ejemplo, si queremos que las personas no conduzcan al ingerir bebidas alcohólicas, debemos tener en cuenta a la policía de tránsito, a las empresas aseguradoras de los vehículos y a los propietarios de restaurantes y bares de la localidad. De esta manera el plan de mercadeo social incluirá beneficios para cada uno de ellos, facilitando así el proceso de adopción del nuevo comportamiento por parte de los individuos.

El concepto de intercambio

La intención de cambio en el comportamiento individual aumenta si se reciben beneficios por ello. De acuerdo con el concepto de intercambio según Bagozzi [5] los consumidores actúan en su propio interés buscando maximizar su valor; esto es, mayores beneficios al menor costo. En el mercadeo social no hay productos o servicios explícitos en un intercambio, tal y como es el caso en el mercadeo comercial. De todas maneras y siguiendo el concepto de intercambio si queremos que un individuo o un grupo cambie su comportamiento debemos ofrecerles un beneficio que sea valorado por ellos o por sus familias como en el caso de la disminución del consumo de alcohol que hace sentir mejor al individuo y a su entorno familiar y laboral.

La competencia

En el mercadeo comercial, los competidores son quienes ofrecen productos o servicios similares a los nuestros que satisfacen la misma necesidad de los compradores. En el mercadeo social, los competidores son aquellos que impiden o dificultan el cambio en el comportamiento deseado de los individuos en el segmento objetivo. Por lo tanto, debemos identificar los competidores, sus fortalezas y debilidades y escoger con quién vamos a competir. El propósito de este proceso es crear una ventaja competitiva que nos permita retener a los individuos a quienes queremos que cambien su comportamiento. El nuevo comportamiento individual una vez logrado debe mantenerse hasta convertirse en

un hábito. En el ámbito del mercadeo social, los competidores son barreras y comportamientos alternos al que buscamos, debemos identificar los beneficios y costos asociados a estos comportamientos por el individuo o grupo de individuos objeto de estudio. Por ejemplo, si deseamos incentivar el transporte al trabajo en grupo, debemos romper el hábito de manejar solos al lugar de trabajo.

La mezcla de mercadeo

Una vez hayamos analizado la competencia y los factores del entorno relevantes, seleccionado el segmento objetivo y definida la oferta de valor para individuos y grupos de interés, procedemos a desarrollar la mezcla de mercadeo social. La mezcla de mercadeo social son las herramientas, producto, precio, plaza y promoción utilizados de manera integral y estratégica para lograr que el segmento objetivo adopte el comportamiento deseado. A continuación explicaremos en qué consiste cada uno de los componentes de la mezcla de mercadeo.

El producto es el componente más importante de la mezcla de mercadeo. Cuando nos referimos a un producto pensamos en un objeto tangible; en mercadeo, un producto puede ser un servicio, una experiencia, una persona, un lugar, una organización o una idea. En mercadeo social un producto es más un conjunto de beneficios a recibir por el segmento objetivo al cambiar su comportamiento, estos beneficios se hacen tangibles al entregar el producto a los individuos y en el diseño del lugar donde se entrega el producto reduciendo las barreras que dificultan el cambio. Un ejemplo es la promoción del uso de condones (producto), disponibles en bares (facilita el uso en el momento adecuado) de la ciudad, para reducir la posibilidad de contagio de enfermedades venéreas (beneficio).

Los servicios se consideran un producto en mercadeo. Un producto es algo tangible mientras que un servicio es intangible. Un ejemplo es la donación de sangre (servicio) por un individuo quien se siente bien por hacerlo (beneficio) y dona en un lugar tranquilo, organizado, con personal entrenado (facilita la decisión de donar) y en ocasiones recibe un objeto promocional luego de la donación (el servicio se hace tangible). Para cerrar lo concerniente al primer componente de la mezcla de mercadeo, debemos mencionar las marcas. La marca es el nombre, símbolo y eslogan que llevan los productos y servicios y nos sirven para identificarlos y distinguirlos de las demás opciones en el mercado. Retomando el ejemplo de los condones, si no tienen una marca que los identifique, los individuos no podrán volver a comprarlos. En el caso de la donación de sangre hay varias organizaciones no gubernamentales, como la Cruz Roja, y otras de salud, como clínicas y hospitales que tienen programas para recolectar sangre. Cada una de estas organizaciones tiene un nombre o eslogan para sus campañas de donación que los hacen fácilmente identificables por sus donantes.

El precio es el segundo componente de la mezcla de mercadeo. En general, el precio es el valor que pagamos y los costos en que incurrimos para recibir los beneficios de un producto al comprarlo y usarlo. En mercadeo social debemos tener en cuenta el proceso que hace el individuo al cambiar su comportamiento y los costos o dificultades asociados a él. Así, el precio tiene un componente monetario y otro no monetario. Por ejemplo, el precio que pagamos por un condón cuando adoptamos un nuevo comportamiento es el componente monetario. El esfuerzo y las molestias ocasionadas al adoptar el nuevo comportamiento son el componente no monetario del precio que paga el individuo en cuestión.

La plaza es el lugar donde y cuando el segmento objetivo va a adoptar el nuevo comportamiento y adquiere los productos y servicios relacionados con éste. La comodidad es una tendencia de nuestro tiempo, todos queremos las cosas cerca, sin complicaciones y de fácil acceso. Si estas condiciones no se dan, cambiamos nuestro curso hacia otra opción disponible en el mercado. El plan de mercadeo social debe tener en cuenta estos aspectos para diseñar un lugar cerca, de fácil acceso, con horarios de atención extendidos, con los productos disponibles en el momento de uso, bien organizados y con personal dispuesto a atender cualquier inquietud por parte del segmento objetivo. En síntesis, todas las variables que impiden o dificultan el cambio de comportamiento deben ser eliminadas o minimizadas.

El último componente de la mezcla de mercadeo es la promoción. La promoción o mejor la comunicación es la forma de persuadir al segmento objetivo para que adopte el nuevo comportamiento. En mercadeo social se tienen varias herramientas para comunicarse con el segmento objetivo; estas son: la publicidad (televisión, radio y prensa), la promoción en el lugar (exhibiciones y demostraciones), las relaciones públicas (comunicados de prensa, eventos y patrocinios), las ventas personales (información, asesoría y resolución de dudas) y el mercadeo directo (comunicación directa con los individuos para forjar relaciones a largo plazo). Una buena comunicación con el segmento objetivo debe considerar el mensaje, quién lo da, la forma en que lo da y los canales de comunicación a utilizar. El mensaje de la comunicación hace énfasis en los beneficios a obtener cuando el nuevo comportamiento es adoptado por el individuo.

Para finalizar con la mezcla de mercadeo es importante resaltar que estos cuatro componentes van juntos

en la ejecución del plan de mercadeo social, de lo contario el logro de los objetivos puede fallar.

El plan de mercadeo social

Antes de comenzar nuestra tarea debemos hacer un plan estratégico de mercadeo social que nos lleve al logro del objetivo planteado, para esto se ha adaptado el proceso mostrado por Lee, N.R. and P. Kotler [6]. Los pasos a seguir son los siguientes: 1. Definición del problema u oportunidad, 2. Análisis del entorno, 3. Selección del segmento objetivo, 4. Objetivos y metas a lograr con el plan, 5. Beneficios y barreras del segmento objetivo, 6. Desarrollo de la mezcla de mercadeo, 7. Seguimiento y control, y 8. Plan para la implementación y control.

1. *Definición del problema u oportunidad.* El primer paso es definir el problema a resolver, o el comportamiento a modificar o prevenir. Para esto debemos tener claro la población bajo estudio, los grupos de interés que nos pueden ayudar o dificultar el cambio del comportamiento, las limitaciones que tenemos y los posibles patrocinadores del programa.
2. *Análisis del entorno.* El plan de mercadeo social lleva un componente de investigación transversal a todas sus actividades necesario para el éxito del plan. Una investigación previa del entorno; esto es, factores culturales, tecnológicos, sociales, religiosos y económicos que afectan el desarrollo de nuestro programa deben ser identificados y estudiados. Es bueno indagar sobre planes anteriores ejecutados por otras organizaciones para conocer sus aciertos, dificultades y la forma en que los enfrentaron. Para finalizar se recomienda hacer un análisis externo e interno de la organización. El análisis externo comprende las oportunidades y amenazas que encontramos en el exterior de la organización y el análisis interno son las fortalezas y debilidades que tenemos para el logro de los objetivos planteados en el plan.
3. *Selección del segmento objetivo.* El estudio del mercado nos permite agrupar a los individuos por factores geográficos, demográficos, psicográficos y conductuales. En la escogencia del grupo de individuos objetivo de nuestro plan debemos investigar quiénes son los más propicios al cambio, el número y ubicación de éstos, las barreras a vencer y los grupos que se verán afectados por el cambio de comportamiento. Para este grupo específico es que se diseña la mezcla de mercadeo, entre más claro tengamos su potencial de cambio, mayor será el éxito del programa.
4. *Objetivos y metas.* El objetivo es lo que queremos lograr en el mediano plazo y las metas es lo que debemos lograr en el corto plazo para cumplir con el objetivo. Los objetivos y metas deben ser específicos, medibles, relevantes y logrables en un tiempo definido.
5. *Beneficios y barreras.* Si el objetivo del plan es cambiar un comportamiento individual de manera voluntaria es importante determinar los beneficios a recibir por el individuo al adoptar el nuevo comportamiento. Tan importante como los beneficios son las barreras a vencer por el individuo en el proceso de cambio.
6. *Mezcla de mercadeo.* La mezcla de mercadeo comprende el producto o servicio, el precio a pagar o los costos asociados con la adopción del nuevo comportamiento, la plaza o lugar dónde y cuándo se da el proceso de cambio y la promoción de los beneficios a lograr y el lugar donde se van a dar. Cabe resaltar que ésta se diseña para el segmento objetivo en primera instancia.
7. *Seguimiento y control.* Es necesario definir los indicadores que nos muestren progreso en el proceso de implementación del plan y las acciones a ejecutar si el progreso no es el planeado. Los indicadores deben estar alineados con los objetivos y metas planteados en el paso 4.
8. *Plan para la implementación y control.* En el plan van las actividades a realizar, las personas a cargo de ellas, los costos asociados, las fechas en que se van a hacer estas actividades, el lugar donde se ejecutan, y los indicadores para verificar su progreso, todo lo anterior siguiendo una secuencia de ejecución previamente definida. Una vez terminada la planeación del plan de mercadeo social procedemos a su ejecución.

La donación de sangre como responsabilidad social, una experiencia exitosa

A continuación se muestra como ejemplo el trabajo que se viene realizando desde el 2007 entre el Banco de Sangre de la Fundación Valle del Lili (FVL) y la Universidad Icesi para la donación de sangre de la población estudiantil, siguiendo el plan de mercadeo social previamente descrito. Se hará una descripción de las entidades mencionadas y de las estrategias y actividades en el plan, y terminando con los resultados obtenidos.

La Fundación Valle del Lili es una entidad de salud sin ánimo de lucro que tiene como **misión** satisfacer las necesidades de salud de alta complejidad de sus pacientes, **integrando la práctica clínica, la educación y la investigación**, en una permanente búsqueda de la excelencia para beneficio de la comunidad. La Fundación nació gracias a la generosidad de la comunidad del valle del cauca, que con su aporte logró inicialmente que se ofrecieran servicios ambulatorios en abril de 1986.

Finalmente se inauguró, en febrero de 1994 el complejo de salud donde nació el banco de sangre de nuestro caso.

El banco de sangre de la Fundación Valle del Lili tiene como **misión** construir un grupo de donantes voluntarios, habituales y altruistas, educando la comunidad, para satisfacer la demanda de productos sanguíneos de los servicios médico quirúrgicos de la institución, brindando un servicio oportuno y seguro de la más alta calidad.

La Universidad Icesi fue creada en 1979, hoy es reconocida en Colombia por su alto nivel académico y excelencia educativa. Forma profesionales exitosos y comprometidos con la sociedad [9], en la carrera de Mercadeo Internacional y Publicidad capaces de manejar técnicas modernas de gestión estratégica, lo que les permitirá comprender y aprovechar económicamente, los cambios en las actitudes de los consumidores y clientes, así como su mayor sensibilidad al precio y a la publicidad [10].

A continuación se hace un resumen del proceso seguido en la implementación del plan de mercadeo social para la donación de sangre en la Universidad Icesi.

Definición del problema u oportunidad

La necesidad de sangre en una entidad de salud como la Fundación Valle del Lili y la necesidad de aprender haciendo por parte de los estudiantes y directivos de la carrera de Mercadeo Internacional y Publicidad de la Universidad Icesi fue el punto de partida de una alianza que inició en 2007 para generar cultura de donación de sangre como parte integral de la responsabilidad social de ambas instituciones.

A través de la educación de la comunidad universitaria, se pretende modificar el imaginario social que se tiene sobre la sangre, el cual la percibe como muerte y tristeza, cambiándolo por otro que la identifique como un elemento que proporciona vida, salud, alegría y esperanza. Este hecho, permite generar en las personas un cambio de actitud y pensamiento que los motive a asumir la donación como un acto habitual, repetitivo y cotidiano.

La juventud universitaria es una población que cumple con la mayoría de criterios de las organizaciones de salud pública para donar sangre, y además si se logra crear en ellos el hábito de la donación, podremos tener donantes durante muchos años y generar cultura de donación en las empresas donde estos estudiantes trabajen al terminar sus estudios universitarios.

Análisis del entorno

Los estudiantes de la materia Introducción a la Publicidad (segundo semestre) realizan el proyecto durante todo el semestre y asisten a charlas informativas del Banco de Sangre de la Fundación Valle del Lili sobre qué es la sangre, cómo es el proceso de la donación, los requisitos para ser donante, el proceso de fraccionamiento y acondicionamiento y almacenamiento de los componentes, cómo han sido las campañas previamente realizadas, y posteriormente realizan una visita a sus instalaciones, que incluye recorrido por el área de selección del donante, procesamiento y almacenamiento. Los estudiantes por medio de estas charlas e investigación individual aprenden sobre la donación de sangre, sus mitos y creencias, sus riesgos, el uso de la sangre y los cuidados a tener en la selección de los donantes. Aparte el banco de sangre entrega cada semestre un brief donde está definida la marca, el tema de la campaña que cambia cada semestre y que ha tratado los temas de celebración, felicidad y paz, entre otros. Esto les sirve de entrada para conocer el cliente y entender las diferencias con los otros bancos de sangre de la ciudad

Todo este material de investigación y los temas estudiados en clase, se utilizan en el diseño de las piezas, estrategias y tácticas publicitarias y de mercadeo para implementar una campaña de donación.

Selección del segmento objetivo

El grupo objetivo más importante son los estudiantes de la materia, ya que ellos serán los responsables de crear las propuestas para el desarrollo de la campaña de donación y de definir cómo van a cumplir con la meta del número de donantes. Este grupo a su vez, debería definir sus grupos objetivo.

La población universitaria se dividió en los siguientes segmentos: empleados de la universidad, estudiantes de programas diurnos (carreras de pregrado), estudiantes de programas nocturnos (maestrías y diplomados) y profesores. Teniendo en consideración la edad, el tiempo en la universidad y el número de estudiantes se definieron los estudiantes de los programas diurnos como el segmento objetivo. En este segmento se identificaron las siguientes barreras para la donación de sangre: estudiantes menores de edad, estudiantes con peso corporal menor a los 50 kg, y el desconocimiento generalizado de los estudiantes de las otras carreras de la Universidad sobre la donación de sangre.

Objetivos y metas

El objetivo general es crear una cultura de donación de sangre mediante la educación, desarrollando estrategias de mercadeo, publicidad y comunicación para crear una comunidad de donantes voluntarios y habituales entre estudiantes de la universidad.

Los objetivos específicos definidos son los siguientes:

a. Cambiar el imaginario social que se tiene sobre la donación de sangre en la comunidad universitaria implementando el concepto de donación de sangre como responsabilidad social
b. Conformar un grupo de estudiantes para que sean multiplicadores del mensaje de la donación de sangre como responsabilidad social en su entorno.
c. Hacer de la donación de sangre una tarea de todos, puesto que es necesario el trabajo en equipo (ideas, creatividad) para ayudar a educar y sensibilizar.
d. Promover un estilo de vida saludable entre los jóvenes universitarios.
e. Generar compromiso por parte de las instituciones educativas frente a la promoción de la donación de sangre.

Beneficios y barreras

Para cada uno de los grupos de interés identificados se investigaron las posibles barreras y beneficios a ofrecer con la donación de sangre. A continuación se hace una síntesis de cada uno de ellos.

Profesionales y auxiliares del Banco de Sangre de la FVL : la posibilidad de concentrar su trabajo en un grupo grande de posibles donantes y en un mismo lugar fue un incentivo para la jornada de donación. La logística requerida para montar un punto de donación fuera de la clínica ya era un procedimiento establecido por el banco de sangre y no necesitaba de mayores arreglos. Dado el volumen de sangre recolectada era necesario coordinar el servicio de transporte de la sangre de la universidad a la clínica varias veces al día.

Estudiantes de la universidad: las principales barreras encontradas fueron el desconocimiento de la donación de sangre, los mitos y creencias acerca de la donación y el temor a las agujas. Entre los beneficios que salieron luego de una breve investigación fue el ayudar a otros, sentirse bien y sentimientos de solidaridad con los demás.

Estudiantes de la materia "Introducción a la Publicidad": la posibilidad de tener una experiencia real en mercadeo y publicidad al comienzo de su carrera fue el mayor incentivo, sin embargo también existía el temor a embarcarse en un proyecto muy grande para ellos que apenas llevan dos semestres de su carrera universitaria.

Profesores de la materia "Introducción a la Publicidad": el tener que adaptar el contenido y cronograma de la materia para no sólo tener la teoría sino la práctica, con una campaña de publicidad real con un cliente real, implica largas horas de preparación y asesoría a los estudiantes. Su principal motivador fue llevar la teoría a la práctica en un ambiente estudiantil y ser líderes en la región en el tema de mercadeo social.

Mezcla de mercadeo

La mezcla de mercadeo es la siguiente:

El producto es crear conocimiento en la población estudiantil de la necesidad que tienen las entidades de salud de contar con sangre para sus pacientes y la responsabilidad de los estudiantes en ayudar, en beneficio propio y de la sociedad a deshacer mitos y creencias que impiden la donación de sangre e impulsar un cambio de concepción acerca de la donación.

El precio en este caso no existe pues es una actividad voluntaria para el beneficio individual y de otros. Se desarrollan actividades para minimizar los costos por parte de los estudiantes tales como: un mayor número de días para que todos los estudiantes puedan donar sangre, un número suficiente de profesionales y auxiliares en la atención para minimizar los tiempos de espera en la entrevista preliminar y en la toma de sangre.

La universidad designó un lugar para llevar a cabo todo el proceso de la donación de sangre, de fácil acceso para los estudiantes y el personal del Banco de Sangre durante la duración de la campaña de donación.

¿Como se desarrolla el proyecto?

1. Se dictan charlas y se hace un recorrido al banco de sangre para conocer acerca del tema de la donación, usos de la sangre, procesamiento, etc.
2. Se envía un BRIEF donde se define lo que se quiere cada semestre, donde queda claro cuál es el espíritu o tono o "marca" del banco de sangre.

Siempre queda claro que queremos inspirar alegría, solidaridad, compromiso y nunca inspirar lástima ni hacer sentir que las personas que van a recibir la sangre o sus componentes nos deben generar pesar. La idea es que se vea la donación como algo cotidiano, que hace parte de todas las actividades de las personas jóvenes

Los estudiantes de la materia de "Introducción a la Publicidad" son los encargados de desarrollar y ejecutar la campaña de donación de sangre. Inicialmente, se dividen en grupos o agencias, más o menos 8 grupos por semestre, y cada una de ellas diseña una campaña para la donación de sangre en paralelo con los temas vistos en clase y la asesoría de los profesores; posteriormente, cada uno de los grupos o agencias publicitarias cuenta con 20 minutos para presentar sus propuestas ante un jurado conformado por gerentes de mercadeo de importantes empresas de la región, y por personal del Banco de Sangre y Mercadeo de la Fundación Valle del Lili, quienes tienen la tarea de seleccionar la propuesta ganadora según los criterios previamente establecidos.

Cuadro No 1 Brief Campaña 2016-2

BRIEF PARA CAMPAÑA UNIVERSIDAD ICESI 2016
CLIENTE: Banco de Sangre de la Fundación Valle del Lili
1. Descripción de la marca: El Banco de Sangre de la Fundación Valle del Lili satisface la demanda de componentes sanguíneos de pacientes que lo requieren en los servicios médico-quirúrgicos de la Institución, brindando un servicio oportuno y seguro de la más alta calidad, mediante la solidaridad el altruismo de los donantes.
2. Rol/Territorio de marca: La razón de ser del Banco de Sangre de la Fundación Valle del Lili es construir a través de la educación y promoción de valores como la solidaridad y el amor por el otro, una comunidad de donantes voluntarios de sangre, repetitivos, altruistas, responsables y con estilo de vida saludable para satisfacer las necesidades de los pacientes que la requieran.
3. Proyecto: Campaña de donación de sangre 2016-2
4. A quién tratamos de influenciar: A la comunidad perteneciente a la Universidad Icesi: Estudiantes, profesores, colaboradores y sus familias.
5. Objetivo del negocio: Crear una cultura de donación de sangre voluntaria y altruista para impactar de manera positiva a su comunidad. Cumplir con las metas individuales (donantes O Negativo 35, donantes O Positivo 350 , otros grupos 160 y 5 donantes por aféresis) y en total de captar 550 donantes de sangre en la Universidad Icesi durante la semana de campaña 2016-2 con una meta diaria de 110 donantes, además del posicionamiento de marca del banco de sangre de la Fundación Valle del Lili.
6. Objetivo de comunicación (qué debe pasar como resultado de la comunicación): Concientizar acerca del gran compromiso que se tiene con la comunidad, visibilizando la importancia de garantizar que la sangre donada sea una sangre segura que salvará la vida de pacientes en estado de vulnerabilidad de la FVL.
7. Qué queremos decirle al consumidor: Para la campaña 2016-2, los estudiantes de la Universidad Icesi, deben asociar el tema de la Paz y las prácticas que hacen parte de ella, con la importancia de la donación de sangre, como un acto voluntario, generoso y altruista a través de los espacios y personas con las que interactuamos a diario.
8. Personalidad y assets de la marca: Solidaria, alegre, llena de vida, emocional, generosa, altruista, responsable, consciente y preocupada por su comunidad.
9. RTB (Reasons to belive): Al donar sangre se está contribuyendo a salvar la vida de pacientes internos en la Fundación Valle del Lili que requieren transfusiones de sangre y de plaquetas seguras por cirugías del corazón, neurológicas, ortopédicas, transplante de órganos, tratamientos de cáncer y traumatismos graves producidos por accidentes.
10. Mandatorios: No usar corazones, ni gotas. No asociar a vicios como ingerir licor. No despertar la lastima de las personas, ni atribuirles heroísmo por donar sangre. No usar slogans previamente adoptados por otros Bancos de Sangre.
11. Presupuesto: 2´200.000 (IVA incluido)

Algunos de los criterios utilizados en la evaluación de las campañas son: imagen de la campaña, cumplimiento de los requisitos exigidos en el BRIEF, estrategia para la captación de nuevos donantes y fidelización de los antiguos, viabilidad de la ejecución de la campaña en la universidad y cumplimiento del presupuesto asignado.

La campaña de donación ganadora y apartes de las otras presentadas son publicados en los medios de comunicación de la Fundación Valle del Lili y dados a conocer a la comunidad vallecaucana a través de la revista institucional, ejemplar que se publica trimestralmente.

Los cuadros No 2 al 12 muestran los afiches ganadores en las campañas desde 2007 a 2017

Afiche de Campaña Ganadora
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2007

Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2008

Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2009

Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2010

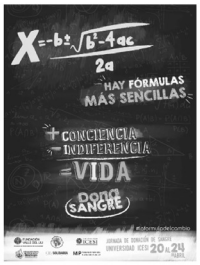
Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2011

Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2012

Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2013

Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2014

Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2015



Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2016

Afiches de Campañas Ganadoras
Universidad Icesi - Fundación Valle del Lili
AÑO 2017

A partir de este momento, se hacen los ajustes requeridos a la campaña y se inicia su implementación con el liderazgo del grupo ganador y el apoyo de todos los estudiantes de la materia. Esta actividad es muy importante académicamente para los estudiantes, porque todos deben implementar la campaña ganadora que es de solo un grupo. La implementación de la campaña empieza con una etapa de información y educación para todos los estudiantes de la universidad, seguida por la campaña de donación en el lugar fijado para tal efecto. Durante los días de donación, se realizan actividades educativas y juegos en todas las áreas de la universidad e incluso conciertos al medio día, apoyados voluntariamente por las emisoras locales.

Todos los días se tiene una meta fija de donantes y también se proponen metas por grupos sanguíneos para generar estrategias desde el punto de vista de mercadeo y publicidad.

Seguimiento y control

El indicador principal es el número de donantes. El objetivo a lograr se distribuye de manera regular en cada uno de los días de la donación. Al final de cada día, estudiantes, profesores y la jefatura del banco de sangre verifican los resultados y desarrollan acciones a seguir para cumplir el objetivo si es el caso.

Al pasar los años y teniendo en cuenta las lecciones aprendidas se han cambiado las metas. Inicialmente era un número absoluto de donantes en cinco días, luego se definieron metas por día, después metas por día y por grupo sanguíneo y se introdujeron donaciones de doble rojo y donación de plaquetas por aféresis.

Al terminar la campaña se evalúan los siguientes indicadores: número total de donantes, número de donantes por tipo de sangre, número de donantes repetitivos y porcentaje de unidades de sangre con resultados no reactivos en las pruebas infecciosas.

Pasadas dos semanas de la campaña, se realiza un coctel de reconocimiento a los estudiantes y sus familiares, donde se hace un recuento de todas las propuestas y se reconoce al grupo ganador, al segundo y tercer lugar y se entregan trofeos. Todos los estudiantes vinculados reciben además un diploma por su participación. Es importante que la actividad realizada durante un semestre sea reconocida ampliamente.

Plan para la implementación y control

Los profesores de la materia en conjunto con la directiva del banco de sangre definen las actividades a hacer durante el semestre para tener la jornada de donación de sangre al finalizar el mismo. En la programación de las actividades se tienen en cuenta los temas de la materia, la fecha de los parciales y la disponibilidad del Banco de Sangre para la capacitación de los estudiantes y la visita a sus instalaciones. Las actividades principales identificadas son: formación de los grupos o agencias de publicidad, temas de la materia necesarios para empezar el desarrollo de las propuestas de campañas, presentación de las campañas al cliente, selección de la campaña ganadora, ejecución de la campaña ganadora, jornada de donación y premiación de todos los estudiantes participantes.

En los diez años que lleva la alianza entre la Fundación Valle del Lili y la Universidad Icesi se han capacitado 1.524 estudiantes y se han recibido 11.809 donantes, el 44% de ellos son repetitivos en el último año. Cabe resaltar que luego del año 2012 se modificó el objetivo de la campaña de número total de donantes para incluir el número de donantes por tipo de sangre y el número de donantes repetitivos causando una reducción en el número de donantes para así cumplir los objetivos establecidos. En los últimos cinco años se tienen entre 1.000 y 1.200 donantes en promedio por año.

Cuadro No. 13 Número de donantes de sangre 2007-2017 Universidad ICESI

Cuadro No 14 % Donantes repetitivos Universidad Icesi 2008-2017

Conclusiones

La alianza entre la Fundación Valle del Lili y la Universidad Icesi para la donación de sangre es una experiencia exitosa al cumplir 10 años de su creación e implementación el primer semestre de 2017, logrando los objetivos planteados cada semestre, motivando a los estudiantes a donar sangre de manera voluntaria a través de los años que están en la universidad para su propio beneficio y el de la comunidad.

Los estudiantes de la materia "Introducción a la Publicidad" tienen un su primer año de estudios una ex-

periencia real con un cliente real, trabajando en equipo, aprendiendo y haciendo. La campaña de donación de sangre es un proceso de sensibilización social que les ayuda a ser mejores ciudadanos.

La Fundación Valle del Lili, dado el éxito de este programa, ha podido replicarlo en varias instituciones universitarias de la ciudad para beneficio propio y de los estudiantes de las carreras afines al mercadeo y la publicidad.

El programa de Mercadeo Internacional y Publicidad teniendo en cuenta el éxito en estas campañas ha llevado a cabo proyectos similares en otras materias de la carrera.

Bibliografía

1. Andreasen AR. *Social marketing in the 21st century*. 2006, ciudad. Sage.
2. Kotler P, Zaltman G. *Social marketing: an approach to planned social change.* The Journal of Marketing, 1971volumen??:3-12.
3. Lee NR, Rothschild ML, Smith W. *Social marketing defined*. 2011 ciudad editorial.
4. Kotler P,Amstrong G. *Fundamentos de Marketing*. 11 ed. 2013, Naucalpan de Juárez, México. Pearson Educacion. pag 8-9.
5. Bagozzi RP. *Marketing as exchange: a theory of transactions in the marketplace.* American Behavioral Scientist, 1978. **21**(4):535-556.
6. Lee NR, Kotler P. *Social marketing: Influencing behaviors for good*. 2011: ciudad, Sage.
7. Fundación_Valle_del_Lili. *Nosotros*. [cited 2017 Abril 25];

Capítulo 46

Un caso de éxito

JORGE CURBELO. Médico Hemoterapeuta. Director Técnico Hemocentro Regional Maldonado. Uruguay. Email: jcurbelo44@gmail.com

WILMAR CABRERA. Área Comunicaciones del Hemocentro Regional Maldonado. Uruguay.

JOSÉ PRIETO. Área Comunicaciones del Hemocentro Regional Maldonado. Uruguay.

¡Somos un éxito!

El primer paso para acceder a las metas, es entender que el área de comunicación es vital, y tan importante como la de los técnicos, administradores o demás profesionales que integran la institución. La comunicación como parte del éxito de una institución es indiscutible, el logro de objetivos se basa no solo en la calidad de su producto o servicio, sino también en la adecuada estructura y funcionamiento de esta vital área y su modo de comunicar.

Para países como el nuestro hablar de éxito cuando éste a veces se mide en miles, podría no entenderse como tal en el contexto internacional; sobre todo cuando estamos ubicados entre dos países gigantes y con una población que apenas excedemos los 3 millones de habitantes; pero algo estaremos haciendo bien, porque el estar en esta publicación para nosotros ya justifica el título.

Introducción

Uruguay y la región Este

Uruguay se sitúa en el sureste de América del Sur, ubicado entre Argentina y Brasil limita al sur con el océano Atlántico. El área total del territorio uruguayo abarca 318.413 km². Tiene una población de 3.477.778 habitantes, con una densidad demográfica de 20 hab/Km^2, que se concentra en su mayoría en la costa atlántica. Sólo un 7% de la población es rural. Montevideo

es la capital y la ciudad más grande con 1.668.335 habitantes y se ubica en la zona sur, con costas sobre el Río de la Plata.

Uruguay está conformado por 19 departamentos, Maldonado es uno de ellos y está situado sobre el litoral sur del país. Limita al norte con Lavalleja, al este con Rocha, al sur con el Río de la Plata y el océano Atlántico. Posee 4.793 km², con una población de 164.300 habitantes. La capital departamental es la ciudad homónima y junto a Punta del Este ha formado un cono metropolitano único. Entre ambas forman el segundo cono urbano más amplio y poblado del país. En la ciudad de Maldonado está ubicado el hemocentro Regional cuya cobertura y atención corresponde a la región Este, que se compone por los departamentos de Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha y Treinta y Tres.

El hemocentro regional de Maldonado se crea a partir de la iniciativa de la sociedad civil organizada, la que conforma una fundación para llevar adelante el proyecto. Fundación Hemovida es la madre y gran colaboradora del hemocentro y quién ante las autoridades nacionales y departamentales dio los primeros pasos para la concreción del proyecto, lo que llevó un trabajo de más de diez años.

El hemocentro regional de Maldonado fue inaugurado en el año 2009, siendo el primero en Uruguay. Es un servicio público que forma parte de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y depende del Servicio Nacional de Sangre (SNS). Sus objetivos son la obtención, centralización y administración de los recursos sanguíneos, procesamiento, mantenimiento de inventarios, producción de hemocomponentes y distribución de los productos necesarios para abastecer toda la región Este.

En los años anteriores a su creación Uruguay contaba con un total de 80.000 donaciones anuales; actualmente nuestro país tiene 105.000, el hemocentro contribuye con el 25% de la sangre que se colecta en el país.

El rol de la comunicación en el hemocentro

Además de contar con las áreas habituales para el funcionamiento de un hemocentro, las áreas de **promoción** y **comunicación** están definidas por la dirección de la institución como áreas estratégicas. Las mismas tienen como objetivo actuar como agentes multiplicadores y difusores del mensaje para promover la donación de sangre. Para poder obtener mayores resultados esta área se divide en dos, la de promoción y la de comunicaciones, teniendo cada una un rol bien definido. Promoción es la unidad ejecutora y de vínculo con los usuarios del hemocentro regional. Mientras que comunicaciones es la que asesora a la dirección, crea, produce y gestiona todos los elementos y herramientas, que son utilizados en la comunicación. También es quien se encarga de la relación con los medios de comunicación y el manejo y atención de las redes sociales. Por lo tanto es un trabajo que atraviesa en forma transversal a todas las áreas del hemocentro.

Comunicaciones desarrolla la planificación de las estrategias, la implementación, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de resultados de cada una de las acciones emprendidas. A partir de allí, crea nuevas, o realiza las medidas correctivas necesarias de acuerdo con los resultados. Asimismo se relaciona con otras instituciones, como centros de estudios terciarios, de investigación y desarrollo, como también otros organismos del Estado. Siempre en todos estos procesos se trabajan conjuntamente con la dirección general del hemocentro.

Vale aclarar que Uruguay no cuenta con antecedentes de una institución de estas características, lo que ha llevado a recorrer un camino sobre el que se va construyendo y descubriendo día a día. Esto hace que en todos los aspectos comunicacionales se intente ser los más innovadores y creativos posible, utilizando los recursos disponibles, sin descuidar y atender los elementos básicos de cualquier proceso de la comunicación.

Generación de la marca

Uno de los primeros pasos que trabajó comunicaciones fue la generación de una marca sólida. No vamos a ahondar en la importancia que esto tiene en materia de comunicación, pero sí cabe aclarar que es una de las herramientas más fuertes con la que se cuenta y que por lo tanto se trabaja sobre ella y su cuidado en forma permanente.

Desde el inicio fue un desafío el generar empatía con los habitantes del departamento de Maldonado, lugar donde está construido el hemocentro, es una institución nueva, y única en el país, donde no existe experiencia previa alguna, la que trabaja con un tema que era casi "tabú" para la sociedad uruguaya. Por ello la definición de una marca potente fue fundamental. Tener un mensaje claro y muy simple, de gran ductilidad para la gran cantidad de aplicaciones que se requieren, fue una de las primeras definiciones. Asimismo el permanente control y la correcta aplicación, es uno de los trabajos que con mayor ahínco se realiza.

Cabe aclarar que cuando hablamos de marca, no nos referimos solamente al logotipo o los elementos que lo integran. La marca no es un mero nombre y un símbolo, se ha convertido en una herramienta estratégica dentro del entorno comunicacional actual. Esto se debe, en gran medida, a que se ha pasado de ofrecer servicios o productos, a crear sensaciones y soluciones. Por lo tanto no solo los atributos finales son los importantes, sino que los intangibles y emocionales juegan un rol fundamental. Para construir una marca poderosa, no solo hay que tener un buen servicio, producto o capacidad de innovación, también hay que crear: a) un nombre fácil de

memorizar, b) alcanzar un alto nivel de identidad visual, c) emitir emociones y sensaciones que simbolicen lo que el público espera de la marca, d) tener adaptabilidad a todos los elementos de la institución y diferentes necesidades, e) destacar una sola idea del servicio y de la institución, f) desarrollar campañas publicitarias simples que no dificulte memorizar la marca al público, g) organizar un sistema eficaz y efectivo de atención al cliente y h) alcanzar un buen posicionamiento en las redes sociales e internet.

Asimismo la marca debe de representar la aportación de valores acordes con las expectativas del público. Hoy las expectativas del público van mucho más allá de la calidad del servicio o institución. El diseño se ha convertido en algo fundamental, no solo desde el punto de vista funcional, sino por su valor estético y original.

También el apoyar inquietudes sociales compatibles con la marca le añade valor (responsabilidad social corporativa).

Cómo se llegó a la gente

Uno de nuestros mayores logros, es la identificación de la sociedad con la institución; el haber construido una identidad "desde abajo" nos permite tener cimientos sólidos y poderosos, nuestra fortaleza institucional parte desde quién pone el brazo solidario que sostiene esta marca creada desde la propia comunidad. Para llegar a este punto fue necesario crear una estrategia de comunicación institucional que se debe sostener a través del tiempo, con la particularidad de no contar con rubros para medios. Una vez establecida la estrategia, nuestra mayor responsabilidad es no defraudar esa "confianza" construida, en la que todos se sienten parte, el proceso diario para mantener ese estatus es dar la respuesta que se espera de acuerdo con la imagen construida. Como parte de esa estrategia, la mayoría de las acciones que se crean y se desarrollan en el Hemocentro, tienen la característica de contemplar la participación de la sociedad en su conjunto, lo que además nos permite ser evaluados de forma permanente.

Vínculo con la gente, programa escolar

¿Qué es el programa de apoyo escolar por la donación de sangre del hemocentro regional de Maldonado?

El programa es una herramienta creada para favorecer el acceso a la información y la sensibilización de las futuras generaciones sobre la donación voluntaria de sangre. Se aplica en los centros de educación primaria públicos y privados. Es un programa abierto, dinámico y creativo, de amplia participación de docentes e instituciones educativas, que se comprometen a desarrollar acciones de promoción y captación de nuevos donantes. En la actualidad son decenas los centros que se han integrado e iniciado en el departamento de Maldonado, extendiéndose a toda la región Este.

El programa contribuye a transmitir valores como el de la solidaridad. También ha mostrado el interés que los niños tienen por conocer tecnologías, procedimientos, etc. Fortalece los conocimientos adquiridos en las aulas, en los libros y en los núcleos temáticos curriculares. Es de destacar que en paralelo con los alumnos, también los docentes hacen un proceso y toma de conciencia de la significación que tiene el hemocentro en la comunidad, y fundamentalmente sobre la importancia de la donación voluntaria de sangre.

En materia de comunicación se prepara en forma permanente material gráfico y audiovisual que se va variando de acuerdo con las edades, localidades y diferentes realidades. Se trabaja junto a los docentes en la producción de textos, dibujos, realización de carteleras, afiches, representaciones teatrales, coreografías, jornadas de promoción en el barrio, marchas festivas con carteles alusivos y disfraces, etc. Se cuenta con la publicación periódica *"La vida vale*" creada para brindar información a todos los escolares, con un muy importante tiraje y de distribución gratuita. Se entrega a todos los centros de estudio y a todos los niños que los integran, convirtiéndose en un elemento fundamental en nuestra comunicación.

También se realiza la producción de piezas audiovisuales destinadas a medios de comunicación y redes sociales, constituyéndose en uno de los pilares para el anclaje local de cada jornada.

Los escolares son aliados estratégicos en la difusión de hoy, y estamos seguros que en el futuro serán parte de las generaciones más conscientes y comprometidas con la vida de sus semejantes, porque que estamos derribando mitos, destruyendo miedos y creando condiciones para ciudadanos más solidarios. La promoción

y una comunicación adecuada son aspectos que están permitiendo cambiar la realidad cultural de un país.

El hemocentro y la región

La estrategia comunicacional del hemocentro ha dado resultado; tenemos una entidad con una imagen institucional sólida, damos la respuesta que es esperada, nuestras acciones participan, involucran y tienen como protagonistas a la sociedad, a la vez que nos exige estar en constante evaluación.

La aplicación de la estrategia y sus resultados, nos dio la fortaleza necesaria en Maldonado, (lugar donde nació el hemocentro) para poder desarrollarnos en la región y abarcar otras localidades.

Pero...¿cómo logramos hacer para que la gente de otras localidades alejadas del hemocentro, se sientan identificadas y comprometidas con nosotros, sin siquiera haber conocido este centro?; la respuesta está en que deberíamos "llevar" el hemocentro hasta su casa.

Compra del hemobús

La primera unidad móvil de colectas externas de sangre del hemocentro regional de Maldonado, es un omnibús de doble eje trasero y doble piso. Su diseño contempla el necesario recorrido de los donantes desde su acceso hasta que se retira del vehículo, incluyendo tanto la parte administrativa, como la de donación y pos-donación. El diseño y funcionalidad de la unidad fue realizada por el equipo del hemocentro, convirtiéndola en unidad muy particular y especial por sus características.

Continuando con nuestra estrategia, para la compra de la unidad se estableció un plan específico que se llamó *"La fiesta por la vida"*; se trató de una acción solidaria en pro de la adquisición.

En octubre del año 2013, en las instalaciones de Punta Shopping (Shopping de Punta del Este) a través de una transmisión televisiva, se establecieron mecanismos por los cuales se permitía la colaboración de la gente. A través de la Fundación Hemovida (ONG madre del hemocentro) junto a la participación de organismos de gobiernos departamentales y nacionales, organizaciones de servicio, centros educativos (públicos y privados) del departamento de Maldonado, firmas comerciales, y medios de comunicación, se logró recaudar los fondos necesarios para la adquisición del ómnibus.

En cuanto a la parte comunicacional se desarrolló una campaña publicitaria específica para medios masivos de comunicación y también se generaron todos los elementos gráficos y audiovisuales. Básicamente se estructuró en 3 etapas, a) campaña de sensibilización, b) evento en vivo por los canales abiertos de televisión local y c) distribución de 1.000 alcancías y realización de la "*Primera carrera por la vida*".

Creación de la sub-marca hemobús

Bajo la idea de "llevar" el hemocentro a la casa de la gente, el diseño y construcción del Hemobus (bajo la supervisión de la dirección técnica del hemocentro y del Servicio Nacional de Sangre) contempló la misma visión de funcionalidad del propio centro; también debería ser modelo. A partir de allí la primera unidad móvil de colectas externas, debería también, y al igual que el edificio del Hemocentro, ser deseable, alcanzable y que la gente pudiera sentirse parte de él. Luego de obtenida la unidad, lo primero que debimos hacer fue tener un nombre identificable para la unidad; hemobús se transformó en una sub-marca del hemocentro integrándose a la estrategia de comunicación y bajo los cánones de la marca Hemocentro.

Se desarrolló una estrategia específica para dar a conocer la unidad ante la sociedad y los servicios que brinda. El hemobús, es una nueva herramienta que ha permitido además el fortalecimiento del programa escolar y también da lugar a la generación de nuevos proyectos en la captación de donantes, y fortalecimiento en la imagen institucional.

Relación con los comunicadores

La relación con los comunicadores y los medios de comunicación es vital para la trasmisión del mensaje correcto y que éste no sea desvirtuado. La información correcta y permanente es vital en la estructura de la comunicación institucional. Cuando nos referimos a la comunicación permanente, no se debe entender como el "llenarlos" de información para que sea publicada o emitida, sino que deben recibir y estar en pleno conocimiento de lo que el hemocentro desarrolla, cómo lo hace, y de qué manera. Estar en permanente contacto, formar una relación, y proveerlos de material en el formato y forma que necesiten, nos permite establecer una primera "línea de contención" pública, ante cualquier "ataque" a la imagen institucional que se pueda dar. Los medios y comunicadores, son nuestros aliados en la promoción de las políticas desarrolladas por la institución, porque cuentan con la información necesaria para dar respuesta ante cualquier duda que la propia sociedad pueda plantear, la respuesta debe ser inmediata, y la institución debe estar disponible cuando sea necesario; es un trabajo que requiere un seguimiento diario y en construcción permanente.

Calidad desde adentro

Dentro de cada objetivo que el hemocentro plantea, comunicaciones participa activamente desarrollando la estrategia y plan de implementación de la misma; siempre la obtención de logros o metas cumplidas, es motivo para fortalecer públicamente la institución.

La obtención de la certificación de calidad bajo la norma Internacional ISO 9001:2008 que convierte al hemocentro en la primer unidad de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) en ser certificada en todas sus áreas, es otra meta alcanzada por la institución, que además de incorporar los procesos que la norma indica, fortalece aún más la imagen institucional.

Esta imagen construida estratégicamente, que determina un alto concepto del hemocentro en el público, también debe ser reflejada internamente en cada funcionario de la institución. Deben sentirse que forman parte y también son protagonistas responsables de ese éxito. La preparación de los funcionarios, dar oportunidades para formarse y abrir las puertas para que nuevos estudiantes puedan acceder a este modelo, también enriquece y fortalece la imagen institucional.

Formación de recursos humanos (RRHH) y relación con los centros académicos de formación terciaria

Otra de las necesidades que el área de comunicaciones debe contemplar, es la formación de RRHH, la relación con universidades y centros de investigación nacionales e internacionales.

Con el fin de fomentar la educación continua de los profesionales en medicina transfusional, se han realizado talleres, cursos y congresos en conjunto con la Escuela Universitaria de Tecnología Médica (EUTM). La formación de recursos humanos en medicina transfusional en Uruguay, está a cargo de la EUTM, una de las cuatro escuelas que dependen de la Facultad de Medicina, como parte de Universidad de la República (UDELAR).

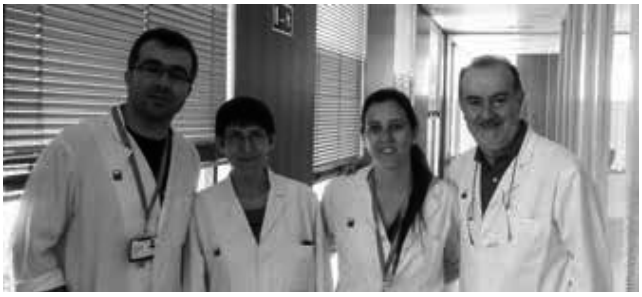
Con el fin de perfeccionar la formación de profesionales, la EUTM y el hemocentro regional de Maldonado han formado una unidad docente asistencial (UDA), que permite a los estudiantes avanzados de la carrera, realizar pasantías en el hemocentro bajo la tutoría de un docente. Durante las pasantías, los estudiantes comparten las tareas diarias con nuestros técnicos, lo que les permite adecuarse a una rutina de trabajo donde puedan aplicar los conocimientos teóricos adquiridos a lo largo de los cursos. De esta forma el hemocentro pasa a ser una extensión de la EUTM. Pero también allí toman contacto con el trabajo que se realiza en comunicación permitiendo incorporar a su formación profesional los conocimientos básicos para luego interactuar con esta disciplina.

Más información, más donantes

Con la proyección establecida de una imagen positiva de la institución, y que a su vez respalda y da solidez a los mensajes que generamos, acorta el camino hacia el donante.

Al haber establecido una sólida imagen institucional, creíble, confiable y deseable; (la identificación del individuo con una institución modelo, pertenecer a ella, y ser parte activa de su construcción) nuestro principal cometido es la obtención de donantes, para ello trabajamos distintas redes de comunicación que convergen en un mismo objetivo; información, captación y fidelización.

De acuerdo con estudios que realizamos desde comunicaciones, el 59% de los casos consultados cree que el principal motivo por el cuál no se dona sangre en Uruguay, es por falta de información; el 22% miedo a la punción; el 17% a otros motivos, y el 2% miedo a contagiarse de alguna enfermedad; obtenido este conocimiento y sabiendo lo que se debe comunicar, la



pregunta es: ¿por dónde comunicamos? Al no contar con recursos destinados a medios, lo que debemos hacer es utilizar las herramientas a nuestro alcance y optimizarlas.

Red de redes

En Uruguay el 74% de los hogares tiene una computadora, y más del 80% de los usuarios acceden a internet[1]. Dentro de esta realidad el 99% de los usuarios de redes son usuarios de Facebook y el 11% de Twiter. Uruguay es el tercero en América Latina en porcentaje de personas con cuentas en Facebook sobre el total de la población, y primero en Twiter; lo que determina, que la red es el medio disponible y de mayor accesibilidad para poder llegar con nuestro mensaje.

Accesibilidad y captación

Nos queda claro que es en internet donde debemos difundir nuestro mensaje, (sin descuidar medios tradicionales); es allí donde dirigimos la mayor cantidad de información sobre la donación, brindando una permanente respuesta sobre las dudas, convirtiendo las redes en un verdadero "call center" sobre la donación de sangre, además de brindar accesibilidad a donar con la implementación de un sistema de reserva WEB multiplataforma (celulares, tabletas, computadoras) donde el donante puede reservar día, hora y lugar, brindándole la oportunidad de agendarse desde cualquier lugar y en cualquier momento. Éste sistema además de brindar accesibilidad, permite regular el flujo de donantes hacia nuestro centro, y una correcta administración de los recursos sanguíneos.

Luego de captado el donante utilizamos un sistema de SMS personalizado para fidelizarlo; a cada donante se le saluda en su cumpleaños y agradece su donación, se le recuerda mediante este sistema la fecha de cuando nuevamente está en condiciones para volver a hacerlo, también se le comunica cuando su sangre ha sido utilizada. Este sistema de comunicación personalizado, nos permite fidelizar y además, cumplir con el plan estratégico de fortalecimiento en la comunicación institucional. Los altos porcentajes de captación a través de distintos convenios con instituciones, la accesibilidad al sistema, la confianza de la marca, le permiten al hemocentro obtener un buen índice de captación; de cada cien donantes, cuarenta son nuevos, y uno de cada cuatro regresa a donar.

Al no contar con ninguna experiencia previa en el país, hemos forjado nuestro propio camino; en estos siete años el hemocentro ha demostrado que la estrategia aplicada es la correcta, así lo avalan los resultados; hoy nos sentimos orgullosos de haber sido inspiradores para iniciar el camino del proyecto de un segundo hemocentro en el Uruguay que se construirá en la región Norte. La razón del éxito de esta iniciativa se ha dado porque existen autoridades que respaldan el proceso y lo acompañan, porque hay una sociedad que nos exige y pone a prueba diariamente, y sobre todo por la existencia de un sólido equipo humano comprometido con el rumbo establecido.

Lectura recomendada

- El Perfil del Internauta Uruguayo, novena edición – Grupo Radar Montevideo, 2012.

Capítulo 47

¿Cómo alcanzamos y logramos sostener la donación de sangre bajo un modelo 100% voluntario?

Silvina Kuperman. Médica Pediatra, especialista en Hemoterapia e Inmunohematología. Jefa del Centro Regional de Hemoterapia del Hospital de Pediatría Garrahan, Buenos Aires, Argentina.

"Mucha gente pequeña, en lugares pequeños, haciendo cosas pequeñas, puede cambiar el mundo" E. Galeano

Centramos la mirada en el paciente

La salud como derecho nos obliga a ser consecuentes con las políticas públicas para garantizarlo, recordando que en cada decisión los destinatarios finales son las personas, sus familias, las comunidades y la población. Y en lo referido específicamente a la sangre, el acceso universal a las transfusiones seguras es un servicio esencial para la cobertura universal de salud que contribuye a salvar vidas y a mejorar la salud de las personas que lo necesitan. Las transfusiones sanguíneas se han identificado como una de las ocho intervenciones clave capaces de salvar vidas en los centros asistenciales, lo que ineludiblemente posiciona a los bancos de sangre en el eje principal de toda actividad médica compleja.

Afortunadamente es vasta la literatura relacionada con recomendaciones robustas y basadas en la mejor evidencia científica disponible para sostener sistemas de sangre seguros, suficientes, que incorporan las buenas prácticas de manufactura, y que además están dirigidas a la captación y fidelización de donantes habituales y altruistas.[1-2].Los que hayan recorrido otros capítulos de este libro habrán tenido la oportunidad de profundizar en ellas.

Mi aporte en particular será relatar el proceso de transformación, llevado a cabo por el banco de sangre del Hospital de Pediatría Garrahan (Buenos Aires, Argentina), desde la donación de reposición (enfocada a la solicitud de colaboración a los pacientes para que convoquen donantes de sangre) hacia el modelo de donación 100% voluntaria, implementada definitivamente desde el año 2011.

Desde la creación del hospital, hace 30 años, los primeros pasos hacia la donación voluntaria estuvieron enfocados para la donación de plaquetas por aféresis cuyos donantes –que en un primer momento habían sido convocados a través de los pacientes–, se iban convirtiendo en donantes voluntarios mediante acciones concretas alineadas con la calidad de la atención que incluía un trato más personalizado y la posibilidad de acordar turnos para donar en horarios más convenientes para el donante. Más tarde, hacia el año 2000, el banco de sangre se involucró en el desarrollo de una investigación antropológica con el fin de identificar conocimientos, actitudes y factores que limitan y motivan la donación, llevada a cabo en nuestro servicio a partir de un trabajo

en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud. Aprovechando esta oportunidad la profesional que había intervenido en la investigación se incorporó en forma definitiva a lo que se empezó a pensar, dentro de la estructura del Banco de Sangre, como el nacimiento del "equipo de promoción de la donación de sangre".

Dos años después, a partir de una iniciativa de donantes voluntarios de plaquetas surge el "Círculo de la donación altruista de sangre" un grupo que, articulando tareas con el personal del Banco, dio inicio a las actividades sistemáticas de convocatoria de donantes a partir de las bases de datos y de talleres en la comunidad y acciones educativas que incluyeron el primer curso para promotores comunitarios de la donación voluntaria de sangre, llevado a cabo en el año 2002.

Así y todo, los problemas persistían: la prevalencia global de infecciones transmisibles por transfusión en nuestros donantes ascendía al 6% de las donaciones, sumado a que en nuestro hospital, como es de referencia nacional y se atienden niños, se hace muy evidente lo que en otros quizás no es tan visible. Nosotros no podemos decirle a un bebé o a un niño: "Trae 10 donantes". Y tampoco es bueno pedírselo a una mamá que se tiene que quedar al lado de su hijo. Y menos a una familia que viene de lejos, y no tiene red, no conoce a nadie en la ciudad de Buenos Aires y no tiene quién la ayude. Si decidíamos poner definitivamente al paciente en el centro de nuestra mirada, estaba muy claro que teníamos que hacer valer su derecho a ser atendido y curado y no obligarlo a buscar algo que para él era muy angustiante y complejo. Estábamos decididos a aumentar radicalmente la calidad y seguridad de la sangre que ofrecíamos. Y queríamos lograr que la sangre estuviera esperando al paciente. No queríamos más a un paciente esperando para operarse "hasta que llegue la sangre".

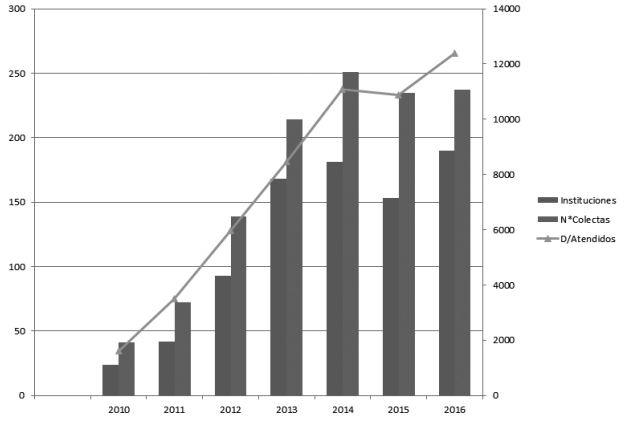
Basados en modelos implementados en otros países comenzamos, en el año 2006, a realizar las primeras Colectas Externas de Sangre (CES) con el fin de favorecer el acceso a la donación de personas que probablemente no se hubieran acercado nunca a donar, si no se cruzaban con esta propuesta.[3]

La atención de los donantes en un clima distendido y en un ambiente agradable, lejano de la enfermedad, mejoró la percepción de la experiencia de donación en donantes de primera vez, y resultó más fácil fidelizarlos. Otra gran ventaja de las CES es la presencia del banco de sangre en la comunidad, ésta apertura desmitifica la donación de sangre permitiendo saltar obstáculos ante la donación generados por desconocimiento o prejuicios. Básicamente las CES conforman una estrategia que facilita la concurrencia de donantes y el acceso a la donación de nuevos donantes.

Pasaron 5 años de la implementación de las primeras colectas externas y habíamos alcanzado el 35% pero sin obtener la mejora de la calidad de la sangre que esperábamos, dado que aun la prevalencia de infecciones transmisibles por transfusión se mantenía en un 5%. Sin embargo no es de despreciar el hecho que durante ese período se fue ganando experiencia y a consecuencia de la misma se fueron desarrollando estructuras y metodologías más eficientes para la concreción de la meta del 100%.

Se fueron tomando decisiones claves en nuestra política institucional y asumir este cambio significó iniciar un recorrido con múltiples implicancias que terminó de consolidarse en el año 2011, cuando dejamos definitivamente atrás la donación de reposición y momento en el cual la mayoría de nuestros donantes comenzaron a ser atendidos en las CES (Figura 1).

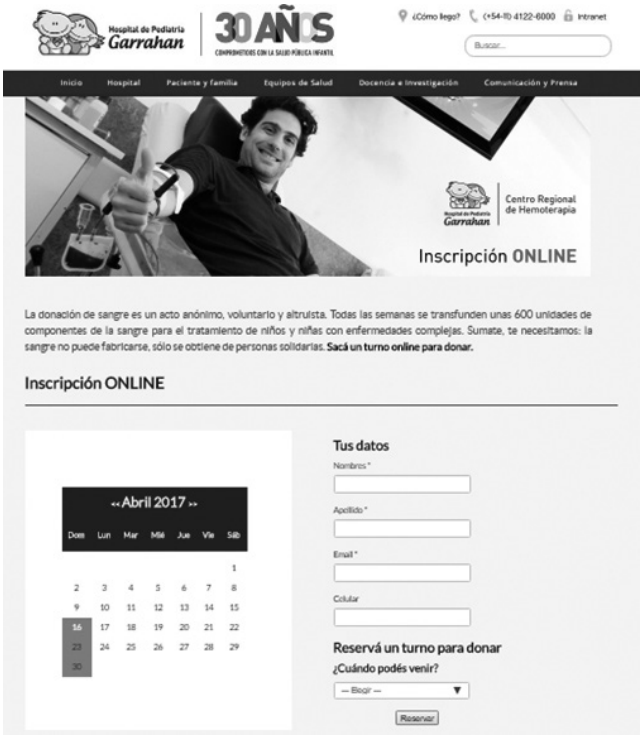
Figura 1. Evolución de la relación entre número de colectas externas/número de instituciones en las que se realizaron y cantidad de donantes atendidos a través de los años.



Buscamos como excusa una fecha simbólica: el 14 de junio de 2011 cuando la Argentina fue sede del Día Internacional del Donante de Sangre. A partir de ese día, dejamos de registrar en nuestro sistema informático, para cuál paciente venía a donar cada persona. Y así, nunca más se pudo relacionar un paciente con un donante. Ese fue el puntapié inicial del gran cambio.

A partir de esta decisión, todos los donantes que se acercaban lo hacían por todos los pacientes que lo necesitaban. Nos reunimos con los médicos que prescriben la sangre explicándoles el cambio de modelo y la necesidad de que dejaran de entregarle al paciente el "Formulario de Solicitud de Donantes".

El nuevo modelo de donación resultó muy bienvenido, pero al mismo tiempo apareció en los médicos usuarios (y también en la familia de los pacientes) la incertidumbre de pensar que se ponía en riesgo la



Modelo de administración de turnos online

suficiencia de sangre. El haber tenido claro y creer en el propósito nos permitió hacer frente a los problemas que se fueron suscitando.

En ese escenario de duda, la comunicación efectiva y permanente, cumplir con los acuerdos, y demostrar día a día que aun cambiando el modelo de donación lográbamos satisfacer la demanda de sangre sin resentir la actividad asistencial clínica y quirúrgica, fueron clave para la construcción de la confianza entre el banco de sangre y el resto del hospital.

Al mismo tiempo se estaba planificando la construcción del banco de sangre con espacios más confortables para la atención de los donantes y un ingreso al mismo a través de una entrada independiente a la de los pacientes al hospital. Inaugurado en el año 2012, el Centro Regional de Hemoterapia "CRH" (que incluye banco de sangre y banco público de sangre de cordón umbilical) quedó funcionalmente separado del Servicio de Medicina Transfusional hospitalario, adhiriendo así a los requisitos de las regulaciones vigentes de ese entonces.[4] Al año posterior adquirimos a través del aporte de la Fundación Garrahan el móvil de donación de sangre y con él se abrieron nuevas dinámicas de colectas externas.

Estas acciones sumadas a las que se describen más adelante, hicieron que lográramos cambiar el patrón de motivación de los donantes. Ya no concurren para cubrir un cupo, desesperados. No se sienten obligados a omitir información al contestar las preguntas de la entrevista de elegibilidad. Pueden exponer abiertamente cuestiones relacionadas con su salud o situaciones de riesgo a las cuales pudieron estar expuestos. Son responsables del acto de donar, en muchos casos han donado varias veces y como consecuencia, comprenden mejor los riesgos para los pacientes y conceptos complejos como el de "periodo de ventana inmunológica". Antes no se podían dar el lujo de no poder donar. Necesitaban hacerlo para asegurar que sus hijos, sus sobrinos, sus nietos pudieran someterse a tratamientos o cirugías que requirieran transfusiones de sangre.

Los resultados fueron contundentes y obtuvimos el logro esperado: reducir ampliamente la prevalencia de infecciones transmisibles por transfusión (Tabla 1) y aumentar la seguridad y disponibilidad de la sangre para los pacientes, no solo de nuestro Hospital, sino también para pacientes asistidos en otras instituciones, dado que un 20% de los componentes de la sangre que se producen el hospital Garrahan son otorgados a demanda a hospitales del sistema público de salud.

Las políticas públicas acompañaron el proceso de transformación: desde la puesta en marcha del Plan Nacional de Sangre en el año 2002 se crearon centros regionales (disminuyendo considerablemente la cantidad de bancos de sangre intrahospitalarios) los cuales también recibieron estímulos económicos para la implementación de colectas externas de sangre. Se puso en marcha una gran cantidad de actividades de formación para la donación voluntaria de sangre y se elaboraron múltiples y valiosos materiales educativos y recursos de comunicación audiovisuales y gráficos para la promoción de la donación.[2, 5-6]. En el año 2004 fue promulgada la Ley Nacional Nº25936, que declaró al 9 de noviembre de cada año como "Día Nacional del Donante Voluntario de Sangre", invitando a todas las provincias y a la ciudad autónoma de Buenos Aires a incorporar en sus respectivos calendarios escolares dicha fecha como jornada de reflexión sobre esta problemática, como también sobre la vida y el aporte científico del Dr. Luis Agote.

Con motivo de reforzar las políticas que se venían implementando y para fomentar la asignación de recursos en pos del modelo de donación voluntaria, en el año 2015 el Ministerio de Salud de la Nación emite una resolución que insta ejemplarmente a abandonar la donación de reposición en la cual uno de sus párrafos versa: "Prohíbase la exigencia de donantes de sangre

de reposición , entendiendo como tal: 1. La exigencia de determinada cantidad de donantes de sangre para un paciente que necesite o no transfusiones para su tratamiento estando internado o en situación ambulatoria, 2. La exigencia de reposición de una cantidad de componentes sanguíneos transfundidos durante su internación o en forma ambulatoria a un paciente determinado."

La donación de sangre aumentó un 60 % y se multiplicó por algo más de 10 la donación voluntaria. Si bien es mucho camino recorrido para lograr la seguridad y calidad deseada en el sistema de sangre de la Argentina, aún coexisten ambos modelos de donación. La prevalencia de infecciones transmisibles por transfusión a nivel país (con diferencias entre las provincias) fue en el año 2015 de 6,08% en el ámbito público (798.798 donaciones realizadas).[7]

Hacemos accesible el acto de donar sangre

Acercar el banco de sangre a la comunidad fue imprescindible: la atención de los donantes en un clima distendido y en un ambiente agradable, muy distante de la enfermedad, mejoró la percepción de la experiencia de donación en donantes de primera vez, y esto impactó directamente en la fidelización. La persona que está sana y no necesita, ni quiere ir al hospital (que funciona como una barrera), agradece la donación en los lugares de todos los días. Donde la gente trabaja, estudia y se divierte.

En cada campaña, entre 25 y 150 personas, donan en su oficina, al salir al recreo, debajo de un árbol, en el móvil de donación cerca de sus amigos. Y entonces se abren nuevos círculos y los donantes se convierten en grandes organizadores de otras colectas en otros espacios donde participan. Otra gran ventaja de las CES es la presencia del banco de sangre en la comunidad, ésta apertura desmitifica la donación de sangre permitiendo saltar obstáculos ante la donación generados por desconocimiento o prejuicios.

La implementación de CES en forma sistemática aumentó drásticamente el número de donantes atendidos y además nos permitió dar mayor visibilidad a la donación de sangre, acercando la problemática a la comunidad.

Las CES requieren de una planificación y preparación especialmente cuidadosa. Con la elaboración de los procedimientos operativos estándar (POES) de las etapas "pre colecta", "colecta" y "post colecta" pudimos definir el desarrollo, alcance, responsabilidades e indicadores de medición de su efectividad (en el capítulo 21 y 22 se describe el abordaje exhaustivo de la planificación de colectas externas)

En la actualidad, muchas de nuestras CES se planifican anualmente, lo que nos permite hacer una previsión de recursos y de organización del personal de manera más efectiva. Por las características diferenciales de los sitios de colecta en lo referido a las estrategias de promoción, al ámbito físico de la colecta, al número de donantes esperados y a la dinámica cultural, y con fines organizativos decidimos clasificar los sitios de

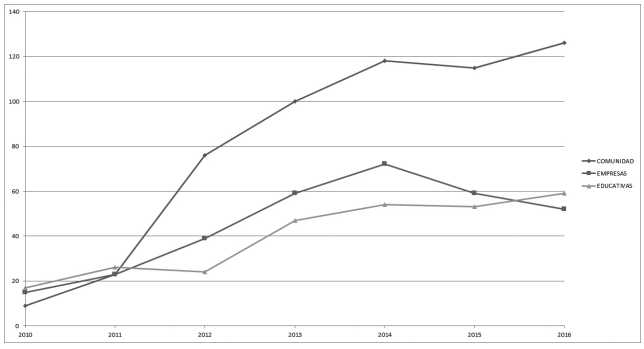
Tabla 1 Evolución de la prevalencia de infecciones transmisibles por transfusión y su relación con la donación 100% voluntaria

Año	2010	2013	2014	2015
Número de donantes entrevistados	13324	17462	17558	17744
Proporción de donantes voluntarios, altruistas	35%	100%	100%	100%
Número de unidades colectadas	10 583	13 481	13 909	14 336
Prevalencia de marcadores de VIH, HBsAg, aHBcore, HCV, T. cruzi, sífilis *				
Prevalencia de marcadores de VIH (tamizaje)	0.24%	0.07	0.05%	0.04%
Prevalencia real de VIH	0.06%	0.02%	0.02%	0.007%
Prevalencia de HBsAg (tamizaje)	0.10%	0.06%	0.10%	0.04%
Prevalencia real de HBsAg	0.08%	0.01%	0.007%	0.007%
Prevalencia confirmada para HBV	1.33%	0.47%	0.39%	0.30%
Prevalencia de marcadores de HCV	1.09%	0.38%	0.27%	0.20%
Prevalencia real de HCV	0.12%	0.06%	0.036%	0.014%
Prevalencia de marcadores sífilis	0.79%	0.27%	0.26%	0.22%
Prevalencia de marcadores de T. cruzi	1.16%	0.99%	0.34%	0.36%
Prevalencia real de T. cruzi	1.10%	0.51%	0.19%	0.15%

* VIH, HBsAg, aHBcore, a-HCV: Quimioluminiscencia, confirmación por WB, LIA o NAT en caso de HBsAg. En 2010: en lugar de Quimiolumiscencia utilizábamos Inmunofluorescencia. T. cruzi: Elisa lisado y recombinante, se toman como confirmados los donantes reactivos por ambas determinaciones por Elisa. A partir de 2015: Elisa lisado y Quimioluminiscencia Sífilis: RPR (método no treponémico) y confirmación por Elisa recombinante. Prevalencia real HBV, HCV,HIV: NAT.

colecta en tres grandes grupos: empresas, instituciones educativas y comunitarias. En el año 2016, el 79.6% de los donantes de sangre fueron atendidos en colectas externas de sangre (Figura 2).

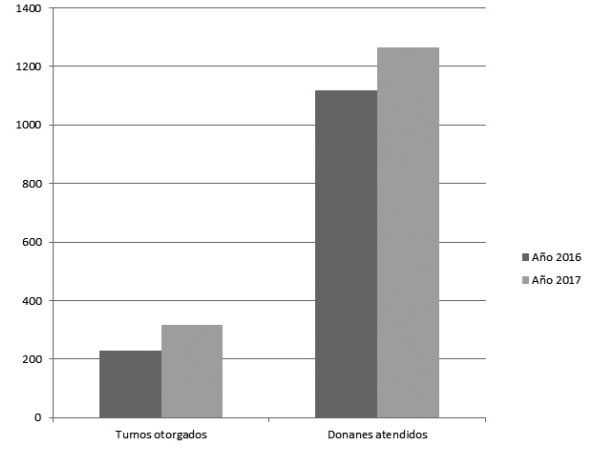
Figura 2. Evolución de las colectas externas clasificadas según el sitio para su organización



Asimismo y en línea con el propósito de hacer más accesible el acto de la donación encontramos en el sistema de turnos, vía formulario electrónico, una estrategia de convocatoria y también de fidelización de donantes. Los antecedentes de este método se basan en la citación telefónica de donantes que ya han concurrido a donar, para la donación de aféresis, para los donantes con un fenotipo determinado y compatible con pacientes con talasemia mayor y para necesidades específicas de sangre ABO.

Con el advenimiento de las nuevas herramientas tecnológicas y ante la necesidad de convocar a la comunidad para que concurra a donar sangre al banco de sangre durante periodos en los cuales disminuye la posibilidad de organizar colectas externas (fines de semana con días festivos y temporada de vacaciones), pusimos en marcha un formulario electrónico para que cada persona registre su cita (Figura 3).

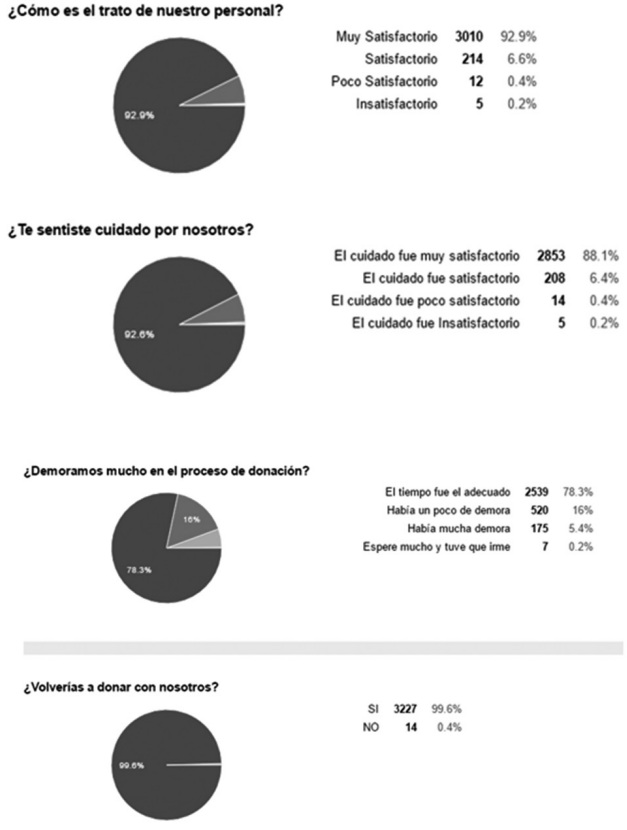
Figura 3. Resultados de la implementación del programa de citas online para asistir al Banco de Sangre, iniciado en un periodo de vacaciones en el cual disminuyen las CES



El sistema de citas online fue muy apreciado por los donantes dada la conveniencia de poder planificar el tiempo que le dedican a la donación, la necesidad del personal pudo ser estimada de manera más fácil, se puede prestar mejor el servicio cuando hay un flujo continuo de donantes, evitando las demoras innecesarias.

El programa se está consolidando, los resultados lo demuestran y nos alientan a hacerlo extensivo a la atención en colectas externas y a la atención de donantes de aféresis, cuya citación en ambos casos aún no está informatizada. (Figura 4).

Figura 4. Modelo de 4 preguntas que contienen las encuestas de satisfaccion a los donantes. N 3241 respuesta, anio 2016



Enmarcados en un sistema de gestión de la calidad, nos proponemos convertir el acto de donar en una experiencia memorable

Nuestra política, que se traduce en procedimientos concretos, está enfocada en cuidar al donante, a generar confianza, a darle seguridad, atendiendo tanto en los aspectos operativos como los derivados de su atención médica y consejería. Nuestros esfuerzos se dirigen a aprovechar la actitud positiva que ya ha tenido el

donante al acercarse y asegurar que no se erosione la motivación inicial.

Entendemos que la empatía, el otorgarle al donante el lugar de privilegio que merece, mirarlo a los ojos, escucharlo, harán de la donación de sangre una experiencia satisfactoria, y además sabemos que disminuyendo el temor a donar y la ansiedad, logramos disminuir la aparición de reacciones adversas a la donación en lo referido puntualmente a reacciones vasovagales.

Una experiencia negativa durante la donación de sangre puede tener un efecto negativo sobre la motivación del donante. Varios estudios han demostrado que sufrir una complicación durante la extracción es un factor importante que disuade al donante para hacer una nueva donación posterior[8 9] France y cols.[10] observaron que una reacción vasovagal leve en un donante de sangre completa reduce la probabilidad de que repita la donación en un 20% entre donantes nuevos y en un 33% entre donantes con experiencia. Las reacciones vasovagales moderadas e intensas reducen la tasa de repetición en un 50%. Gorlin y Petersen observaron que cuanto más intensa es una reacción , tanto más se reduce la tasa de repetición.[11] Por tanto, el correcto tratamiento de una complicación satisface el objetivo de asegurar la buena salud del donante y también el de conservarlo para que haga una nueva donación.

Los procesos en sí mismos, la distribución de las tareas, la capacitación continua de las personas con los conocimientos y habilidades adecuados, la alineación del equipo compartiendo un conjunto de valores y normas de comportamiento, nos acercan al resultado deseado, en un contexto en el cual hay una cantidad importante de variables a controlar (sitios de colectas diferentes, a distancias inconstantes en horarios diferentes, con organizadores de colectas con particulares expectativas y necesidades).

Sabemos qué situaciones debemos evitar que ocurran: tiempos de demora, actitud negativa o poco amable de nuestra parte, información insuficiente, que el donante sienta frustración por ser diferido sin sentirse satisfecho con las fundamentaciones, que se sienta poco cuidado y por supuesto que no regrese. Nos propusimos trabajar duramente y en equipo (en el que están incluidos en forma sistemática los organizadores de colecta), para planificar, ejecutar, y mejorar en forma continua las tareas que nos aproximen a hacer del acto de donar una experiencia memorable.

En ese sentido, el seguir estrictamente las buenas prácticas de manufactura, a través la adherencia a los estándares para bancos de sangre de la American Association of Blood Banks (AABB)[12], bajo los cuales el banco de sangre logro su acreditación y la mantiene desde el año 2014, favorece la estandarización y documentación de los procesos, la disminución de la probabilidad de ocurrencia de errores y de quejas, y la incorporación de prácticas actualizadas con base en la evidencia científica disponible.

Del mismo modo, trabajar en un ambiente en el cual la gestión de la calidad atraviesa todas las tareas, nos permite monitorizar resultados de procesos a través de indicadores y mapear tendencias para anticiparnos a problemas futuros.

Diariamente evaluamos el registro de "informe post colecta externa", que son completados al finalizar la misma que tiene algunos resultados que expresan la efectividad de la colecta en relación a lo planificado y que además requieren de una acción inmediata de comunicación con los donantes u organizadores: donantes esperados, donantes atendidos, donantes diferidos, personas que se retiraron sin donar, cumplimiento de los tiempos establecidos, reacciones adversas a la donación y desempeño global de la colecta.

Luego de cada colecta enviamos también, vía mail, una encuesta de satisfacción a donantes y organizadores: lamentablemente la tasa de respuesta es inferior a la que deseamos (21,79% en el año 2016) y es por eso que estamos en proceso de reformular el modo de envío, la frecuencia y el contenido. La Figura 4 permite visualizar los resultados de 3241 respuestas del año 2016 tomado como modelo 4 de las preguntas que contiene la encuesta.

Los donantes que presentaron una reacción adversa luego de la donación, los que se retiraron sin donar y aquellos que presentaron una queja, son contactados telefónicamente o vía mail, 24 horas posteriores a la donación, para hacer el seguimiento y también para escuchar al donante en su percepción, poder brindarle una explicación que lo satisfaga, y en lo posible implementar mejoras para evitar la recurrencia del malestar.

Mensualmente analizamos indicadores de desempeño de las colectas y también de calidad de la atención de donantes en las que denominamos "Reuniones de Mejora de la Calidad". Con la misma lógica*: hacer-medir-planificar-hacer*, evaluamos los datos, analizamos su tendencia a través del tiempo, identificamos los problemas haciendo un análisis causa raíz, partir de lo cual se modifican los procedimientos, se capacita y motiva al personal. Vamos desarrollando indicadores de acuerdo con las necesidades, estableciendo criterios de aceptación cada vez más ambiciosos en pos de la mejora continua. Ejemplos de indicadores que aplicamos en esta área son: 1. Prevalencia de infecciones transmisibles por transfusión en donantes (tamizaje y confirmatoria), 2. Prevalencia de reacciones adversas a la

donación, 3. Prevalencia de dificultad en la venopunción (punción sin extracción, doble punción, hematoma),4. Relación entre donantes estimados/donantes atendidos, 5. Porcentaje de donantes repetidos, 6. Capacidad del inventario de concentrado de glóbulos rojos para 4 o más días, 6. Porcentaje de colectas con menos de 20 donantes atendidos (efectividad), 7. Cumplimiento de colectas planificadas (colectas realizadas/colectas planificadas), 8. Porcentaje de colectas en sitios repetidos (fidelización de instituciones), 9. Acciones correctivas y preventivas implementadas (% del total de eventos reportados). Se muestran gráficos de evaluación anual de 2 indicadores a modo de ejemplo, con sus respectivos criterios de aceptación. (Figuras 5 y 6)

Figura 5. Indicador: Dificultad en la venopunción (punción si extracción, doble punción, hematoma)-Límite de aceptación: ≤ a 2,50%-Frecuencia de monitoreo: Mensual-Valor promedio Ene a Dic 2016: 2.638%-Valor promedio año anterior (Ene a Dic): 2.583%

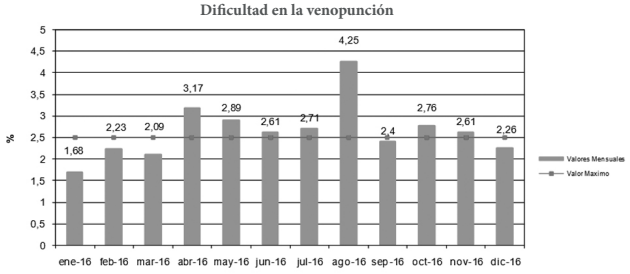
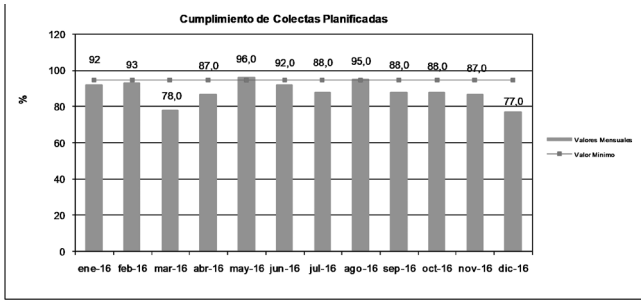


Figura 6. Indicador Cumplimiento de Colectas Planificadas-Límite de aceptación: ≥ a 95%-Frecuencia de monitoreo: Mensual-Valor promedio Ene a Dic 2016: 88% -Valor promedio año anterior (Ene a Dic): 92.2%



Entendemos que la CES no finaliza al retirarnos del lugar, continúa con el análisis de los resultados, con la contención de los donantes que presentaron reacciones adversas, en la hemovigilancia, en la consejería a los donantes que presentaron alguna determinación reactiva para infecciones que se trasmiten por transfusión, niveles de hemoglobina o hematocrito por debajo de los límites aceptados, presencia de anticuerpos irregulares.

La última fase, el reconocimiento, el agradecimiento a los donantes por su extraordinario gesto ayuda a mantenerlos motivados para que repitan la donación. Enviamos sistemáticamente una devolución con el resultado de las colectas, fortaleciendo el vínculo con donantes y organizadores generando un sentimiento de orgullo y animándolo a repetir la donación.

En relación con las recompensas materiales, en ocasiones los organizadores de colecta toman la iniciativa de regalar presentes hechos por ellos mismos, y nosotros aceptamos agradecidos.

Sin embargo, la política del banco de sangre, es evitar brindar obsequios materiales o recompensas de cualquier tipo por ejemplo entradas a espectáculos, a eventos deportivos, rifas, beneficios en tiendas. En circunstancias aisladas disponemos de camisetas, lapiceras y carpetas que aprovechamos entregar en fechas especiales, como el día nacional o mundial del donante voluntario, o la celebración del año que comienza.

Gracias al enfoque que le imprimimos al acto de donar, promovimos la confianza de forma sostenida y generamos instancias de aprendizaje social que incentivan a la cooperación y que finalmente impactan en la toma de decisión de donar sangre, que no deja de ser una decisión racional individual muy acompasada de la experiencia emocional, cultural y social que intentamos fortalecer día a día y que hace que en el año 2016 el 41% de las donaciones de sangre hayan sido repetidas (18% habituales y 23% no habituales según la clasificación DOMAINE) y el 87% de las donaciones de plaquetas por aféresis lo hayan sido también (82% habituales y 5% no habituales).

Educamos para la acción

Sostener el modelo de donación 100% voluntaria requiere de una profunda transformación sociocultural en los conocimientos, actitudes, creencias y hábitos de la comunidad acerca de la donación de sangre y sus implicancias.

La educación, en este marco, se constituye en la estrategia fundamental para lograr este cambio en todos los niveles de la sociedad.

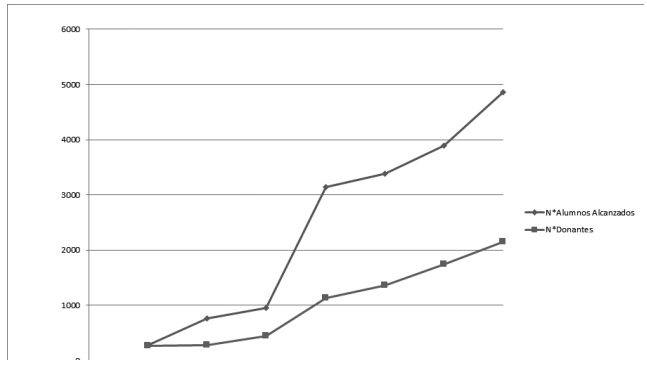
El abordaje de diferentes segmentos de población, objetivo de nuestras acciones, nos permite impactar en cada uno de ellos (con objetivos y estrategias particulares) y a su vez generar el espiral dialéctico necesario para retroalimentar y reforzar este comportamiento solidario.

Bajo la premisa *aprender a partir de la experiencia* que es hacer que un aprendizaje sea significativo, es decir que tenga un sentido en la construcción del conocimiento, llevamos a cabo tareas educativas en 5 ejes: 1. Facilitando que los donantes de sangre que se acercan

se conviertan en promotores, 2. Acompañando a los organizadores de colectas y brindándoles herramientas para potenciar su rol, 3. Como parte de los talleres antes de una colecta externa planificada 4. Llevando a cabo cursos de promoción de la donación altruista de sangre (éste es el 15vo año consecutivo, con un total de 990 personas capacitadas) y 5. Desarrollando el programa "*Donar sangre en la escuela*".

En este marco y sabiendo que la niñez y la adolescencia son períodos en los cuales se consolidan buena parte de los aprendizajes, valores y hábitos sociales de un individuo, la escuela se constituye entonces en un lugar propicio para la incorporación, a través de la experiencia, la participación y el compromiso activo, de la conciencia solidaria en los niños, niñas y jóvenes que la habitan. Además de transmitirles los conocimientos básicos acerca de esta temática para que constituyan saberes que aporten argumentos para la decisión futura de ser donantes, desarrollamos con los alumnos actividades de puesta en acción de estos conocimientos (producciones individuales y colectivas) y como corolario de éste proceso de aprendizaje son capaces de organizar una campaña de donación de sangre en su escuela. Sólo así "educando en la acción" y a través de "procesos vivenciados" es que el aprendizaje se convierte en transformador. En este proyecto educativo donde la colecta de sangre es la estrategia fundamental y promueve que los alumnos sean los actores principales en su planificación, organización y desarrollo. En ella ponen en marcha todos los conocimientos adquiridos, fortalecen el trabajo colectivo, elaboran materiales de comunicación, incorporaran herramientas de planificación y fundamentalmente son testigos privilegiados de la participación como donantes de sangre de sus referentes y vínculos cercanos (padres, docentes, vecinos y otros alumnos), esperanzados en que muchos de ellos se conviertan en futuros donantes. En el último año 4.860 alumnos recibieron capacitaciones (talleres en las escuelas y/o visitas al banco de sangre) y abordaron actividades de promoción, que culminaron con una colecta externa organizada en la institución educativa, alcanzando los 2.150 donantes de sangre (Figura 7)

Figura 7. Programa "Donar sangre en la escuela", alumnos que recibieron capacitación y evolución de los donantes atendidos en instituciones educativas



Comunicamos para atraer, para agradecer y para educar

La comunicación es un proceso que utilizamos para fomentar la donación de sangre. Sirve para informar a la población sobre las necesidades de sangre y para cambiar la actitud ante la donación con el fin de que aumente el número de miembros de la sociedad que donen sangre. También es una herramienta poderosa para animar a los donantes a que repitan sus actividades de donación. El objetivo de contar con un plan de comunicación es la sensibilización pública, la llamada a la acción, el desarrollo de la lealtad del donante y su reconocimiento. El enfoque es multimodal e incluye la comunicación no personalizada: 1. La participación en los medios masivos nos permite acciones de educación a la población y la promoción de la donación principalmente en fechas clave como celebraciones del día del donante, proximidad del periodo de vacaciones, lanzamiento de programas especiales 2. La página web del hospital que contiene información acerca de la donación, calendario de colectas externas programadas, el lanzamiento de programas especiales y promoción de las citas online.

La comunicación personalizada se realiza a través del telemarketing (para convocar a donantes por grupo/fenotipo específico, para la donación de aféresis, en procesos de hemovigilancia, para dar respuesta ante una queja), a través del mail (convocatorias a colectas cercanas al domicilio del donante, agradecimientos, envío de encuestas de satisfacción, respuestas a dudas o quejas, seguimiento de reacciones adversas a la donación).

Las redes sociales (en nuestro caso el Facebook) representa una oportunidad para relacionarnos en forma positiva, proactiva, bidireccional y en tiempo real, lo que favorece el intercambio de información valiosa con la comunidad. A través del Facebook respondemos preguntas acerca de elegibilidad, promovemos la identificación de los donantes con el banco de sangre a través de la publicación de las fotos de las colectas externas o de la publicación de sus testimonios e informamos acerca del cronograma de colectas externas. La visibilidad que le da cada donante u organizador de colecta al acto de la donación a través de las redes sociales, es una poderosa herramienta de motivación, y con frecuencia la principal o una de las principales razones para donar sangre por primera vez. Su fuerza radica en la influencia directa del donante sobre el nuevo donante potencial. El mantener "vivos" los recursos digitales a través de su

actualización permanente y la capacidad de respuesta ágil y precisa, contribuyen a generar confianza.

En todos los casos realizamos un seguimiento de la efectividad de los materiales y contenidos que utilizamos a través de la evaluación de indicadores (visitas a la página, cantidad de contactos en las redes, y datos relevados del "tipo de convocatoria", pregunta que le hacemos a cada uno de los donantes que se acercan).

Un proceso de transformación es una curva de aprendizaje. La conciencia de la necesidad del cambio y el deseo de llevarlo a cabo son sólo el primer paso de una larga escalera de peldaños disparejos y resbaladizos. Todo proceso de cambio inicialmente representa una incomodidad y se vive como una amenaza y un esfuerzo. Sumemos a esto que mientras se cambia, día a día hay que seguir produciendo y generando resultados. Las nuevas formas de interacción, ideas y procesos conviven con las formas acostumbradas.

Por esta razón estos procesos de transformación son lentos, laboriosos y costosos en lo emocional y por ende en lo operativo.

Lo que nunca nos imaginamos es que conseguir donantes no iba a ser el problema mayor. Ese fantasma que nos acechaba "esa falta de cultura de donación" no apareció. De hecho, las empresas, las universidades, los clubes, ¡nos decían que sí a las colectas!

Nosotros pensábamos que la gente no iba a querer donar sino era para una persona en especial, que ellos conocían. Sin embargo, cuando fuimos a buscarla, confirmamos que la comunidad es solidaria. La gente no piensa "no dono para nadie", la gente piensa "dono para el que lo necesita". Nosotros éramos los que asociábamos los donantes a los pacientes, eso era un prejuicio propio.

Cambiar nuestras rutinas, aprender nuevas habilidades, gestionar la incertidumbre. Salir de atrás de la ventanilla del hospital y ganar flexibilidad. En un sistema que viene desde hace años, cualquier detalle implica ramificaciones inesperadas. Aprendimos que ya no teníamos más un trabajo "de escritorio": somos líderes comunitarios y todo el tiempo nuestra actitud tiene que ser distinta.

Lecturas Recomendadas

- European Donor Management in Europe (DOMAINE) Sanquin Blood Supply Foundation. https://www.sanquin.nl/repository/documenten/en/research/3449481/EN-Donor_Mangement_Manual-part_1.pdf. ((accedido en abril 2017)
- Hagamos la diferencia. Organización Panamericana de la Salud. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Unidad de Medicamentos Esenciales, Vacunas y Tecnologías en Salud. Washington, D.C: OPS, 2005.
- Guía para la organización de colectas externas de sangre. Plan Nacional de Sangre Ministerio de Salud de la Nación. http://www.msal.gob.ar/disahe/images/stories/pdf/manual-colectas-externas.pdf (accedido en abril 2017)
- Ley Nacional de Sangre Nº 22.990, Decreto 1338/2004. Ministerio de Salud de la Nación Argentina
- Fernández Cid G , Fontana D. Donación de sangre voluntaria y habitual: educar para un cambio cultural. 1a ed. - Buenos Aires: Ministerio de Educación de la Nación; Ministerio de Salud de la Nación, 2011.
- Criterios para la selección de donantes de sangre. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2016.
- Datos de la Dirección Nacional de Sangre y Hemoderivados (Gestión de Estadísticas). Ministerio de Salud de la Nación Argentina
- France CR, France JL, Roussos M & Ditto B . Mild reactions to blood donations predict a decreased likelihood of donor return. Transfusion and Apheresis Science 2004, 30 (1), 17-22
- Newman BH, Newman DT, Ahmad R & Roth AJ 2006.The effect of whole-blood donor adverse events on donor return rates. Transfusion. 2006, 46(8), 1374-1379
- France CR, Rader A & Carlson B. Donors who react may not come back: analysis of repeat donation as a function of phlebotomist ratings of vasovagal reactions. Transfusion and Apheresis Science, 2005, 33(2), 99-106
- Gorlin JB & Petersen J. Reactions in first-time high school blood donors. Transfusion,2004.44(3), 463. Standards for Blood Banks and Transfusion Services, 30th edition American Association of Blood Banks, 2016