

Mercadotecnia en salud

Aspectos básicos y operativos

4ª edición

C O L E C C I Ó N
JULIÁN MANZUR OCAÑA
Vida y salud social

José Manuel Piña Gutiérrez
Rector

Mercadotecnia en salud

Aspectos básicos y operativos

4ª edición

Heberto Romeo Priego Álvarez



Universidad Juárez
Autónoma de Tabasco



Red Iberoamericana de
Mercadotecnia en Salud, A. C.

RA401
P75
2015

Priego Álvarez, Heberto Romeo, autor
Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos / Heberto Romeo Priego Álvarez.
-- cuarta edición. -- Villahermosa, Tabasco : Universidad Juárez autónoma de Tabasco ;
Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, A. C., 2015
198 páginas : ilustrado. -- (colección: Julián Manzur Ocaña. vida y salud social)
Incluye referencias bibliográficas (pp. 191-198)

ISBN: 9786076062258

1. Higiene pública \ 2. Productos farmacéuticos - Mercadotecnia \ 3. Salubridad pública
- Administración.

Primera edición: noviembre de 1995
no. de registro 75141
Reimpresión: noviembre de 1996
Segunda edición: octubre de 2002
no. de registro 03-2002-103013064000-01
Tercera edición: agosto de 2008
Cuarta edición: mayo de 2015

D.R. © Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
Av. Universidad s/n. Zona de la Cultura
Colonia Magisterial, C.P. 86040
Villahermosa, Centro, Tabasco.

El contenido de la presente obra es responsabilidad exclusiva de su autor. Queda prohibida su reproducción total sin contar previamente con la autorización expresa y por escrito del titular, en términos de la Ley Federal de Derechos de Autor. Se autoriza su reproducción parcial siempre y cuando se cite la fuente.

ISBN: 978-607-606-225-8

Apoyo editorial: Francisco Morales Hoil
Diseño y formación: Ricardo Cámara Córdova
Ilustraciones: Leidy Gabriela Moreno Olán

Hecho en Villahermosa, Tabasco, México

Índice

Prólogo 1a. Edición	9
Prólogo 2a. Edición	11
Prólogo 3a. Edición	13
Prólogo 4a. Edición	15
Prefacio	19

Capítulo 1

Fundamentos de la mercadotecnia sanitaria

1.1. Mercadotecnia: herramienta de gestión sanitaria	27
1.2. La nueva conceptualización de la salud	28
1.3. Una nueva relación interpersonal: cliente-profesional	32
1.4. Un nuevo modelo de gestión sanitaria	33
1.5. Conceptualización de la mercadotecnia en salud	40
1.6. Dimensiones y usos de la mercadotecnia en salud	42
1.7. Modelo mercadotécnico	47

Capítulo 2

Consumidor sanitario

2.1. La perspectiva del consumidor sanitario	63
2.2. Cliente, no paciente, en servicios de salud	64
2.3. Consideraciones metodológicas	66
2.4. Análisis mercadológico del consumidor	70
2.5. Comportamiento del consumidor	74
2.6. El proceso de compra de productos sanitarios	79
2.7. Características distintivas en los sistemas de atención médica	83

Capítulo 3

Mercado sanitario

3.1. Características del mercado sanitario	93
--	----

3.2. Factores condicionantes del consumo sanitario	94
3.3. Tipos de mercados sanitarios	97
3.4. Segmentación en salud	99
3.5. Conceptos básicos para la competitividad	103
3.6. Investigación de mercados	111

Capítulo 4

Compuesto de mercadeo

4.1 Mezcla de mercadotecnia	119
4.2. El producto sanitario	121
4.3. Fijación de precios	130
4.4. Distribución de productos de salud	134
4.5. Comunicación en salud	136
4.6. Pláceme, el componente de calidez en el servicio	142
4.7. Visión estratégica de la mercadotecnia	145
4.8. Componentes fundamentales del plan de marketing	149

Capítulo 5

Consumerismo en salud

5.1. La actitud hacia el consumo de servicio de salud	157
5.2. Consumismo sanitario	158
5.3. Consumerismo en salud	159
5.4. Derechos humanos	162
5.5. Derechos del consumidor sanitario	162
5.6. Carta de los derechos de los pacientes	169
5.7. Empoderamiento del consumidor	172
5.8. Consideraciones mercadológicas en la gestión hospitalaria	176
5.9. Líneas de gestión hospitalaria orientadas al mercado	182

Anexo	185
-------	-----

Bibliografía	191
--------------	-----

*“Sus clientes no compran servicios profesionales,
compran soluciones a sus problemas”*

David Cottle

Prólogo

de la primera edición

La aparición de *Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos* es un acontecimiento, sin duda, oportuno. En efecto, las reformas a los sistemas de salud son por ahora el signo de los tiempos en muchos países del orbe. Estas reformas surgen como respuesta a la necesidad de contar como sistemas de salud que ofrezcan acceso universal a servicios de alta calidad que sean equitativos y que permitan un mayor control de los costos. El *desideratum* es muy ambicioso; no obstante, éticamente irrenunciable.

Muchas de estas formas parecen encaminarse hacia modelos de competencia estructurada. Es decir, esquemas de organización de la atención a la salud que promueven la competencia entre prestadores de servicios de salud y, con ello, se incentiva una mayor calidad y eficiencia. He aquí, una de las razones de la oportunidad de este libro. Bajo una nueva concepción de los mercados de la atención a la salud, la mercadotecnia se hace indispensable.

Sin embargo, aun en los sistemas de salud todavía no competitivos, la mercadotecnia es también indispensable. En este caso, por motivos diferentes. Basten sólo un par de ejemplos para demostrar esta afirmación. La Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud llevada a cabo por la Fundación Mexicana para la Salud en 1994, hizo evidentes, entre muchos otros, dos datos sumamente interesantes. El primero de ellos es que, en tanto que la población mexicana en general opinó que el principal problema de los servicios, tanto públicos como privados, es la mala calidad (40%), antes que la falta de recursos (36%) y la falta de acceso (11%), más del 58% de quienes habían utilizado servicios de salud durante el año anterior calificaron la calidad de la atención recibida como buena. Esto podría significar que, para la población que no utiliza los servicios

de salud (que es la mayoría), la imagen que estos proyectan es muy deficiente, en tanto que para quienes tienen contacto con estos servicios, la percepción se modifica notable y favorablemente. Esto, expresado en términos de la mercadotecnia, significa que el posicionamiento de los servicios de salud en la mente de los clientes potenciales es defectuoso, por lo menos en el caso de México.

No es de extrañar, entonces, que, cuando se compara la utilización de servicios de salud, principalmente preventivos, entre las poblaciones de Canadá, Estados Unidos y México, la mexicana es la que menos utiliza estos servicios, y, por desgracia, no es la más sana de los tres países.

¿Cómo promover, entonces, la salud, cuando la imagen que se tiene de estos servicios no es un incentivo para acudir a ellos? La mercadotecnia ahora, en este caso, es también indispensable. Así, a la luz solamente de estos argumentos y desde dos perspectivas (la de un mercado competitivo y la de sistemas no competitivos), no sólo la mercadotecnia en abstracto, sino este libro en concreto, resultan indispensables.

Además, es necesario señalar que, no sólo se trata de un libro oportuno y altamente pertinente; se trata, también, de un libro pionero. En efecto, no existe en América Latina esfuerzo semejante. Por ello, el destino de este libro, producto de una mente inquieta y creativa, será el que la historia depara a los primeros en su género.

Escrito en y para un contexto latinoamericano, en el que el tema no había sido seriamente abordado, durante varios años de esfuerzo y bajo la influencia que recibe el autor durante sus estudios en España, este libro representa, en congruencia con esa experiencia española, el camino que no existía y que se ha hecho al andar.

Dr. Enrique Ruelas Barajas
México, D.F., agosto de 1995.

Prólogo

de la segunda edición

La obra titulada *Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos*, escrita por el doctor en ciencias Heberto R. Priego Álvarez, editada por la División Académica de Ciencias de la Salud, de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, y la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, llama la atención por tres razones: en primera, por el título; en segunda, por la editorial y el patrocinio, y en tercera, por ser una segunda versión; estos tres hechos la hacen importante.

En materia de atención a la salud, la mercadotecnia fue durante muchos años, en nuestro medio y en el ámbito latinoamericano, un tema desconocido, extraño o una asignatura pendiente. El autor, investigador y profesor, ha sido pionero en el desarrollo mercadotecnia en salud, disciplina joven que aún no es del todo valorada. Expresar para qué sirve y quiénes deben utilizar la mercadotecnia en el campo sanitario no ha sido fácil; sin embargo, el Dr. Heberto Priego Álvarez, gracias a su juventud, talento, inteligencia y persistencia, lo hace; ha roto muchos muros con cuyas piedras está construyendo un pilar sólido de la atención a la salud.

En cuanto a dar a conocer una obra de esta naturaleza, a través de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, del Consejo de Ciencia y Tecnología de Tabasco y de la Red iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, refleja intereses amplios, más allá de lo tradicional; implica que se han permeado otros medios técnicos, docentes y administrativos, no sólo nacionales, sino también internacionales.

El libro que ahora se comenta es una segunda edición y refleja la utilidad, la difusión y la demanda que ha tenido la primera versión. El documento actual, diseñado de algún modo diferente al que le precedió, constituye una valiosa experiencia, nueva, acumulada por el autor, quien va

conduciendo al lector de temas básicos a aspectos de más profundidad, de tal manera que se van consolidando conocimientos que contribuirán al entendimiento y solución de problemas en forma integral.

El autor considera a la mercadotecnia en salud desde dos enfoques. Una rama de la mercadotecnia en general, que se ocupa de la descripción, investigación medición y análisis de las demanda de salud, así como de la satisfacción del usuario. El otro enfoque entiende a la disciplina en cuestión como un proceso general, responsable de identificar, anticipar y satisfacer los requerimientos de los usuarios en forma adecuada y útil. Los dos enfoques se entrecruzan y ayudan a entender el valor de la mercadotecnia en salud.

No puedo terminar estas líneas sin consignar que he tenido el gusto de encontrarme con el Dr. Heberto Priego Álvarez en diferentes escenarios académicos: conferencias, clases, talleres, etcétera. En todos, ha demostrado su visión refrescante, en gran parte debido a que no es un hombre teórico, es un practicante de sus ideas y conocimientos, ya que ha ejercido diferentes ramas de la salud pública, tanto a nivel estatal como nacional.

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz
México, D. F., septiembre de 2002.

Prólogo

de la tercera edición

Que el libro *Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos* llegue a su tercera edición es una buena noticia. Refleja el interés creciente por incorporar las propuestas y las herramientas de la mercadotecnia al trabajo de los profesionales de la salud en su misión de curar y cuidar a los usuarios que requieren de sus servicios.

El mérito del autor, el Dr. Heberto R. Priego Álvarez, radica en ser un adelantado al pensar en la necesidad de contar con un libro dedicado a establecer las bases conceptuales y metodológicas de la aplicación de la mercadotecnia al sector salud. Su trayectoria, y su incansable trabajo por impulsar la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS), dan muestras de este esfuerzo.

Sin duda alguna, identificar necesidades, contar con estrategias de segmentación adecuadas en la oferta de la atención a la salud, comunicar mensajes a favor de conductas saludables y tener instrumentos adecuados para evaluar el grado de satisfacción, son algunas de las muchas aplicaciones que, un enfoque de mercadotecnia, pueden aportar a las acciones y programas en beneficio de la mejora de la salud de los ciudadanos, tanto desde modelos de prevención como de atención a los problemas sanitarios.

Las organizaciones dedicadas a la promoción y el cuidado de la atención sanitaria no podrán legitimarse sino por generar confianza en la ciudadanía, sea bajo modelos de competitividad abiertos o de mercado interno en los establecimientos públicos. Pensando en el futuro, es inconcebible que sobrevivan centros de este tipo que no tengan como objetivo velar por la calidad y la seguridad de los usuarios a los que sirven.

Construir capital social ampliando los espacios de confianza por parte de la ciudadanía hacia sus sistemas de salud, es el reto de quienes tienen la responsabilidad de conducir las transformaciones de los servicios sanitarios. Esto significa, esencialmente, atender las expectativas de los usuarios que se acercan a los establecimientos, abrir de forma creciente los centros para que escuchen la voz de aquellos a quienes tratan, contar con organizaciones mucho más permeables y que, de verdad, pongan al ciudadano que acude a ellas como el eje de sus programas. En suma, toda una agenda donde la propuesta de la mercadotecnia resulta de extraordinaria utilidad para diseñar y aplicar acciones a favor de la salud y, simultáneamente, más eficaces y plausibles hacia los usuarios.

Finalmente, interesa reseñar que, al incorporar las herramientas que *Mercadotecnia en salud: aspectos básicos y operativos* ofrece, podemos conciliar el discurso -a veces pura retórica jurídica- del derecho constitucional a la salud y la tutela efectiva del mismo. El compromiso ético a favor de la calidad que debe formar parte de las profesiones dedicadas a procurar cuidados sanitarios, necesita aprender de la mercadotecnia para comunicarse satisfactoriamente, para enfatizar la importancia del autocuidado, para lograr alianzas con el usuario que garanticen la adherencia al tratamiento. Todo ello sin desdeñar la importancia que esta disciplina aporta a los estudios de calidad de vida y satisfacción de los trabajadores de la salud, lo que la mercadotecnia llama el “cliente interno”.

Por todas estas razones y otras más, debemos de felicitarnos por contar con un texto de estas características. En especial, quienes hacen de la compasión, la empatía con el dolor de los que sufren y el aprendizaje continuo destinado a mejorar la calidad, su compromiso de vida.

Mtro. Antonio Heras Gómez
México, D.F. agosto de 2008

Prólogo

de la cuarta edición

Escribir y publicar un libro es una de las formas que el ser humano tiene de ganar la eternidad y revela el grado de madurez alcanzado por su autor. Hoy en día, con la pérdida, en el mundo académico, de la “importancia” de la publicación de un libro (porque se da preferencia a la publicación de artículos en revistas internacionales), quien publica una obra demuestra ser valiente y resiliente.

La noticia de que el libro *Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos* está en su cuarta edición significa, más allá de la resiliencia del Profesor Heberto Priego Álvarez, que se trata de un libro con pertinencia científica y social, bien estructurado y que conquistó varios tipos de lectores.

En primer lugar, esta obra conquistó los profesionales de salud del idioma español y portugués, que tienen la función de ayudar a prevenir enfermedades, a curar a los enfermos, y, igualmente, para aquellos que tienen un relevante papel en la reinserción en la sociedad de los individuos que padecieron o padecen de algún tipo de enfermedad.

En segundo lugar, constituye una obra que constituye un marco en la década iniciada en 1990 (1995 es el año de su primera edición), en una época en que la mercadotecnia aún daba los primeros pasos en el ámbito de la salud en América Latina e en el continente Europeo.

En tercer lugar, porque faltaba una obra que fuera un manual, resistente al tiempo, donde fueran racionalizadas las bases de la mercadotecnia y que indicara cuales son las herramientas a utilizar para mejorarse, en última estancia, el bienestar y la calidad de los ciudadanos.

Resalto la elevada capacidad de síntesis del autor, reproducida en casi 30 Tablas y Figuras bien posicionadas a lo largo de la obra. El libro revela un buen equilibrio entre los cinco capítulos considerados, utilizando un lenguaje simple y usando un mensaje asertivo para el lector.

El autor, más allá de la capacidad científica, posee una preocupación de naturaleza didáctica, comenzando cada capítulo con objetivos de aprendizaje y finalizando cada uno de ellos con un conjunto de preguntas que ayudan al lector a evaluar su aprendizaje.

Hay aún una preocupación en presentar, para cada capítulo, un conjunto de referencias (libros y artículos) relevantes para profundizar mejor cada tema.

El libro tiene un buen hilo conductor, iniciándose con un capítulo preocupado en recordar los fundamentos de la mercadotecnia sanitaria. Es mencionada la nueva conceptualización de la salud que emergió con la creación de la Organización Mundial de Salud (O.M.S), en 1946, en el sello de la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U) e aún hoy es usada. Por otro lado, el Profesor Heberto Priego Álvarez recuerda la necesidad de abandonarse el modelo biomédico y valorizar el modelo biopsicosocial, haciendo también, la distinción entre salud, enfermedad, calidad de vida y capacidad de vida. Continúa este capítulo insistiendo en la nueva relación interpersonal entre usuario y profesional con la llamada de atención para las modificaciones estructurales y comportamentales que se tienen verificado en las organizaciones, que sintetiza muy bien en la Figura 2.

Me gustaron particularmente los ítems dedicados a la conceptualización de la mercadotecnia en salud, donde es recordado el año de 1959, en que el concepto de “mercadotecnia” fue propuesto por la Asociación de Ejecutivos de Ventas de Latinoamérica. El resto del capítulo parece ser de gran valía para los profesionales de salud y para los estudiantes universitarios.

En el segundo y tercer capítulo se busca la perspectiva del consumidor sanitario, su comportamiento y el proceso de compra de productos

sanitarios. Destacan, en el tercer capítulo, los conceptos básicos asociados a la competitividad, que acaban por ser determinantes en la estructuración del cuarto capítulo.

El cuarto capítulo versa la problemática del “Plan de Marketing”, destacándose como determinante para las varias ciencias sociales e medicas el ítem dedicado a la “Comunicación en salud”. En el último capítulo el Profesor Heberto Priego Álvarez se centra en el consumo de servicios de salud, siendo un elemento determinante en todo proceso de mercadotecnia en salud.

El libro puede ser leído por estudiantes universitarios, profesionales de la salud, políticos, y ciudadanos, en general, interesados en la temática de mercadotecnia en salud.

Escribir de manera simple y estableciendo una relación empática con el lector es algo que no está al alcance de todos los que ambicionan escribir. Hago votos de que el Profesor Heberto Priego Álvarez nos pueda premiar en los años venideros con más obras con esta calidad científica y pedagógica.

Paula Cristina Almeida Cadima Remoaldo

Portugal, enero de 2015*.

* Traducción de María Angélica Gil Escalante

Prefacio

La idea de elaborar un texto básico sobre los aspectos fundamentales de la mercadotecnia en salud, se gestó hace más de tres lustros, durante mis primeras exposiciones sobre el tema como docente externo de la Escuela de Salud Pública de México y del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, y se materializó a mi paso como profesor de posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración, en la Universidad Nacional Autónoma de México. La primera edición de este libro, *Mercadotecnia en salud. Aspectos básicos y operativos*, se editó en 1995 con el apoyo de la División Académica de Ciencias Económico Administrativas, en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, y he tenido la fortuna de que actualmente se considere como libro de texto o de consulta básica en diversos programas de estudios en México y en algunos países de América Latina.

Esta publicación, ahora en su cuarta edición, está destinada a los profesionales y trabajadores de la salud que se dedican a la gestión sanitaria, pero igualmente sirve al personal operativo en su labor diaria, al hacerlo más sensible a las necesidades de los usuarios. Su finalidad es servir de texto introductorio, proporcionando los elementos básicos y operativos de la mercadotecnia sanitaria. No sólo se exponen los aspectos generales del *marketing*, sino que, por el contrario, se hace hincapié en el componente ético y su aplicación social en los programas y servicios de salud.

En el capítulo 1 se establecen los fundamentos de la mercadotecnia en salud. Para ello, se parte de una concepción de salud como un bien social que es objeto de consumo; se identifica la mercadotecnia como una herramienta de gestión, comprendida dentro de la llamada gerencia en salud; se determinan las dimensiones y usos de la mercadotecnia

sanitaria, se precisan las características de un producto social y se reseña la evolución histórica de la mercadotecnia social aplicada a la salud.

En el capítulo 2 se aboga por el término de cliente en servicios de salud en contraposición al de paciente. Se analizan los factores que influyen en el comportamiento del consumidor sanitario, se establecen las consideraciones metodológicas para su estudio, se reseñan las etapas en el proceso de compra de productos de salud y se identifica a los actores que participan en la decisión de compra. También se determinan las características distintivas de la atención médica en los sistemas privado y estatal.

En el capítulo 3 se aborda el mercado sanitario, identificando los factores que intervienen en el consumo de productos de salud. Se determinan los tipos de mercados sanitarios. Se fijan las bases de segmentación en la búsqueda de la población objetivo y se propicia la comprensión de las estrategias mercadológicas mediante la identificación de segmentos de mercado y el tipo de intervenciones. Asimismo, se señalan los objetivos de la investigación de mercados y se precisan conceptos mercadotécnicos aplicables a las organizaciones sanitarias para incrementar su competitividad y mejorar su calidad.

En el capítulo 4 se identifican los elementos controlables que intervienen en la mezcla o compuesto de mercadeo (*marketing mix*). Se esclarece la naturaleza, características y ciclo de vida de los productos y servicios de salud. Se reconocen los factores que intervienen en la fijación del precio de los productos sanitarios. Se determinan los canales y políticas de distribución de acuerdo con la naturaleza del producto. Se destaca la importancia de los mensajes de salud y el papel que juega la publicidad y la promoción de ventas en el proceso de comunicación. Se hace referencia al *pláceme* como el componente de calidez y satisfacción en la prestación del servicio, y se establecen los pasos a seguir en un plan de mercadotecnia.

El capítulo 5 ahonda en las diferencias entre la actitud consumista y la consumerista en salud, resaltando, dentro del movimiento consumerista, el asociacionismo y la difusión de los derechos humanos y del consumidor.

Asimismo, se precisa el papel protagónico que ocupa el consumidor en la nueva relación “cliente-profesional” y se argumenta su empoderamiento y corresponsabilidad. Al término de este capítulo se mencionan algunas consideraciones mercadológicas para mejorar la prestación de servicios y se establecen las líneas de gestión hospitalaria orientadas al mercado.

Por último, debo recalcar a todos aquellos que se adentren al campo de la mercadotecnia en salud, que toda propuesta mercadológica requerirá de una buena dosis de ingenio y mucha creatividad; teniendo siempre presente que, así como los profesionales de la salud tienen como objetivo primordial preservar la vida y mejorar las condiciones de salud, la mercadotecnia sanitaria debe también buscar una mejora de la calidad de vida con un enfoque ético y social.

¡Suerte en el recorrido!

Dr. Heberto R. Priego Álvarez
Villahermosa, Tabasco, mayo de 2015

Capítulo 1

Fundamentos de la mercadotecnia sanitaria

Objetivos de aprendizaje:

1. Conocer el concepto de marketing y entender sus aplicaciones en el campo de la salud.
2. Identificar a la mercadotecnia como una herramienta de gestión en los servicios de salud.
3. Establecer las dimensiones comercial y social de la mercadotecnia en salud.
4. Definir los usos organizacionales de la mercadotecnia como interna y externa.
5. Analizar la evolución histórica del mercadeo social en el campo de la salud.
6. Concretar los puntos fundamentales de la etapa de valoración global del mercadeo social de la salud.

1.1 Mercadotecnia: herramienta de gestión sanitaria

La mercadotecnia en salud o sanitaria (*health care marketing*) conlleva dos acepciones: por un lado, la de ser una especialidad, dentro del estudio del marketing, dedicada a la descripción, investigación, métodos de medición y sistemas de análisis de la demanda sanitaria, así como la satisfacción de los pacientes; y, por otra parte, la de ser entendida como un proceso de gestión responsable de identificar, anticipar y satisfacer los requerimientos de los pacientes de forma adecuada y provechosa a través de estrategias organizacionales (Rubio-Cebrián, 1995).

Respecto a la segunda acepción, conviene señalar tres aspectos fundamentales de mucha actualidad que, a manera de transiciones, se han experimentando en el campo de la salud de América Latina, que nos obligan a reflexionar seriamente en la incorporación de la mercadotecnia como una herramienta eficaz y efectiva para llevar los servicios de salud a sus consumidores. Las tres transiciones, que implican modificaciones sustanciales, son las siguientes.

- Redefinición de la salud y, por consiguiente, de sus satisfactores. Es decir, la salud deja de verse, desde el punto de vista biomédico, como la ausencia de enfermedad y ésta, a su vez, como la desviación de la norma, dando paso a su consideración como un bien social que es objeto de consumo, asociado a la calidad y capacidad de vida de la población en determinados contextos socioculturales.
- Cambio en la relación interpersonal entre los actores del proceso de atención médica, al pasar de una relación tradicional médico-paciente (hegemónica-paternalista) a otra de cliente-profesional

(consumerista), que supone un enfoque contractual basado en la corresponsabilidad y el respeto de los derechos humanos del consumidor sanitario.

- Surgimiento de un nuevo modelo de gestión de los servicios de salud, que desplaza a la administración sanitaria por una nueva gerencia, que considera a las instituciones sanitarias como empresas productoras de servicios que requieren de un manejo empresarial para lograr sus objetivos con efectividad, calidad y equidad, subrayando su utilidad social, sin menoscabo en la racionalización de sus recursos. Este nuevo modelo administrativo también se orienta a la satisfacción del cliente, lo que conlleva a modificaciones estructurales y comportamentales, así como una orientación salutogénica en la prestación de servicios.

1.2 La nueva conceptualización de la salud

La Organización Mundial de la Salud estableció que la *salud* “es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Asimismo, señaló que “es un derecho fundamental” y, “que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo socialmente importantísimo en todo el mundo”. Esta definición,¹ si bien es utópica y carente del componente de ser un fenómeno social e históricamente determinado, en su momento significó un avance al utilizar un modelo teórico-científico concreto, el denominado biopsicosocial, que toma en cuenta al individuo, el contexto donde vive y el sistema social donde ocurren los efectos del binomio salud/enfermedad.

Ya el modelo biopsicosocial (Engel, 1977) reconocía que todo el individuo tiene dimensiones *biológicas*, *psicológicas* y *sociales*, y proponía para la enfermedad explicaciones de casualidad recíproca en lugar de explicaciones reduccionistas de casualidad lineal. La etiología múltiple

¹ El máximo exponente de esta perspectiva amplia de la concepción de la salud es la definición de la OMS recogida en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946 y concebida originalmente por Stampar (1945): “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. Algunas voces críticas, como Milton Terris, han cuestionado este sentido absoluto de bienestar que incorpora la definición de la OMS y han propuesto la eliminación de la palabra “completo” de la misma. En la salud, como en la enfermedad, existen diversos grados de afectación y no debería ser tratada como una variable dicotómica.

suele ser la norma y en ella intervienen aspectos interrelacionados de las tres dimensiones, y a la que en la actualidad se suma una nueva esfera: la ecológica o ambiental; ya que no es posible desprender al hombre de su medio ambiente vital.² La ecología poblacional humana presupone que el género humano sobrevivirá en este planeta en las mejores condiciones ambientales, de recreación natural, de espacio, de alimentación, de obtención de energía, y establecerá relaciones normales de convivencia consigo mismo y con otras especies (nichos ecológicos). Lo que nos lleva a entender a la salud como un proceso complejo que requiere de la interacción del individuo, visto en todas sus dimensiones, con el medio y de la construcción de ambientes saludables (Priego-Álvarez, 2005).

Definiciones posteriores al modelo biopsicosocial coincidieron en señalar a la salud como el equilibrio armónico del individuo con su entorno, haciendo hincapié en que la salud y la enfermedad no son elementos aislados, sino que forman parte de un mismo proceso que debe ser visto como un *continuum* (Figura 1), en el que las constantes alteraciones y ajustes en el funcionamiento del ser humano determinan grados variables de salud o enfermedad (p.e., una cefalea leve nos mueve un grado hacia el extremo negativo, mientras que una buena noticia nos llena de gozo y nos desplaza otro tanto hacia el extremo positivo). La salud es pues, más que un estado, un proceso continuo de reestablecimiento del equilibrio, en el que cuando alguno de los factores implicados cambia y dicho cambio se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en algún momento previo fue adecuada para restablecer el equilibrio; pero, al tornarse inflexible, lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. Esta concepción requiere de una serie de factores socioeconómicos, ambientales, biológicos, psicológicos y asistenciales que se aúnen para sostener ese equilibrio, y se traduce en la capacidad de vivir.

² El nuevo concepto de salud sobrepasa el estricto marco biomédico para convertirse en un fenómeno socio-cultural, donde es necesaria la participación de todas las ciencias que estudien al individuo y a la sociedad desde sus múltiples enfoques. La variedad de factores ambientales que pueden actuar sobre el proceso salud - enfermedad es muy amplia, razón por la surge la necesidad de “maridajes” entre disciplinas. La relación entre el medio ambiente y el hombre (y su estado de salud) es de doble sentido. El hombre recibe, por una parte, la influencia del medio ambiente, pero a su vez también influye sobre él, muchas veces con un carácter perturbador. Las relaciones de intercambio y equilibrio del hombre con el medio ambiente son más complejas que en el caso de otros seres vivos, precisamente por la mayor complejidad del ser humano (Sánchez-Oriz y García-Felipe, 2005).



Figura 1. Proceso salud-enfermedad

La salud, ya entendida como “el óptimo grado de adaptación del hombre a su ambiente en un determinado contexto cultural e individual” (Soberón et al., 1988), incorpora otros aspectos de la salud previamente planteados, como “aquella manera de vivir si se realiza de forma autónoma, solidaria y gozosa” (X Congreso de Médicos y Biólogos de la Lengua Catalana: Perpignan, 1976), donde se puede entender “autónoma” como la capacidad de llevar adelante una vida con el mínimo de dependencias, así como un aumento de la responsabilidad de los individuos y la comunidad sobre su propia salud. La preocupación por los otros y por el entorno vendría recogida en el término “solidaria”, mientras “gozosa” recupera el ideal de una visión optimista de la vida, las relaciones humanas y la capacidad para disfrutar de sus posibilidades. Estas definiciones también suponen conceptos como calidad y capacidad de vida³ en determinados contextos socio-culturales.

La incorporación al concepto de salud de elementos como capacidades o grados socialmente definidos para responder o disfrutar ante situaciones vitales específicas implica una relativización del término salud fuera del

³ El concepto de *calidad de vida* no se refiere exclusivamente al aumento de la esperanza de vida de las personas, sino a un alto grado de autonomía y desenvolvimiento normal; por consiguiente, “está referido a los aspectos físicos, sociales, intelectuales y emocionales de la vida que son relevantes para los individuos y que están relacionados con su nivel de bienestar” (Rubio-Cebrian, 1995). La *capacidad de vida* hace referencia a la utilidad social y al potencial productivo del individuo. Hoy en día, los adultos mayores cumplen nuevas funciones sociales y su vida laboral en activo tiende a mantenerse a edades en que anteriormente ya habían concluido. En Europa, de cierta forma se habla de un reciclaje funcional de los viejos al laborar de “canguros” (cuidadores de niños durante el tiempo en que sus padres no pueden atenderlos), reestableciendo una antigua función social de transmisión del conocimiento e interacción intergeneracional que se había perdido con la modernidad. Otra realidad social es la creación de universidades y centros de enseñanza para la tercera edad.

marco exclusivamente biológico al que frecuentemente se le ha reducido, amén de la redefinición de “necesidad de salud” (estado carencial) y por ende de sus satisfactores.

El proceso de consumo forma parte del modo en que una sociedad organiza y procura la satisfacción de las necesidades de sus miembros (Navarro, 1978). Son las sociedades del bienestar donde los cambios en la calidad de vida requieren más notoriamente de nuevos satisfactores. De acuerdo con Taylor-Gooby (1991), el objetivo de las políticas de bienestar es satisfacer necesidades humanas, si bien no existen acuerdos sobre qué son y cómo se satisfacen dichas necesidades. Las necesidades humanas son históricas, construidas socialmente, pero también universales. La “salud” y la “autonomía” constituyen las necesidades humanas básicas y éstas son las mismas para todo el mundo (Doyal y Gough, 1994).

La salud, en suma, constituye un valor que se presenta como un atributo a la vida y que se asocia a la calidad misma de ésta (Soberón et al., 1988). Por consiguiente, la salud es un bien social que se constituye en un derecho y que, por lo tanto, debe estar al alcance de todos los ciudadanos, lo que es válido tanto en países con servicios únicos de salud (p.e. Cuba) como en aquellos en los que los servicios se encuentran fragmentados (p.e. México). Sin embargo, tal concepción del sistema sanitario se ha visto afectada, desde décadas anteriores, por altos costos, lo que ha obligado a la racionalización en las prestaciones y a una reforma sustancial en los esquemas de la seguridad social.

Ante la imposibilidad del Estado de garantizar a todos los ciudadanos la prestación sanitaria a la salud, ésta ha dejado de ser un bien público, dando paso a su comercialización; por lo que recientemente se han introducido términos mercadotécnicos que ofrecen una nueva visión del proceso de atención a la salud, empleándose vocablos tales como consumo y consumidor de salud.⁴

⁴ El término *consumo* implica el gasto por uso que se hace del producto sanitario. Cuando se menciona al *consumidor*, no se refiere necesariamente a quien compra o usa un producto/servicio, sino también a quien decide la compra.

1.3 Una nueva relación interpersonal: cliente-profesional

La actual tendencia a considerar la salud como objeto de consumo entre los servicios públicos conlleva a un replanteamiento de las actitudes de los asegurados de la seguridad social y de los ciudadanos que, por derecho, acceden a estos servicios.⁵ Se está generando una nueva conciencia contractual y un protagonismo activo de los usuarios (empoderamiento de los usuarios y un movimiento consumerista), donde la transparencia en la relación médico-paciente y el derecho a estar informados juegan un papel fundamental. Sobre estos aspectos, es imprescindible la ruptura del control médico, hasta ahora imperante por la asimetría en la información y por la hegemonía médica.⁶ Esto permitirá una posición concienzuda en los usuarios de los servicios sanitarios y, por consiguiente, una mayor capacidad de decisión sobre las cuestiones médicas que les atañen (*empowerment*).⁷

La actitud consumerista en salud se contrapone a la pasividad y el acatamiento irrestricto del consumismo sanitario, donde el papel tradicional del paciente ha consistido en obedecer y cumplir (Parsons, 1951; Bloom y Wilson, 1979). Es decir, la pasividad del enfermo y su total sometimiento a las órdenes médicas. Al adquirir el consumidor sanitario un protagonismo activo (Priego-Álvarez, 1995), se rompe con la clásica relación interpersonal *médico-paciente*, dando paso a la relación *cliente-profesional*, que no permite la apariencia altruista de los servicios médicos, sino que, por el contrario, fomenta la corresponsabilidad al reconocer la madurez y autonomía del enfermo.⁸

⁵ El artículo 4º constitucional establece el derecho a la protección a la salud, por lo que el Estado mexicano garantiza la prestación de los servicios de salud a todos los ciudadanos tradicionalmente desprotegidos de la seguridad social (anteriormente llamados en México “población abierta”), a través de los niveles de atención médica de la Secretaría de Salud, y que ahora se incorporan a nuevos esquemas de financiamiento, como el del seguro popular.

⁶ El modelo médico hegemónico asegura su monopolio al medicalizar la sociedad, basándose en la idea de universalidad. Es una relación asimétrica, dado que el conocimiento médico tiende a cargarse hacia los proveedores de la atención, quienes toman las decisiones y, consiguientemente, imponen su criterio a los usuarios. Éstos deben obedecer las órdenes impuestas sin cuestionarlas.

⁷ En su conceptualización más simple, el *empowerment*, “empoderamiento” o “facultamiento” del paciente implica la toma de control de la propia existencia al asumir la responsabilidad de todos los aspectos de ésta: bienestar, salud y cuidados.

⁸ El *principio de autonomía* es la propiedad que tiene el enfermo sobre su propio cuerpo, y que requiere de su “consentimiento informado” para cualquier acción médica diagnóstica o terapéutica. La corresponsabilidad en la atención médica hace referencia a la activa participación del enfermo en la determinación de la terapéutica: es necesario volverse “socio” del médico (McCabe, 1996). No es posible delegar el manejo de la propia salud a los proveedores de cuidados médicos.

Por otra parte, se debe considerar que el consumo es un factor etiológico de primer orden en el estado de salud individual y colectivo, puesto que en las sociedades modernas múltiples intercambios entre el individuo y su entorno son objeto de consumo –trátase de productos o de servicios– que pueden ser causa de aparición de patologías o suponen un riesgo para la salud.

1.4 Un nuevo modelo de gestión sanitaria

La medicina en este nuevo milenio no puede continuar centrando la atención en órganos enfermos, desconociendo la totalidad de la persona a quien pertenece ese órgano (**enfoque patocéntrico**). Tampoco puede centrar la atención en un individuo, desconociendo el ambiente físico y social en el cual está inmerso. El enfoque de la medicina individual tiene que ampliar su espectro y abarcar también a las familias y las comunidades a las que pertenecen esas personas; pero no sólo cuando se enferman, sino actuar para que no lo hagan. No son pocos los teóricos en el campo de las ciencias de la salud que han hecho importantes contribuciones al esclarecimiento conceptual de la necesidad imperiosa de cambiar el ya obsoleto paradigma biomédico por el nuevo paradigma sociobiológico, mucho más acorde con las evidencias científicas alcanzadas en este campo (Guerrero y León, 2008). En el contemporáneo **enfoque salutogénico**,⁹ la atención de los sistemas sanitarios se orienta hacia el mantenimiento de la salud individual y colectiva, abordando los problemas de salud desde una visión positiva hacia el bienestar y la calidad de vida de las personas creando estrategias en ese sentido. El modelo plantea que es posible capacitar a las personas para que utilicen sus propios recursos y los del entorno con la finalidad de alcanzar el mayor grado de bienestar con o sin enfermedad.

Esta reciente abstracción de la realidad administrativa de los servicios sanitarios no es un evento fortuito, sino que responde a un proceso evolutivo originado por tres aspectos fundamentales, que son: a) la evolución de la propia administración médica; b) un cambio organizacional

⁹ El concepto de *Salutogénesis* proviene del latín *salus* (salud) y del griego *génesis* (origen o creación de), fue creado por el médico y sociólogo Aarón Antonovsky. Propone un cambio de paradigma, posicionarnos en el lugar de la salud, y comprenderla integrada a la propia biografía del hombre, comprende al ser humano no solo como un ser físico, sino también anímico y espiritual.

en las instituciones de salud (tanto en su estructura como en su comportamiento), y c) una reorientación de las organizaciones estatales de salud. Para su análisis, debe entenderse, que en todo organismo social, la gestión comprende a la acción y al efecto de administrar.

a) Evolución de la administración médica

F. Yepes (1988) ha apuntado que durante este siglo, en América Latina, se han recorrido cuatro grandes etapas en el ámbito de la administración médica¹⁰ que actualmente culmina en lo que se ha dado en llamar la *nueva gerencia en salud*. Según este autor, las organizaciones sanitarias han tenido distintos enfoques cronológicamente diferenciados (Tabla 1).

En la etapa primaria o de **administración empírica** (desde el inicio de la medicina institucional y vigente hasta principios del siglo XX), al frente de los servicios de salud solía estar un médico de reconocido prestigio clínico, cuyas decisiones eran tomadas autocráticamente, guiado sólo por su experiencia o sentido común. Sin embargo, ahora sabemos que la experiencia no es garantía de experticia y, sobre todo, que el sentido común es el menos común de los sentidos.

Críticas tradicionales a dicho periodo basado en el empirismo administrativo es la consideración de lo que “pierde y gana” una institución de salud; es decir, se pierde el trabajo de atención directa de un profesional médico reconocido, quien deja sus actividades clínicas ya probadas por otras de tipo directivo, en las que, por estar falto de preparación, se gana un mal administrador.

Durante la **administración salubrista**, desarrollada a partir de la década de los años 20 del siglo XX, primeramente en México y Brasil, y posteriormente en otros países latinoamericanos, fueron los médicos sanitaristas (posgraduados en salud pública)¹¹ quienes enfatizaban la salud colectiva frente a la individual con bases muy superficiales de administración, en parte por el momento histórico de la escuela

¹⁰ Yepes entiende por *administración médica* el accionar tradicional de los servicios de salud y de sus profesionales, enfocado a la atención de los enfermos.

¹¹ La Escuela de Salud Pública de México fue fundada en 1922 (seis años después de la John Hopkins, en EEUU, primera en el continente americano). Desde entonces y hasta la actualidad, con el nombre de Instituto Nacional de Salud Pública, continúa formando médicos salubristas.

administrativa vigente (teoría científica y clásica). La toma de decisiones era reactiva, según la problemática a resolver (horizonte día a día) y la programación de las actividades era estática y no proyectada a resultados.

La **administración profesional** surgió en 1979 cuando, por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) –en particular su oficina regional (OPS)– y con el apoyo económico de la Fundación W.K. Kellogg, se desarrollaron en varios países del continente americano los PROASA (programas avanzados en administración de servicios de salud). Al respecto, conviene apuntar que algunos esfuerzos de capacitación a directivos médicos se realizaron previamente, de forma aislada, en los años 60 del siglo XX, en determinados países latinoamericanos (en México, la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración, de la Universidad Nacional, conjuntamente con la Escuela Nacional de Salud Pública, formó los primeros administradores profesionales a nivel de maestría). Si bien se pretendía conjuntar los conocimientos administrativos con los propios del campo de la salud, los PROASA no tuvieron el suficiente esfuerzo de reflexión y de construcción conjunta. La dirección de los servicios de salud continuó siendo reactiva, aunque sí se tomaron en consideración algunos aspectos de previsión.

En ciudad de México, a raíz del terremoto de 1985, los directores de los nuevos hospitales ubicados en el área metropolitana recibieron capacitación en el país y en Estados Unidos con apoyo de la Fundación Kellogg. En 1986, el entonces recién creado Instituto Nacional de Salud Pública, que aglutinaba la experiencia académica de la Escuela de Salud Pública de México, inició el curso de pre-requisitos para la maestría en ciencias en organización y dirección en los servicios de atención a la salud (posteriormente denominada maestría en ciencias en sistemas de salud), con el apoyo financiero de la Fundación Kellogg y el reconocimiento oficial de ser un PROASA.

La **gerencia en salud**, instaurada a finales de las dos últimas décadas del siglo pasado y los primeros años de este, pretende orientar las acciones sanitarias en el marco de una visión prospectiva. Los gerentes de las empresas de salud, con plena actitud proactiva, aseguran la obtención del éxito al aprovechar las oportunidades y minimizar las amenazas que plantea el medio ambiente.

Tabla 1.
Etapas y características de la administración médica en Latinoamérica

Etapas	Características	Directivo	Enfoque	Bases	Límites
Administración empírica	Médicos Clínicos de gran prestigio.		Enfoque benevolente de la salud y con la figura del médico de familia con alto renombre social.	El sentido común y la experiencia personal del directivo médico.	La nula diferenciación en el manejo de las instituciones de salud de cualquier otra organización.
Administración salubrista	Médicos sanitarios		Énfasis en la salud comunitaria sobre lo individual. Se reconoce la importancia del medio ambiente y la prevención.	Primeras escuelas de salud pública. Elementos epidemiológicos de análisis. Bases muy superficiales de administración.	Programación estática, enraizada en el pasado y no proyectada a resultados. Administración reactiva. Se hace poco uso de la información en el proceso de toma de decisiones.
Administración profesional	Administradores profesionales (conocimiento de la administración sanitaria)		Acentuación en la gestión por equipos profesionales interdisciplinario.	Introducción de elementos innovadores en la gestión de las instituciones de salud. Profesionalización de la administración de la salud al introducir al mercado un nuevo tipo de recurso humano (el administrador de salud).	La yuxtaposición de materias de administración con las de salud, sin un esfuerzo de reflexión y de construcción conjuntas. El crecimiento exagerado de los costos del sector salud.
Gerencia en salud	Gerente (líder y administrador)		Reconocimiento de los sistemas de salud como empresas productoras que requieren de una gerencia adecuada y un manejo empresarial para lograr sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad. Enfoque salutogénico en la prestación de servicios.	Confluencia de los más modernos avances en las ciencias de la gerencia y los más recientes desarrollos en las concepciones de salud- enfermedad y de sistemas de salud.	Factores contingentes (económicos, políticos, culturales y ambientales), al igual que nuevas situaciones epidemiológicas (enfermedades emergentes y reemergentes)

La gerencia resulta esa fusión de liderazgo y conocimiento administrativo. No basta, por tanto, saber muchas teorías y procedimientos administrativos, si no que se deben poseer habilidad directiva y capacidad de influencia en el personal de salud.

Para gestionar con éxito cualquier servicio de salud, se requiere la confluencia del desarrollo gerencial y de los sistemas de salud, donde son preponderantes el análisis del mercado y la orientación a la satisfacción del cliente. Las empresas de salud buscan cumplir con su misión y ser efectivas, requieren por lo tanto no tan sólo ser eficaces y eficientes, sino desarrollar estrategias de calidad que la acerquen a sus clientes y ser equitativas en sus propósitos sanitarios.

b) Modificaciones estructurales y comportamentales en las organizaciones.

Las organizaciones en general han observado cambios estructurales y comportamentales que las orientan al consumidor. De la antigua estructura piramidal (**organización tradicional** o **mecánica**, por sus procesos altamente repetitivos y normativos), con niveles sumamente jerarquizados en los que los mandos medios y los altos directivos actuaban como controladores y tomaban todas las decisiones, con una comunicación de la vértice hacia la base, y en la que la propia rigidez del modelo enfatizaba primordialmente los procesos de supervisión y verificación entre mandos medios y operativos (60%), hemos pasado a organizaciones estructuralmente planas, en las que los consumidores se sitúan en el nivel jerárquico superior, dado que a las empresas les interesa tener un mayor contacto con ellos, originando así un flujo de comunicación en ambos sentidos.

Las acciones de las organizaciones que proporcionan servicios de la salud se orientan al consumidor y se vuelven altamente flexibles para adoptar nuevos esquemas de operación en función de los cambios que ocurren en su entorno de negocios. La organización de salud actual posee pocos niveles jerárquicos, los mandos medios y la gerencia no imponen decisiones, actúan como facilitadores (**organización moderna** u **orgánica**, por su capacidad de respuesta y flexibilidad ante los requerimientos del entorno).

En esta nueva concepción estructural, las decisiones se enfocan a la satisfacción del cliente. La alta dirección, al tener menos intermediarios, puede establecer más rápido contacto con sus clientes internos (personal) y externos (usuarios de servicios de salud). El punto medular de la comunicación, en términos porcentuales (70%), se da precisamente entre prestadores directos de la atención (personal operativo o de contacto) y la población usuaria, dando respuesta a las demandas sentidas y manifiestas (Figura 2).

c) Cambio de orientación de las instituciones públicas de salud

La gestión de los servicios de salud públicos se ha modificado, al transitar de un modelo de administración sanitaria basada en la planificación programática de las acciones, cuyo objetivo es la resolución de la demanda, a una nueva gerencia en la que la institución es considerada una empresa productora de servicios de salud, que requiere un manejo empresarial para lograr sus objetivos y una orientación clientelar, es decir, que procure la satisfacción del cliente tanto externo (usuario) como interno (profesionales y personal sanitario).

La **orientación clientelar** debe entenderse como un trato más personalizado y más sensible por parte de la organización; es decir, un servicio más atento a las expectativas, deseos y necesidades de los clientes, con el objeto de satisfacerlos. De cierta forma, se requiere un proceso de comunicación permanente entre proveedores y usuarios (marketing interactivo) y un manejo empresarial en el que los estudios de mercado son fundamentales para lograr tal propósito. El diseño y prestación de los productos/servicios de salud deben contemplar los requerimientos de los usuarios para satisfacerlos con calidad y efectividad bajo un enfoque salutogénico (Tabla 2).

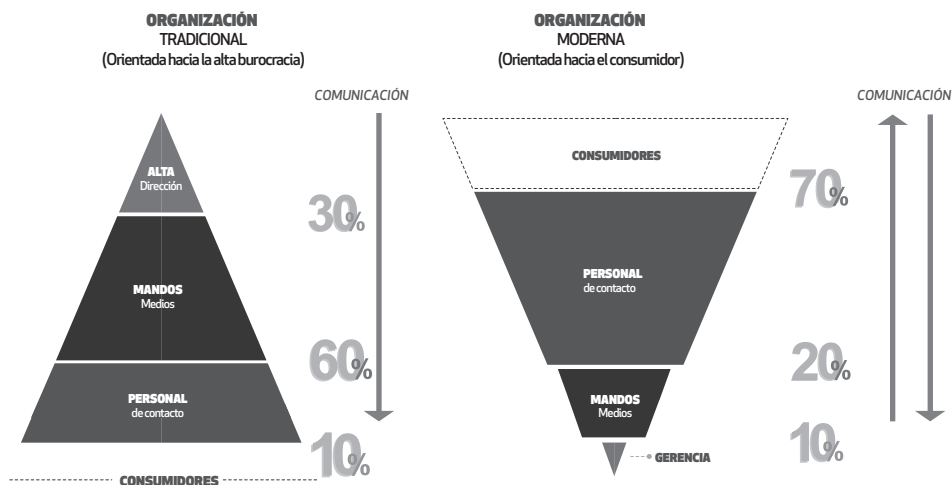


Figura 2. Comparación estructural entre las organizaciones tradicionales y las modernas.

Tabla 2.
Modelo de gestión en servicios de salud públicos

Variable	Administración sanitaria	Gerencia en salud
	Paciente/Usuario	
Población objetivo	Población abierta o desprotegida de la seguridad social. Atendida por el Estado u organismos no gubernamentales (ONG's)	Clientes: Internos Profesionales y personal sanitario Externos Usuarios y compañías aseguradoras
	Derechohabiente	
	Asegurado y beneficiario de la seguridad social	
Orientación	De redistribución social, mutualista, filantrópica, caritativa	Orientación clientelar
Objetivo	Resolución de la demanda	Satisfacción del usuario
Actor Principal	El Estado Institución filantrópica	El cliente
		Manejo empresarial
Tipo De Gestión	Planificación programática	Estudios de mercado y diseño ad hoc de productos/servicios
		Enfoque salutogénico (orientación de los servicios hacia el fomento y procuración de la salud y no tan sólo a su recuperación)

1.5. Conceptualización de la mercadotecnia en salud

Al marketing¹² también se le conoce como mercadeo, mercadología, mercadización, distribución, comercialización o mercadotecnia. Este último término, propuesto en 1959 por la Asociación de Ejecutivos de Ventas de Latinoamérica, es el equivalente más aceptado en México.

Con relación a su traducción de *marketing* al castellano, el *Estudio de terminología de marketing básica en países de habla castellana*, publicado en 1964 por el Centro Latinoamericano de Estudios de Marketing (CLADEM), señaló que “por lo que a nuestra encuesta se refiere, se tabularon 23 vocablos diferentes como traducción al español de este término. En general, puede decirse que existen cuatro tendencias básicas: en México y Perú se utiliza mercadotecnia, en Centroamérica y en la parte norte y centro de América del Sur se le ha traducido por mercadeo. En la parte baja de Sudamérica, en Argentina sobre todo, el término que más se ha arraigado es comercialización. Y la cuarta tendencia es la de no traducirlo y llamarlo simplemente marketing; cosa que, según nuestra encuesta, parece estar generalizada en España y con limitaciones en algunos otros países de habla española, particularmente entre los hombres de negocios”.¹³

A pesar de que la Real Academia de la Lengua Española ha aceptado el vocablo de mercadotecnia, definiéndola como el “conjunto de principios y prácticas que buscan el aumento del comercio, especialmente de la demanda, y estudios de los procedimientos y recursos tendientes a este fin”¹⁴ en Chile y España se continúa usando el anglicismo marketing.¹⁵ José María Corella (1998) en una publicación del Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma de Navarra en España hace referencia a los términos “mercadología y mercadización”, y señala que ninguna de estas traducciones “ha hecho fortuna porque, entre otras cosas, no responden convenientemente a la verdadera esencia del concepto” y que si bien

¹² Voz inglesa que está formada por el vocablo *market* (mercado) y el sufijo *ing*.

¹³ Citado por Konrad Fisher Rossi en *Diccionario de Mercadeo*. México. Limusa, 1990:155.

¹⁴ *Diccionario de la lengua española*. Tomo II. Vigésima primera edición. Madrid. Real Academia Española, 1992:1328.

¹⁵ Lamata y colaboradores apuntan, en su *Manual de administración y gestión sanitaria* (Madrid. Díaz de Santos, 1998), que la Real Academia de la Lengua Española aceptó este término a partir de 1992.

“todas las tentativas han sido muy estimables, el verdadero *quid* de la cuestión radica en que la palabra marketing resulta intraducible al idioma español y eso, desgraciadamente, comporta en más de una ocasión una dificultad añadida a su mejor entendimiento”.

En términos generales, la mercadotecnia puede definirse brevemente como el conjunto de “aquellas actividades que relacionan con éxito una organización con su ambiente” (Hunt, 1976). Las “actividades” principales son la identificación de las necesidades no satisfechas, el desarrollo de productos y servicios para satisfacer esas necesidades, la asignación de precios, la distribución de bienes en el mercado y la comunicación de la capacidad que tienen los productos para satisfacer tales necesidades.

Otras definiciones subrayan la relación de intercambio entre clientes y proveedores y su orientación a la satisfacción de las necesidades y deseos:

“Mercadotecnia es el proceso de planeación, ejecución y conceptualización de precios, promoción y distribución de ideas, mercancías y términos para crear intercambios que satisfagan objetivos individuales y organizacionales” (American Marketing Association, 1985).

“Mercadotecnia es aquella actividad humana dirigida a satisfacer necesidades, carencias y deseos a través de procesos de intercambio” (Phillip Kotler, 1984).

Si se trasladaran las acciones mercadológicas al terreno de la salud, podría decirse que la *mercadotecnia en salud* o *mercadotecnia sanitaria* es definida como “la orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de satisfacer necesidades, deseos y expectativas en materia de salud, bajo un enfoque ético y social” (Priego-Álvarez, 1995), siendo su uso vital para mejorar la prestación de los servicios; es decir, que el “marketing de servicios de salud tiene que proyectarse en dos vertientes: impulsar el interés y la satisfacción de las necesidades de salud activamente, y aumentar la eficacia de sus actividades” (Corella, 1998).

Como herramienta de gestión, la mercadotecnia habrá de detectar las necesidades de salud no satisfechas, buscando suplirlas con servicios pertinentes. Para ello, no sólo se tendrán en cuenta las necesidades biógenas (resultantes de estados fisiológicos), sino también las psicógenas, sociales y ecológicas.¹⁶

Una redefinición del concepto de mercadotecnia convoca a “satisfacer las necesidades del mercado-meta (población objetivo) con formas que mejoren la sociedad como un todo, al mismo tiempo que se satisfacen los objetivos de la organización” (Kotler, 1994). La mercadotecnia es “una filosofía, una orientación de organización hacia el consumidor y un revulsivo para la gestión sanitaria” (Rodríguez, 1994) que implica la creación de un estado de máxima sensibilización hacia el cliente.

Este nuevo rol de la mercadotecnia la convierte en un elemento clave, que encierra un gran valor como instrumento de cambio organizacional, para el cumplimiento cabal de los objetivos sanitarios y en el desarrollo de una filosofía de calidad.

1.6 Dimensiones y usos de la mercadotecnia en salud

Las organizaciones que emplean la mercadotecnia no sólo son las empresas comerciales de salud. Las técnicas mercadológicas son utilizadas con éxito en acciones sociales por los gobiernos, las instituciones de salud públicas y los organismos no gubernamentales (ONGs).

Toda aquella organización que exista en la sociedad y que no tenga dependencia orgánica con un gobierno es una ONG; en general, le mueve una motivación no lucrativa y tiene asociada una idea de gratuidad, por lo que también suele llamársele organización no lucrativa (ONL).

¹⁶ Una definición operacional en este sentido es la de Héctor Sánchez, del programa interfacultades de la Universidad de Chile (1991), al apuntar que el *marketing en salud* es “un proceso de ajuste basado en los objetivos y capacidades de una empresa de salud (clínica, centro médico, centro de diagnóstico, laboratorio, etc.) mediante el cual ésta provee un determinado mix (producto-distribución-precio-comunicación) a ciertos consumidores, a fin de satisfacer deseos y necesidades de salud de ellos y de sus grupo familiar dentro de los límites de un entorno cambiante”.

Actualmente, se les conoce como entidades sin ánimo de lucro (ESAL),¹⁷ cuyo papel en la sociedad, según Mazuela Llanos (2001), es “representar (a sí mismo o a otros colectivos), movilizar a los ciudadanos y a todo tipo de organizaciones e instituciones, influir en los procesos de construcción-cambio-mejora social, cuestionar la realidad existente y construir una nueva realidad”.

Dos son las **dimensiones de la mercadotecnia en salud**: la social y la comercial. La primera procura mejorar la calidad de vida con un enfoque ético y colectivo. En la segunda, media un interés netamente económico (Tabla 3).

Tabla 3.
Diferencias entre la mercadotecnia comercial y la social

Mercadotecnia comercial	Mercadotecnia social
<ul style="list-style-type: none">• Su mayor interés es obtener utilidades económicas a través de los intereses del mercado o sociedad escogida.• Identifica las actitudes y deseos del mercado escogido sin promover cambios.• Vende sus productos o servicios a través de ideas.	<ul style="list-style-type: none">• Su mayor interés es servir a las necesidades del mercado o sociedad escogida (destinatarios), sin obtener beneficio económico personal.• Logra un cambio en las actitudes o el comportamiento del mercado escogido, cuando estos pueden resultar dañinos.• Vende ideas y nuevas actitudes en vez de productos y servicios.

El término **mercadotecnia social** fue acuñado por Kotler y Zaltman en 1971 para describir el uso de los principios y técnicas de la comercialización encaminada al apoyo de una causa, idea o conducta sociales; por consiguiente, se busca aumentar la aceptabilidad de una idea o causa social e inducir a comportamientos en ese sentido.

¹⁷ Mazuela Llanos (2001:26), en su libro *Diez herramientas de gestión organizacional*, apunta una interesante diferenciación conceptual:

- ONG: Organizaciones no gubernamentales (asociaciones civiles y empresas)
- ONL: Organizaciones no lucrativas (asociaciones civiles y organismos públicos)
- ASAL: Asociación sin ánimo de lucro (sinónimo de ONL)
- ENL: Entidad no lucrativa (sinónimo de ONL y ASAL)
- ESAL: Entidad sin ánimo de lucro (sinónimo de ONL, ASAL y ENL)

El mercadeo social incluye las intervenciones que requieren de la participación activa de la clientela a la que se dirige y las intervenciones para las cuales esta última no tiene que implicarse directamente. La estrategia para el cambio social, en un marco de planeación-acción, combina las técnicas de comercialización con la tecnología comunicativa, y se ha usado fundamentalmente en la comunicación de programas de salud; también se ha utilizado en la investigación y adecuación de programas a las necesidades sanitarias de una determinada población (destinatarios).¹⁸

El objetivo fundamental de la mercadotecnia social es beneficiar al individuo, a la comunidad y no a la entidad que lo aplica. Esto la distingue del marketing comercial, pero la equipara al marketing sin ánimo de lucro; sin embargo, se distingue de éste último porque está directamente enfocada a mejorar el bienestar social (Leal Jiménez, 200:35).

Para Kotler y Robert (1992), el **producto social** puede ser una idea que conlleva una práctica y un objeto tangible, en tanto que este último se asocia con un cambio comportamental (Figura 3).

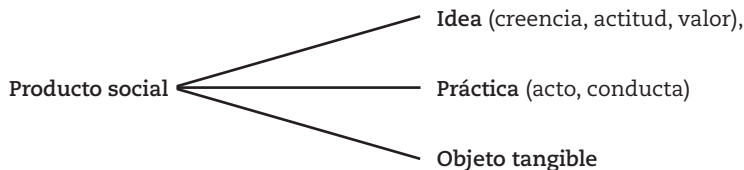


Figura 3. Productos de mercadotecnia social

La **idea**, puede asumir la forma de una creencia, actitud o valor:

La **creencia** es una percepción que se sostiene sobre un asunto de hecho y no supone evaluación alguna (p.e., frases que se utilizan en campañas de lucha contra el cáncer, como “el cáncer es curable si se detecta a tiempo”, o “fumar es un factor de riesgo para el cáncer y el enfisema pulmonar”).

¹⁸ *Destinatario* es el vocablo con el que se identifica a la población objetivo o mercado meta de las acciones y programas sociales. Los destinatarios pueden ser un colectivo, es decir, un conjunto de personas cuya realidad se intenta mejorar mediante el desarrollo organizado de labores realizadas por una entidad sin ánimo de lucro; por ejemplo, una asociación de ayuda a enfermos de SIDA tendría como destinatarios a los propios enfermos, a quienes, mediante acciones de acompañamiento, apoyo social, defensa de sus derechos y campañas de prevención, entre otras acciones, intentaría mejorar su calidad vida sanitaria y social.

Las **actitudes** son evaluaciones positivas o negativas en torno a personas, objetos e ideas (p.e., expresiones usadas en planificación familiar, tal como la de “la familia pequeña vive mejor”).

Un **valor** es una idea general de lo que es justo o injusto (p.e., la renuencia a prácticas de aborto como un método de planificación familiar, pese a su legalidad en muchos países del orbe, por principios éticos o religiosos).

La **práctica** como producto social puede ser la realización de un **acto** (p.e., llevar a los niños a un centro de salud para la aplicación de sus vacunas), o el establecimiento de un patrón modificado de **conducta** (p.e., la higiene personal y el lavado de manos antes de comer y después de ir al baño, como practicas saludables y para evitar enfermedades).

El **objeto tangible** puede ser muy variado, dependiendo del cambio comportamental que se requiere establecer (p.e., el uso del condón o el dispositivo intrauterino son algunos aditamentos requeridos para evitar embarazos no deseados; o bien, el sobre de suero oral es necesario para reponer los electrolitos y evitar la deshidratación).

Los **usos de la mercadotecnia sanitaria** pueden ser organizacionalmente externos o internos a la empresa de salud (Figura 4), dependiendo si los esfuerzos mercadológicos van dirigidos a usuarios (clientes externos) para resolver y satisfacer sus necesidades sanitarias; o bien si se centra en los trabajadores y profesionales que laboran en el organismo social (clientes internos).

En el ámbito externo, permite mejorar la imagen del producto o servicio de salud, atraer recursos y personas hacia la institución, y regular el nivel de la demanda, estimulándola o revitalizándola; o por el contrario, desincentivar un uso o consumo excesivo, haciendo lo que se conoce como desmercadotecnia o contramercadotecnia (*demarketing*, en inglés). Ejemplos claros de contramercadotecnia son las campañas para disminuir el consumo de bebidas gaseosas o edulcorantes, o para reorientar la demanda de servicios de salud por urgencias no verdaderas, que suelen saturar los servicios de emergencia hospitalaria, hacia otros niveles de atención.

A nivel interno, el marketing se aplica para mejorar el uso de los recursos existentes, desarrollar nuevos servicios y programas de salud, así como motivar y comprometer a los empleados con la misión y el objetivo de la organización, procurando mejorar en los aspectos humanos o interpersonales de la calidad. Se fundamenta, como filosofía de empresa y programa de intervención, en el creciente poder de los trabajadores, más adecuado en las empresas de servicios, donde la actitud del personal de contacto se considera parte integrante de la prestación (Varó, 1994).

La mercadotecnia interna debe entenderse como un “atractivo o incentivador que retiene a unos clientes internos por medio de unos productos-trabajos destinados a satisfacer sus necesidades y apetencias” (Lamata et al., 1994). Al respecto, es conveniente considerar que una empresa de salud aumenta su capacidad para satisfacer las necesidades y deseos de sus clientes externos (consumidores, usuarios, aseguradoras), si satisface previamente la de sus clientes internos (trabajadores, profesionales).

Levionnois (1992) considera que la mercadotecnia interna es el “conjunto de métodos y técnicas que puestos en práctica en un determinado orden permiten a la empresa aumentar su nivel de efectividad, en interés de sus clientes y sus propios colaboradores”. Ese orden lógico al que hace referencia dicho autor comprende tres fases: a) Conocimiento y comprensión del mercado interno, b) Adecuación a las exigencias del mercado externo, y d) Organización del cambio y movilización de los hombres para triunfar (plan de acción). Aunque deja bien claro, que por ser un cambio de tipo comportamental será forzosamente largo, ya que se dirige a *las rutinas de funcionamiento, a las mentalidades, a las culturas y las creencias.*

La mercadotecnia en salud es un ejercicio profesional y una disciplina administrativa cada vez más tecnificada, cuya esencia radica en que se vincula directamente a la gestión de cualquier institución de salud (clínica, hospital, etc.) y la orienta (March-Cerda et al., 1996). Esta orientación tiene como clave la determinación de las necesidades y valores de la población blanco (mercado-meta), a fin de conseguir el deseado nivel de satisfacción. Por eso, las actuales empresas de salud son hoy más sensibles a las necesidades, preferencias y expectativas de los

usuarios, y desean satisfacerlas (*investigación de mercado*), estableciendo estrategias diversas en función de públicos distintos (*segmentación de mercado*) y ofertando un conjunto de actividades que tengan como base a la calidad (*marketing mix*).¹⁹ Por consiguiente, la mercadotecnia relacional y la interactiva (relación de intercambio que se da entre los clientes externos e internos) de una empresa de servicios de salud dependerá de una cultura organizacional que oriente el mercado a través de un intercambio constante entre la empresa y sus empleados, entre los empleados entre sí y la organización, y entre los empleados y los clientes.

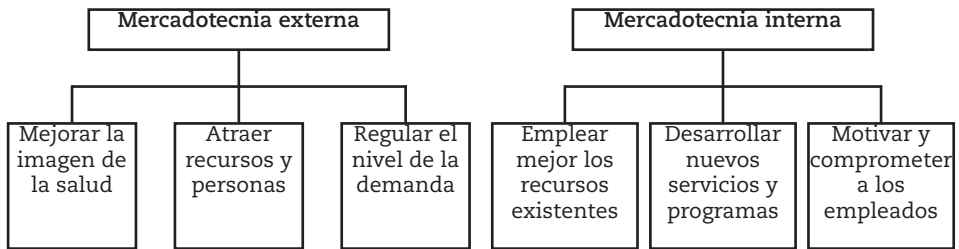


Figura 4. Usos de la mercadotecnia sanitaria

1.7 Evolución histórica del marketing social de la salud

Tres de los objetivos fundamentales del marketing son la maximización en el consumo, la maximización en la satisfacción del consumidor, y las mejoras en la calidad de vida (Kotler, 1984). Es por ello que, desde un enfoque mercadológico, los estudios de consumo en salud hacen referencia a la utilización de los servicios sanitarios, pero van más allá porque valoran la óptica del usuario, “para que tenga ahora la oportunidad de manifestar sus necesidades, preferencias, deseos y expectativas en materia de salud” (Priego-Álvarez, 2008).

¹⁹ La mixtura, mezcla de mercadotecnia o compuesto de mercadeo es la traducción castellana del término inglés *marketing mix*. Se conoce como mezcla de mercadotecnia a “los elementos o factores que intervienen en la función de mercadotecnia, que deben ser combinados de tal forma que permita a la empresa el logro óptimo de sus objetivos de mercadeo” (Fisher Rossi, 1990:87). Para ello, se parte del famoso esquema nemotécnico de las 4 “P” (por sus siglas en inglés: product, price, place, promotion), elaborado por E. Jerome McCarthy en 1960.

Rodríguez y García (1996) definen la psicología social de la salud como “la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la psicología social a la comprensión de los problemas de salud y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco”, y afirman que esta disciplina “incide en temas que están estrechamente relacionados con lo que hoy se denomina *márketing social de salud*” -haciendo clara alusión al libro de Frederiksen LW, Solomon LJ y Brehony KA (*Marketing Health Behavior*. New York. Plenum Press, 1984)-, y terminan diciendo que “muchacha de la actividad de la futura psicología social de la salud se canalizará, sin duda, por ese camino”.

Aunque la perspectiva mercadotécnica del consumo sanitario, al hablar tanto de un consumidor como de un grupo de consumidores en relación a su entorno social, puede inscribirse dentro de la llamada *psicosociología del consumo* (Farrás y Bosch, 1995), multidisciplinaria que intenta explicar la conducta del consumidor como parte y producto de la sociedad, y donde, a diferencia de los anteriores modelos, su análisis es aplicable a todas las etapas del proceso de utilización de servicios de salud (desde la percepción de la necesidad de atención hasta la continuidad de la misma).

La circunstancia socio-cultural determina, entre muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y la enfermedad, y dado que es esta circunstancia la que establece los roles correspondientes y sus demandas específicas para cada uno de los actores del proceso de atención médica (profesionales de la salud y usuarios) en su interacción, el marketing sanitario en su dimensión social²⁰ nos ofrece un campo nuevo de análisis e intervención. De hecho, la aplicación de la mercadotecnia al terreno del consumo sanitario -y en particular la mercadotecnia social- no es nueva.

²⁰ Como se apuntó anteriormente, son dos las dimensiones de la mercadotecnia en salud: social y comercial. La primera procura la mejoría en la calidad de vida desde un enfoque ético y colectivo. En la segunda, media un interés netamente económico. El término *mercadotecnia social* fue acuñado por Kotler y Zaltman en 1971 para describir el uso de los principios y técnicas de la comercialización encaminados al apoyo de una causa, idea o conducta sociales. Para Kotler y Robert (1992), el *producto social* puede ser una idea, práctica u objeto tangible, en tanto este último se asocia con un cambio de conducta.

Al respecto, Ling et al. (1992) mencionan que “en menos de 20 años, la comercialización social de la salud ha pasado a ser una práctica reconocida”, y al efectuar una revisión bibliográfica sobre el tema, clasifican los aportes en tres períodos de evolución histórica, a los que se añade un cuarto período vigente:

- I. *Teoría precoz* (A finales de los años 60 y principios de los 70 del siglo XX).
- II. *Experiencias evaluadas* (Últimos años de los 70 y primeros de los 80 del siglo XX).
- III. *Aceptación creciente* (A finales de los años 80 y en los albores del siglo XXI).
- IV. *Valoración global* (Desde 2005).

En el primero, que denominan *teoría precoz*, se aportan conceptualizaciones (Kotler y Levy, 1969; Lazer, 1969; Lavidge, 1970; Kotler y Zaltman, 1971; Dawson, 1971). En el intermedio o de *experiencias evaluadas*, se da una acumulación creciente de datos (Fox y Kotler, 1980; Kotler, 1982; Manoff, 1985), centrando su aplicación a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987) y a estudios como la mezcla de estrategias, canales y evaluación (Bloom, 1980; Andreasen, 1981; Sheth y Frazier, 1982). En el último período, llamado de *aceptación creciente*, los servicios de salud pública pasan a ser “productos”, la población se convierte en “clientes” o “consumidores” y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman en “vendedores” (Lefebvre y Flora, 1988; Kotler y Roberto, 1989), (Tablas 4,5 y 6). En el cuarto periodo o actual de *valoración global* donde los esfuerzos mercadológicos sociales son aceptados y utilizados de manera global sin restricciones ideológicas al término marketing aun en los sistemas de salud de países socialistas (Suárez- Lugo, 2007), los consumidores son “agentes solidarios” al posicionar en sus mentes la corresponsabilidad social de la salud, lo que influye no tan solo en la elección de compra sino también en la utilización consumerista de los servicios de salud.

Los primeros proyectos de estrategias de mercadeo social conocidos a nivel mundial se orientaron a desincentivar toxicomanías (contramercadotecnia en la lucha contra el tabaquismo y el alcoholismo).

Posteriormente, se abordaron otros campos, como mejoras nutricionales y planificación familiar; campañas que fueron efectuadas por agencias de Naciones Unidas, que no estaban estrechamente vinculadas a las organizaciones de salud sino a la de consumidores, que abogaban por una información imparcial, fidedigna transparente, así como por la eliminación de publicidad engañosa sobre ciertos productos, de los que ya existían evidencias que eran nocivos a la salud (Naghi-Namforoosh, 1985; Suárez-Lugo, 2007).

Hoy en día se están desarrollando estrategias de marketing social para la tercera edad, ya que los cambios en la estructura demográfica así lo requieren (Grande-Esteban, 1993) y otros asociados a enfermedades emergentes como el SIDA, el daño medio ambiental, los hábitos personales perjudiciales, la enfermedad y los males que atentan contra la salud, la extinción de los animales y la vida acuática, la pérdida de interés por las costumbres culturales y sus aspectos positivos a la salud.

La mercadotecnia social para la salud, por sus resultados positivos y los éxitos alcanzados con su aplicación, es una estrategia utilizada y recomendada las últimas décadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y su oficina regional la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Fundación de las Naciones Unidas para la Defensa de la Niñez (UNICEF), y la Conferencia de Ottawa para planear, diseñar, ejecutar, controlar y evaluar los proyectos, programas y campañas de educación en promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Esto ha hecho que en la actualidad el marketing social sea un paradigma de la salud pública y comunitaria. Sin embargo ya ha habido detractores fuertes como Paulo Freire:

Esta técnica se asemeja a la concepción bancaria de la educación que implica ganar los corazones y la mente de la gente para convencerlos de que acepten un paquete prediseñado de cuidados de salud, con la realización de estudios preliminares, con entrevistas a la futura selección diana, para determinar qué estrategia de venta del producto será más atractiva, para luego lanzar una campaña masiva de anuncios en los medios de comunicación: radio, televisión y megafonía local; e incluso, se reclutan estrellas de cine, cantantes famosos y otras

figuras públicas, -incluyendo en el caso de la campaña en pro de la supervivencia infantil al papa y al presidente de los Estados Unidos- para alentar el entusiasmo de las masas, lo que responsabiliza al marketing social de no darle al pueblo la oportunidad de tomar sus propias decisiones y realizar decisiones autónomas. Muchas veces se acerca más a un lavado de cerebro que a una toma de conciencia (Citado por Werner et al., 2000)

La mercadotecnia social ha evolucionado para tomar un papel más de parte de conformar que la gente que la capacidad para elegir. Los nuevos paradigmas de la mercadotecnia social de la salud no están reñidos con el planteamiento liberador de la educación informal de Freire (Pedagogía del oprimido) que promueve la toma de conciencia junto al análisis de los problemas sociales del pueblo para tomar sus propias decisiones; dado que los movimientos consumeristas vinculados al mercadeo social de la salud fomentan la autonomía, el empoderamiento y corresponsabilidad en los consumidores. Tal como menciona Kotler en el epígrafe inicial de este libro, el “principal objetivo es la promoción de cambios comportamentales aptos para mejorar la vida de las personas”, de esta manera se asume un compromiso ético y social.

Esto es, que si bien pudiera darse la aplicación del conocimiento científico social a las técnicas comercialización y gestión de los servicios de salud, buscando imponer la homogeneidad en los gustos y satisfactores (consumismo sanitario asociado al marketing comercial); las campañas de mercadotecnia social dirigidas a la ciudadanía procuran su protagonismo activo y se materializan a través del *asociacionismo* (grupo de consumidores organizados) y de la difusión de los *derechos humanos* y los *del consumidor* (a la salud y seguridad, a la información, a la libertad de elección, a ser escuchado, a vivir en un ambiente limpio y puro, a la intimidad personal).

Este movimiento consumerista modifica la forma y el fondo de la práctica médica, institucional y gubernamental al transformar el contexto en que se está llevando a cabo y fortalece el humanismo médico, ya que revaloriza al enfermo como ser humano que piensa, opina, siente y sufre, y que puede, por si mismo, ser responsable de la toma de decisiones en cuestiones que atañen su salud.

La mercadotecnia social y el consumerismo sanitario generan ciudadanos conscientes de los problemas de salud, “agentes de cambio” en la que la participación social se hace evidente y se orienta hacia acciones salutógenas.

El marketing social es una metodología de utilidad múltiple que se ha convertido por su científicidad e impacto en una herramienta de indispensable manejo para el abordaje eficaz de la promoción, educación, prevención, comunicación e intervención en salud. Puede considerarse como una tendencia estratégica establecida pero desaprovechada. Su conocimiento y formas de aplicación en la práctica constituyen requisitos de alta prioridad si se quiere prevenir, promover y transformar aspectos relativos al proceso salud- enfermedad y de calidad de vida. Finalmente, la concepción de mercadeo social se debe fundamentar desde la bioética puesto que optimiza el trabajo operativo del personal sanitario al generar impacto en la salud con beneficio colectivo.

Tabla 4.
Etapas en el desarrollo de la mercadotecnia social aplicada a la salud

Etapas		1) Teoría precoz	2) Experiencias evaluadas	3) Aceptación creciente	4) Valoración global
Variables					
Años		A finales de los años 60 y principios de los 70 del siglo XX.	Últimos años de los 70 y primeros de los 80 del siglo XX.	A finales de los años 80 y en los albores del siglo XXI.	Del 2005 a la actualidad
Autores		-Shroutine, F.K., Osmanski, F.A. (1975) Marketing's changing role: expanding or contracting? -Martin, N.A. (1968) The outlandish idea: How a marketing man would save India. -Kotler, P, Zaltman. G. (1971) Social marketing: An approach to planned social change. -Lazer. W. (1969) Marketing's changing relationships. -Dawson, L.M., (1971) Marketing science in the age of the aquarios. -Lavidge, R. (1970) The growing responsibilities of marketing. -Kotler, P, Levy, S.J. Broadening the concept of marketing.	-Kotler, P. (1982) Marketing for nonprofit organizations. -Fox, F.A., Kotler, P. (1980) The marketing of social causes: The first 10 years. -Manoff, R.K. (1985) Social marketing new imperative for public health. -Andreasen, A. (1981) Power potential channel strategies in social marketing. -Sheth, J.N., Frazier, G.L. (1982) A model strategies mix choice for planned social change.	-Kotler, P, Robert, E.L. (1989) Social marketing for changing public behavior. -Lefebvre, C.R., Flora, J.A. (1988) Social marketing and public health intervention.	-Suárez Lugo Nery. (2007) Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. -Priego Álvarez, Heberto R. y Paula Cristina Remoaldo (2012) Mercadotecnia social en salud. Teoría y práctica.

Tabla 5.
Etapas en el desarrollo de la mercadotecnia social aplicada a la salud

Etapas Variables	1) Teoría precoz	2) Experiencias evaluadas	3) Aceptación creciente	4) Valoración global
Enfoques	<p>- Aplicación de las técnicas de comercialización a causas sociales.</p> <p>- Los teóricos se interesan por aportar conceptualizaciones.</p>	<p>- El interés se centra en la acumulación creciente de datos procedentes de los enfoques de comercialización social.</p>	<p>- Los servicios de salud pública pasan a ser "productos", la población "clientes" y/o "consumidores" y las organizaciones que distribuyen los productos "vendedores".</p>	<p>- En aras del beneficio social, los esfuerzos mercadológicos sociales son aceptados y utilizados en los sistemas de salud.</p> <p>- Se posiciona en los consumidores la corresponsabilidad social en la atención a la salud: "agentes solidarios".</p>
Aportes	<p>- Diferenciación entre mercadotecnia social (aplicación social de los métodos de comercialización a una causa social) y publicidad social (uso de medios de comunicación para publicitar causas sociales).</p> <p>- La mercadotecnia social se define como un enfoque del cambio social planificado subyacente a sus rasgos (Kotler y Zaltman, 1969).</p> <p>- Kotler y Levy acuñan el término "<i>demarketing</i>" (desmercadotecnia o contramercadotecnia para reducir la demanda de determinado producto).</p>	<p>- Su aplicación práctica a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987), estudios sobre la mezcla de estrategias, canales y evaluación (Andreasen, 1981; Bloom, 1980; Sheth y Frazier, 1982).</p>	<p>- La contribución más importante ha sido la orientación hacia las necesidades del usuario, pese a barreras, tales como la propensión de los programas de salud pública a estar "dirigidas por expertos".</p> <p>- La mercadotecnia en salud (comercialización de la salud) ofrece la posibilidad de llegar al grupo más grande posible de gente con el menor costo y con el programa más eficaz y satisfactorio para los usuarios, siempre que sus ejecutores hayan comprendido bien los conceptos y asimilado las técnicas (Lefebvre y Flora, 1988).</p>	<p>- La mercadotecnia social, a pesar de ser relativamente nueva en cuanto a su enfoque global, está obteniendo buenos resultados y, por consiguiente, se está convirtiendo gradualmente en una parte importante de las proyecciones y programas en países desarrollados, en cuanto a sus indicadores y calidad de vida.</p> <p>- Coadyuva también a las políticas ambientalistas o "verdes" (Marketing Socioambiental y sus vínculos con la salud).</p> <p>- Estrategia utilizada y recomendada las últimas décadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y su oficina regional la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Fundación de las Naciones Unidas para la Defensa de la Niñez (UNICEF), y la Conferencia de Ottawa para planear, diseñar, ejecutar, controlar y evaluar los proyectos, programas y campañas de educación en promoción de la salud y prevención de las enfermedades por los resultados positivos y los éxitos alcanzados con su aplicación.</p>

Tabla 6.
Etapas en el desarrollo de la mercadotecnia social aplicada a la salud

Etapas	1) Teoría precoz evaluadas	2) Experiencias crecientemente evaluadas	3) Aceptación creciente	4) Valoración global
Variables	<p>Limitantes</p> <p>Se objeta que la sustitución de un producto tangible por un conjunto complejo de ideas y prácticas superaba con mucho el concepto de intercambio de valores, que hasta los defensores de la mercadotecnia social aceptaban como núcleo de la disciplina (1969).</p>	<p>Falta de evaluación objetiva. Bloom (1980). Deploraba la tendencia de los proyectos a usar estudios de tipo "solo después" o "antes y después" sus grupos de control.</p> <p>-Paralelismo imperfecto entre la mercadotecnia social y la de bienes de consumo. Rothschild (1979) identificó diferencias problemáticas en lo referente al producto, precio, segmentación y especialmente en la construcción de la participación de la población en las causas sociales, recalcando que las herramientas de promoción aplicadas a la comercialización de bienes de consumo resultarán inadecuados para las tareas sociales.</p> <p>-Dificultad mayor en la comercialización social que la de los bienes de consumo.</p> <p>"No es posible explicar globalmente los conceptos de la mercadotecnia a las campañas sociales sin aportar grandes cantidades de reflexión y sensibilidad (Solomon, 1989).</p>	<p>Dudas sobre los aspectos éticos. La mercadotecnia social podría servir para controlar el pensamiento en quienes tienen el poder económico. Temor a que la mercadotecnia social funcione sin control ni regulación (Laczniak et al. 1979). Al concepto de culpar a la víctima y al debate entre persuasión y coerción (Faden 1987; Faden y Faden 1980; McLeroy et al 1987; Ryan 1971; Wikler 1987).</p> <p>-Descalificación. Por ineficaz e incluso contraproducente (Werner, citado por Lazer y Kelley en <i>Social marketing perspectives and viewpoints</i>, 1973). Por dirigirse a audiencias incorrectas (Luthra, 1988). La mercadotecnia social no responde a las necesidades y preocupaciones de los usuarios, sino que está diseñada según los técnicos de comercialización y señales de mercado definidas por la práctica comercial occidental (Luthra, 1988).</p> <p>-Un uso fragmentado del mercadeo social y sin un sistema de procedimientos operativos, amén de no ser enteramente comprendida por los profesionales de la salud.</p>	<p>En muchos países del Tercer Mundo, el influjo de La Mercadotecnia Social (MS) en el campo de la salud pública llega de manos y muy relacionado con el marketing comercial de medicamentos, tecnologías de avanzada, bienes e insumos; tanto para propósitos morales como inmorales. En este tipo de MS se violan, con cierta frecuencia, los principios bioéticos de beneficencia y no maledicencia, el consentimiento informado de las masas necesitadas y la justicia social; prima el mercantilismo.</p> <p>-Para su construcción un proyecto de mercadeo social y promoción de la salud requiere de un equipo interdisciplinario conformado por antropólogos, sociólogos, psicólogos, mercadólogos, publicistas, comunicadores sociales y especialistas en promoción de la salud y salud pública para precisar bien como es la transición de unos pasos a otros y cómo se están dando otra serie de situaciones sociales que comprometen el éxito.</p> <p>-Hay proyectos que obtuvieron muy buenos resultados, pero por falta de un buen seguimiento y divulgación han pasado sin trascendencia, lo que le ha restado impacto al Marketing Social.</p>

Cuestionario

1. ¿Cuáles son las acepciones de la mercadotecnia en salud o sanitaria? Defina cada una de ellas.
2. ¿Por qué se afirma que la salud es un bien social que es objeto de consumo?
3. ¿Cuáles son las transiciones que se han experimentado en el campo de la salud, que nos obligan a reflexionar seriamente en la incorporación de la mercadotecnia a la gestión de los servicios sanitarios?
4. ¿Qué diferencia existe entre calidad y capacidad de vida?
5. ¿Cuál ha sido la relación médico-paciente tradicional y en qué consiste la nueva relación cliente-profesional?
6. ¿Cómo participa la mercadotecnia en esta nueva relación entre cliente y profesional durante el proceso de atención a la salud?
7. Defina las etapas evolutivas de la administración médica en Latinoamérica.
8. Mencione las diferencias entre las organizaciones tradicionales y las modernas.

9. ¿Cuáles son las dimensiones y usos de la mercadotecnia en salud?
10. Desarrolle el concepto de producto social mediante ejemplos precisos de las ideas, prácticas y objetos tangibles asociados.
11. Ejemplifique o investigue cada uno de los usos de la mercadotecnia que pudieran ser aplicables a la institución de salud en la que usted labora.
12. ¿Qué estrategias de *marketing* haría en servicios de urgencia saturados?
13. Describa las etapas en el desarrollo de la mercadotecnia social aplicada a la salud
14. Determine la diferencia entre publicidad social y mercadotecnia social.

Capítulo 2

Consumidor sanitario

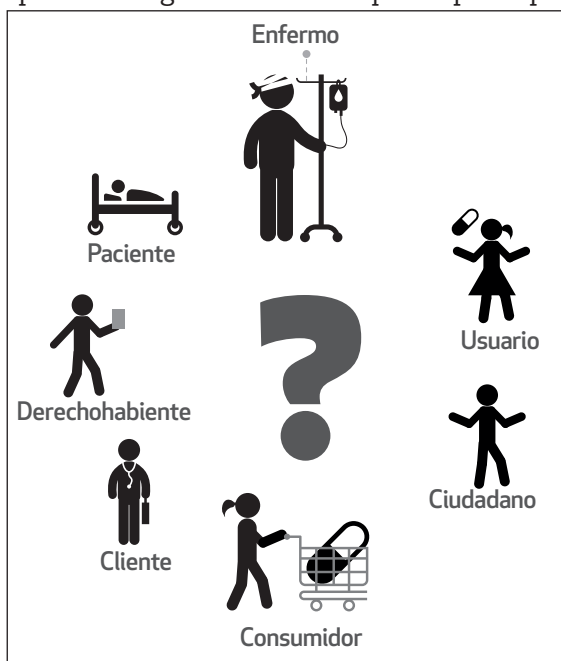
Objetivos de aprendizaje

1. Entender el concepto de cliente sanitario.
2. Analizar los factores que influyen en el comportamiento del consumidor sanitario.
3. Establecer la relación existente entre grado de implicación y grado de conocimiento en el consumo de servicios de salud.
4. Determinar las características diferenciales de la atención en los sistemas privado y estatal.
5. Comprender el proceso de compra de servicios de salud e identificar los actores participantes.

2.1 La perspectiva del consumidor sanitario

Los cambios acelerados que se han dado en los sistemas de salud latinoamericanos –tales como las reformas a la seguridad social, la variedad en la oferta en los servicios médicos del sector privado y las nuevas modalidades de atención en la medicina institucional– obligan a los tomadores de decisiones del sector salud a buscar información confiable y oportuna sobre las opiniones de la población, que les permita medir la eficacia y efectividad de los servicios.

A Enrique Ruelas (1995) no le parece exagerado afirmar que el principal problema asociado a la utilización de los servicios sanitarios deriva de la distancia percibida por los usuarios entre ellos y los servicios. Sólo en la medida en que se conozcan las características de esta brecha se podrá contribuir efectivamente al desarrollo de políticas y programas encaminados a reducirla y a mejorar la prestación de los servicios médicos; por lo que es fundamental incluir ya la investigación mercadológica, a fin de estudiar de manera sistemática el punto de vista de la población respecto a los servicios de salud que recibe.



El punto de partida para conocer al consumidor sanitario, insumo indispensable para la mejor prestación sanitaria, es su identificación como cliente, no como paciente.

2.2. Cliente, no paciente, en servicios de salud

Durante muchos años, los profesionales de la salud hemos considerado a las personas a quienes servimos como pacientes o usuarios. Sólo recientemente, hemos oído que ahora son llamados *clientes* o *consumidores*, y generalmente nos horrorizamos con estos términos, pues, creemos que estas nuevas acepciones conllevan una relación comercial y un sentido poco humanista. Sin embargo, el propósito de esa denominación está muy lejos de tal sentido.

En la revisión de algunos conceptos, encontraremos algunas diferencias muy notables entre los términos enfermo, paciente, usuario, consumidor y cliente. Veamos en qué consisten.

Estar **enfermo** encierra el rompimiento del equilibrio biosicopsocial y denota incapacidad para actuar de manera normal. Lo que a su vez indica grados variables de dependencia. **Paciente** es el nombre con el que tradicionalmente se reconoce a la persona que está bajo cuidados médicos. El término implica una pasividad que encaja bien con nuestra cultura, en la que la gente es tratada o cuidada por una estructura profesional; pero es un concepto restringido, ya que olvida la dimensión psicológica y social del individuo. Es decir, una visión muy reducida del ser humano. Y resulta que muchas personas que acuden a los servicios de salud no están enfermas, y mucho menos son “pacientes” en la espera de su atención.

A estas personas puede considerárseles como **usuarios**²¹, palabra preferida por los directivos de los sistemas de salud. Este es el caso de las actividades de los servicios sanitarios, que son referidas a personas sanas (p.e. los programas de medicina preventiva y los de educación para la salud), o de aquellos que, si bien padecen una enfermedad, tienen un protagonismo activo en la recuperación de la propia salud.

²¹ La Ley General de Salud de México (publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984), en el artículo 50 considera como **usuario de servicios de salud** a “toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad establece la ley”.

El concepto de cliente está ligado al de **consumidor**²² (individuo o colectivo que compra cosas o usa servicios). Un **cliente**²³ es quien paga o tiene la capacidad de pagar. Al hacer uso de su poder de compra, se sitúa en posición de elegir y exigir un mejor servicio, lo que se traduce en un trato personalizado y respetuoso, al ser informado de manera comprensible y tener una mayor oportunidad en la atención. En el caso particular de los servicios de salud, esto es fácilmente entendible en la atención médica privada, que se realiza en función de la capacidad de pago de la gente; no así en los servicios públicos, donde los gestores –bajo el principio de ver la salud como un bien social y colectivo– definen las necesidades sanitarias a cubrir independientemente de las necesidades sentidas y las preferencias de los consumidores.

En México, la mayor demanda de atención se genera en los servicios de salud públicos, por titulares de un derecho adquirido al pagar cuotas a un sistema de seguridad social (**derechohabientes**)²⁴. O bien, por el derecho constitucional o de **ciudadanía**²⁵ que garantiza la protección a la salud. La Constitución mexicana, en su artículo 4º, párrafo cuarto, señala que “toda persona tiene derecho a la protección a la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y la entidades federativas en materia de la salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución”.

Entonces, si todos los mexicanos tenemos este derecho básico, resulta lógico pensar que debemos recibir un buen nivel de prestación médica

²² Cuando el consumidor es el individuo que hace uso del servicio o se ve directamente beneficiado por él, se le conoce como **consumidor primario**. Cuando se habla de un colectivo o un ente (público o privado) que compra servicios para sus afiliados, se dice que es un **consumidor secundario**. En México, algunas instituciones de seguridad social subrogan servicios; es decir, compran a otras instituciones, independientemente de que éstas sean privadas, algunos servicios para sus derechohabientes. En este caso, los derechohabientes son los consumidores primarios -también conocidos como **consumidores finales-**, y las Instituciones de seguridad social que pagan los servicios subrogados se convierten en consumidores secundarios.

²³ Para ser **cliente** se requieren dos condiciones indispensables. La primera es **tener capacidad de pago** (no necesariamente pago directo por la atención, ya que también puede tenerse a través de cualquiera de los mecanismos de prepago); y la segunda es tener *libertad de elección*.

²⁴ El término **derechohabiente** es una palabra compuesta de “derecho” (facultad o legitimidad) y “haber” (poseer o tener). Para la Real Academia Española de la Lengua, es un adjetivo aplicable a la “persona que deriva su derecho de otra”. La **derechohabiencia** comprende tanto al cotizante de la seguridad social (trabajador) como a sus beneficiarios (familiares que dependen directamente de él).

²⁵ El concepto de **ciudadano** hace referencia al carácter de pertenencia a una comunidad nacional, lo que incluye deberes y derechos generales.

y ser tratados como *clientes*. Sin embargo, en nuestro sistema nacional de salud (SNS), la libertad de elección del ciudadano está limitada. Son las necesidades de asistencia las que determinan el tipo de atención al enfermo y el lugar donde se preste. Para que el paciente pase a ser cliente en el SNS, son necesarios cambios estructurales profundos que, sin llegar a la plena libertad de elección, mejoren las condiciones de atención médica recibida y los haga más partícipes del proceso, estableciendo canales de comunicación que permitan conocer su opinión e incorporen sus sugerencias.

El término *cliente* también supone un nuevo posicionamiento del producto sanitario y un alto grado de responsabilidad por parte del usuario con relación al uso de los recursos para la salud. Por eso, hoy en día la gestión de las instituciones sanitarias, en concordancia con esta nueva corriente de pensamiento administrativo, deben tener una *orientación clientelar* que las haga sensibles a un mayor nivel de exigencia por parte de los ciudadanos; lo que significa que debemos entender el punto de vista del usuario como *cliente*, no como *paciente*, y preguntarnos cómo espera ser tratado, suministrarle información suficiente y clara para que participe y pueda corresponsabilizarse de su asistencia, pero sin llegar al *servilismo médico* de la frase: “el cliente siempre tiene la razón”.²⁶

2.3. Consideraciones metodológicas

El comportamiento del consumidor era un campo de estudio relativamente nuevo en la segunda mitad de la década de los sesenta del siglo XX. Sin historia ni cuerpo de investigación propia, la nueva disciplina se apoyó fuertemente en conceptos desarrollados en otras disciplinas científicas, como la psicología (el estudio de los individuos), la sociología (el estudio de los grupos), la psicología social (el estudio de la forma que un individuo opera dentro de un grupo), la antropología (la influencia de la sociedad

²⁶ La óptica del “servilismo médico” parte de la concepción apriorística de que “el cliente siempre tiene la razón”, por lo que todas las acciones sanitarias debieran estar orientadas más a satisfacer los deseos y preferencias de los clientes que sus necesidades, independientemente de lo arbitrario que puedan ser aquéllos. En contraste, la “orientación clientelar”, desde el punto de vista del marketing, es una línea de gestión orientada al mercado, que pregona un cambio de orientación hacia uno más “sensible”, más cercano al cliente, buscando un intercambio de servicios y programas basados en los valores y contravalores que percibe el usuario, e incorpora su opinión en la mejora de la prestación médica.

sobre el individuo) y la economía (los individuos actúan racionalmente para maximizar sus beneficios –satisfacción– en la compra de bienes y servicios).

El enfoque inicial de la investigación del consumidor (época modernista) partía de una perspectiva administrativa: los gerentes de mercadotecnia querían conocer las causas específicas del comportamiento del consumidor. También deseaban saber la forma en que la gente recibe, almacena y utiliza la información relacionada con el consumo. A partir de esto, esperaban diseñar mejores estrategias de mercadotecnia para influir en las decisiones de consumo. Se referían a la disciplina del comportamiento del consumidor como ciencia aplicada de la mercadotecnia, y acuñaron el axioma: si podían prever el comportamiento del consumidor, podrían influir en él. Este enfoque ha llegado a ser conocido como *positivismo*, y los investigadores del consumidor que se interesaban, en primer lugar, en prever el comportamiento del consumidor, se les conoce como *positivistas*.²⁷

Una nueva perspectiva en el estudio del comportamiento del consumidor surgió al comprender el comportamiento de consumo y los significados que subyacen a tal conducta, conociéndosele como *interpretivismo*.²⁸ Los *interpretivistas*²⁹ han ampliado las fronteras de su estudio para incluir muchos aspectos subjetivos del comportamiento del consumidor, como el efecto de los estados de ánimo, las emociones y tipos de situaciones, etc.

A pesar de la aparente diversidad de estos dos enfoques, básicos para estudiar el comportamiento del consumidor, pueden ser vistos

²⁷ Se usan otros términos para describir el paradigma de la investigación positivista (**positivismo lógico, empirismo moderno y objetivismo**). Uno de los mejores exponentes de este enfoque es John F. Sherry (*Postmodern alternatives: The interpretative turn in consumer research*, en: Kassarian H. y Robertson T. (eds.) *Handbook of Consumer Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991:548-591).

²⁸ En virtud de su enfoque sobre la experiencia de consumo, también se le conoce como **experientialista**. Otros sinónimos empleados son **interpretacionismo** y **postmodernismo**.

²⁹ Entre sus aportantes se cuentan Bobby Calder y Alice Tybout (*Interpretative, qualitative and traditional scientific empirical consumer behavior research*, en: Hirsman Elizabeth (ed.) *Interpretative consumer research*. Provo, UT: Association for Consumer Research, 1989:199-208), Morris Holbrook y John O'Shaughnessy (*On the scientific status of consumer research and the need for an interpretative approach to studying consumption behavior*. *Journal of consumer Research*, 1988;15(3):398-402) y Richard Lutz (*Positivism, Naturalism and Pluralism in Consumer Research: Paradigms in Paradise*, en: Srull Thomas (ed) *Advances in Consumer Research* 16. Provo, UT: Association for Consumer Research, 1989).

como complementarios uno del otro: “la previsión y la comprensión, juntas, proporcionan un cuadro vasto y rico del comportamiento del consumidor, que capacita a los especialistas en mercadotecnia para tomar decisiones estratégicas todavía mejores, que si se utilizara uno sólo de ellos” (Schiffman y Lazar Kanuk, 1997). La *prevención*, que la investigación positivista hace posible, y la *comprensión* profunda, que proporciona la investigación interpretivista, producen un perfil fiable del comportamiento del consumidor (Tabla 7).

Los resultados de las investigaciones positivistas e interpretivistas proporcionan una base más firme para diseñar estrategias de mercadotecnia social mejor enfocadas y tomar decisiones de política pública más económicas; algo que supera lo que podría lograr cualquiera de estas investigaciones por separado.

La investigación del consumidor es, lógicamente, una parte de la investigación del *marketing* y es definida como un “proceso sistemático y objetivo de recogida y análisis de datos relativos al comportamiento del consumidor” (León y Olabarria, 1991). Puede ser clasificada en dos áreas, de acuerdo con su alcance: demográfica, cognitiva y motivacional. La **investigación demográfica** es el estudio de las estadísticas de los consumidores: su número, localización, género, edad, ocupación, estado civil. Su análisis consiste en determinar qué tan consumidor se puede ser, conforme a estos atributos observables directamente. La **investigación cognitiva** y la tradicionalmente denominada **investigación motivacional**, estudian los procesos mentales del consumidor (actitudes, percepción, motivación, personalidad, aprendizaje, creencias). También relacionan los procesos mentales del consumidor con su ambiente, a través de las investigaciones de la clase social, el grupo referencial, la cultura y la familia. Entran también dentro de su campo de estudio los procesos de decisión de compra, ya que tales investigaciones no se limitan a un campo específico de conducta, sino que incluyen todo el campo de la conducta humana que puede estar relacionado con la mercadotecnia (Boyd y Westfall, 1972).

Tabla 7.
Comparación entre positivismo e interpretivismo

Enfoque	Positivismo	Interpretivismo
Variable		
Propósito	Previsión de las acciones del consumidor.	Comprensión de las prácticas de consumo.
Supuestos	<ul style="list-style-type: none"> • Racionalidad: los consumidores toman decisiones después de ponderar las alternativas. • Las causas y efectos del comportamiento pueden ser identificados y aislados. • Los individuos son solucionadores de problemas que se involucran en procesamiento de información. • Existe una sola realidad. • Los eventos pueden ser medidos objetivamente. • Las causas del comportamiento pueden ser identificadas. • Mediante la manipulación de las causas (es decir, las entradas), el mercadólogo puede influir en el comportamiento (es decir, la producción). • Los resultados pueden extrapolarse a poblaciones más grandes. 	<ul style="list-style-type: none"> • No hay una sola y objetiva verdad. • La realidad es subjetiva. • No pueden aislarse causa y efecto. • Cada experiencia de consumo es única. • La interacción investigador/entrevistado afecta los resultados de la investigación. • Es frecuente que los resultados no puedan generalizarse a poblaciones mayores.
Métodos	Estudios empíricos descriptivos de naturaleza cuantitativa. Técnicas de encuestas, observación.	Etnografías, semiótica, entrevistas a profundidad.

Fuente: Modificado de Schiffman LG y Lazar Kanuk L. *Comportamiento del consumidor*. Quinta edición. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1997. En: Priego-Álvarez H. "Comportamiento del consumidor sanitario: Análisis mercadológico en las decisiones de compra de servicios de salud". *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 2000.

Dada la naturaleza y complejidad del consumo en salud, desde la perspectiva del usuario de los servicios sanitarios, sobre la cual no existe mucha información previa, resulta imprescindible su abordaje cuali-cuantitativo. La necesidad de utilizar una combinación de ambas metodologías en la investigación del comportamiento del consumidor ha sido subrayada desde hace mucho, puesto que se deben tomar en cuenta "las diversas realidades subjetivas", especialmente de aquellas que son

percibidas por los no profesionales de la salud y, que “los investigadores deberían estar conscientes de que el comportamiento relativo a la salud se inscribe en el contexto del conjunto de las actividades que constituyen la vida cotidiana de los individuos” (“Coloquio sobre la investigación del comportamiento en materia de salud y sus aplicaciones a la promoción de la salud”, Oficina Regional de la OMS para Europa: Pitlochry, 8-11 febrero, 1986).

Asimismo, esta “necesidad imperiosa” que existe, de combinar la investigación cualitativa con la cuantitativa (Nigenda y Langer, 1995), tiene como premisa fundamental que, para el cabal conocimiento del problema, debe partirse de la primera. Es indispensable que, para “aprender acerca de un mundo que no (se) entiende, por vía de enfrentarlo de primera mano (es decir etnográficamente) y tratando de dar a esta experiencia algún sentido” (Agar, 1986). Dicho de otra manera, cuantificar no es necesariamente el primer paso para acceder a la comprensión de un fenómeno que no se conoce o del cual se tiene un conocimiento limitado.

2.4. Análisis mercadológico del consumidor

Los dos ejes principales del proceso de atención médica, el comportamiento del consumidor y el comportamiento del prestador, convergen en la utilización de los servicios (consumo sanitario). Este proceso tiene la propiedad de ser circular, comienza con la percepción de una necesidad y termina con la modificación de ésta, ya sea aliviándola parcialmente o neutralizándola en una forma más completa. Por lo que el consumo o utilización de los servicios sanitarios, puede concebirse como “la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada” (Donabedian, 1987). Al respecto, puede afirmarse que las perspectivas de estos actores³⁰ (prestador del servicio y consumidor sanitario) raramente coinciden. Desde el

³⁰ Es muy amplia la cantidad de sinónimos con que se conocen los actores del proceso de atención médica. Cada término tiene una connotación propia de la disciplina que la utiliza. Así, en economía, tenemos ofertantes y demandantes de atención; en administración sanitaria, hablamos de prestadores y prestatarios, proveedores de atención médica y usuarios, institución de seguridad social y derechohabientes. En mercadotecnia sanitaria, se conoce a los vendedores como prestadores de servicios y a los compradores como consumidores.

mismo punto de partida del proceso de atención, la identificación de las necesidades sanitarias³¹ se nota la discrepancia existente. Para los usuarios, se parte de una *necesidad sentida*, que es el planteamiento de su percepción de la realidad, así como de sus deseos, expectativas y preferencias en materia de salud, sean explícitas o no (*necesidad expresada*). En contraste, los proveedores de la atención sanitaria tienen *necesidades reales o normativas*, es decir, las que define el experto, con base en fundamentos científico-técnicos, concretadas epidemiológicamente (magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y viabilidad)³² y presupuestadas racionalmente. Al no haber coincidencia en la identificación de sus necesidades respectivas, se genera una brecha que distancia a los actores y provoca una gran insatisfacción en ambos, al no ver resueltas sus necesidades.

Una conceptualización del consumo de servicios sanitarios de creación propia (Figura 5), considera un proceso, cuyo punto de partida es la identificación de la necesidad, al que sigue el deseo y la búsqueda de la atención, para llegar al inicio y la continuidad de la prestación del servicio de salud. Este fenómeno puede ser entendido haciendo uso de diferentes modelos (epidemiológico, económico, sociológico y psicosocial), ya que convergen en él las perspectivas de los principales actores del proceso de atención médica (prestador y consumidor).

El abordaje psicosocial toma en cuenta sólo la perspectiva del consumidor primario (enfermo o usuario de servicios de salud), y se estima que es ésta la perspectiva menos estudiada y que debiese ser el punto de partida de

³¹ El concepto de **necesidad** denota un “desequilibrio o una diferencia entre la situación real en que se encuentra el individuo o la colectividad y la situación óptima en que podría encontrarse” (Álvarez-Nebreda, 1998:193). Existen diferentes formas de acercarnos a la realidad. Desde el punto de vista biomédico, es “una deficiencia o ausencia de salud, determinada a partir de criterios biológicos o epidemiológicos, que conduce a tomar medidas de prevención, tratamiento, control y erradicación” (Hogarth, 1978:253); pero, para el común de los ciudadanos, una necesidad generalmente es entendida “cuando se constata una diferencia entre una situación considerada como óptima y la situación observada en la actualidad, diferencia que se desea reducir” (Nutt PC, citado por Pineault R. y Daveloy C. 1987:45) o “algo que falta deseado por el consumidor con más o menos intensidad” (Varó, 1994).

³² Los criterios epidemiológicos con que los gestores de la atención sanitaria priorizan una necesidad son: **magnitud** (tamaño del problema de salud), **trascendencia** (consecuencias que tendrá un problema determinado si se deja evolucionar naturalmente), **vulnerabilidad** (lo fácil o no que resulta atacar o resolver el problema de salud), **factibilidad** (hace referencia a la capacidad que se tiene para resolver el problema sanitario; puede ser técnica, económica o legal) y **viabilidad** (si existe la decisión para resolverlo en términos de voluntad política).

cualquier discusión sobre el consumo. El enfoque mercadológico, desde esta aproximación, puede hacer uso de cuatro dimensiones de análisis:

I. Cultura sanitaria

Por cultura sanitaria se entiende el conjunto de ideas, valores y creencias que tienen los individuos respecto a la salud y que determinan en parte su comportamiento hacia la utilización de los servicios sanitarios. Para su identificación operacional, se consideraron tres indicadores:

- a) *Percepción del estado de salud (PES)*;
- b) *Conceptualización o definición propia de la salud*; y,
- c) *Factores culturales intervinientes* (antropológicamente llamados síndromes de filiación cultural), en particular las creencias nosológicas culturales³³

II. Percepción de los servicios de salud

La percepción es el “proceso por el cual un individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos para integrar una visión significativa y coherente del mundo” (Schiffman y Lazar Kanuk, 1997). Por consiguiente, la percepción es una apropiación de una realidad. Para su conocimiento, operacionalmente se consideran dos niveles de percepción:

- a) La *imagen del servicio (a priori)*, percepción que es informada por valores sociales y que se tiene previamente a la utilización de un servicio sanitario.
- b) La *opinión (a posteriori)*, que es la emisión de juicios sobre experiencias personales ocurridas durante la prestación de los servicios de salud.

³³ La **nosología** es el estudio de las enfermedades con arreglo a criterios que permiten su individualización. El término de creencias nosológicas culturales, en este sentido, hace referencia a las enfermedades propias de determinadas culturas que no son reconocidas por la medicina moderna, y que requieren formas de saneación particulares. En el caso de América Latina, las más difundidas son el calentamiento de la cabeza, el mal de ojo y el susto.

III. Patrón de consumo

El patrón de consumo o patrón de utilización de servicios de salud está definido por la(s) unidad(es) de referencia que permite la medición o valoración en la adquisición y utilización de productos de salud por los consumidores. En su operacionalización se incluyen como indicadores:

- a) La *utilización de los servicios sanitarios*, mismos que se clasifican en preventivos, curativos, rehabilitatorios o de cuidados, y accesorios (estos últimos son los vinculados comercialmente con la salud); y,
- b) El *proceso de compra de productos de salud*, que a su vez comprende dos aspectos; por una parte, el proceso en sí, es decir, las etapas por las que transitan los consumidores en la adquisición y uso de productos/servicios de salud, y por otra, a los participantes en la(s) decisión(es) de compra.

IV. Actitud hacia el consumo

La actitud es la acción manifiesta de los consumidores en el proceso de compra de productos sanitarios, que puede ser expresada de dos maneras:

- a) *Consumista*, cuando la acción es acrítica e irreflexiva en la adquisición y uso indiscriminado de productos de salud.
- b) *Consumerista*, que implica la posición concienzuda y reflexiva del consumidor, y el reconocimiento médico e institucional de su autonomía, valores, creencias y preferencias en materia de salud.

Este análisis del consumo sanitario centrado en el consumidor, y en particular en la actitud de éste hacia el consumo, pretende conjuntar las dos áreas investigativas ya mencionadas, aunque enfatiza el estudio motivacional sobre el demográfico, permitiendo el estudio cualitativo y cuantitativo a la par, en aras de obtener profundidad y representatividad.

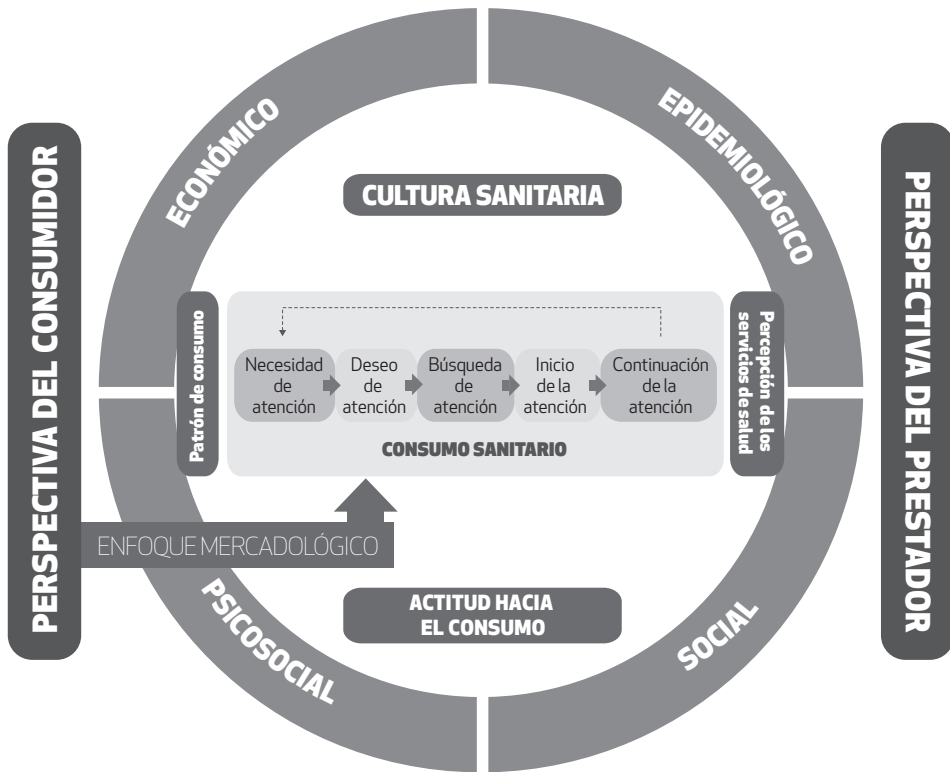


Figura 5. Marco conceptual para el análisis del consumo sanitario

2.5. Comportamiento del consumidor

El comportamiento del consumidor hace referencia a los “actos, procesos y relaciones sociales sostenidas por individuos, grupos y organizaciones para la obtención, uso y experiencias consecuente con productos, servicios y otros recursos” (Zaltman y Wallendorf, 1979:6). Bajo un enfoque mercadológico, se apunta que las decisiones de compra se encuentran altamente influenciadas por factores que pertenecen al mundo del comprador, tales como su cultura, factores sociales, personales y psicológicos (Kotler, 1991:171-189). Para comprender el comportamiento del consumidor se requiere conocer la clase de decisión que rodea a un producto en particular.

Una manera de entender el proceso por el cual los consumidores llevan a cabo la decisión de adquirir un producto o hacer uso de un servicio, es la interacción entre implicación y conocimiento (Assael, 1987).

La **implicación** hace referencia al grado de motivación del consumidor, determinado por los beneficios y riesgos asociados a los distintos productos. Es un “estado emocional dirigido hacia un objetivo”, cuya naturaleza subjetiva hace difícil su medición; aunque para ello usualmente se utilizan criterios externos (precio, ciclo de compra, riesgo de compra, etcétera). La implicación refleja la capacidad emocional del enfermo para aceptar, aprender y adaptarse a una nueva condición en la que se incurre en decisiones de automanejo.

El **conocimiento** o deseo de conocimiento está relacionado con el grado de información que posee el consumidor para poder discernir en una elección de compra. Muchas decisiones sólo obedecen a simples elementos informativos, como precio, nombre e imagen de marca. Los grados de ambos conceptos pueden ser altos o bajos, y dan pie a cuatro combinaciones, que son aplicables a la compra o uso de productos de salud, y que pueden relacionarse con la actitud consumista o consumerista del consumidor sanitario (Figura 6 y Tabla 8).

a) Consumerista internamente orientado

En esta situación, la decisión de compra es altamente compleja. En el caso de enfermedades crónicas degenerativas de larga evolución, los afectados generalmente adquieren un gran conocimiento de la patología y la mayoría de ellos suelen estar muy informados sobre tratamientos y pruebas diagnósticas. Asimismo, estas enfermedades de larga evolución y los estadios terminales tienen una alta implicación (*orientación interna*) y requieren, para una adecuada corresponsabilidad, de un alto conocimiento. La aceptación de nuevas terapéuticas en ellos requiere un proceso de análisis, lo que produce que el proceso de compra (utilización del servicio sanitario) lleve más tiempo. Por otra parte, los vínculos de lealtad institucional tienden a ser altos. Estos consumidores podrían catalogarse como típicos consumeristas.



Figura 6. Relación entre el grado de implicación y el grado de conocimiento en el consumo de servicios de salud.

Adaptación hecha por Priego Álvarez, Heberto para los servicios de salud (*Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 2000; 15:25-30), del propuesto por Ásala, Henry (*Consumer Behavior and Marketing Action*. Boston: Kent Publishing, 1987:87).

Tabla 8.

Definición operacional de la actitud hacia el consumo con base al grado de implicación y conocimiento del consumidor sanitario

Variable	Categoría	Definición
Actitud consumerista	Consumerista internamente orientado (Implicación alta y conocimiento alto)	Persona altamente motivada para tomar una decisión por el servicio basándose en mucha información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento
	Consumerista externamente orientado (Implicación baja y conocimiento alto)	Persona poco motivada para tomar una decisión por el servicio basándose en mucha información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento
Actitud consumista	Consumerista internamente orientado (Implicación alta y conocimiento bajo)	Persona altamente motivada para tomar una decisión por el servicio sanitario basándose en la escasa información que tiene sobre determinadas patologías y su tratamiento
	Consumerista externamente orientado (Implicación baja y conocimiento bajo)	Persona poco motivada para tomar una decisión por el servicio y poca información sobre determinadas patologías y su tratamiento, su consumo sanitario se reduce a las decisiones que toma el proveedor del servicio

b) Consumerista externamente orientado

Esta es una circunstancia poco común, pero que puede darse sobre todo en productos que anteriormente eran considerados relevantes y ahora no, aunque deben seguir siendo comprados. Tal sería el caso de las vacunas, que en un principio representaron un gran avance médico y dieron altas expectativas de salud a la población. En la actualidad, la gente está acostumbrada a ellas, los esquemas de vacunación son repetitivos para cada uno de sus hijos, y no tienen el mismo valor preventivo para las madres que cuando las enfermedades que éstas evitan producían una alta mortalidad y secuelas (p.e. sarampión, poliomelitis). Aquí, el objetivo es elegir un producto satisfactorio sin demasiado esfuerzo. En México, la vacunación es obligatoria para menores de 5 años. Todas las instituciones sanitarias están obligadas a prestar este servicio sin costo alguno. La elección, en este ejemplo, dependerá más de la cercanía geográfica de la institución (*orientación externa*), que de otro criterio. La búsqueda de variedad estaría dada por las nuevas vacunas que no otorgan los servicios públicos, pero que pueden ser adquiridas en la medicina privada.

c) Consumista internamente orientado

En esta situación, el consumidor estará dispuesto a considerar todas las alternativas disponibles, pero tiene poca base cognoscitiva para entrar en una adecuada evaluación de marcas, profesionales y servicios de salud, al no tener muy claros los criterios de elección; es decir, tiene poca capacidad para tomar una buena decisión. Ejemplo claro de lo anterior serían aquellos familiares o portadores de enfermedades genéticas, cuya implicación para evitarlas es alta (*orientación interna*), pero tienen poco conocimiento científico que les permita valorar las mejores opciones de tratamiento. Se señala que esta posibilidad se ve afectada por un proceso de “*reducción de disonancia*”; es decir, que después de haber asumido una conducta (p.e. seguimiento de una alternativa terapéutica), los usuarios de servicios de salud o los familiares tomadores de la decisión de compra están deseosos de encontrar confirmaciones de que hayan hecho lo correcto, y a menudo las encuentran porque quieren encontrarlas; obedecen, por tanto, a consumistas internamente orientados por sus razones personales.

d) Consumista externamente orientado

En estas condiciones hay escaso conocimiento y es poco probable que crezca en el futuro. La motivación básica del consumidor será seguir el plan diagnóstico y terapéutico más adecuado con el mínimo esfuerzo. No se va más allá de los valores meramente funcionales del producto sanitario. Caso particular lo constituyen las nuevas posibilidades de la imagenología y la medicina nuclear como pruebas diagnósticas. El usuario desconoce todo sobre ellas y deja la elección total en manos del facultativo médico (*orientación externa*); el cómo carece de importancia, lo fundamental es la resolución del problema de salud. Esta es una típica actitud consumista. Por otra parte, hay que reconocer que la falta de información y la indiferenciación de los servicios producen el mismo resultado de “*ambigüedad electiva*” (León y Olabarría, 1991:231-236). Tal sería el caso de la mayoría de las madres mexicanas, a quienes les da lo mismo llevar a sus hijos a vacunar a la Secretaría de Salud que a las distintas instituciones de seguridad social, dado que en todas ellas se presta el mismo servicio de manera gratuita, al igual que ciertos programas preventivos (p.e. detección oportuna del cáncer cervicouterino y los programas de planificación familiar).

De igual manera, las llamadas “*disease mongering*” (enfermedades inventadas por la industria farmacéutica en alianza con algunos médicos) representan una clara orientación externa del consumo. El envejecimiento, la hiperactividad infantil o la timidez son ejemplos claros de prescripción de fármacos innecesarios (Bassett, 2005). Al respecto, deben señalarse las estrategias de marketing comercial que realizan las compañías farmacéuticas transnacionales a sus principales mercados meta: 1) “Educación médica” a facultativos para que realicen la prescripción de determinados medicamentos en patologías etiquetadas sin un fundamento científico comprobado (p.e. osteoporosis, disfunción eréctil), y 2) un “*marketing of fear*” a la población, generando una demanda inducida para el consumo de servicios y fármacos asociados a patologías etiquetadas como de riesgo basada en el temor (Moynihan et al., 2002).

2.6. El proceso de compra de productos sanitarios

Una vez entendido el término de cliente en contraposición al clásico de paciente y su asociación al de consumidor sanitario, conviene efectuar un breve análisis del proceso de compra de productos de salud, que es un componente importante en el conocimiento del patrón de consumo sanitario.³⁴ Un punto de partida lo constituyen los modelos globales que, como abstracción de la realidad, describen y sistematizan el proceso de compra desde perspectivas distintas, que surgieron a partir de los años sesenta. El modelo de aprendizaje de Howard-Sheth (1969) tiene como objetivo explicar la elección de marca que hace un individuo cuando existen otras elecciones alternativas. El modelo de Howard, desarrollado diez años después, provee de una explicación sistemática del proceso a través del cual compran los consumidores, teniendo un alto valor predictivo, simplicidad y capacidad cuantificativa. Engel, Kollat y Blackwell desarrollaron un modelo, publicado inicialmente en 1973 y revisado posteriormente en 1978, que tiene su base en el proceso de aprendizaje y pone mayor atención en el proceso de formación de actitudes y el desarrollo de la intención de compra.

El modelo de Nicosia (1966) es el único que explícitamente incluye al vendedor, aun cuando el énfasis del modelo se centra en el consumidor, concibiendo la conducta de compra como una toma de decisión activa. Puede afirmarse que el proceso de compra, en salud particularmente, comprende dos aspectos fundamentales. Por una parte, el proceso en sí; es decir, las fases o etapas por las que transitan los clientes o consumidores sanitarios en la adquisición y uso de los productos/servicios de salud (tomando como base el modelo de Nicosia), y, por otra, los participantes en la(s) decisión(es) de compra (Figura 7).

A. Fases del proceso de compra

El punto de partida del proceso de compra radica en el reconocimiento de una necesidad (*necesidad sentida*). La necesidad sentida se refiere a la percepción que tiene la gente sobre sus problemas de salud, o lo que

³⁴ El patrón de consumo comprende las unidades de referencia que permiten medir o valorar la adquisición y utilización de productos de salud por los consumidores.

desean y esperan de un producto sanitario. La necesidad genera la acción y hace que el individuo busque mayor información. Son dos los procesos de búsqueda de información: interna/externa y activa/pasiva (León y Olabarria, 1991:245).

La *búsqueda interna* implica un proceso mental de introspección en la memoria (p.e. cuando una amiga le comenta a otra madre de familia sobre qué hacer ante una enfermedad exantemática de alguno de sus hijos, o como acudir a un determinado servicio de salud, o su opinión desfavorable de un pediatra en particular), que usa estos comentarios como parámetros de referencia en la toma de decisiones.

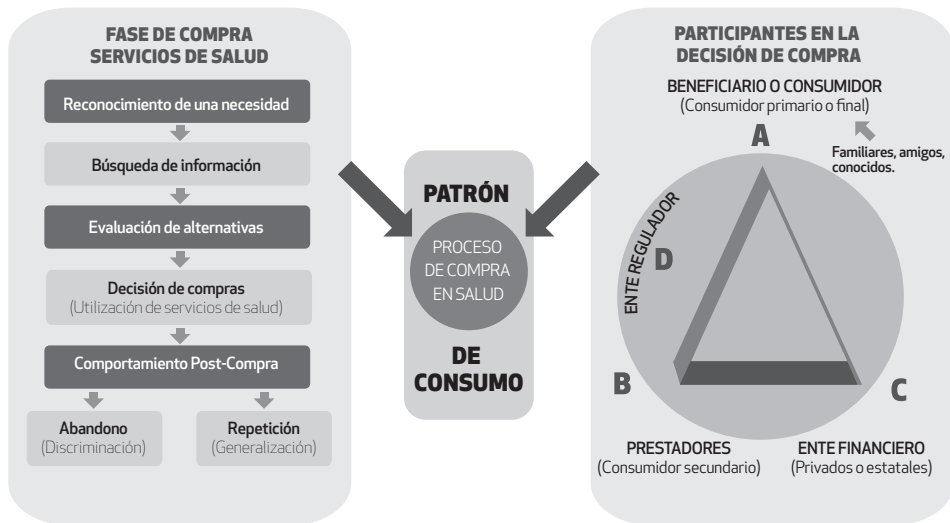


Figura 7. Proceso de compra en productos sanitarios

Cuando no existe información almacenada en la memoria de experiencias previas ante un problema específico de salud o de utilización de servicios sanitarios, es preciso una *búsqueda externa*; es decir, sobre la base de otras fuentes distintas a la memoria,³⁵ tales como los *mass-media*, familiares, amigos, conocidos, vendedores, instituciones proveedoras de servicios de salud, aseguradoras médicas, organizaciones no lucrativas (ONLs),

³⁵ Es ampliamente conocido el papel de los “mediadores” (la familia, el barrio, el grupo de trabajo, etc.) en el proceso de consumo en salud.

asociaciones de consumidores, etcétera. Entonces, esta búsqueda puede ser *activa*, si es selectiva en sus informantes, o *pasiva*, si la acción de búsqueda no tiene objetivos concretos (p.e., cuando se acude a un servicio sin tener idea del porqué usarlo, sin saber a quién demandar mayor información y sin mostrar mayor interés en él). Con la información obtenida se establecen las alternativas de atención posibles, éstas se evalúan y se decide la compra, lo que se traduce en la utilización de los servicios.

La decisión de compra en sí constituye un conjunto de decisiones sobre las cuales intervienen numerosos factores. En efecto, se apunta que en el proceso de consumo sanitario actúan como factores condicionantes los siguientes: *atributos del cliente* (género, edad, escolaridad y nivel socioeconómico), *cultura sanitaria* (conjunto de valores, ideas, creencias y actitudes que tienen respecto a la salud y que determinan en gran parte su comportamiento), *legislación sanitaria* (marco legal de la prestación médica) y *mercadotecnia sanitaria* (proceso de intercambio entre clientes y profesionales con el objeto de solventar necesidades o satisfacer deseos y expectativas en materia de salud) (Priego-Álvarez, 1995).

Respecto a este último factor, son variados los aspectos mercadológicos que influyen en la decisión de compra del consumidor sanitario. Entre ellos, cabe destacar la imagen de marca o institucional, el posicionamiento de los servicios y el “merchandising” de las empresas productoras de salud.³⁶

Habiendo probado el producto o usado el servicio de salud, el comportamiento posterior puede ser de repetición o abandono. Si la experiencia fue gratificante, es probable que se consuma más de ese producto o se demande más de ese servicio, tendiendo a la *generalización*

³⁶ La *imagen de marca* o *imagen institucional* se refiere a todas aquellas cuestiones que le confieren una personalidad al producto sanitario; es decir, permiten su identificación. Se personaliza un servicio de salud por medio de colores, logotipo, eslogan, distribución espacial e instalaciones en general (Priego-Alvarez, 1998:29). El *posicionamiento* de un producto es la manera en que los consumidores definen un producto a partir de sus atributos importantes: *el lugar que ocupa en producto en la mente de los clientes en relación con los productos de la competencia* (Kotler, 1996). El anglicismo *merchandising* significa todas las acciones que le dan atraktividad a un producto o servicio ante los consumidores. En el sector salud se usa en carteles o folletos, vídeos, periódicos o revistas institucionales dirigidos a los clientes. Una aplicación al área hospitalaria de este concepto son las “guías de utilización de servicios, los folletos de bienvenida al hospital, vídeos explicativos, etc.” (Priego-Álvarez, 1998:30).

de la respuesta a estímulos similares (p.e., madres que han experimentado un control prenatal satisfactorio tienen mayor probabilidad de participar en otros programas, tales como el de control del niño sano). La situación inversa es la *discriminación*; es decir, el rechazo del producto o servicio (p.e., si el control prenatal no llenó las expectativas de atención personal y trato respetuoso de las gestantes, es poco probable que, para la atención del parto, se acuda con el mismo médico o unidad prestadora del servicio). En el caso mexicano de la llamada “población abierta” de las áreas rurales, desprotegida de la seguridad social, las experiencias no satisfactorias de las embarazadas en la atención profesional –médica y paramédica–, son poderosas condicionantes de que la atención del parto sea conducida por comadronas.

B. Participantes en la decisión de compra

Como se mencionó anteriormente, en la decisión de compra de productos de salud intervienen numerosos factores individuales (atributos del cliente), sociales (cultura sanitaria) y otros relativos a la estructura organizativa (legislación y mercadotecnia sanitaria). Otro factor interviniente a destacar es el papel que juega la familia, los amigos y personas conocidas más cercanas, lo que Freidson llama “sistema no profesional de referencias”. En las culturas latinas, la familia (tanto nuclear como extensa) participa activamente en las decisiones de atención médica. Es el seno familiar donde se brinda la primera información y se evalúan las alternativas de atención.

La familia tiende a actuar como intermediaria entre el médico y el enfermo, intermediación que se produce con su aprobación. A mayor gravedad o cronicidad de las enfermedades, las decisiones respecto a la prestación médica son tomadas por los familiares y no por los propios enfermos. Por consiguiente, es la familia la que, al reclamar la autonomía,³⁷ demanda su consentimiento ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. Si bien la familia juega un papel relevante en las decisiones de atención

³⁷ Como se mencionó anteriormente, el **principio de autonomía** implica la propiedad del enfermo sobre su cuerpo. La autonomía de los enfermos, en una situación médica, significa que se les debe dar información sobre su estado de salud y sobre las alternativas médicas viables. Asimismo, conlleva al respeto de sus decisiones después de una información adecuada. Incluso, si existiera una sola posibilidad de tratamiento, los enfermos tendrían otra alternativa de elección, que sería la de no hacerla.

médica al influir sobre el actor principal (beneficiario o consumidor primario), existen otros participantes del proceso que son determinantes en la utilización de los servicios de salud.

Son **actores del proceso de compra** el *beneficiario* (consumidor primario), los *prestadores* (consumidores secundarios), el *ente financiero* (estatales o privados) y el ente regulador (institución gubernamental para la normatividad y control de la atención y prestaciones médicas). El ente financiero, de acuerdo con políticas sectoriales y propuestas disponibles, decide y establece la estrategia de diferenciación del producto.³⁸

En la relación médica por pago directo, el consumidor primario y el ente financiero resultan ser la misma persona. El ente financiero de la población desprotegida de la seguridad social (población abierta) será el mismo Estado, pero pueden existir entidades sin fines de lucro (ESAL) o con sentido comercial (compañías de seguros médicos) que asuman tal función. El prestador define qué productos sanitarios va a otorgar, cuántos y a qué grupos.

2.7. Características distintivas en los sistemas de atención médica

La conjunción de los tres actores participantes en el proceso de compra y las relaciones que establece entre ellos la estructura de la organización médica da paso a características distintivas entre el sistema privado y el estatal o público, que son fácilmente reconocibles (Tabla 9).

En el **sistema privado**, la atención se centra en los aspectos curativos y puede ser más oportuna en términos de tiempo. El cliente o consumidor sanitario decide la primera prestación, es decir, el primer contacto con los servicios médicos. Esta decisión se realiza en función del precio, de la institución a la que el profesional médico de renombre esté adscrito, del profesional en sí o del prestigio de ambos.

³⁸ Se entiende por **diferenciación** al hecho de otorgarle un carácter distintivo a un producto o servicio de salud que lo haga distanciarse de su competidor, para ello se requiere de un “razgo diferenciador”. La principal diferencia o ventaja competitiva de los productos sanitarios debe darse a partir de su calidad (Priego-Álvarez, Heberto. “Conceptos básicos de mercadotecnia para la competitividad de las organizaciones sanitarias”. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1998; 8:27-30).

En el **sistema privado**, el consumidor sanitario se ve envuelto en una “espiral de consumo” en la que tiene poca o nula capacidad de decisión. Es el prestador de la atención quien decide cuánto, cómo y dónde va a consumir, sin importar el precio. El médico ordena el tipo de pruebas clínicas y de gabinete por realizarse, determina el diagnóstico, establece el plan terapéutico, prescribe los medicamentos y ordena el internamiento hospitalario. El cliente o sus familiares asumen los costos. El consumidor tiende a estar más satisfecho por el trato personalizado, por una mayor transparencia en la información y por la oportunidad en la atención.

Tabla 9.
Características distintivas por sistema de atención médica

Variable	Sistema privado	Sistema estatal
Oportunidad en la atención	Mayor	Menor
Libertad de elección	Ampliada en el primer contacto.	Restringida en todos los niveles de atención.
Grado de satisfacción del cliente	Tiende a ser alto.	Generalmente bajo.
Énfasis en la atención	Curativa y de cuidados.	Preventiva Curativa Rehabilitatoria
Limitantes	Capacidad de pago del cliente o sus familiares.	La estructura organizativa y financiera.

Otro punto importante a destacar en la espiral de consumo sanitario es la influencia a la que se ven sometidos los galenos por las compañías farmacéuticas. A través de sus visitadores, y con incentivos diversos, estimulan a los facultativos a prescribir sus fármacos. De hecho, los clientes principales de las empresas productoras de medicamentos han sido los médicos y no los enfermos. Sin embargo, modificaciones legales en la prescripción de medicamentos en forma genérica (tal es el caso de México), han obligado a las empresas farmacéuticas a ver a los licenciados en farmacia como su mercado meta, puesto que son éstos quienes ahora deciden o asesoran a los consumidores en la venta, dentro de la gama posible de marcas comerciales existentes.

En el **sistema estatal**, el consumidor sanitario (usuario de los servicios de salud) actúa de manera pasiva, existen pocos canales que permitan su

participación activa en las decisiones médicas y no se acostumbra tomar en cuenta su opinión. En el discurso oficial suele enfatizarse la atención preventiva, pero en la práctica las acciones curativas representan los porcentajes mayores en los presupuestos ejercidos.

En general, hay una brecha entre las necesidades que determinan para ellos la organización de los subsistemas de salud con las necesidades sentidas de la población, lo que provoca una gran insatisfacción para el consumidor al no ver satisfechas sus expectativas. La atención médica tiende a ser lenta, puesto que las canalizaciones a otros servicios y las interconsultas de especialidad son tramitadas burocráticamente y dependen de los recursos con que se cuente. Por lo regular, existen largas listas de espera en la programación de las intervenciones quirúrgicas y demoras en las citas a consultas externas de especialidad.

A diferencia del sistema privado, donde los facultativos no tienen ninguna limitación en su acción –salvo las propias restricciones legales y el bolsillo de los consumidores–, en el sistema de salud mexicano (Secretaría de Salud e instituciones de seguridad social), los médicos están fuertemente limitados por la organización en la aplicación de procedimientos técnicos y quirúrgicos, recetas médicas y en las solicitudes de análisis de gabinete y laboratorio. Ejemplo concreto es el cuadro básico de medicamentos del sector público, que establece el arsenal terapéutico por niveles de atención al que deben sujetarse las instituciones sanitarias del sector.

Cuestionario

1. ¿Por qué se habla en la actualidad de clientes y no pacientes en los servicios de salud?
2. ¿Qué condiciones son indispensables para llamar cliente a un usuario de servicios de salud?
3. ¿Qué se entiende por comportamiento del consumidor?
4. ¿Qué diferencias existen entre el enfoque positivista y el interpretativismo del análisis del consumidor?
5. ¿Podría realizar un análisis mercadológico del comportamiento de los usuarios de su institución sanitaria? En caso afirmativo, ¿qué dimensiones y/o variables de análisis emplearía?
6. Describa la relación existente entre el grado de implicación y el grado de conocimiento en el consumo de servicios de salud.
7. ¿Qué se entiende por patrón de consumo sanitario?
8. Describa las fases del proceso de compra de productos sanitarios según el modelo de Nicosia.

9. ¿Quiénes son los participantes del proceso de compra en salud y de qué manera influyen en él?

10. ¿Cuáles son las características distintivas entre los sistemas público y privado de la atención médica?

Capítulo 3
**Mercado
sanitario**

Objetivos de aprendizaje

1. Identificar los factores que intervienen en el consumo de productos de salud.
2. Determinar los tipos de mercado sanitario.
3. Analizar las razones por las que se selecciona un mercado meta y definir las bases de su segmentación.
4. Entender los conceptos de diferenciación, posicionamiento, imagen institucional y *merchandising*.
5. Precisar la definición de investigación de mercados y la importancia de los objetivos que persigue.

3.1 Características del mercado sanitario

Un mercado es una plaza donde se comercian los recursos. En un mercado concurren vendedores y compradores y existe un mecanismo de intercambio de bienes o servicios que tiene por objeto obtener determinados beneficios. En el caso de la salud, la demanda se conforma por los individuos y las organizaciones que son clientes actuales o potenciales de un producto sanitario. La oferta de servicios de atención médica está constituida por las instituciones estatales de salud pública, configuradas según las particularidades de los sistemas nacionales de salud de cada país (mercados planificados y regulados),³⁹ los servicios médicos privados, las compañías de seguros médicos y las medicinas paralelas o alternativas. Todas las instituciones oferentes de atención a la salud tienen productos sanitarios diversos en los que se plasman definiciones de la realidad.

En los países latinoamericanos, los gobiernos con frecuencia subvencionan seguros médicos que protegen sólo a los que están en situación económica relativamente buena. Los obreros de las empresas privadas y los trabajadores del Estado son cubiertos por los seguros

³⁹ Los **mercados planificados** son creados por medio del ejercicio de la autoridad estatal. En ellos existe un uso limitado de instrumentos de mercado (competidores públicos y libertad de elección de usuarios). En los **mercados regulados**, el poder estatal regula los intercambios para intentar limitar los comportamientos perjudiciales de dicho sistema. En España, la seguridad social tiene una cobertura prácticamente del 100% de su población. En el caso de México, la heterogeneidad existente en el sistema nacional de salud define distintos mercados, dependiendo de su vinculación al sector productivo y al poder adquisitivo, y se presentan cruces en la utilización de los servicios que hasta ahora no han sido lo suficientemente identificables, amén del desconocimiento del uso de modelos alternativos de atención.

sociales, mientras que la mayoría de la población, en especial los pobres, depende en fuerte medida de su propio bolsillo y de los servicios públicos, que pueden ser inaccesibles para ellos.⁴⁰

El mercado de seguros médicos, destacable en contextos como los Estados Unidos, tiene importantes razones para funcionar deficientemente. La **selección adversa** opera en la práctica limitando tanto las prestaciones como los servicios. Las variaciones en los riesgos en materia de salud suponen un motivo para que las compañías de seguros se rehúsen a cubrir a las personas que más necesitan de la atención médica; esto es, a los que ya están enfermos o presentan probabilidades de enfermar. Otra razón es el **riesgo moral** (*moral hazard*) que se origina por la exoneración del pago de los servicios médicos utilizados por los asegurados y por la capacidad de creación de demanda propia por parte de los proveedores. Los seguros pueden crear incentivos y oportunidades para que los médicos y los hospitales proporcionen a los pacientes más servicios de los que necesitan, o bien, éstos hacer mal uso de los beneficios (p.e. demandar medicación excesiva). Los controles sobre la selección adversa y el riesgo moral son indirectos, en el sentido que operan por medio del usuario o sobre él (Donabedian, 1982).

3.2 Factores condicionantes del consumo sanitario

Desde el punto de vista del consumo, los factores condicionantes son todas aquellas circunstancias que tienen una influencia significativa en el mercado de los productos de salud (adquisición y utilización). Su poder de influencia está dado tanto en la naturaleza de la demanda como por las características de la oferta en su prestación. Como se apuntó en capítulo anterior, es posible considerar que sobre el mercado sanitario actúan como factores condicionantes del consumo la mercadotecnia en salud, la cultura sanitaria, la legislación sanitaria existente y los atributos del cliente (Figura 8).

⁴⁰ En México se determinó que el 52% del gasto en salud proviene directamente de los bolsillos de la población, por lo que el gobierno federal estableció en el sexenio 2000-2006 un tercer seguro público, denominado *Seguro Popular en Salud*, cuyo objetivo primordial es brindar protección financiera a la población descubierta de la seguridad social contra los llamados "gastos catastróficos en salud" (aquellos que representan una tercera parte o más del total del ingreso familiar anual gastado en la atención médica).

La **mercadotecnia** influye en el consumo sanitario, puesto que interviene directamente al orientar y regular la demanda en la atención médica, al desarrollar actividades y productos que satisfacen las necesidades de salud y al mejorar la calidad de los mismos.



Figura 8. Factores condicionantes del consumo sanitario

La **cultura sanitaria** es el conjunto de valores, ideas, creencias que tienen los individuos respecto a la salud y que determina en gran parte su comportamiento hacia el consumo. En particular, lo orienta hacia la aceptación y utilización de las medicinas paralelas. La cultura médica difiere de la cultura en salud por considerar el grado de información que posee la población sobre la medicina alopática. Determina un mayor patrón de los servicios médicos institucionales o privados, pero sobre todo una mayor exigencia y demanda de información.

La **legislación sanitaria** establece el marco legal para la prestación de los servicios de salud. El Estado define las necesidades sanitarias a cubrir y el cómo habrán de efectuarse, al igual que establece los mecanismos de control y certificación tanto en la formación como en la práctica profesional.

En México, la intervención estatal en la sanidad ha sido de tres tipos: en la financiación, en la producción y en la regulación. El gobierno ha asumido una importante función en la disposición de alternativas de atención, tanto en la población cubierta por la seguridad social como en la que permanece desprotegida (población abierta). Sin embargo, ha quedado aun corta su intervención en la atención privada y en la oferta de seguros médicos.

El Banco Mundial, en el *Informe sobre el Desarrollo Mundial* de 1993, ya consideraba que los gobiernos tenían que facilitar mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. La reglamentación gubernamental puede fortalecer los mecanismos de seguros privados, mejorando los incentivos para ampliar la cobertura y controlar los costos, e incluso, en el caso de los servicios clínicos financiados con fondos públicos, los gobiernos pueden fomentar la competencia y la participación del sector privado.

Entre los **atributos del cliente** que actúan como factores condicionantes del consumo sanitario, deben tenerse en cuenta la edad, el género, la escolaridad, el nivel socioeconómico, el estilo de vida, así como algunas consideraciones epidemiológicas y psicosociales. Al respecto, debe considerarse que la forma en que la enfermedad afecta a los grupos humanos y las pautas de reacción ante la enfermedad tienen aspectos sociales a destacar:

- Las enfermedades no se distribuyen ni uniforme ni aleatoriamente, sino más bien se observa que están relacionadas con la estructura social y la cultura (Antonevsky, 1972).
- Se considera y se reacciona diferente a la enfermedad según la posición del individuo en la estructura social y según el tipo de cultura de la comunidad (Zola, 1966).
- La sociedad institucionaliza la lucha contra la enfermedad a través de organizaciones sociales. La profesión médica –o curanderil-, hospitales, educación sanitaria.
- La lucha contra las enfermedades implica la participación de muchas más organizaciones sociales que la meramente médica: educativa, administrativa, religiosa, política, económica (J. Rodríguez, 1987).

3.3 Tipos de mercados sanitarios

El mercado sanitario requiere del análisis de los productos, así como de sus proveedores. La oferta es el conjunto de propuestas que se hacen en el mercado para la venta de bienes y servicios. La disponibilidad y el consumo de los productos de salud presentan dos tipos de mercados: uno tradicional y otro emergente (Figura 9).

El **mercado tradicional** de los servicios de salud está básicamente constituido por instituciones estatales de salud. Configura un espacio rígido, dado que es el Estado quien define las necesidades sanitarias a cubrir y determina la prestación de los productos básicos de salud.

El **mercado sanitario emergente** está en manos de proveedores no públicos y en continua expansión. La base de su crecimiento es explicable puesto que oferta nuevos productos de salud que se relacionan con la calidad y el estilo de vida. No le interesan los productos básicos, ya que éstos suelen ser prestados por el Estado (p.e. inmunizaciones). Constituye un sector *in crescendo* que se asocia con el desarrollo de vida de la clase media y otras de estrato superior (p.e. estéticos, cosméticos y de cuidados). Son pocos los aspectos con los que coincide con el mercado tradicional.



Figura 9.
Tipos de mercado sanitario

Este espacio de convergencia de los mercados está dado por el estancamiento del sector público y sus beneficios (con un creciente número de restricciones), por un desarrollo importante del sector privado en la prestación de los servicios de atención a la salud clásicos (principalmente en las áreas de atención primaria y especializada, que son las más problemáticas del sector público), y por el impulso de grandes organizaciones e instituciones financieras, las cuales le confieren un carácter empresarial y reducen su imagen liberal (J. Rodríguez, 1992).

La **participación del mercado**, por cualquier empresa productora de servicios de salud, está dada por la proporción de sus ventas, su cobertura o utilización frente a las ventas totales del sector. En Centroamérica, a excepción de Costa Rica, la cobertura de la seguridad social es minoritaria; por consiguiente, la participación en el mercado de las diversas instituciones de seguridad social de la región son bajas en comparación con los servicios de salud que se ofertan por los ministerios de salud, sobre todo en las áreas rurales.

Se habla de **penetración en el mercado** cuando todas las actividades de una empresa de salud buscan acrecentar la adquisición de su producto o aumentar el uso de sus servicios.

En el caso de los productos sanitarios, que ya están colocados en el mercado, hay tres formas de penetración:

1. Estimulando a sus consumidores para incrementar la frecuencia del consumo (p.e. procurar que los clientes, que ya compran determinados vitamínicos o suplementos alimenticios, los consuman con mayor frecuencia; o bien, si tienen por norma acudir anualmente para una revisión odontológica, lo hagan ahora semestralmente).
2. Aumentando los esfuerzos para atraer a los clientes de la competencia y así, también, incrementar la participación del mercado (p.e. atraer la clientela del otro consultorio al nuestro, dándoles algún valor agregado o un descuento).
3. Atrayendo nuevos cliente que no acostumbraban consumir el producto o usar el servicio que se oferta (p.e. determinaciones de antígeno prostático en hombres de cierta edad, que antes no acostumbraban a efectuar dichos estudios).

En los productos nuevos o de reciente aparición en el mercado, son dos las estrategias de penetración que pueden realizarse:

1. *Penetración rápida*. Efectuando el lanzamiento del producto o servicio a un precio bajo y con excesiva promoción, lo que supone una penetración rápida y una alta participación en el mercado.
2. *Penetración lenta*. Haciendo la introducción de un nuevo producto o servicio a un precio bajo y con una promoción moderada. El precio bajo permite la aceptación rápida del producto sanitario y, al mismo tiempo, la empresa mantiene sus gastos publicitarios por debajo para tener mayor utilidad neta.

3.4 Segmentación en salud

Segmentación es el proceso de clasificar a la población o clientes en grupos con necesidades de salud, características o comportamientos propios. Dicho de otra manera, la segmentación del mercado agrupa personas con características parecidas con el objeto de reconocer sus exigencias sanitarias.

Segmentar el mercado es dividir en grupos significativos a los usuarios de servicios de salud –actuales o potenciales–, considerando una o varias características comunes. Segmentar el mercado significa dividirlo para comprenderlo mejor.

Un **segmento de mercado** representa un grupo de consumidores o población que responde de manera similar ante un determinado estímulo del mercado sanitario. Para segmentar se requiere de “un máximo de homogeneidad dentro de cada segmento y un máximo de heterogeneidad entre segmentos.”

La **selección del mercado meta**⁴¹ es el proceso de evaluación del atractivo que ofrece cada segmento del mercado y la elección de uno o más de ellos como objetivos de presentación, o de la priorización de la población

⁴¹ La epidemiología también determina una población objetivo, población blanco (*target*) o población diana a la que se pretende llegar para cubrir sus necesidades sanitarias.

objetivo, cuya necesidad o expectativa de salud se pretende cubrir o satisfacer.

En las instituciones estatales de salud, la segmentación sirve para detectar a la población que está mejor o peor atendida para así distribuir los recursos. En consecuencia, el mercado-meta de la población abierta y los derechohabientes de la seguridad social, sólo será una selección de prioridades determinadas por la administración.

La acción de definir y segmentar el mercado, de acuerdo con Cobra y Zwarg (1991), puede hacerse a través de los siguientes pasos:

- a) Identificar grupos homogéneos de clientes o posibles clientes que posean las mismas necesidades a satisfacer con los servicios ofrecidos.
- b) Identificar el posible uso del servicio que permita satisfacer las necesidades latentes de los clientes / consumidores.
- c) Identificar la tecnología del servicio que debe emplearse para proporcionar la satisfacción de uso.

La tarea de identificación de grupos homogéneos de consumidores de productos sanitarios requiere un análisis a través de algunas **bases de segmentación** del mercado (Figura 10). Se puede segmentar de acuerdo a las características personales del consumidor o por su reacción al producto. Entre las primeras están las demográficas, socioeconómicas, geográficas y psicográficas. Entre las segundas, los beneficios, usos y la lealtad.

El conocimiento de las características de los consumidores cuyas necesidades se desea cubrir (mercado-meta) se logra creando subgrupos homogéneos por medio de determinadas variables (edad, sexo, etcétera). Conviene no tratar de segmentar el mercado con más de tres variables de todos los grupos, porque se complica el proceso (p.e. para los destinatarios de un programa de apoyo social para el adulto mayor con mayores requerimientos sociales utilice: edad, ubicación geográfica y situación de abandono).

Hay ocasiones en que la segmentación del mercado no es aconsejable, como el hacer investigación para determinar la situación del mercado en caso de que éste sea muy pequeño, o cuando el único objetivo interesante del mercado lo constituyan pocos clientes o usuarios “fuertes” en relación a la proporción del volumen de ventas, y cuando la marca o empresa de salud que se esté estudiando sea la que domine el mercado, tal investigación resultaría inútil y significaría un derroche económico (Naghi-Namakforoosh, 1985).

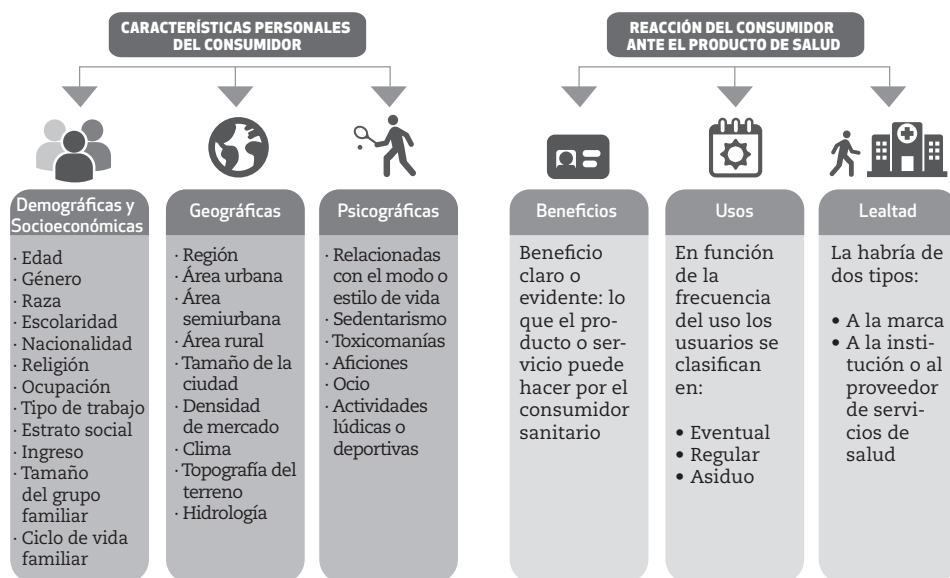


Figura 10. Búsqueda de bases relevantes para la segmentación

El proceso de segmentación inicia identificando el **mercado potencial** (la suma de todos los consumidores que adquieren los productos o pueden hacer uso de los servicios actualmente o en lo futuro). Posteriormente, se identifica el **mercado real** o **mercado propio** (los consumidores o usuarios de nuestros productos y/o servicios que ya ofertemos). Finalmente, se determina el **mercado meta** (población objetivo o destinatarios de los programas sociales de salud a quienes deseamos llegar). Aquí conviene definir la **capacidad productiva de los servicios**, dado que muchas veces el mercado meta es igual a la capacidad que se tenga de generar productos

y/o servicios (p.e. si la capacidad productiva de una unidad quirúrgica es la de realizar 600 cirugías anuales, su mercado meta será igual número de pacientes).

El **mercado meta** puede ser **simple** cuando se trate de una sola población objetivo con un determinado *marketing mix*, o bien tratarse de un **mercado meta combinado**, si se tratara de varias poblaciones objetivo, cada una con un *marketing mix* diferente (p.e. en un mercado meta simple, los esfuerzos mercadológicos se dirigen a una sola población objetivo homogénea; tal es el caso de las acciones para evitar embarazos no deseados en mujeres adolescentes con vida sexual activa, por medio de métodos temporales; sería un mercado meta combinado, si la misma institución de salud también ofertara métodos definitivos para evitar embarazos no deseados a mujeres con paridad satisfecha y centrara sus acciones a la atención de ambos grupos de mujeres u otros más).

Los programas sociales de salud pueden utilizar estrategias diferenciales de captación y seguimiento en algunos segmentos poblacionales para ser efectivos en sus propósitos (Figura 11). Si tomáramos como base el programa de planificación familiar (P.F.) para ejemplificar cada una de las estrategias, hablaríamos de una **estrategia indiferenciada**. Si las acciones del programa se orientaran a toda la población en edad reproductiva de ambos sexos, sin importancia del método anticonceptivo; es decir, habría múltiples opciones, empleándose métodos temporales, ya sean mecánicos u obstructivos, hasta hormonales o bien acciones definitivas. Una **estrategia diferenciada** se aplicaría a subsegmentos de población en edad reproductiva en concordancia con el tipo de método (p.e. en personas con paridad satisfecha podrían usarse métodos definitivos, como vasectomía o salpingoclasia). Una **estrategia concentrada** de P.F. se abocaría a un sexo en concreto, a una edad o subgrupo etario determinado y a un método específico (p.e. en mujeres de 25 a 35 años, que ya cuentan con hijos y que desean espaciar el número de ellos, podría recomendárseles la colocación de un dispositivo intrauterino). También una estrategia concentrada se realiza cuando se tiene identificado el segmento donde se lograría un mayor impacto, pero sobre todo cuando no se cuenta con suficientes recursos económicos para hacer la oferta de todos los servicios a la población.

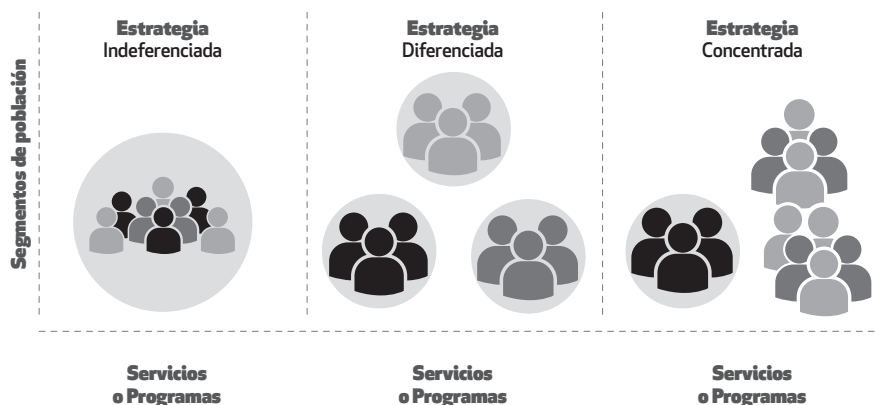


Figura 11. Tipos de estrategias según grupos poblacionales

3.5. Conceptos básicos para la competitividad

El sector salud mundial está experimentando una serie de cambios acelerados en su organización. Al respecto, son cada vez más evidentes los modelos de competencia estructurada generados por las reformas a los sistemas de salud de diversos países. Es decir, esquemas de organización de la atención a la salud que promueven la competitividad entre prestadores de servicios de salud para que, con ello, se incentive una mayor calidad y eficiencia. Asimismo, resultan notorias las nuevas modalidades de atención médica (*Home Care, Medical Group, telemedicina, etcétera*), el desarrollo del mercado de los seguros médicos y el crecimiento de las franquicias tanto en hospitales como en el primer nivel de atención, y el hecho de que las instituciones estatales de de salud sean ahora vistas como empresas productoras que requieren de un manejo empresarial para el logro de sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad, que las orienta a la satisfacción del cliente para ser competitivas.

A continuación se exponen cuatro conceptos básicos de mercadotecnia que favorecen la competitividad de las organizaciones sanitarias, independientemente de que sean éstas públicas o privadas, y que son de vital importancia para la identificación y mejor prestación de los servicios a los ojos de los usuarios.

A. Diferenciación

Se entiende por diferenciación el hecho de otorgarle un carácter distintivo a un producto o servicio de salud que lo haga distanciarse de su competidor; para ello, se requiere de un “rasgo diferenciador”. La principal diferencia o ventaja competitiva de los productos de salud debe darse a partir de su calidad.

De acuerdo con Levionnois (1987), estamos en la era de la estrategia de la diferenciación: *“ganar hoy es distanciarse, marcar el paso, ahondar la diferencia en relación con la competencia y manejar y optimizar los recursos y el potencial humano de la empresa”*.

En general las empresas de servicios consiguen su ventaja competitiva en razón de una prestación rápida, esmerada y confiable. Si hubiera empresas proveedoras de salud que intentasen ofrecer sus servicios al mismo segmento de mercado, cada una debería intentar diferenciarse de las demás para que pueda ser reconocida y preferida.

La diferenciación de los servicios sanitarios está muy relacionada con los aspectos de calidad.⁴² Si se tratara de una clínica médica, la diferenciación puede hacerse no tan solo en los aspectos de la calidad técnica (p.e. incorporación de nuevas tecnologías), sino también en el tratamiento interpersonal o de calidad humana (p.e. trato personalizado), y en lo que Donabedian llama amenidades, y que hacen referencia al ambiente físico de la atención (p.e. comodidades).

La creación de una actitud de máxima sensibilización hacia el cliente, por parte de cualquier servicio de salud, implica una intención a diferenciarse: *“Un centro de salud “X” no será diferente de otro ambulatorio si sus posibles usuarios no lo aprecian así”* (March Cerda, 1994). La orientación de la organización sanitaria hacia una actitud más sensible conlleva

⁴² Avedis Donabedian, de origen armenio, durante muchos años profesor de la Universidad de Harvard, estableció las tres ya clásicas dimensiones de la calidad de la atención médica: La **calidad técnica** (componente técnico de la calidad) consiste en la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas de una manera que rinda el máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La dimensión técnica consiste en seguir la mejor estrategia en la atención que la ciencia actual hace posible. La **calidad humana** (tratamiento interpersonal o calidad relacional) es el aspecto subjetivo que se refiere al trato recibido por los pacientes y en la que se debe lograr la mayor satisfacción posible del usuario respetando su autonomía y preferencias. Las **amenidades** (comodidades o ambiente físico de la atención médica) son todas aquellas características del lugar de la prestación de los servicios que hacen la atención conveniente, confortable, agradable, privada y, hasta cierto punto, deseable.

a la formación de los profesionales en estrecha comunicación con los usuarios, escuchar a los clientes (externos e internos), estar atentos a las demandas, proporcionar el mejor servicio, cambiar lo que funciona mal, pensar cómo mejorar y buscar la “perfección”, así como generar nuevos productos, si es necesario, o adicionar al servicio pequeñas ventajas competitivas. En el caso de los servicios médicos, aspectos relacionados con la empatía, la cortesía, el trato digno y personalizado no son costosos y establecen una diferenciación altamente percibida por los usuarios (p.e. es común que las madres, al llevar a sus hijos al pediatra, efectúen comentarios sobre el rendimiento escolar y el comportamiento de sus hijos; tome nota de ellos y, al inicio de cada una nueva consulta, comente sobre los avances que ellos han registrado. Esto, sin duda, impacta a los padres, porque sienten que el facultativo distingue claramente a cada uno de los infantes y demuestra con sus comentarios un interés real por sus hijos, que va más allá de las cuestiones puramente médicas).

Con relación a productos tangibles como las prótesis ortopédicas, las empresas pueden diferenciarlos a partir de atributos tales como la consistencia, resistencia, durabilidad o la posibilidad de repararlos y, en el caso de los fármacos, con base en el precio, disponibilidad y efectividad.

Corella (1998) ha apuntado que en los servicios de salud la diferenciación ya va marcada en conjunto por el nivel asistencial al que pertenece una institución (que se traduce en la disponibilidad de técnicas más o menos sofisticadas y posibilidad de oferta) pero que el principal medio de marcar una diferencia reside en la forma en que se presta el servicio y en la imagen de la organización.

En cuanto a la forma en que se presta el servicio, la diferenciación puede lograrse de tres maneras: a través de las personas (trato personalizado), a través del medio físico (ambientación) y a través del proceso productivo (prestación técnica del servicio).

Si bien muchas de las características innovadoras que efectúen los servicios de salud en aras de la diferenciación pueden ser fácilmente copiadas por los competidores, lo importante para cualquier organización sanitaria es crear una sucesión de ventajas competitivas que afiancen su reputación de “ofrecer a sus clientes lo mejor”.

B. Posicionamiento

El concepto de posicionamiento proviene del lenguaje publicitario derivado de “posición”, que en la jerga militar significa “punto fortificado”. El término implica hacer lo necesario para que un producto o servicio de salud ocupe un lugar claro, distinto y positivo en relación con sus competidores en la mente de los consumidores meta.

Posicionar un producto es “construirle una personalidad”. Cuando se posiciona un producto se coloca de cierta manera en la mente del consumidor. Su enfoque principal no radica en crear algo nuevo o diferente, sino manipular lo que ya se encuentra en la mente, revincular las posiciones que ya existen en la misma. Para impactar en la mente del público, se tiene que partir de lo que ya hay en ella (p.e. todos los servicios de salud se posicionan con base en la idea preconcebida de que son necesarios para la pronta recuperación de la salud, que los profesionales sanitarios son las personas idóneas para brindar dicha atención, por su formación y conocimiento del proceso salud-enfermedad).

El posicionamiento de un producto es la manera en que los consumidores definen un producto a partir de sus atributos importantes; es decir, el lugar que ocupa el producto en la mente de los clientes con relación a los productos de la competencia (Kotler, 1996). Los consumidores organizan los productos en categorías; es decir, “posicionan” los productos sanitarios y las instituciones proveedoras en un lugar de su mente.

En el caso particular de México, las instituciones de la seguridad social y las de la Secretaría de Salud están fuertemente posicionadas como ineficientes. Generalmente son catalogadas como poco oportunas, altamente burocratizadas y con deficiente calidad humana en su prestación (aspecto detectado en la Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud de 1994 y que continúa siendo evidenciado). Es frecuente escuchar comentarios como los siguientes: “ir a los servicios de la seguridad social es perder tiempo”, “prefiero pagar a tener que ver malas caras”, “siempre me dan los mismos medicamentos”, “te tratan como si fueras a pedir limosna” etc. (Bronfman et al., 1997; Priego-Álvarez, 1997). Por otra parte, los servicios privados tienden a ser sobrestimados

con relación a los servicios públicos, ya que suelen ser calificados como mejores y con un mejor trato en la atención.

La posición de un producto depende de la compleja serie de percepciones, impresiones y sentimientos que tienen los consumidores en cuanto al producto y en comparación con los productos de la competencia. Los consumidores posicionan los productos con o sin ayuda de los mercadólogos, y he ahí que la imagen (*a priori*) y la opinión (*a posteriori*) que se tenga o se emita sobre un determinado servicio de salud resulte fundamental para cualquier organización sanitaria que desee ser efectiva en sus propósitos.⁴³

En una estrategia de posicionamiento, lo primero que hay que hacer es interrogarse acerca de cuál es el posicionamiento inicial; es decir, qué es lo que el público piensa del producto sanitario que se piensa lanzar o reposicionar.⁴⁴ Para ello, conviene utilizar técnicas específicas para sondear la mente del público. La investigación debe conducir al descubrimiento del concepto que está inserto en la mente del consumidor sanitario con relación a un determinado servicio, marca o especialidad: ¿Qué piensan los pacientes de un protocolo de atención acerca de sus técnicas, conductas, equipo o prestigio? ¿Qué opina el público de los centros geriátricos? ¿Aceptan el aborto y la esterilización definitiva? La mejor forma de penetrar en la mente de un usuario es impactando primero y que se le recuerde como tal (Ruiz, 1990). En términos de posicionamiento, la originalidad o la innovación ofrecida son más recordadas. Tal es el caso de Dr. Christian Bernard, que por hacer el primer trasplante de corazón será recordado mucho más que la mayor parte de

⁴³ Priego-Álvarez (2000), en una investigación observacional descriptiva transversal sobre la calidad percibida de los servicios médicos en el estado mexicano de Tabasco, consideró que la **imagen** era la percepción **a priori**, es decir, una impresión valorativa dada por la población sin haber hecho uso de la atención médica, y que la **opinión** era la percepción **a posteriori**, esto es, la emisión de un juicio posterior a la utilización de un servicio de salud. En sus conclusiones, determinó que la imagen de los servicios médicos privados tiende a ser sobrestimada por la población. Generalmente son percibidos como una opción que promete mayor satisfacción que los servicios públicos disponibles, inspiraban mayor confianza y se les caracterizaba por una mayor oportunidad en la atención. Pero esta sobrestimación puede entenderse a través del nivel de confianza que inspiran, puesto que para quienes verdaderamente los utilizaban (estratos medio alto y alto) no resultó tan alta como cabría esperarse. Los clientes de los servicios privados son más exigentes en su atención, dado que tienen un nivel de información mayor y cuentan con un poder adquisitivo que les respalda.

⁴⁴ Si el posicionamiento de un producto o de un servicio de salud es negativo, se requiere efectuar un reposicionamiento para cambiar esa mala impresión en el consumidor.

los cardiocirujanos que le sucedieron. Mas no siempre es posible llegar primero, y en medicina, innovar lleva tiempo, esfuerzo y trabajo colectivo.

En un plan de posicionamiento, conviene tener en cuenta algunas consideraciones (Ries y Trout, 1982). La primera, que toda la estrategia básica de posicionamiento debe ser permanente, salvo que cambien significativamente las condiciones del contexto. La segunda, saber que normalmente alcanzar la cumbre suele llevar cierto tiempo, pero el camino inverso puede ser mucho más rápido cuando no se actúa con rapidez (respondiendo dinámicamente a cada concepto nuevo de los competidores, sin tomarse mucho tiempo para verificar si funciona o no) y con flexibilidad. Y la tercera, no confundir el éxito alcanzado con algún producto o servicio, en el sentido de creer que el mismo deriva de la fortaleza de la organización y no que ésta deriva de él.

C. Imagen de marca

La imagen de marca se refiere a todas aquellas cuestiones que confieren una personalidad al producto sanitario; es decir, permiten su identificación. Se personaliza un servicio de salud por medio de colores, logotipo, eslogan, distribución espacial, e instalaciones en general.

El nombre que identifica un determinado servicio es su marca (p.e. Centro Médico Nacional Siglo XXI). En el caso concreto de un sistema de salud, hablaríamos de una **imagen institucional**, lo que añadiríamos como un apellido al ejemplo anterior: Centro Médico Nacional Siglo XXI del I.M.S.S. (Instituto Mexicano del Seguro Social).

De acuerdo con Lamata et al. (1994:96) “la imagen de marca ‘traduce’, hace visible la imagen corporativa que impregna a toda la organización. La imagen corporativa, traduce a su vez la ‘fuerza’ de la organización”. Al respecto, vale señalar que conviene invertir en marca, siempre y cuando la institución tenga un posicionamiento positivo en la población y sus servicios sean altamente diferenciados por su calidad. Entonces, la imagen de marca se convierte en un elemento más que da solidez a la organización, en un símbolo con valor de cohesión.

Muchas veces existe la disyuntiva, en las grandes organizaciones sanitarias, de si es conveniente reforzar la imagen global de la institución o desarrollar una marca para diferentes centros, unidades o programas. Para ello, habría que preguntarse qué es lo que más interesa comunicar a los usuarios y al propio personal.

Lamata et al apuntan que en el sector sanitario español, la gente identifica a su centro de atención primaria como parte de un sistema de salud. En el contexto mexicano, podría decirse que la población identifica a los centros de salud como parte de la Secretaría de Salud y las unidades médicas familiares como integrantes del I.M.S.S. En este caso, es razonable reforzar la imagen de marca de la “corporación” sanitaria o de la entidad gestora privada de la que se trate.

En el caso de los hospitales, la imagen propia es más poderosa y tiene una visibilidad mayor. En América Latina, muchos de ellos ya existían previamente a la creación de los sistemas nacionales de salud. Tal es el caso de los antiguos hospitales civiles, que posteriormente se incorporaron a la red de servicios de los ministerios de salud y cuya tradición fomenta un fuerte posicionamiento en los ciudadanos. En estos casos, se aconseja reforzar su imagen de marca (su nombre tradicional), sin perder por ello el conjunto de la institución a la que pertenece (p.e. Hospital General, Hospital Juárez, Hospital de Jesús, etc.); e inclusive en los hospitales del sector privado (p.e. la serie de Hospitales Angeles), o los de la seguridad social (p.e. Hospital 20 de Noviembre, del I.S.S.S.T.E., Centro Médico La Raza del I.M.S.S., etc.).

D. Merchandising

Este término hace referencia a la venta al menudeo (compra y venta de mercancía, incluidas exhibiciones, promociones, fijación de precios y compra) y a la manufactura (actividad que se requiere en el intento de hacer un producto interesante para los compradores, empaquetados, promoción, arreglos de fijación de precios, etc).

Existe una tendencia a castellanizar este anglicismo como “mercadeo”, pero puede prestarse a confusión, dado que en algunos países

sudamericanos, mercadeo es el equivalente en español de *marketing*, por lo que los autores que así lo emplean suelen poner entre paréntesis la palabra en inglés.

En el sector salud se usa el *merchandising* al emplear carteles, folletos o monitores con videos adecuados en salas de espera y hospitalización, para difundir un programa determinado o un consejo sanitario. También se utilizan periódicos o revistas de la propia institución, dirigidos fundamentalmente a los clientes externos (usuarios) e internos (personal sanitario). Una aplicación de este concepto al área hospitalaria consiste en las guías de utilización de servicios, los folletos de bienvenida al hospital, etcétera.

Los laboratorios utilizan con mucha frecuencia las “muestras” de medicamentos o de algún producto. Otras empresas dejan una “exposición permanente” de productos, como prótesis u otro tipo de material, para que sea utilizado pagando sólo lo que se consuma. En electromedicina, se dejan aparatos “a prueba”, que, por otra parte, pueden consumir productos complementarios (reactivos, placas, etc.), y que crean una cierta dependencia o confianza que orientará hacia la compra posterior.

Consideraciones trascendentales

Si bien resulta importante que una empresa vigile a la competencia muy de cerca, no es conveniente para las organizaciones sanitarias convertirse en empresas centradas en la competencia (aquellas cuyos movimientos se basan principalmente en las acciones y reacciones de los competidores), porque, en su aspecto negativo, hacen que el organismo social se vuelva demasiado reactivo.

Por otra parte, si se es una empresa centrada en los clientes (la que diseña sus estrategias tomando como punto focal las circunstancias de los consumidores) puede detectar oportunidades nuevas, armas estrategias con sentido a largo plazo, detectando oportunamente las necesidades emergentes que merezcan mayor atención, dados sus objetivos y recursos.

En la práctica, las empresas de hoy deben ser empresas centradas en el mercado (Kotler, 1996). Es decir, que estén atentas tanto a los clientes

como a los competidores, sin dejar que el hecho de observar a la competencia distorsione su enfoque hacia los clientes. En este contexto, las organizaciones sanitarias vigilan cada vez más los cambios del entorno, tratando de ser altamente rentables y procurando desarrollar nichos de mercados en los que logren satisfacer inteligentemente a sus consumidores.

3.6. Investigación de mercados

La investigación de mercados pretende realizar una serie de objetivos dentro de la institución sanitaria y tiene por objeto dar información acerca de las necesidades y preferencias de los consumidores, tomando en cuenta los factores demográficos, sociales y económicos de los mismos, así como los del mercado de la empresa.

Los estudios de mercado proporcionan información útil para la identificación y solución de los diversos problemas de las empresas, así como para la toma de decisiones adecuadas en el momento oportuno y preciso. Para Kotler (1991), toda investigación de mercados es un proceso que comprende cuatro etapas (Figura 12).

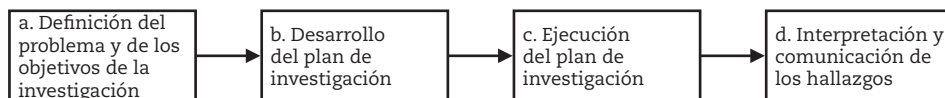


Figura 12. Proceso de investigación de mercados

a) La etapa más difícil del proceso suele ser la primera (definición del problema y los objetivos de la investigación). Un proyecto de investigación de mercado puede proponerse uno de los tres tipos de objetivos: **exploratorio** o **preliminar**, cuando se desconoce totalmente el mercado o si reúne información básica que ayude a definir mejor el problema y sugerir hipótesis. **Descriptivo** o **correlacional**, si reseñan mejor los problemas y la situación de mercadotecnia y los mercados (p.e. descripción del mercado potencial de un producto o servicio de salud, la demografía y las actitudes de los consumidores sanitarios). **Causal** o **experimental**, en el caso de que se requiera comprobar hipótesis sobre

las relaciones causa-efecto (p.e. impacto de la publicidad en el consumo de un determinado producto; variaciones en el precio o en el tipo de distribución y acceso en la utilización de servicios, etcétera).

b). Una vez realizado el planteamiento del problema, se desarrolla el *plan de la investigación* de acuerdo con la hipótesis que se tenga o desee comprobar. El plan es una propuesta escrita que señala las fuente de datos secundarias y detalla enfoques de investigación específicos, métodos de contactos, planes de muestreo e instrumentos que los investigadores utilizarán para reunir información primaria.

Muchos de los estudios que se realizan en el sector salud y que son conocidos como “diagnósticos de salud” (comunitarios) o “diagnósticos situacionales” (entorno o contexto que rodea el ámbito de acción de un hospital), son equivalentes a las investigaciones o estudios de mercado. Los estudios de salud comunitarios ofrecen una caracterización del entorno que se da en la región o área geográfica, reseñan aspectos orográficos, climáticos, históricos, culturales, políticos, económicos. Para la caracterización de la demanda sanitaria, utilizan la demografía y ofrecen un panorama epidemiológico. En la caracterización de la oferta sanitaria enfatizan los recursos, la financiación, la organización y la gestión de los mismos. Describen los patrones utilización y consumos. Diferencian las necesidades (determinadas por los expertos sanitarios como desviación de la norma) de los problemas de salud (sentidos y referidos por la población), aunque ambas son nociones conexas.⁴⁵

Corella (1998) en clara alusión a las variables de estudio en las investigaciones sobre el mercado sanitario las clasifica en cuatro grupos:

- *Variables de comportamiento* (pasado, presente o predictivo) p.e. la demanda de un determinado servicio.
- *Variables de atributo*. Miden características demográficas (edad, sexo, etcétera), socioeconómicas (ingresos, ocupación, etc.) y psicográficas (personalidad y estilos de vida).
- *Variables de actitudes / opiniones*. Miden la calidad percibida de un servicio, la imagen de una institución, etcétera.

⁴⁵ Para profundizar sobre el tema leer *La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias* de Pineault Raynald y Carole Daveluy. Barcelona: Masson, 1992.

- *Variables de motivaciones o necesidades.* Miden las necesidades de nuevos servicios, nuevos tratamientos, nuevas instalaciones, etcétera.

c). La *ejecución del plan* da paso a la investigación formal, que es en sí el seguimiento del estudio proyectado a realizar en cierto lapso. Esto implica recolectar, procesar y analizar la información. La recolección de los datos puede ser efectuada por el propio personal de la institución o empresa de salud, o bien ser llevada por personal externo. La fase de recolección de la información es, en general, la más costosa del proceso de investigación de mercados y en donde más errores se cometen.

d). Al interpretar los hallazgos, se derivan conclusiones que deben ser comunicadas por escrito. En la *presentación de los hallazgos* no se debe agobiar con cifras y técnicas estadísticas extravagantes. Más bien se deben presentar los datos más importantes y que sean útiles para la toma de decisiones. Una síntesis ejecutiva sería fundamental como presentación final de los hallazgos.

Cuestionario

1. ¿Cuáles son los factores condicionantes del consumo sanitario?
2. ¿De qué manera la legislación sanitaria interviene en la prestación de los servicios de salud?
3. ¿Qué se entiende por participación y penetración del mercado?
4. ¿En qué interviene la selección adversa y el riesgo moral para la determinación de los servicios en el mercado de los seguros médicos?
5. ¿En qué consiste el proceso de segmentación de mercados?
6. ¿Por qué el mercado meta, en determinadas ocasiones, está definido por la capacidad productiva de la institución o empresa de salud?
7. Defina los tres tipos de estrategias diferenciales de captación y seguimiento de los segmentos poblacionales en materia de salud.
8. ¿De que manera se puede lograr un posicionamiento positivo en los usuarios de los servicios y/o programas de salud?
9. ¿Cuál es la mejor manera de diferenciarse en salud?
10. Mencione las etapas de la investigación de mercados y defina en qué consiste cada una de ellas.

Capítulo 4
**Compuesto
de mercadeo**

Objetivos de aprendizaje

1. Comprender el concepto de mezcla de mercadotecnia e identificar los elementos controlables que intervienen en ella.
2. Conocer las características y el ciclo vital de los productos y servicios de salud.
3. Precisar las diferentes taxonomías de los productos / servicios de salud.
4. Entender los factores que intervienen en la fijación del precio en los productos de salud.
5. Determinar los canales y las políticas de distribución de acuerdo con la naturaleza del producto sanitario.
6. Entender el proceso de comunicación, destacando la importancia de los mensajes de salud y el papel que juega la publicidad y la promoción de ventas.
7. Identificar el pláceme como el componente de calidad y de satisfacción del consumidor sanitario.
8. Conocer los aspectos estratégicos de la mercadotecnia en salud.
9. Identificar los pasos para la elaboración de un plan de marketing.

4.1 Mezcla de mercadotecnia

La mezcla, mixtura o compuesto de mercadeo es la traducción al castellano del término inglés *marketing mix*. “Se conoce como compuesto (combinación o complejo) de mercadeo a los elementos o factores que intervienen en la función de mercadotecnia que deben ser combinados de tal forma que permita a la empresa el logro óptimo de sus objetivos de mercadeo” (Fisher Rossi 1990).

Los factores o elementos que intervienen y determinan la efectividad de la función de mercadotecnia se pueden distinguir, según sean influenciados por las decisiones que tomen los directivos, en las siguientes variables:

- *Incontrolables*: aquellos que no es posible modificar por las decisiones de los ejecutivos de mercadeo, por ejemplo: el medio ambiente social, cultural, político y económico, la competencia y la tecnología.
- *Semicontrolables*: aquellos que, en las decisiones de los ejecutivos del mercadeo, pueden ejecutar o modificar sólo hasta cierto grado, tales como: recursos humanos, materiales, financieros, técnicos y administrativos, ventajas diferenciales o competitivas, localización, prestigio, relaciones, etc.
- *Controlables*: los elementos que sí pueden modificar los ejecutivos de mercadeo por su propia iniciativa y que son los que precisamente permiten ajustar la forma a su medio ambiente para fortalecer su posición en el mercado. Estos elementos son: producto, precio, plaza o distribución y comunicación o promoción.⁴⁶

⁴⁶ El famoso esquema nemotécnico de las cuatro “P” (por sus siglas en inglés: *Product, Price, Place, Promotion*) fue elaborado por E. Jerome McCarthy en 1960.

Propiamente, el compuesto de mercadeo es un esfuerzo comercial que comprende un conjunto de decisiones que integran la estrategia que el mercadólogo sanitario –o administrador de la mercadotecnia en salud– planifica para llegar al mercadeo deseado y, específicamente, consiste en el tratamiento que se hace de las variables controlables.

El esquema descriptivo de las 4 “P” de la mercadotecnia ha resultado clásico por muchos años, y aunque se le ha complementado con diferentes P’s (como las ya mencionadas de posicionamiento y de penetración del mercado, así como la inicial de *people* –personas–) para adaptarlo a las condiciones actuales, en el caso de los servicios resulta fundamental la inclusión de una “P” que refleje la satisfacción de los usuarios. Cervantes-Aldana, profesor de posgrado de la Facultad de Contaduría y Administración de la Universidad Nacional de México, señaló en 1993 que el objetivo actual de las empresas de servicios debiera “deleitar más allá de las expectativas al cliente” y propuso una quinta “P”, de pláceme, como el componente de calidad que ubicó en el centro del compuesto de mercadeo (Figura 13).



Figura 13. Las 5 P de la mercadotecnia.

4.2 El producto sanitario

Por **producto de salud** puede entenderse tanto un objeto concreto (p.e. fármaco, vacuna, aparato ortopédico, etc.) como un servicio (consulta médica, intervención quirúrgica, educación sanitaria, etc.) que ha incorporado trabajo humano y cuyo valor de utilidad está dado por su capacidad par satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud bajo un enfoque ético y social.

Los **servicios de salud** son las actividades o procesos que efectúa el personal sanitario y cuya naturaleza profesional requiere de un *know how* especializado, una metodología reconocida y un interés ético por procurar y mantener la salud.⁴⁷

La **naturaleza de los servicios** profesionales los hace ser intangibles, inseparables, variables, perecederos; pero, sobre todo, que el tener al cliente involucrado en el proceso. Al respecto, habrá que entender que los servicios de salud tienen ciertas características propias:

- *Los servicios son más intangibles que tangibles.* No pueden ser tocados ni pueden ser fácilmente definidos, formulados o alcanzados mentalmente. Lo intangible de un proceso de atención médica dificulta su estructuración (p.e. si se cuestionara a los médicos sobre qué es o cómo debiera ser una consulta de primera vez, se darían tantas definiciones o consideraciones igual al número de ellos).
- *Los servicios son menos estandarizados y uniformes.* Los servicios se basan en personas o equipos, peso el componente humano es el que prevalece. Por esta razón es muy difícil que puedan ser producidos siempre de manera uniforme y estandarizada.

⁴⁷ Kotler et al. (2004:235), al hablar sobre el marketing de servicios profesionales, define un servicio de la siguiente manera: “es una obra, una realización o un acto que es esencialmente intangible y no resulta necesariamente en la propiedad de algo. Su creación puede o no estar relacionada con un producto físico”. Ever Gummesson (1981), uno de los primeros expertos en el modelo de servicios profesionales, enlista una serie de criterios para identificarlos: a) El servicio debería ser proporcionado por personal cualificado, ser consultivo y concentrarse en la resolución de problemas. b) El profesional debería tener una identidad, ser conocido en el mercado por sus especialidades y tener un título específico (p.e. La enfermera sería la profesional de los cuidados). c) El servicio debería ser una tarea encargada por el comprador al vendedor. d) El profesional debería ser independiente de los proveedores de otros bienes o servicios.

Cualquier acto médico es distinto de otro, independientemente de que sean los mismos actores (p.e. en una consulta de control o de seguimiento por una determinada patología, como pudiera ser la diabetes mellitus, y a pesar de que sea el mismo médico y el mismo paciente, el proceso de atención tendrá variantes distintas en su realización).

- Los servicios son *simultáneamente producidos y consumidos*. Los servicios son usualmente vendidos, después son producidos y consumidos al mismo tiempo (p.e. una mastectomía requiere que la paciente esté presente durante todo el proceso que dura la intervención quirúrgica; por consiguiente, en el desarrollo de toda cirugía se produce y se consume simultáneamente).
- Los servicios *no pueden ser acumulables*. No hay posibilidad de que el servicio pueda ser almacenado para la venta o consumo futuro (p.e. en una intervención quirúrgica, generalmente se requiere que el proceso se lleve a cabo de forma íntegra; no es posible reservar la extirpación de un tumor, el afrontamiento de planos o de la sutura para un segundo momento quirúrgico).
- *En general, no pueden ser protegidos por patentes*. Los servicios son fácilmente copiados y raramente pueden ser protegidos por patentes. A diferencia de los productos tangibles (p.e. medicamentos) donde si se cuenta con la exclusividad de la patente, en un servicio o proceso de atención no existe la exclusividad, ya que éstos son difundidos e imitados (p.e. en una técnica quirúrgica, lo más que se puede tener es el nombre de quien la desarrolló inicialmente). Por eso es importante que el servicio disfrute de una buena “imagen de marca”, diferenciándose estratégicamente de los similares.
- *Es difícil establecer su precio*. Como el servicio se apoya en el trabajo humano, y se actúa también sobre humanos, los costos de producción varían puesto que son estipulados subjetivamente por quien los produce. En los servicios de salud somos humanos trabajando sobre humanos en cuestiones relativas a vida y muerte. Para el paciente o sus familiares es difícil establecer el precio a pagar por la recuperación de la salud; acaso no escuchamos a diario expresiones como ésta: “Sálvele doctor, cueste lo que cueste”. Y para el médico o cualquier profesional de la salud, la

autopercepción del pago a su trabajo suele estar por debajo de su inversión y méritos profesionales: “lo que me pagan aquí (aludiendo a una institución de seguridad social) no es realmente lo que mereciera”; “en balde tantos años de estudio y de esfuerzo por mantenerme actualizado”; “como explotan mi trabajo...”

Ciclo de vida de productos de salud

Los productos y/o servicios de salud tienen un **ciclo de vida** (*curva de familiaridad de los servicios*)⁴⁸² que representa la trayectoria de su concepción, desarrollo y obsolescencia, analizado a través de sus ventas, usos y utilidades durante su existencia. La noción de un ciclo vital (Figura 14) apareció en la década del 50 y describe la evolución del volumen del producto o servicio en función, hasta el momento en que se retira del mercado:

1°. *De desarrollo o gestación.*

Es la etapa previa al nacimiento del producto o servicio de salud en el mercado. Comprende desde la idea hasta la prueba preliminar por los consumidores. Las técnicas quirúrgicas se prueban previamente en estudios de casos y controles, y la efectividad terapéutica de los fármacos se analizan previamente en animales de laboratorio.

2°. *Introducción o lanzamiento.*

Cuando un producto de salud ha pasado con éxito la etapa anterior, está listo para ser lanzado al mercado. Durante la introducción de un producto sanitario los competidores son pocos o nulos, el foco estratégico se centra en la ampliación del mercado y se enfatiza el conocimiento del producto en los consumidores y en los proveedores de servicios. En el caso de la salud, esto se da más en el personal médico, que es quien realizan la prescripción y determinan las órdenes para la atención médica. En este último aspecto, las políticas de comunicación (promoción y publicidad) juegan un papel primordial. En el caso de nuevos fármacos, se difunden sus ventajas terapéuticas en revistas científicas y eventos médicos, y

⁴⁸ El concepto denominado “curva de familiaridad” es utilizado por Adolfo L. Ruiz (1990) y descrito como el grado de conocimiento o culturización que el usuario tiene con el servicio, luego de un periodo variable de introducción. Prever ese momento –señala Ruiz- puede ser de gran ventaja para revisar políticas de precios y de comunicaciones o para la introducción de innovaciones o nuevos servicios

las nuevas técnicas quirúrgicas se presentan en congresos médicos y se divulgan en textos.

3°. *Crecimiento o aceptación.*

Período durante el cual el uso y las ventas de un producto sanitario aumentan uniformemente. La oportunidad de obtener beneficios atrae a nuevos competidores. Las compañías utilizan diferentes estrategias para sostener ese crecimiento rápido tanto como sea posible, se mejora la penetración del mercado y se abren nuevos canales de distribución; la publicidad pasa de dar a conocer el producto o servicio a convencer al público para que lo adquiera o haga uso de él.

4°. *Madurez.*

Durante la etapa de madurez, las ventas se mantienen a un nivel estable. Existen muchos rivales y se procura defender la participación en el mercado. Normalmente esta fase es más larga que las anteriores, y el reto que plantea su permanencia es muy alto. Para ello, es fundamental realizar, investigaciones y evaluaciones profundas que permitan el mantenimiento del producto. Una buena ofensiva es mejor que la defensa, y eso implica modificar el producto y la mezcla de mercadotecnia.

5°. *Declive u obsolescencia.*

Etapa del ciclo de vida del producto sanitario durante la cual disminuyen las ventas del mismo, debido a una baja en la demanda de los consumidores, por ser ya obsoletos en relación a sus deseos, preferencias o necesidades, o por la introducción de sustitutos (productos o servicios nuevos).

6°. *Elongación.*

El declive puede evitarse si se encuentra que el producto satisface nuevos usos y se promueve entre sus clientes (p.e. la aspirina o ácido acetil salicílico ha alargado su permanencia en el mercado por su aplicación en la reducción del riesgo de ataques isquémicos transitorios por émbolos de plaquetas y, en la reducción del riesgo de muerte y/o infarto de miocardio en pacientes con infarto previo o angina inestable).

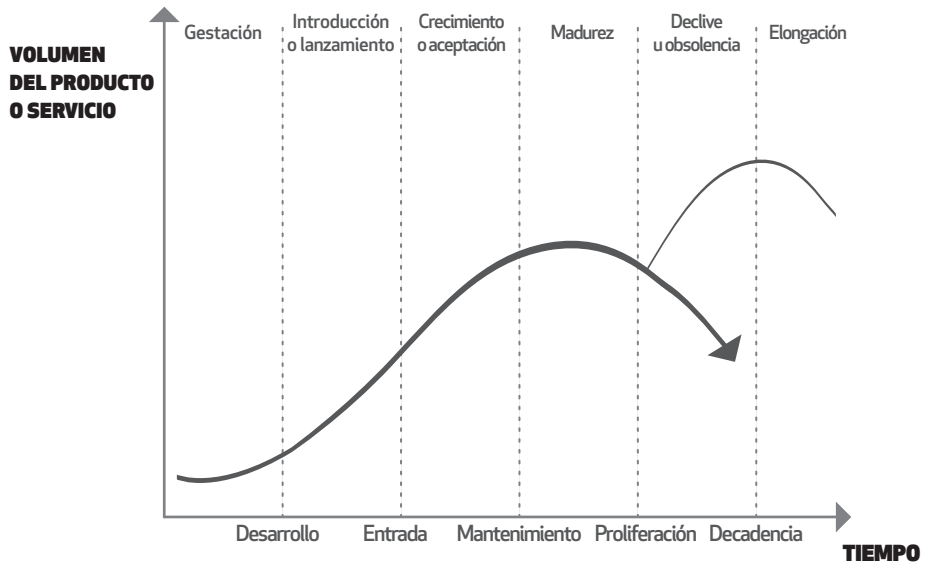


Figura 14. Ciclo vital del producto sanitario

En la **permanencia o alargamiento del ciclo vital** son posibles otras divisiones. Por ejemplo, el ciclo de vida del producto se puede prolongar gracias a acciones apropiadas de mercadotecnia, lo cual da origen a una etapa suplementaria, entre el crecimiento y el declive, conocida como la etapa de proliferación (Guérin et al. 1992).

En realidad, la permanencia o alargamiento del ciclo de vida del producto sanitario depende de la calidad que el producto tiene como satisfactor de la necesidad. Lo normal en salud es que los productos tengan ciclos de vida cortos, por los cambios rápidos en la tecnología (p.e. fármacos, reactivos de laboratorio). A veces es mejor no invertir en compra de equipo, sino subrogar estos servicios para no incurrir en la amortización del equipo, ya que la tecnología médica es cambiante.

La teoría del ciclo de vida del producto o servicio se debe complementar con la teoría de la dinámica del mercado (Naghi-Namakforoosh 1985:73). La *teoría general de la evolución del mercado* sostiene que los nuevos mercados

cristalizan con el reconocimiento de unas necesidades existentes. Cada producto individualmente considerado representa sólo una historia limitada acerca de las oportunidades y evolución del mercado.

Otros vínculos teóricos se han dado entre el ciclo de vida del producto y los recursos humanos. Los relacionados con la evolución de los empleados o tipo de gerentes (Kelleher y Cotter, 1982), con las actividades, programas o sistemas de recursos humanos (Smith, 1982), y la actividad de remuneración (Elling, 1981, Elling 1983⁴⁹)

Taxonomía de servicios de salud

Una vez caracterizados los servicios de salud, resulta importante su clasificación para su entendimiento y aplicación. Una primera distracción, más que clasificación, surge al considerar cualquier servicio desde un doble ángulo: desde la perspectiva del prestador u oferente y la del usuario o prestatario (**clasificación descriptiva**). Obviamente, la percepción del servicio dependerá de la valoración y de la óptica de quien la mire.

Otra taxonomía (**clasificación operativa o por grado de pureza**) se daría con base en el sistema de operación: puros, mixtos y quasi-industriales (Thomas 1978). Los servicios de salud tienden a ser “puros” porque el servicio es la entidad primaria que se vende u ofrece (p.e. la atención médica y los cuidados de enfermería son puros, dado que la prestación de los mismos son en sí los servicios). En los servicios mixtos, aparte de lo intangible de la atención, se complementa con un objeto tangible (p.e. si al practicar una profilaxis dental el odontólogo la complementa con una dotación de pastillas reveladoras de placa dentobacteriana y de un cepillo e hilo dental). Los servicios quasi-industriales apoyan a la prestación del servicio, pero no lo efectúan directamente (p.e. el abastecimiento de los insumos y gases para los hospitales, la entrega de verduras precocidas para los servicios de restauración colectiva, y algunos “outsourcing”, como el control de la agendación de citas por vía telefónica que tienen algunas instituciones de seguridad social, como el ISSSTE en México).

Una tercera ordenación (**clasificación por grado de extensión de contacto**) estaría basada en el grado de contacto con el usuario: bajo y alto (Chase

⁴⁹ Citados por Guérin , Wils y Le Louarn (1992:19-21).

1978). En salud, generalmente se tiene un alto contacto y una gran extensión de él, dado que el porcentaje de tiempo que el cliente debe estar presente en relación al total de la prestación del servicio sanitario es elevado. La atención odontológica y las intervenciones quirúrgicas mantienen un contacto directo entre los principales actores del proceso de atención médica (odontólogo-paciente, cirujano-enfermo) y con un alto grado de extensión de contacto; es decir, se requiere que el paciente permanezca durante todo el proceso de prestación del servicio, ya que la realización del mismo se hace sobre su cuerpo. Por el contrario, hay otros servicios de salud en los que no necesariamente se da un contacto directo entre prestadores y usuarios, y en el que el grado de extensión de contacto es nulo (p.e. en el caso de una biometría hemática, si la toma de la muestra sanguínea no es tomada por el personal de laboratorio y sólo le es llevada la misma, no existe contacto entre actores; al igual que no se requiere que el paciente esté presente en el laboratorio de análisis clínicos durante todo el análisis).

Una nueva consideración de servicios (**clasificación por grado de actividad**) se basa en el grado de actividad personal o de maquinaria que los hacen posibles (Thomas 1978, Ruiz 1990). Al respecto, habría que considerar que, si bien los servicios de salud mayoritariamente están basados en personas en contacto directo con los clientes, los “maquiservicios” (aquellos en los que se sustituye la labor humana por maquinaria o equipos médicos) poco a poco van teniendo una mayor presencia por las innovaciones tecnológicas. Ejemplos concretos son las unidades de cuidado intensivo, en donde los nuevos equipos realizan el monitoreo de signos vitales y de otras actividades que antes eran llevadas a cabo por personal médico y paramédico. La robótica, en los últimos años, ha tenido un desarrollo espectacular en el campo de la medicina, complementando la atención médica con suma precisión y permitiendo el desarrollo de otras actividades.⁵⁰

⁵⁰ Erika Beras, reportera del *The Miami Herald*, publicó el 11 de febrero del 2008 una nota: “Robot doctor-revoluciona la medicina” (<http://www.elnuevoherald.com/167/story/157818html>). Para la nota completa consulte el Anexo (p. 185).

Lamata *et al.* (1994) clasifican los **productos de salud según su contenido** (Figura 15): en productos sanitarios básicos y colaterales.⁵¹ Con relación a su *complejidad*, en simples y complejos. Y de acuerdo con el *método de pago* o *financiación*, en múltiples variantes que van desde el pago directo hasta la cobertura por aseguranza. Sin embargo, dados los nuevos productos y/o servicios de salud que ofrecen proveedores no públicos relacionados con la calidad de vida, estas taxonomías son poco funcionales. Por eso sería conveniente agregar a la clasificación basada en el contenido una nueva categoría denominada “producto sanitario accesorio”.

Deberá entenderse como producto sanitario accesorio a todo aquél producto y servicio que se oferta en el mercado vinculado comercialmente con salud. Entre ellos entrarían una amplia gama: nutricionales, vitamínicos, de acondicionamiento físico, estéticos, etc. (Figura 15).



Figura 15. Productos sanitarios según contenido

⁵¹ Por **producto sanitario básico** se entiende la actuación simple o compleja capaz de prevenir, reparar o aliviar el deterioro del estado de salud del individuo, considerado aisladamente o en comunidad. Comprendería acciones médicas preventivas, curativas y rehabilitadoras. El **producto sanitario colateral** comprende otro tipo de actividades, tales como la información sanitaria, la investigación clínica retrospectiva, investigación prospectiva y la formación de profesionales de la salud.

Desde el **punto de vista de la oferta**, otra clasificación aplicable a los servicios de salud es la propuesta por Chias (1990). Los servicios pueden ser *básicos* (si, a los ojos del cliente, se caracterizan de forma más clara y completa lo que busca), *periféricos* (los que el cliente puede comprar como consecuencia de su presencia en la empresa que tiene el servicio base y que no podría utilizar si no fuera usuario del servicio de base. Aunque existen servicios de *base-derivados*, que son servicios periféricos, pero que no es necesario hacer uso de los mismos) y, *complementarios* (aquellos que se suman a la oferta de básicos periféricos y de base-derivados para complementarla y diferenciarla de los competidores).

De acuerdo con estas categorías, y tomando como unidad de análisis un hospital, un servicio básico sería el propio internamiento hospitalario o una intervención quirúrgica. Servicios periféricos serían los prestados por el departamento de rayos X y el laboratorio de análisis clínicos. Aunque estos últimos también proporcionarían servicios de base derivados si los pacientes procedieran de la consulta externa. Los servicios complementarios nosocomiales estarían relacionados con el ambiente físico de la atención, confort o amenidades (p.e. servicio de florería, capilla religiosa, áreas lúdicas en un hospital pediátrico, etc.).

Respecto a los servicios complementarios, se ha apuntado que, a mediano plazo, se convierten más en un costo añadido que en un incentivo, ya que la copia por parte de los competidores elimina esta diferenciación y efecto de la complementariedad.

Bajo la **perspectiva de la demanda** (cliente-usuario), Chias señala que “los servicios son para el cliente un conjunto de utilidades funcionales, simbólicas y vivenciales”.

Son *utilidades funcionales* aquellas que se obtienen por la finalidad intrínseca a satisfacer por el servicio (p.e. la atención quirúrgica como medida terapéutica resolutive en una apendicitis).

Las *utilidades simbólicas* son las relacionadas con el valor psicológico que para uno mismo tiene el uso y/o con el valor social que tiene frente a grupos de referencia del usuario. Ser reconocidos por nombre y apellidos

y no por el número de cama de hospital es una utilidad simbólica, al igual que no sería lo mismo, para determinados estratos altos de la población, ser atendidos en los centros médicos de Houston que en los centros privados de México. Los famosos “*check up*” médicos que se efectúan en esta ciudad norteamericana representan una cuestión de estatus.

En las *utilidades vivenciales* es donde el consumidor encuentra el valor de su participación en la producción y consumo del servicio, experimentando algo que sólo el usuario obtiene, no así el cliente no usuario. La manera en que se proporciona el diagnóstico y pronóstico de una determinada patología, así como la instauración del plan terapéutico, es una utilidad vivencial para el enfermo.

4.3 Fijación de precios

Precio es la cantidad de dinero que se cobra por un producto sanitario o la suma de valores que el consumidor intercambia por el beneficio de tener o usar un producto o servicio de salud.

El precio no sólo son los costos monetarios, sino que también indica al cliente la calidad del producto o servicio y la satisfacción que puede esperar de él.

La **fijación de los precios** es una de las decisiones más importantes de las empresas de salud y requiere de suma atención, debido a que los precios están en constante cambio y les afectan, independientemente del tamaño de la organización. Algunos factores, tales como el costo, la competencia, la oferta y la demanda, deben ser tomados en cuenta.

Los costos sirven de guía para determinar los productos más rentables, tanto en términos de utilidad económica como social, dependiendo de la orientación de la empresa y los gastos en que se puede incurrir sin afectar los beneficios.

En términos monetarios, las empresas de salud privadas procuran maximizar sus utilidades, en tanto que las instituciones sanitarias públicas buscan minimizar sus costos.

Los costos pueden ser identificados en formas diversas:

1. *Si se relaciona básicamente con lo evaluado.*
 - Costos directos. Son todos los costos de materiales y trabajos incluidos en la producción de un producto fácilmente identificables con él.
 - Costos indirectos. Son los gastos que no pueden ser rápidamente asociados con el producto (p.e. depreciaciones, papelería, energía, etc.).
2. *Según la duración del beneficio del costo.*
 - Costos de inversión. Se dan a largo plazo, como los edificios, maquinaria, sistemas, etc.
 - Costos de operación. Son los gastos que se originan por la administración de la empresa (p.e. inventarios, seguros, etc.).
 - Costos de distribución. Los que tienen origen en la distribución física de los productos (p.e. fletes, almacenaje, publicidad, etc.).
3. *En base al monto de las operaciones.*
 - Costos fijos. Son los costos necesarios al inicio de las operaciones de una empresa y que se mantienen constantes en los diferentes niveles de producción a corto y mediano plazos (p.e. salarios, alquileres, intereses, etc.).
 - Costos variables. Son los que dependen del volumen de producción (p.e. inventarios).
4. *Desde el punto de vista económico.*
 - Costo promedio total. Son aquellos que resultan de producir una unidad de producto por cada nivel de producción.
 - Costos marginales. Gastos adicionales ocasionados por la producción de una unidad del producto por cada nivel de producción.
 - Costo de oportunidad o alternativo. Costos que se derivan de hacer una cosa en lugar de otra antes planeada y que es, en ese momento, menos rentable o beneficiada.

5. Bajo un enfoque contable.

- Costos incurridos o históricos. Primero se realiza el gasto y después se hace un registro.
- Costos estimados. Cálculos anticipados de los gastos que predominarán en el futuro (p.e. mano de obra, material, etcétera) en un periodo establecido, con la intención de pronosticar un costo total.
- Costos estándar. Los que resultan de la suma de precios obtenida sobre las especificaciones de un producto, atendiendo a unidades anticipadas para el material, trabajo y gastos que entran su producción.

El **punto de equilibrio** es un método de asignación de precios que se apoya en el costo total. Examina el comportamiento de los costos totales, el modo en que varían éstos, las utilidades y el volumen de producción, con el fin que la dirección de la empresa pueda realizar ciertas predicciones para planificar las utilidades.

Punto de equilibrio es cuando los costos totales son exactamente iguales a los ingresos totales. Las pérdidas se sitúan bajo el punto de equilibrio y las ganancias por encima de él (Figura 16).

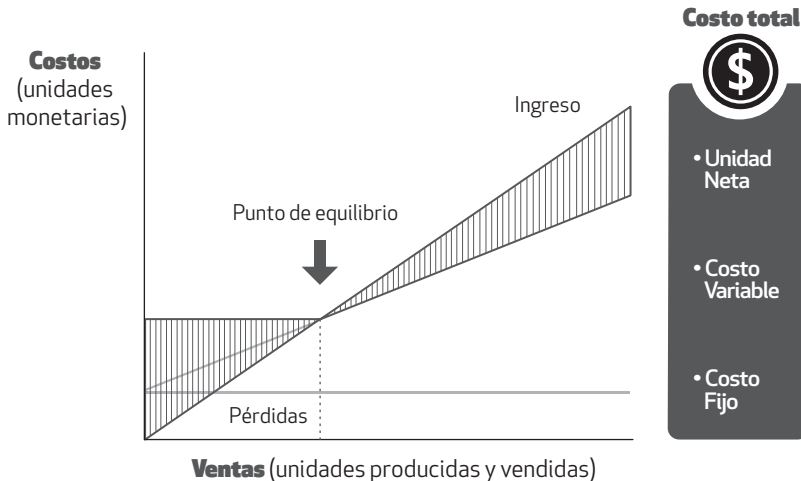


Figura 16. Gráfica del punto de equilibrio

Los precios de competencia se establecen en función de la estructura y presión competitiva que existan. Cuando el precio es un arma competitiva importante, se deben hacer tres consideraciones básicas (Fisher, 1992):

- 1°. Una empresa debe tener políticas propias en cuanto a precios.
- 2°. Se debe contemplar la relación que tienen con los precios otros elementos en la mezcla de mercadotecnia.
- 3°. Se deben relacionar los precios con el ciclo de vida del producto.

Respecto al primer punto, las empresas de salud tienen metas importantes en la fijación del precio para crecer y mantenerse en el mercado. Hay políticas que establecen cobros muy bajos o nulos por la atención médica en áreas marginadas. En un programa de salud pública (p.e. control del niño sano e inmunizaciones) no se debe poner ningún precio (monetario, geográfico o de tiempo) que actúe como barrera o impida la accesibilidad. Por el contrario, se deben procurar incentivos o premios. En Chile, por ejemplo, el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) proporcionó leche a todos los niños que llevaban sus esquemas de vacunación completos, y en México el antiguo programa social “Progresá” (posteriormente denominado “Oportunidades” y, ahora, “Prospera”) estableció incentivos similares.

Se dice que los precios son fijados por el propio mercado cuando entran en juego las leyes de la *oferta* y la *demanda*. La ley de la oferta establece que la cantidad de un producto que los productores están dispuestos a colocar en el mercado varía en relación directa al movimiento del precio; esto es, si el precio baja, la oferta baja, y ésta aumenta si el precio aumenta.

La demanda es la cantidad de un producto que los consumidores están dispuestos a comprar a los posibles precios del mercado. La **elasticidad de la demanda** viene dada por la sensibilidad que se tiene a los cambios de precio. En salud, la demanda tiende a ser inelástica; es decir, el mayor o menor consumo en salud no está sujeto a variaciones en el precio, sobre todo en los casos de emergencia extrema. En estas situaciones, el paciente o los familiares poco pueden opinar; pues, cuando hay que salvar la vida, no importa el precio. Las decisiones, en estos casos de gravedad, las toman los médicos (p.e. enviarlo a una unidad de cuidados

intensivos, intervención quirúrgica de urgencia) sin que se tenga en cuenta los costos económicos que ellas representen.

Independientemente de que la demanda de un producto sanitario sea elástica o inelástica, hay que analizarla y relacionarla con los costos de producción y distribución. Un método para hacerlo consiste en el análisis del punto de equilibrio que ya se describió.

4.4 Distribución de productos de salud

El **canal de distribución** es la ruta empleada para que los productos sanitarios pasen del productor al consumidor final, o bien el cómo para que los servicios se presten. En el caso de las intervenciones quirúrgicas, el **punto de venta** (el lugar donde se proporciona el servicio o se expide el producto) requiere de un quirófano, por lo que habrá que considerar que, tanto el canal de distribución como el punto de venta, deben estar acordes con la naturaleza del producto o servicio.

Un canal de distribución salva las principales barreras de tiempo, espacio y posesión que separan los productos de salud de aquellos que los desean o necesitan.

En un canal de distribución interactúan una serie de elementos y organizaciones que, en ocasiones, pueden tener desacuerdos sobre los objetivos y papeles de comercialización respectivos, por lo que hay que procurar la resolución adecuada de los conflictos.

Para la determinación o **diseño del canal de distribución** se deben considerar diversos aspectos, entre los cuales sobresalen:

- *Objetivos y recursos de la empresa.* (Qué se pretende, con qué se cuenta). Conviene, desde un principio, dejar en claro los medios y los tiempos de abastecimiento.
- *Características del mercado-meta.* (Dónde está, qué características tiene, cuáles serían las redes a establecer). Tal es el caso del programa de control venéreo a sexoservidoras (es) y el de apoyo a drogadictos intravenosos, que requieren de particulares redes

sociales de información y distribución de profilácticos o de intercambios de jeringas usadas por desechables para evitar enfermedades infectocontagiosas.

- *Características del producto sanitario.* (Resistencia, duración). Si son productos lábiles (p.e. vacunas), precisan de canales de distribución específicos (p.e. red de frío). Si se trata de servicios educativos y se realizan a distancia (telemedicina), se requiere de cierta tecnología disponible.
- *Hábitos de compra del consumidor.* (Cuándo adquiere y qué particularidades presenta). Ciertos horarios de consulta externa pueden estar sujetos a los horarios de los usuarios. Los trabajadores que terminan sus turnos laborales después de las 16:00 horas o los niños que asisten a las escuelas por las mañanas demandan atención médica en horarios vespertinos o nocturnos.

En general, la venta de servicios de salud depende de los lugares de prestación. Básicamente los servicios sanitarios son bienes de especialidad y, como tales, las personas se desplazan para adquirirlos. Lo anterior es evidente en la atención médico-quirúrgica de alto nivel, pero con la creciente socialización de la salud a través de los centros de atención primaria, los servicios de salud se están convirtiendo gradualmente en bienes de convivencia. Es decir, las personas consumen estos servicios por la convivencia de la seguridad social o por la facilidad de acceso que tiene ahora la población en los estados de la República mexicana por el programa del seguro popular, que procuran la cobertura de las poblaciones desprotegidas. No sólo los servicios públicos se descentralizan para llegar más cerca de los puntos de consumo, también lo hacen los servicios pagados. Ejemplos claros de lo anterior son las redes de recolección de muestras que establecen los laboratorios de análisis privados en localidades periféricas o en ciertos sectores de áreas urbanas.

Son **funciones del canal de distribución** completar y ejecutar las transacciones (Kotler y Armstrong 1991). Para completar las transacciones se realiza *investigación* (se reúne la información para planear y facilitar el intercambio), *promoción* (desarrollo y difusión de comunicaciones persuasivas sobre una oferta sanitaria), *contacto* (se encuentran clientes o usuarios posibles y se comunican con ellos), *correspondencia* (se da forma

a la oferta sanitaria y se adapta a las necesidades del cliente) y *negociación* (se llega a un acuerdo sobre el precio y otros términos para que pueda transferirse a la propiedad de una oferta).

Con relación a la ejecución de las transacciones, se consideran la *distribución física* (transporte y almacenamiento de los productos sanitarios, así como del área de prestación del servicio de salud), el *financiamiento* (adquisición y utilización de fondos para cubrir los costos del trabajo del canal) y los *riesgos* (asumen riesgos de desempeñar la labor del canal).

Un aspecto importante en la distribución de los productos y servicios de salud son las **políticas distribución**, que pueden ser de tres tipos:

- *Masivas* o de distribución ampliada del servicio o producto (p.e. suero oral, píldoras anticonceptivas, condones, venta de analgésicos comunes que no requieren receta médica, etcétera).
- *Selectivas*, si se restringen los puntos de venta o de distribución a ciertos grupos de población (p.e. VIH-Elisa a donadores de sangre, vacuna contra la gripe aplicable por la seguridad social a senectos).
- *Exclusivas*, si se otorga a un intermediario la exclusividad para vender el producto u ofertarlo (p.e. VIH-Western Blood, pruebas de mosaicismo genético, producción y venta de antiretrovirales).

4.5 Comunicación en salud

Comunicar no es sinónimo de informar. La información es sólo la transmisión de un mensaje. Por el contrario, la comunicación es el intercambio de significados que lleva implícita una respuesta y una modificación de idea, actitud, costumbre y práctica.

Son **finés de la comunicación** en mercadotecnia (Naghi-Namakforoosh 1985:123) el proporcionar información a cuantos estén o deberían estar directa o indirectamente relacionados con la empresa, el persuadir a los probables o interesados para convertirlos en clientes potenciales y a éstos en compradores de servicios o productos que se oferten, y para la realización eficiente de las actividades persuasivas e informativas. Aunque esta última finalidad en realidad sea un requisito previo para las dos anteriores.

En el **proceso de comunicación** intervienen seis elementos esenciales: fuente, codificación, mensaje, decodificación, destino y retroalimentación, de acuerdo con el conocido modelo de Shannon (Figura 17).

La fuente (*emisor*) codifica su mensaje, es decir, transforma en palabras, símbolos u otros elementos identificables la información que trata de compartir o emitir. Al igual que la fuente codificó el mensaje, el destino (*receptor o preceptor*), para entenderlo, debe a su vez decodificarlo y convertirlo en imágenes comprensibles para él.

Si la fuente o emisor no envía la información de forma clara, si existen ruidos o interferencias, si el mensaje no es decodificado según el patrón referencial que corresponda al del codificador y, finalmente, si el destino o receptor es incapaz de comprender e interpretar el mensaje decodificado según la respuesta deseada, la comunicación no se realiza apropiadamente.

El proceso de regreso de la información o *feed-back* (retroalimentación o realimentación) desempeña un papel muy importante, ya que indica cómo se ha entendido el mensaje y permite conocer la eficacia y eficiencia del mismo.



Figura 17. Esquema general de la comunicación

La comunicación es un elemento esencial para facilitar la relación de intercambio mutuamente benéfico entre una organización sanitaria y su población objetivo. La información “fluye” entre compradores y vendedores en doble sentido, tratando de conocer las necesidades del

cliente e interpretándolas para darle a conocer los servicios que puede recibir del producto que se vende.

Como se apuntó, un propósito fundamental de la comunicación es *persuadir*. El mensaje debe generar interés o “preocupación” para que modifique los comportamientos del receptor, dando lugar a una segunda comunicación. Los mensajes concisos y sistemático en torno a la idea que se quiere vender son útiles para el cambio a conductas positivas de salud o para el consumo de determinados productos sanitarios (p.e. el miedo de morir de cáncer broncopulmonar puede actuar como incentivo para dejar la adicción al tabaco).

La información puede diseñarse para transmitir nuevos hechos, alterar actitudes, cambiar la conducta o promover la participación en la forma de decisiones. Independientemente del objetivo, los **mensajes de salud** deben elaborarse teniendo en cuenta el resultado deseado. Algunos factores que ayudan a determinar la aceptación pública son, entre otros:

- *Claridad*. Los mensajes deben transmitir claramente la información para asegurar que el público comprende el mensaje, reduciendo así las posibilidades de malas interpretaciones o acciones inapropiadas. Deben evitarse explicaciones detalladas innecesarias y usarse mínimamente términos técnicos, científicos y burocráticos.
- *Uniformidad*. En el mundo ideal habría consenso científico sobre el significado de nuevos hallazgos en salud y todos los mensajes sobre un tema específico serían uniformes. Lamentablemente, la uniformidad es a veces esquiva. Los expertos tienden a interpretar los nuevos datos de salud de modo diferente, haciendo difícil que haya consenso entre el gobierno, la industria, las instituciones de salud y los grupos de presión.
- *Evidenciabilidad*. Los puntos principales deben recalcar, repetirse y nunca quedar ocultos detrás de información de menor importancia estratégica.
- *Tono y atractivo*. Un mensaje debe reasegurar, alarmar, desafiar o ser directo, dependiendo del impacto deseado y el público objetivo o audiencia seleccionada. Los mensajes también deben ser veraces, sinceros, consistentes y tan completos como sea posible.

- *Credibilidad.* El portavoz y la fuente de información deben ser confiables y fidedignos.
- *Abocamiento a una necesidad pública.* Los mensajes deben basarse en lo que la población objetivo percibe como más importante y en lo que desea conocer y, no en lo que es más importante o más interesante para la institución que origina los mensajes.

Hay que recordar que el nivel de satisfacción de un consumidor viene dado por la percepción y expectativas que tenga de un producto y/o servicio, por lo que la información que le llegue deba ser clara, oportuna y transparente. Un cliente satisfecho será siempre el mejor agente o canal adecuado para transmitir nuestros mensajes de salud. La recomendación que se hace de persona a persona todavía es un factor importante en la ampliación de la demanda de los servicios de salud.

La **publicidad** es una estrategia de comunicación que se utiliza para la divulgación de información o la promoción de ideas, productos o servicios de salud que, con carácter social o comercial, son realizadas por un patrocinador identificado –ya sea público o privado–, con el fin de atraer a los posibles compradores o usuarios.

La función de la publicidad es ayudar a organizar y modificar los procesos perceptivos básicos del consumidor. La publicidad orienta la demanda, crea la imagen o personalidad de la empresa y apoya las actividades de venta.

Las técnicas publicitarias deben dar respuesta a cuestionamientos tales como:

- ¿Qué debe decir el producto o servicio?
- ¿Qué esperan los usuarios de él?
- ¿Cuáles son sus puntos fuertes que lo diferencian de la competencia?
- ¿Cuál sería la mejor manera de expresarlos con palabras o gráficamente?
- ¿Qué medios se deben emplear?
- ¿Con cuánta frecuencia?
- ¿A qué costo se puede actuar?

Al inicio del plan de comunicación, es fundamental la realización del **briefing**. En la terminología de las técnicas publicitarias, *briefing* es la “hoja de encargo o resumen de información”.⁵² Con los puntos básicos del producto o servicio que la empresa, pública o privada, entrega a los profesionales para que éstos realicen la campaña de comunicación.

Como en otra tipología de productos o servicios, también en comunicación sanitaria el *briefing* completo y bien realizado será una ayuda para conseguir que el mensaje de salud transmitido llegue en óptimas condiciones a los consumidores o usuarios; pues, por un lado, facilita el proceso de definición por parte de la empresa, logrando, por otro, que los profesionales publicitarios conozcan y comprendan totalmente el producto antes de empezar a trabajar en su comunicación.

El buen conocimiento del producto o servicio de salud, social o comercial, permitirá dar respuesta a todas las preguntas que sobre éste puedan surgir en la mente de sus consumidores o usuarios, reales o potenciales. Conseguirá, en definitiva, que el mensaje de salud sea más preciso, directo, claro y fácilmente decodificable, según los objetivos que el propio *briefing* recogerá. Y sobre todo, que responda a las expectativas o necesidades del producto o servicio sanitario de los propios usuarios, previamente investigadas por los estudios de mercado.

Poner en práctica la retroalimentación de información entre emisor y receptor, entre la empresa que ofrece el producto sanitario u el usuario, ayudará igualmente a que éste se acerque lo más posible a las expectativas de los consumidores. Y, lo más importante aun, es que estaremos ganándonos su confianza hacia otros productos o servicios de salud futuros, que también deberán comunicarse, y para los que se exigirá un *briefing* lo más claro, preciso y completo posible.

Los **tipos de publicidad** sanitaria pueden catalogarse desde diversos puntos de vista.

1°. *Dependiendo del patrocinador:*

- Publicidad por fabricantes (p.e. folletos y videos promocionales realizados por los laboratorios farmacéuticos).

⁵² Toda hoja de encargo o “briefing” comprende la acción o nombre del programa, los objetivos a conseguir, el público al que va dirigido, la definición del mensaje a comunicar, el *timing* del plan, el presupuesto disponible y los posibles controles por aplicar.

- Publicidad por intermediarios (p.e. paquetes de atención obstétrica que promueven aseguradoras médicas).
- Publicidad por organismos no comerciales o no lucrativos (p.e. carteles y spots de saneamiento ambiental).

2°. *Según el propósito del mensaje:*

- Publicidad informativa. Si informa a los consumidores sobre un nuevo producto o característica y construye una demanda primaria (p. e. los parches de nicotina para las personas que desean dejar de fumar).
- Publicidad para convencer. Es decir, la publicidad utilizada para construir una demanda selectiva para determinado producto, servicio o programa de salud que convence a los consumidores de que dicho producto/ servicio/ programa sanitario les ofrece mayores ventajas.

3°. *Según la forma de pago:*

- Publicidad individual. Cuando el costo es asumido por la organización que actúa en lo individual (p.e. centros diagnósticos que promocionan nuevas tecnologías, como tomografías o resonancias magnéticas).
- Publicidad en cooperativa. Cuando el costo de las campañas publicitarias son repartidas entre las distintas instituciones participantes (p.e. las campañas de vacunación del sector salud).

4°. *Según su orientación:*

- Publicidad comercial. Cuando el interés que media es netamente comercial y empuja hacia la adquisición indiscriminada de productos sanitarios accesorios.
- Publicidad social. Recomienda comprar sólo lo que haga falta, orienta al consumidor sobre las características de los productos o servicios de salud.

Por **promoción de ventas** se entiende la actividad de mercadotecnia que tiene como finalidad estimular la venta directa de un producto sanitario de forma personal y directa, a través de un proceso regular y planeado, que permite que el consumidor y el vendedor obtengan un beneficio inmediato del producto.

Las **técnicas de venta** son aplicables a los servicios de salud en mayor o menor escala. Veamos algunas de ellas.

1°. *Puerta a puerta*

- Venta domiciliaria. Es aplicable para atención domiciliaria de enfermos crónicos o terminales y en campañas de vacunación de la población o de animales.
- Venta empresarial. Se visitan a empresas para ventas de convenios médicos, de servicios de clínicas y laboratorios, etc.

2°. *Telemarketing*

- El telemarketing es la promoción o venta a distancia. La telefonía o el internet pueden usarse en tareas promocionales, en ventanas de servicios de asistencia geriátricos, para difundir cirugías de corta estancia (p.e. estéticas) u ofertar planes de asistencia médica.

3°. *Correo directo*

- El sistema de venta por carta, y en la actualidad por *e-mail*; se envía un folleto y una tarjeta, ya sea en forma física o digitalizada, para obtener respuesta directa. Puede utilizarse en los servicios odontológicos, seguros médicos, etc.

4°. *Ventas en ferias, centros comerciales o convenciones*

- Es válida para campañas de salud en general, en planes de asistencias médica, en la promisión de nuevos fármacos y equipo biomédico.

Sin el apoyo de la promoción de ventas, la publicidad en salud no tendría los mismos resultados, pues todo el esfuerzo volcado en ella sería inútil si no logra un contacto más directo y cercano entre el distribuidor del producto sanitario y el consumidor final.

4.6 Pláceme, el componente de calidez en el servicio

Si bien se ha sugerido añadir al esquema original de McCarthy múltiples "P", la propuesta hecha por Cervantes Aldana (1993), la "P" de Pláceme sería

adecuada. Esta quinta “P” indica “el servir con calidad al paciente para lograr de éste las más altas calificaciones”. Es decir, la “felicitación por parte de él por haber cumplido con el trabajo con excelencia”, lo que incluye “el aspecto del servicio y el monitoreo del nivel de satisfacción del cliente”⁵³

Para ello, hay que orientar los servicios de salud hacia los usuarios potenciales y reales, que incorporan con la línea de la **calidad total** tanto aspectos de competencia profesional y técnica como de seguridad, accesibilidad, cortesía, fiabilidad y comunicación, así como capacidad de respuesta y comprensión del cliente que debe ser asumido progresivamente por el conjunto de la organización (Milakovich 1991). Esto es lo que conocemos como proximidad al cliente u orientación clientelar, que, como ya se apuntó previamente, significa un estado de máxima sensibilización hacia el cliente externo (usuario de los servicios de salud) y un trato personalizado.

La calidad de servicio puede ser tanto realidad como percepción. Son los deseos de los clientes sobre el servicio los que dan forma a sus percepciones de la calidad de servicio de una institución, de ahí la subjetividad de su interpretación.

El mejoramiento de la calidad, a un nivel organizacional amplio, se orienta a obtener el máximo beneficio de los productos (procesos de atención) a favor de los clientes externos (usuario-consumidor), considerando en ello la perspectiva del cliente interno (trabajador-profesional de la salud): “la percepción de los profesionales médicos incide en el diseño de los servicios, en tanto que la percepción del consumidor determina la evaluación de los servicios” (Vergeggen y Harteloh, 1993). Tanto el proveedor como el consumidor sanitario llaman “calidad de la atención” a lo que perciben del servicio.⁵⁴

El consumidor actual espera más servicios, más productos personalizados, experiencias más placenteras, interesantes y entretenidas; pero, sobre todo, más atención, comprensión y respeto. La institución que logre ofrecer todo esto estará dando un valor superior difícil de sobrepasar

⁵³ Judd abogó en 1987 por la quinta “P” de *people* (personas), y Roger Dowal afirma que las 4 “p” del marketing de servicios son *personas, personas, personas y personas* (Citados por JM Corella, 1998). Lo que enfatiza la calidad relacional y el marketing interactivo de los servicios.

⁵⁴ En el modelo de la calidad de servicio, la calidad de la atención es vista como el equilibrio entre la experiencia y las expectativas (Verheggen y Hartelosh, 1993:318).

por su competencia. Esto ha hecho que el marketing haya cambiado su enfoque; el cual, en un inicio se concentraba más en las características del producto, pasando después a la satisfacción de las necesidades materiales de consumidor. Ahora, finalmente, el marketing se está preocupando por entender más al cliente como persona, a un nivel más profundo y desde una perspectiva más emocional (Smith Oscar, 2002), es decir, busca brindar calidez en el servicio.

Las diferentes acciones e iniciativas desarrolladas por una empresa hacia sus diferentes públicos o segmentos, dirigidas a conseguir su satisfacción en el tiempo mediante la oferta de servicios o productos ajustados a sus necesidades o expectativas, incluida la creación de canales de relación estables de intercambio de comunicación y valor añadido (calidad), con el objeto de garantizar un clima de confianza, aceptación y aportación de ventajas competitivas que impida la fuga hacia otros competidores, son parte de la **mercadotecnia relacional**.

Una herramienta para medir el nivel de la calidad de servicio es el **CALSERV, una escala de múltiples elementos para medir las percepciones del cliente sobre calidad de servicio** (Parasuran et al. 1986).⁵⁵

El CALSERV es un criterio cuantitativo que mide lo que el cliente observa en cuanto al funcionamiento del servicio contra el telón de sus expectativas o deseos sobre el mismo. Las normas de expectativas y las realizaciones se ajustan a **cinco dimensiones de la calidad de servicio**.

- *Tangibilidad*. Se refiere a la parte “visible” de la oferta de servicio (instalaciones, equipo y apariencia de personal de contacto, que da indicación de naturaleza del servicio mismo).
- *Responsabilidad*. Es estar listo para servir. Es el deseo de servir a los clientes rápida y eficazmente.
- *Seguridad*. Se refiere a la competencia y cortesía del personal de servicio que infunde confianza en el cliente.
- *Empatía*. Es un compromiso con el cliente. Es el deseo de comprender y encontrar la respuesta más adecuada. La empatía aporta el “toque humano”.

⁵⁵ En inglés se conoce como SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality.

La relación estrecha entre empatía y responsabilidad están definidas en los términos de “entender exactamente los requisitos de servicio del cliente” y el “acceso al servicio”. Las instituciones de salud que hacen pocos esfuerzos para escuchar a los clientes ponen en peligro su capacidad de empatía.

Por otra parte, dentro de la producción de servicios de salud también conviene tomar en cuenta el concepto de “servucción” (Eigler y Langeard, 1985), que se basa en la potenciación de los equipos destinados a preparar la capacidad de producción y, especialmente, a garantizar un buen nivel de servicio.

Las premisas fundamentales para estructurar la capacidad de prestación de servicios al cliente sanitario son dos: 1) cada servicio es elemental y, como consecuencia, cada servicio que la empresa de salud oferte debe tener su propia *servucción*.⁵⁶ 2) Cada población objetivo necesita un diseño de servicio especializado.

4.7 Visión estratégica de la mercadotecnia

Según Hughes (1986), la gerencia de mercadotecnia es un proceso dirigido a la resolución íntegra de problemas y no un conjunto de conocimientos que deben asimilarse de manera pasiva. Para su aplicación, la mercadotecnia se vincula estrechamente con la planeación estratégica,⁵⁷ adoptando así una “visión estratégica de la empresa” que se centra en el cliente y no en el producto. El producto sanitario viene a ser importante en cuanto solventa una necesidad o satisface deseos y expectativas. Por lo tanto, la principal diferencia entre la planeación estratégica “pura” con la mercadotecnia estratégica radica en que la planeación estratégica “pura” se centra en la orientación hacia la producción o hacia el producto, mientras que la mercadotecnia estratégica se centra en la satisfacción del cliente o consumidor.

⁵⁶ Palabra compuesta (SERVUCCIÓN = SERVICIOS + PRODUCCIÓN).

⁵⁷ En su expresión más sencilla, la **planeación estratégica** puede definirse como “la toma de decisiones hoy acerca del futuro de la organización que implica un proceso directo y secuencial” (Peters, 1992).

Conjuntando las opiniones de varios autores (Hughes, 1986; Kotler y Armstrong, 1991; Peters, 1992), podría decirse que la mercadotecnia estratégica tiene dos grandes etapas en su planeación. Una etapa primaria o de preparación en la que se efectúa un análisis posicional, y otra secundaria o de desarrollo estratégico (Tabla 10).

Tabla 10.
Etapas en el marketing estratégico

Autor	Análisis posicional	Desarrollo estratégico
Mercadotecnia y planificación estratégica. Hugher (1986)	Organización de la mercadotecnia Objetivos, metas y diseño de las organizaciones de mercadotecnia. Análisis de la situación Comprender la demanda general de producto, la posición de la marca en el mercado, las competencias y políticas oficiales.	Desarrollo de una mercadotecnia mercadológica Mezcla mercadologica (producto, precio, canales, publicidad y venta personal)
La planificación estratégica y el papel de la mercadotecnia en la organización. Kotler y Armstrong (1991)	Nivel corporativo 1. Definir la misión 2. Determinar los objetivos y metas 3. Diseñar la cartera de negocios	Nivel de unidad de negocio, de producto y del mercado Planear la mercadotecnia y otras estrategias funcionales (selección del mercado meta, posicionamiento y desarrollo de la mezcla de mercadotecnia)
Las nueve tareas de planificación Peters (1992)	1. Identificar la situación actual 2. Revisar la declaración de misión 3. Valorar los contextos interno y externo 4. Concentrarse en los cambios claves	5. Desarrollar metas estratégicas 6. Prepara el plan 7. Presentar el plan para su aprobación 8. Traducir el plan en acciones 9. Establecer mecanismos de seguimiento
Etapas de planeación estratégica MORENO GONZALEZ (1992)	Etapas de planeación estratégica • Definición del concepto de misión • Análisis de posición de la empresa • Creación de escenarios • Definición de los objetivos estratégicos	Etapas de planeación estratégica Establecimiento de las metas de ventas deseadas por la empresa Elaboración y asignación de presupuesto de mercadotecnia Diseño de la orientación estratégica Medida de control para el plan Medidas de evaluación y control.

Al respecto, conviene recordar que la **tecnología médica o para la salud** es definida como “el conjunto de técnicas, medicamentos, equipos y procedimientos utilizados por los profesionales de la salud en la distribución de la atención médica a los individuos y sistemas en los cuales se suministra” (Oficina para la Evaluación de Tecnología del congreso de los Estados Unidos, 1976). Una clasificación práctica, propuesta por la misma fuente, establece cuatro categorías de tecnologías para la salud:

- a) *Diagnóstica* (tecnología que se utiliza para determinar el estado de la salud).
- b) *Preventiva* (aplicación de un procedimiento o producto para evitar la ocurrencia o complicaciones de un determinado padecimiento).
- c) *Terapéutica* (acciones tomadas para el alivio, control o curación de una enfermedad).
- d) *Organizacional* (manejo y administración que aseguren la efectividad de la práctica médica).

La valoración del contexto, otro punto por realizar durante el análisis posicional, contempla, por una parte, un entorno general (en el que se incluyen fuerzas culturales, religiosas, sociales, políticas, económicas y científicas), y por otro, un entorno propio de la mercadotecnia (competencia, gobierno, estructura de distribución y comunicación, consumerismo), lo que nos lleva a valorar las debilidades y fortalezas internas y mirar hacia fuera de la organización, para determinar las amenazas y buscar las oportunidades.

Kotler y Amstong (1991) mencionan que el ambiente de la mercadotecnia consiste en los actores y fuerzas externas que influyen en la capacidad del administrador de la mercadotecnia para desarrollar y mantener transacciones exitosas con sus consumidores meta. Consideran un **microambiente** (fuerzas cercanas a la empresa, que influyen en su capacidad de satisfacer a sus clientes; es decir, la empresa, canales de mercado, mercado de consumidores, competidores y público) y un **macroambiente** (grandes fuerzas sociales, que influyen en todo el microambiente: demográficas, económicas, naturales, tecnológicas, políticas y culturales). Una manera sencilla de efectuar la valoración del contexto es haciendo un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) (Tabla 11).

Tabla 11.
Matriz de análisis FODA

MACROAMBIENTE (Entorno general de la mercadotecnia)	(+) OPORTUNIDADES	(-) AMENAZAS

MICROAMBIENTE (Entorno propio de la mercadotecnia)	(+) FORTALEZAS	(-) DEBILIDADES

Por último, se definen los objetivos mercadológicos estratégicos, partiendo para ello del análisis presente. Una manera simple de realizarlo consiste en señalar cómo es actualmente su empresa o servicio de salud y definir como debieran ser en el futuro (Tabla 12).

Los objetivos estratégicos marcan la dirección para una empresa, pero no indican qué hay que hacer realmente para que la empresa empiece a avanzar en esta dirección. Para ser operativos, deben desarrollarse las estrategias, es decir, trasladarse a un plan que detalle concretamente qué hay que hacer, cuándo, dónde, cómo con qué recursos y por quién. En otras palabras, la estrategia es la base del plan de mercadotecnia, y el plan apoya y desarrolla la estrategia.

En resumen, una vez identificada la misión de la organización y teniendo clara la visión, objetivos y metas de la empresa sanitaria, conviene iniciar con la valoración del contexto (macro y microambiente

de la mercadotecnia) con la finalidad de establecer objetivos propios de mercadeo y definir el tipo de estrategia a seguir (concentrada, diferenciada o indiferenciada, si será de penetración rápida o lenta, si es de interés comercial o social, si se busca llegar a un mercado meta simple, o bien este será combinado, etcétera). Posteriormente, se debe realizar una combinación *ad hoc* del llamado marketing mix (producto, precio, plaza, promoción y pláceme), adicionándole aspectos de competitividad organizacional (diferenciación del producto, posicionamiento positivo, creando una imagen de marca o una imagen institucional o de servicio, y desarrollando un adecuado *merchandising*). Finalmente, se debe establecer el costo de la intervención (presupuesto) y dejar anotados los criterios de evaluación de la intervención (cuáles serían los resultados y cómo se piensa medirlos).

Tabla 12.

Determinación de objetivos mercadológicos estratégicos (Situación presente vs. Situación futura)

Presente	Futuro
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué servicios ofrecen? • ¿Quién (es) es su cliente? • ¿Qué compran sus clientes? • ¿Qué valoran sus clientes? 	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de servicios que les gustaría ofrecer • Tipo de clientes para los cuales les gustaría trabajar o requieren trabajar • Mercados potenciales existentes y sus tendencias. • Cambios esperados en la estructura del mercado que se estima habrán de producirse en función de la tecnología, la competencia, las regulaciones oficiales, los aspectos demográficos, políticos, sociales, etcétera. • Innovaciones que se conocen y que se pudieran aplicar. • Necesidades o deseos de los clientes que no están siendo satisfechas en la actualidad.

4.8 Componentes fundamentales del plan de marketing

El plan de marketing o de mercadotecnia propio debe ser una parte coherente de la estrategia global de la empresa y tener medidas de evaluación y control, pero sus componentes fundamentales son la selección de un mercado-meta a través de un proceso de segmentación y la determinación de una mezcla o compuesto de mercadeo (marketing mix).

En las empresas de servicios en red, como es el sistema sanitario público, la mezcla de mercadotecnia la constituye la oferta de servicios (prestaciones), la política de precios, de comunicación y de distribución

de servicios, considerando la localización geográfica de los centros de atención. Sin embargo, “de todos los elementos que intervienen en la planificación y la preparación de planes, no hay discusión posible acerca del hecho de que la creatividad es el más importante” (Steiner, 1979), por lo que conviene aderezar una buena dosis de ingenio y creatividad al plan de mercadeo.

Questionario

1. Mencione las diferencias que existen entre los productos sanitarios básicos, los colaterales y los accesorios.
2. Desde el punto de vista de Chias, ¿cuáles son las ventajas que tienen para el usuario los elementos de utilidad simbólica?
3. Ubique los siguientes productos/servicios de salud en sus respectivas etapas de acuerdo al ciclo de vida: a) viagra, b) servicio de cuneros, c) cirugía robótica, d) litotripsia extracorporea, e) aspirina, f) *home care*.
4. ¿Qué son los *maquiservicios*? Dé cinco ejemplos de su uso en la atención médica.
5. ¿Qué se entiende por *telemarketing* y cómo puede aplicarse este concepto en la atención médica?
6. ¿Por qué se dice que en salud la demanda es inelástica?
7. ¿Qué tipos de productos serían los de cirugía estética y los de cosmética dental?
8. ¿Qué canales de distribución y cuáles puntos de venta utilizaría en la cirugía extramuros?

9. ¿Qué diferencias existen entre la planificación estratégica “pura” y la mercadotecnia estratégica?

10. Describa los pasos a seguir en la elaboración de un plan de mercadotecnia.

Capítulo 5

**Consumismo
sanitario
versus
consumerismo
en salud**

Objetivos de aprendizaje

1. Conocer el concepto de actitud hacia el consumo sanitario.
2. Establecer las diferencias entre consumismo sanitario versus consumerismo en salud.
3. Precisar los derechos del consumidor sanitario.
4. Entender los conceptos de “autonomía”, “consentimiento informado” y “empoderamiento” en el campo de la salud.
5. Identificar las líneas de gestión hospitalaria orientadas al mercado.

5.1 La actitud hacia el consumo de servicios de salud

La salud es un objeto de consumo, en virtud de que, en las sociedades modernas, se dan múltiples intercambios de bienes o servicios que tienen por objeto satisfacer necesidades de salud de la población. El término consumo sanitario, tal y como se apuntó en el capítulo 2, implica el gasto por el uso que se hace del producto de salud (objeto concreto o servicio) que ha incorporado trabajo humano y cuyo valor de utilidad está dado por su capacidad por satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud. Por consiguiente, el proceso de consumo sanitario hace referencia a la serie de acontecimientos que se desarrollan desde el momento en que se percibe la necesidad de atención hasta el momento posterior al uso de un servicio de salud. Para Rubio Cebrián (1995), el consumo de servicios de salud por parte de un individuo o grupo es un “proceso de adquisición, aplicación o utilización de los bienes y servicios sanitarios a fin de obtener de ellos una satisfacción o utilidad directa en términos de mejora de su nivel de bienestar”.

En el contexto del comportamiento del consumidor, una actitud es “una predisposición aprendida para comportarse en forma favorable o desfavorable respecto de un objeto dado”. Las actitudes son una expresión de sentimientos internos que reflejan si una persona está a favor o en contra de un “objeto” dado; es decir, hacia la utilización de un servicio de salud en particular. Como son el resultado de procesos psicológicos, las actitudes no pueden ser definidas directamente, sino que deben deducirse de lo que la gente dice o hace.

La **actitud hacia el consumo**, entendida como la acción manifiesta de los consumidores en el proceso de compra de los productos de salud, puede

adoptar una posición consumista o una consumerista. A continuación se hace una revisión y asociación de los principales conceptos relacionados con las actitudes consumista y consumerista en salud.

5.2 Consumismo sanitario

Se ha señalado que la producción masiva responde a las necesidades de una sociedad de masas, pero “solamente cuando una masa de ciudadanos está sujeta a los mismos procesos forma una unidad homogénea y merece esta designación” (Mantidale,1970). La aplicación del conocimiento científico social a las técnicas de comercialización y gestión de los servicios de salud buscaría imponer esta homogeneidad en los gustos y satisfactores de los usuarios, para asegurar la relación en el mercado sanitario –entiéndase seguridad social o instituciones públicas de salud– de esa producción masiva. Desde esta perspectiva, el consumidor es un sujeto pasivo que puede ser conocido o manipulado, y sobre el cual se ejerce una permanente agresión para que consuma productos o servicios de salud que anteriormente no consumía o para que aumente su demanda.

Esta es la visión del **consumismo sanitario**, que genera una acción acrítica e irreflexiva en la adquisición y un uso indiscriminado de productos de salud. En efecto, puesto que la atención a la salud constituye un mercado imperfecto –dado que los médicos tienen los medios para inducir su propia clientela y por la relativa ignorancia del consumidor, amén del llamado “paternalismo médico”– suele existir entre ambos una relación de poder y subordinación (Campos-Navarro, 1994); es decir, un médico dominante y un enfermo dominado (Garay, 1996), en la que el enfermo se pone manos del médico, se abandona a él. Su deber es obedecer; por lo que la suya deviene en una actitud de confianza y pasividad.

Con esta óptica, el típico usuario consumista de los servicios de salud no suele exigir su diagnóstico ni demanda mayor información sobre su tratamiento. Asume que la evolución de su padecimiento dependerá absolutamente de lo que haga por él su médico, pero sin que él contribuya mayormente: “si no sano, es que las medicinas que me dieron

no son buenas”. A estos pacientes, al cuestionárseles sobre la calidad recibida en su atención, generalmente responden que fue buena; pero si se les interroga con mayor precisión, puede descubrirse que ni fueron explorados, ni se les dio un diagnóstico y mucho menos se le precisaron las indicaciones de tratamiento.

5.3 Consumerismo en salud

En la actualidad, cobra cada vez mayor fuerza el **consumerismo**, entendido como “un movimiento social que tiene como fin la modificación de las relaciones entre los consumidores y las organizaciones productoras, de manera que se acreciente el poder de los primeros” (Amalia y Souto, 1985), y que implica la participación del gobierno en el fortalecimiento de los derechos de los compradores (Kotler, 1984). Definiciones más amplias de consumerismo engloban al conjunto cambiante de actividades del gobierno, las empresas y las organizaciones independientes, cuya finalidad es proteger los derechos del consumidor frente a todas las organizaciones con las cuales se tenga una relación de intercambio (Aaker y Day, 1982).

En el consumerismo, la manera de comercializar se estructura en un nuevo marco legal. El consumidor se concibe como un sujeto portador de determinados derechos que deben ser respetados, puesto que, con una óptica estrictamente profesional, es beneficioso hacerlo. Sin embargo, este cambio de opinión no está suficientemente consolidado, y se ha propuesto como un mecanismo para su materialización el **asociacionismo** (grupos organizados a favor de los derechos del consumidor).

En el caso sanitario, es frecuente observar cómo surgen grupos de enfermos que reivindican sus derechos y reclaman una mejor atención médica, incluso llegan a procurarse de nuevos servicios (p.e. clubes diabéticos, hipertensos, asociaciones de hemofílicos, etcétera).

Esta diversidad de organizaciones formales y la multiplicidad de estrategias, con el propósito común de defender sus derechos humanos y proteger al consumidor, no permite hablar de un único movimiento

consumerista, sino más bien de “un conglomerado de grupos separados entre sí, cada uno de los cuales tiene intereses peculiares y que a veces forman alianzas temporales sobre aspectos concretos” (Herman, 1970). Tal es el caso de lo que ocurrió entre los afectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), que, en la defensa de sus derechos y en la demanda de una mejor atención y provisión de nuevos antivirales, convergieron distintas asociaciones (p.e. drogodependientes, colectivos gay, sexoservidoras, hemofílicos, parejas y familiares de VIH+, organizaciones de apoyo a niños huérfanos seropositivos, etcétera). Respecto a esta patología, actualmente se dice que en el logro del paso de una enfermedad terminal a una crónica, los pacientes de VIH/SIDA le deben más a los movimientos consumeristas (asociacionismo de los colectivos de defensa de los pacientes) que a los sistemas sanitarios.

La actitud consumerista en salud se contrapone a la pasividad y acatamiento irrestricto del consumismo sanitario (Tabla 13), donde el tradicional papel del paciente ha consistido en obedecer y cumplir (Parsons, 1951; Bloom y Wilson, 1979). Es decir, la pasividad del enfermo y su total sometimiento a las órdenes médicas. Se ha dicho que, en condiciones ideales, el paciente cumplidor es “aquel que se ciñe estrictamente a los consejos del médico, en términos de dosis, intervalo, duración, momento y método de administración de medicamentos” (Homedes y Ugalde, 1993).

Este antiguo modelo paternalista de la atención, en los últimos años ha entrado en crisis por los avances de la tecnología médica, la aparición de patologías de características particulares, p. e. el SIDA, el desarrollo de la bioética y por la creciente exigencia de los ciudadanos en sus derechos.

Al adquirir el consumidor sanitario un papel de protagonista activo, se rompe con la clásica relación interpersonal del médico-paciente, dando paso ahora a una nueva relación entre cliente-profesional (Figura 18), que no admite la apariencia altruista de los servicios médicos y que conlleva al reconocimiento de la autonomía y madurez del enfermo.

Tabla 13.
Actitud hacia el consumo sanitario

Variable	Consumismo	Consumerismo
Sujeto	Paciente (sujeto pasivo)	Cliente (protagonista activo) agente solidario
Enfoque	Puede ser conocido o manipulado.	Portador de derechos que deben ser respetados
Propósito	Ejercer una permanente agresión para que se consuman productos sanitarios que anteriormente no se consumían o para que aumenten su demanda	Forma de comercializar bajo un nuevo marco legal.
Mecanismo	Aplicación del conocimiento científico social a las técnicas de comercialización y gestión de los servicios de salud, buscando imponer homogeneidad en los gustos y satisfactores.	Materialización a través del asociacionismo y la difusión de los derechos del consumidor (a la salud y seguridad, a la información, a la libertad de elección, a ser escuchado, a vivir en un ambiente limpio y puro, a la intimidad personal).

La relación cliente-profesional responde a la estructura de un contrato que permite la reclamación y en cuya naturaleza jurídica actúa la exigencia del consentimiento como requisito esencial para su validez legal. Por consiguiente, el **consumerismo en salud** implica la posición concienzuda y reflexiva del consumidor y el reconocimiento médico e institucional de su autonomía, valores, creencias y preferencias en materia de salud. Todo esto, dentro de un marco legal donde los derechos humanos y del consumidor sanitario definen los límites permisibles en la relación médica y fomentan la corresponsabilización.

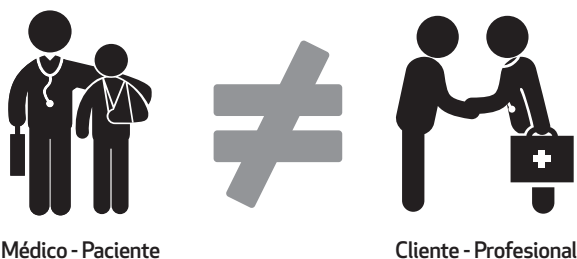


Figura 18.
Relación interpersonal

El consumerismo modifica la forma y el fondo de la práctica médica al transformar el contexto en que se está llevando a cabo, a la vez que fortalece el humanismo médico, ya que revalora al enfermo como un ser humano que piensa, opina, siente y sufre, y que puede, por sí mismo, ser responsable de la toma de decisiones en cuestiones que atañen a su salud. En esta nueva relación de decisiones compartidas entre los profesionales sanitarios y los pacientes, la corresponsabilidad asegura que el paciente haga suyo el plan terapéutico y garantice mejoras en el estado de salud.

5.4 Derechos humanos

La creación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos se basó en el principio de igualdad establecido en el artículo 1º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y que a la letra dice que: “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derecho”; es por eso que ningún rasgo, característica o condición, que sea propia de un individuo y que le distinga de los demás, puede modificar cuantitativa o cualitativamente el goce de sus derechos.

Las leyes mexicanas protegen a todos los individuos por igual; en consecuencia, nadie debe sufrir discriminación de ningún tipo. El artículo 4º constitucional garantiza el derecho a la protección a la salud, por lo que en la prestación de los servicios de salud, no debe existir discriminación entre los demandantes de atención, sean estos pacientes de enfermedades infectocontagiosas o pertenezcan a minorías étnicas, religiosas, etc.

5.5 Derechos del consumidor sanitario

En la historia reciente del consumerismo, el verdadero impulso al movimiento actual a favor del consumidor provino de la Declaración de los Derechos del Consumidor, pronunciada en 1962 ante el Congreso norteamericano por el entonces presidente John F. Kennedy, en la que expuso cuatro derechos fundamentales: a la seguridad, a ser informado,

a elegir y a ser escuchado. Tiempo después, se agregaron dos derechos más: a un ambiente limpio y el relativo a la intimidad personal.

Declaraciones posteriores hechas por diversas organizaciones han abordado diversos aspectos del derecho que tienen los consumidores sanitarios, y han surgido nuevas instituciones que actúan como árbitros en la reclamación de la violación de esos derechos.⁵⁸ Todas estas acciones deben estar supeditadas al interés de los enfermos y, sobre todo, “al reconocimiento cabal de su dignidad como seres humanos, que es la mejor garantía para la defensa de sus derechos” (Soberon et al. 1994).

En general, los derechos de los enfermos y usuarios de los servicios de salud giran en torno a los derechos fundamentales del consumidor que a continuación se describen:

1º El derecho a la seguridad y a la salud

Es el derecho más antiguo y controvertido. Establece la protección contra la comercialización de productos y servicios peligrosos para la salud o la vida. Y es que, una cosa es ser engañado por un producto o servicio de salud y otra muy distinta sufrir un daño físico a causa de la poca seguridad que éste tenga. Ejemplo de lo anterior ha sido el envenenamiento causado por Tylenol, en Chicago, en 1982, donde siete de sus habitantes murieron al ingerir cápsulas de este medicamento combinado con cianuro. A partir de este problema se hizo patente la necesidad de contar con empaques farmacéuticos a prueba de alteraciones.

⁵⁸ En México se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a nivel federal, con sus correspondientes Comisiones Estatales de Conciliación y Arbitraje Médico por entidad federativa, que postula la posición oficial mexicana y, de acuerdo con sus principios de imparcialidad, respeto, objetividad, confidencialidad y gratuidad que orientan su actuación, establecen la carta de los derechos generales de los médicos y la carta de los derechos generales de los pacientes. La **Carta de los Derechos Generales de los Médicos** considera diez puntos: 1) Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza, 2) Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional, 3) Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional, 4) Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica, 5) Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional, 6) Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, 7) Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión, 8) Asociarse para promover sus intereses profesionales, 9) Salvaguardar su prestigio profesional, y 10) Recibir remuneración por los servicios prestados.

En ocasiones, los intereses comerciales son tan importantes que, a pesar de este punto de vista de la mercadotecnia, sea imperativo que cuando se detecten fallos en los productos se apliquen medidas correctoras por parte de las mismas empresas productoras u oferentes, éstas no se realicen. Es aquí cuando se hace más evidente el papel los movimientos de consumidores, como instancias capaces de adoptar medidas que fueren a una corrección. Este es el caso del grupo Infact, que en 1984 consiguió, mediante la promoción de un boicot internacional que duró muchos años, modificar la política comercial de Nestlé, compañía multinacional que disuadía de la lactancia materna por su compuesto de “fórmula infantil”, que presentaba como sustituto perfecto de la alimentación natural, pero que en estas escasas condiciones sanitarias, propias de los países del tercer mundo, resultaba contraindicado por ser vehículo de graves infecciones e incluso de defunciones de lactantes.

En cuanto a atención médica, la Ley General de Salud mexicana determina a la Secretaría de Salud como la dependencia encargada de vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos de servicios de salud (Art. 45) y, que, en correspondencia de los gobiernos de las entidades federativas y las autoridades educativas, vigilen el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en la prestación de los servicios respectivos (Art. 48), Por otra parte, se señala que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares” (Art. 45).

2º. El derecho a ser informado

El derecho del consumidor sanitario, de acceder a la información, incluye dos componentes: la *protección frente a la información engañosa* y el *disponer de la suficiente información al hacer la elección del producto o servicio*.

El primero se asocia a la obligatoriedad que tienen las empresas de salud y sus prestadores de suministrar suficiente información veraz y oportuna, sin engaños ni omisiones.⁵⁹

⁵⁹ En México, la ley Federal de Protección al Consumidor, decretada por el poder ejecutivo federal el 5 de febrero de 1991, establece como uno de los principios básicos en las relaciones de consumo “la información adecuada y clara sobre los diferentes productos y servicios, con especificación correcta de cantidad, composición, calidad y precio, así como los riesgos que representen” (Art. 1 fracc. III).

El segundo se refiere a la transparencia en la información médica, que debe proporcionar los elementos suficientes para hacer una elección bien fundamentada. Aunque no siempre sea correcto el argumento de “cuanto más información, mejor”, porque la sobrecarga de información puede hacer que se tomen decisiones menos acertadas. Por otra parte, “no basta con suministrarles información a los consumidores, sino que además hay que enseñarles a comprenderla y a utilizarla” (Day y Brandt, 1974). Al respecto, los llamados “terceros informadores”, pueden auxiliar a los consumidores de servicios sanitarios en la toma de decisiones, eliminando de esta manera la asimetría que en información existe entre el que presta la atención médica y el que la recibe.

Actualmente, la población posee mayor información médica y, a través del movimiento de consumidores, se cuestiona cada vez más el “sacerdocio médico”, lo que evidencia el inicio de la ruptura de la hegemonía médica. La posición concienciada en los usuarios de los servicios de salud y, consiguientemente, una mayor capacidad de decisión sobre las cuestiones médicas que les atañen, son factores fundamentales del consumerismo en salud.

Baste recordar que el derecho a la información no se refiere sólo al momento de la conclusión del contrato, sino a cada una de las etapas de su desenvolvimiento, convirtiéndose en un derecho-deber autónomo que la misma naturaleza del contrato impone al médico y otorga al enfermo (de Lorenzo, 1994).

3°. El derecho a elegir

La elección, en el caso de la atención médica, está relacionada con la capacidad de pago del cliente y con la estructura organizativa de la empresa de salud a la que se pertenezca (p.e. instituciones de seguridad social) o de la que se suscriba (p.e. compañía de seguros médicos); pero también con el concepto de “consentimiento informado”⁶⁰ que deriva del principio de autonomía y de la propiedad del enfermo sobre su propio cuerpo (Priego-Álvarez, 1995).

⁶⁰ El concepto de *informed consent*, también llamado **conocimiento aclarado**, fue usado por primera vez en 1957 en el estado norteamericano de California (caso *Salgo vs. Stanford*).

El **consentimiento informado** es un proceso de comunicación entre el médico y el enfermo, mediante el que este último acepta someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de conocer y reflexionar sobre su naturaleza (Quintana, 1994).

Sin embargo, algunas opiniones aún consideran que al consumidor sanitario no debe darse simplemente lo que desea, sino más bien lo que “más le conviene”, ya que el usuario de los servicios de salud no está en posibilidades de determinar adecuadamente, por sí mismo, lo que es mejor para él, y, por lo mismo, hay que proporcionarle los productos de salud “idóneos”. Las necesidades de salud y de atención las determinan los expertos, pocas veces se toma en cuenta la opinión de los individuos.⁶¹

La autonomía de los pacientes en una situación médica significa que se les debe dar información acerca de su estado y sobre las alternativas médicas viables.⁶² Asimismo, implica que deben respetarse las decisiones de los enfermos después de una información adecuada. Incluso, si sólo hay un tratamiento que elegir, aún tienen una elección que es la de no hacerlo.⁶³

La información suficiente que permite al paciente ser autónomo supone identificar no sólo los intereses de los pacientes, sino también sus deseos y preferencias. Es decir, que los enfermos pueden tomar decisiones que no estén basadas únicamente en aspectos propios a la salud; sino también en emociones, sentimientos, religión y aspectos culturales. Resulta ser tan autónomo el querer saber, como el renunciar a ser informado y a tomar decisiones en el ámbito de la propia enfermedad, aspecto que patentiza el supuesto conflicto entre la evidencia médica y

⁶¹ La problemática de lo oportuno del acto médico está sobrentendida por dos razones claves. La primera es la libertad de decisión del individuo, designada por los juristas como el derecho a la autodeterminación. La segunda corresponde al compromiso moral y profesional del médico de tratar, de ser posible, llegar a la curación deseada. Entre estas dos exigencias bilaterales un conflicto puede declararse: se asemeja a un antagonismo entre la noción subjetiva de libertad personal del paciente y el recurso objetivo a la noción del interés del paciente (Garay, 1996).

⁶² El diálogo médico-enfermo, calificado en teoría como el encuentro de una confianza y una conciencia, permanece colocado bajo la garantía recíproca del pluralismo ético de los asociados al acto médico motivados por el interés y la voluntad del enfermo (Anrys, 1992).

⁶³ La voluntad del paciente disponiendo de su integridad intelectual debe constituir un límite que no se pueda violar, si el paciente está en la libertad hipotética, de aceptar, si lo decide así, el destino que se le presenta”(Const. De Estado Francés, 27 de enero de 1982, D. 1982 IR 275.

la voluntad del paciente: “siendo una oposición entre la lógica científica y las consideraciones personales” “... de la oposición entre la búsqueda de una lógica y la búsqueda del sentido” (Garay, 1996).⁶⁴

Contrariamente a lo que sucede en la cultura anglosajona, donde tiene su origen el consentimiento informado, en los países latinos –y en especial los latinoamericanos–, el principio de autonomía no está tan desarrollado. En estos países, la familia a menudo actúa como intermediaria entre el médico y el enfermo, intermediación que se produce con su aprobación. Por consiguiente, es la familia la que, al reclamar la autonomía, demanda el consentimiento informado.

El consentimiento debe darse por escrito a través de un formulario, en el que se haga constar la aceptación a cualquier intervención sobre el cuerpo (procedimientos diagnósticos o terapéuticos).

El enfermo tiene derecho a dar o negar su consentimiento previo a la realización de cualquier intervención salvo cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, si la urgencia no permite demoras y cuando no esté capacitado para tomar decisiones; en cuyo caso, el derecho corresponde a la familia o personas allegadas.

4º. El derecho a ser escuchado

Tener seguridad de que se considerará el interés del consumidor, que se mostrará empatía al formular las políticas gubernamentales y que se le dará un trato justo y rápido en los tribunales administrativos. Así, tenemos el derecho de expresar libremente nuestras quejas o impresiones negativas que sobre un determinado servicio o producto de salud tengamos, e incluso a establecer nuestra demanda.

Las instituciones sanitarias usualmente tienen establecidos canales de comunicación con los usuarios, mediante los cuales pueden ser

⁶⁴ Los franceses son más sensibles en términos legales en la cuestión de saber si el consentimiento fue formulado libremente por una persona “dotada de discernimiento”, por lo que tratan de asegurar el “carácter razonable” de la decisión del paciente. En derecho francés se plantea la hipótesis de que una persona disponiendo de todas sus facultades actuará en conformidad con sus intereses objetivos. Refleja más fácilmente una presunción de incapacidad en la irracionalidad de una decisión (Garay, 1996).

canalizadas las demandas o sugerencias de mejora de los servicios asistenciales. La misma Ley Federal de Protección al Consumidor señala “el otorgamiento de facilidades a los consumidores para la defensa sus derechos” (artículo 1, fracción VI) y determina la Procuraduría Federal del Consumidor⁶⁵ como el órgano para promover y proteger los derechos del consumidor y demás atribuciones que originen (Art. 24).

5°. El derecho a un ambiente sano

Hace referencia a la seguridad de que no esté contaminado el ambiente donde vivimos. Es un derecho básico al que se circunscriben las políticas ambientalistas y los movimientos ecologistas, también llamados “verdes. Derecho que por ser general, pocas veces se expresa en legislaciones en materia de consumo, pero sí en las relativas al medio ambiente.

6°. El derecho de privacidad o intimidad personal

Mantener la privacidad y la confiabilidad del estado de salud del paciente es parte de la ética médica. Historias clínicas y terapéuticas empleadas deben ser manejadas en secreto, a excepción de ciertas enfermedades de notificación obligatoria que pueden poner en riesgo la salud colectiva.

La revelación del secreto profesional⁶⁶ del médico se contempla como un delito por las leyes penales mexicanas, a excepción de una justa causa (Art. 210 del Código Penal). Una justa causa es la existencia de una norma legal, como la que impone a los médicos la obligación de denunciar las enfermedades contagiosas, los envenenamientos, las lesiones u homicidios en los que hubiera prestado sus servicios profesionales.

Por otra parte, la norma legal puede ser permisiva, sin dispensa del secreto en razón del interés público, por humanidad o por prestar un servicio a persona con la que se esté ligado por vínculos afectivos o de parentesco (Art. 352 fracc. II del Código Penal).

⁶⁵ La Procuraduría Federal del Consumidor es un organismo descentralizado de servicio social con personalidad jurídica y patrimonio propio. Tiene funciones de autoridad administrativa y está encargada de promover y proteger los derechos e intereses del consumidor y, procurar la equidad y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores (Art. 20).

⁶⁶ Se entiende por revelación se secreto, el conocimiento dado por una persona a otra de algo que para está era desconocido. En determinadas circunstancias constituye u acto delictivo(de Pina, 1978).

Otras causas justas de revelación profesional, según Carrancá y Carrancá (1991), son el consentimiento del interesado, la necesidad de defender un buen nombre profesional y la necesidad de salvarse o salvar a otro en los términos configurados por la excluyente del estado de necesidad (p.e. la revelación que hiciera el médico a una mujer sobre su futuro marido, si padece una enfermedad grave, contagiosa e incurable).

5.6 Carta de los derechos de los pacientes

En el contexto mexicano, estos derechos se enuncian en la “Carta de los Derechos Generales de los Pacientes”, que se constituyó como un documento definitivo y en su redacción participaron representantes de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Federación de Colegios de la Profesión Médica, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, la Subdirección General Médica del ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la SSA. Esta última carta considera cinco puntos, que retoman los ya tratados en los derechos del consumidor sanitario (Tabla 14).

Tabla 14. <i>Carta general de los derechos generales de los pacientes</i>		
Derecho	Enunciado	Fundamentos
1. Recibir atención médica adecuada	El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.	<i>Ley General de Salud. Artículos 51 y 89.</i> <i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 21 y 48.</i>
2. Recibir trato digno y respetuoso	El paciente tiene derecho a que el médico y la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.	<i>Ley General de Salud. Artículos 51 y 83.</i> <i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 25 y 48.</i>
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz	El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.	<i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 29 y 30.</i> <i>NOM-168SSA 1-1998, del expediente clínico, numeral 5.5</i>
4. Decidir libremente sobre su atención	El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.	<i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 80.</i> <i>NOM-168SSA 1-1998, del expediente clínico, numerales 4, 2 y 10.1.1</i> <i>Ante proyecto del Código-Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, Artículo 4, fracción 4.3</i> <i>“Declaración de Lisboa de la Asociación Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995 apartado C.</i>
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado	El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.	<i>Ley General de Salud Artículos 100 Fracción IV 320 y 321.</i> <i>Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 80 y 81.</i> <i>NOM-004-SSA3-2012: Del expediente clínico, numerales 4.2 y 10.1.</i>

Cabe destacar que, previamente, la Asociación Americana de Hospitales formuló una “Declaración de derechos del paciente” (citada por Soberon-Acevedo et al., 1994) que refleja las particularidades del contexto en el que se lleva la prestación médica en los Estados Unidos, como es el caso de la facturación (Tabla 15); y se establecieron “Los 10 derechos básicos de los consumidores que hacen uso de los servicios de salud” (Profeco/Consumer Internacional) emitidos en Bled, Eslovenia, el 12 de noviembre de 1995 (Tabla 16).

Con el avance de los movimientos consumeristas en la prestación de servicios de salud, en la actualidad se habla de ciertos derechos de última generación, entre los cuales se hacen cada vez más patentes diversos aspectos relacionados con la libertad de elección y el de la compensación por daños o secuelas,

Tabla 15.
*Declaración de derechos del paciente**

El paciente tiene derecho a
<ul style="list-style-type: none">• Que se le atienda con consideración y respeto.• Obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, términos razonablemente comprensibles para el enfermo. Cuando médicamente no sea aconsejable suministrar esos datos al paciente, habrá de suministrarse dicha información a una persona que le represente. Asimismo, tiene derecho a saber el nombre completo del médico responsable de coordinar su atención.• Que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, excepto en las urgencias. La información que ha de darse al paciente para que pueda dar su consentimiento informado ha de incluir, al menos, lo relativo al procedimiento o tratamiento específico y los riesgos médicos significativos asociados a la probable duración de la incapacidad. Cuando hay otras opciones de atención o tratamiento médicamente significativas o cuando el paciente quiere conocer otras posibilidades, tiene derecho a recibir dicha información.• Rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley, y a ser informado de las consecuencias médicas de su acción.• Que se tenga en cuenta su intimidad en relación a su propio programa de atención. La discusión del caso, las consultas, las exploraciones y el tratamiento son confidenciales y deben de conducirse con discreción. Quienes no estén directamente implicados en su atención deben tener autorización del paciente para estar presentes.• Examinar y recibir explicación de la factura de sus gastos, independientemente de quién vaya a pagar la cuenta.

* Asociación Americana de Hospitales (sólo se incluyen algunos párrafos)

Tabla 16.
*Los diez derechos básicos de los consumidores sanitarios**

-
1. Tener acceso a cuidados a la salud apropiados y accesibles.
 2. Ausencia de discriminación.
 3. Recibir información y educación.
 4. Tener libertad de elegir al médico u otro especialista de la salud.
 5. Tener libertad de elegir el centro de salud o institución médica.
 6. Obtener información previa para autorizar la aplicación de cualquier tratamiento médico.
 7. Participación en sus propios cuidados a la salud.
 8. Respeto, privacidad, confidencialidad y dignidad.
 9. Derecho a quejarse.
 10. Recibir indemnización en caso de daños y perjuicios.
-

Fuente: Profeco/Consumer International

5.7 Empoderamiento del consumidor

En su conceptualización más simple, el *empowerment*, “empoderamiento” o “facultamiento” del consumidor sanitario refleja una investidura de poder del enfermo en la que asume el control de su propia existencia, volviéndose responsable de todos los aspectos de ésta: bienestar, salud y cuidados.

Se dice que los individuos autoempoderados (*self-empowerment*) no le entregan su poder a nadie y no permiten que otros los infantilicen; no se ven como impotentes o inferiores por el hecho de pedir consejos o consulta de un profesional experto, sino que se vuelven socios de estos expertos, participando activamente en la determinación mutua de qué es mejor, qué pasos tomar en lo que se refiere a su futuro y los tratamientos que deben seguir o rechazar.

En patologías de larga evolución como lo es la diabetes la adaptación psicosocial es fundamental. Todos los días los pacientes toman decisiones que tienen gran impacto en sus niveles de glucosa, en su calidad de vida, en su estado general de salud y en su bienestar. Por eso las instituciones de salud procuran una nueva actitud hacia el empoderamiento en los usuarios.

En el modelo del empoderamiento, los cambios conductuales de los actores del proceso de atención son evidentes; tomemos el caso de la

Diabetes mellitus y su manejo (Tabla 17)⁶⁷, que rompe con el enfoque terapéutico tradicional (Mulcahy et al., 2003; Bridges et al., 2008).

La alimentación, la actividad física y el manejo del estrés son determinantes en el control de la diabetes y estas elecciones las hace el paciente y no el profesional de la salud. En términos de corresponsabilidad los profesionales de la salud pueden aportar conocimientos, enseñar habilidades, dar apoyo emocional y sugerencias para cambios en el comportamiento y estrategias para enfrentar la enfermedad.

Tabla 17.

Comparación entre el modelo tradicional de atención en la diabetes y el modelo del empoderamiento

Modelo tradicional	Modelo del empoderamiento
1 La diabetes es una enfermedad física	La diabetes es una enfermedad biopsicosocial
2 La relación entre el proveedor de la salud y el paciente es autoritaria, basada en la experiencia del proveedor	La relación entre el proveedor de la salud y el paciente es democrática, basada en compartir experiencias
3 Los problemas y necesidades de aprendizaje son usualmente identificados por profesionales	Los problemas y necesidades de aprendizaje son usualmente identificados por los pacientes
4 El profesional es visto como una persona que resuelve problemas y proporciona cuidado, por ejemplo, es responsable del diagnóstico y del resultado	El paciente es visto como una persona que resuelve el problema y se cuida; el profesional actúa como un recurso y ayuda al paciente a establecer metas y desarrollar un plan de automanejo
5 La meta es cambio en el comportamiento; las estrategias para cambios en el comportamiento se utilizan para ayudar a los pacientes a experimentar cambios de comportamiento de su elección	La meta es permitir a los pacientes que tomen decisiones informadas; las estrategias para cambios en el comportamiento se utilizan para aumentar la aceptación del tratamiento recomendado; los cambios en el comportamiento no son adoptados, sino vistos como una herramienta de aprendizaje para proporcionar nueva información que se puede utilizar para desarrollar planes y metas futuras
6 Los cambios en el comportamiento son motivados externamente	Los cambios en el comportamiento son motivados internamente
7 El paciente es débil, el profesional es poderoso.	El paciente y el profesional son iguales entre sí.

Fuente: Profeco/Consumer International

⁶⁷ Tomado de Curso de apoyo Auto-manejo en diabetes. Módulo 5: Educación y Psicología. Disponible en http://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/20/AMD-2012/AMD_M5-C.swf . Consultado el 31 de marzo del 2015.

La actitud empoderada refleja la participación activa en el mantenimiento de la propia salud, siendo portavoces y concedores de lo que se necesita para mantenerse saludables. Al principio, a muchas personas se les hace difícil ajustarse a este concepto –el de que es uno “experto” de su propia vida–; sin duda este autoconocimiento conlleva un proceso de madurez y responsabilidad en el que pueden distinguirse tres etapas: una inicial o de consentimiento informado; una segunda de mayor participación o corresponsabilidad; y una final de protagonismo activo (Priego-Álvarez, 2002).

A. Consentimiento informado

El primer paso al autoempoderamiento es poder contar con información suficiente y pertinente para el consentimiento de una determinada acción médica. La información es poder y, en este caso, debe traducirse en fortaleza para el enfermo. Los individuos informados conocen sus derechos, alcances y limitaciones; actúan a sabiendas de lo que puede suceder por una acción u omisión.

El consentimiento informado es un proceso de comunicación entre los profesionales de la salud y el enfermo (en casos particulares, con los familiares de él), que se enmarca dentro del principio de autonomía y de la propiedad del enfermo sobre su propio cuerpo. La autonomía de los pacientes en una situación diagnóstica o terapéutica significa que los profesionales sanitarios deban dar la información clara, oportuna y pertinente sobre el estado de salud de los enfermos, así como la viabilidad y consecuencias de una determinada acción médica; pero, sobre todo, el respeto a las decisiones que emitan los pacientes después de un conocimiento adecuado.

B. Corresponsabilidad

El segundo paso hace referencia a la activa participación del enfermo en el establecimiento del tratamiento médico (determinación terapéutica). Se hace necesario un pacto social, lo que McCabe (1996) llama volverse “socio” del médico, dado que no es posible delegar el manejo de la propia salud a los proveedores de los cuidados médicos sin el conocimiento y participación del enfermo.

Es obvio que el más interesado en la recuperación de la salud es el propio enfermo, lo que requiere asumir un compromiso mayor que lo haga participe de la instauración y desarrollo de la terapéutica. El enfermo debe saber qué hacer y cómo hacerlo. No se vale el autoengaño, como en el que suelen incurrir algunos pacientes diabéticos, que, a sabiendas del daño que puede producirle la ingesta de determinados alimentos, los consumen, negando infantilmente tales actos. La corresponsabilidad es, sin duda, un signo de madurez y compromiso.

C. Protagonismo activo

Una vez asumidos los pasos anteriores, sólo resta tomar el control de la propia vida, incluyendo sus limitaciones. El enfermo asume su condición, pero no actúa pasivamente, sino que busca restablecer su equilibrio biopsicosocial, procurando todo lo que sea posiblemente alcanzable. Es forzoso superar las inhibiciones y el deseo de que sean otros quienes los cuiden. Hacer frente al temor de involucrase demasiado en la enfermedad, porque esto podría redundar en un estado depresivo que, a su vez, actuará como un acelerador del proceso mórbido. Al respecto, Shernoff (1997) menciona, en el caso particular de los pacientes seropositivos, que “la persona con SIDA autoempoderada es un consumidor sofisticado del cuidado médico. Éste se ve a sí mismo como el equivalente al médico, y no impotente o inferior, por el simple hecho de estar pidiendo consejos o consulta de un profesional experto en un área en particular”.

Sin embargo, este cambio de actitud de pacientes pasivos a consumidores activos del cuidado médico, muchas veces ha sido una transición incómoda para los médicos, quienes estaban acostumbrados a mantener el control de la situación y a tener todas las respuestas. El autoempoderamiento de los enfermos es, sin duda, una posición concienzuda y reflexiva que se inscribe dentro del llamado consumerismo en salud y no corresponde a una moda pasajera.

Muchos ciudadanos en la sociedad actual han incrementado su acceso a la información de tópicos variados, como prácticas médicas y de salud en general, a través de libros, revistas, Internet y programación televisiva,⁶⁸

⁶⁸ Habría que considerar que los medios electrónicos actuales y el desarrollo de la informática a través de las páginas webs prácticamente ponen al alcance de cualquier persona y en particular de los ciber-

y si bien son frecuentemente excluidos de participar en la gestación y formulación de las políticas sanitarias, por considerárseles faltos de conocimiento y de experiencia, cada vez más demandan su inclusión. La participación de los consumidores en las políticas de salud, y en particular de la prestación médica, puede considerarse como una investidura de poder (Sleath y Rucker, 2001), en la que los grupos organizados de la sociedad (asociacionismo) y los consumidores autoempoderados crean nuevas estrategias que vencen obstáculos en la asistencia sanitaria.

5.8 Consideraciones mercadológicas en la gestión hospitalaria

La nueva gerencia en salud, como se ha venido apuntando, considera a los hospitales como empresas productoras de procesos-servicios de salud que requieren de un manejo empresarial, lo que conlleva una rentabilidad social (en el caso de los nosocomios públicos) y económica (para los hospitales privados). Desde este enfoque, la mercadotecnia en salud es una herramienta de gestión que procura la satisfacción de las personas, usuarios o clientes, y que tiene a la calidad como meta.

Todo ello surge en un entorno en el que cualquier organización –y el hospital no es la excepción– necesita adecuar permanentemente su capacidad de respuesta para mejorar su competitividad, básicamente por la vía de optimización y la mejora de los procesos de gestión y producción.

En los últimos años hemos transitado del concepto de “usuario” al de “cliente”, lo que significa una mayor orientación de los servicios de salud a las necesidades, preferencias y expectativas de los ciudadanos, teniendo en cuenta la perspectiva de los profesionales y los objetivos de la organización (Priego-Álvarez, 1995). Sin embargo, hoy en día muchos todavía se cuestionan el porqué hablar de la mercadotecnia en los hospitales públicos, donde se da la impresión de que las “fuerzas del mercado” intervienen poco, y donde parece que los directivos tienen que pensar más en cómo frenar la demanda que en conseguir clientes.

En respuesta a lo anterior, baste señalar que la mercadotecnia como elemento clave, explicativo del comportamiento en las organizaciones,

nautas datos sobre la frontera tecnológica médica que muchas veces aun no conoce el propio médico tratante (Wilkins y Navarro, 2001)

encierra un gran valor como instrumento de cambio, de mejora del comportamiento y, por tanto, de avance hacia unos resultados cualitativos y cuantitativos de la organización.

La mercadotecnia sanitaria es un ejercicio profesional y una disciplina de la gestión cada vez más tecnificada, cuya esencia radica en que se vincula directamente a la gestión del hospital. Y este punto es el principal argumento para su aplicación.

Los hospitales públicos presentan un número cada vez mayor de problemas, que pueden ser comprendidos y resueltos con acciones mercadotécnicas. La mercadotecnia externa puede atraer clientes hacia los servicios, así como orientar su mejor uso; puede desincentivar un consumo excesivo haciendo *demarketing* (p.e. en el caso de saturación de los servicios de urgencia por una demanda de urgencias no verdaderas); permite conocer la imagen que tienen los consumidores sobre los servicios hospitalarios, y puede influir sobre ella creando una imagen institucional propia y un posicionamiento positivo con una clara diferenciación de los servicios; al igual que ayuda a traer recursos externos. La mercadotecnia interna procura la motivación del personal; ayuda a hacer un mejor uso de los recursos existentes y permite el desarrollo de una filosofía de calidad.

Clarificando conceptos, habría que entender que la **mercadotecnia hospitalaria** es la gestión de un intercambio entre el hospital y los ciudadanos (usuarios potenciales y reales) para conseguir el bienestar deseado (March Cerdá, 1996). Esta orientación tiene como clave la determinación de las necesidades y valores de la población objetivo (mercado meta), a fin de conseguir el deseado nivel de satisfacción. Pero esta adaptación, apunta March-Cerdá, “no se estructura en base a logotipos y eslóganes, no basta con crear servicios de información al usuario. No es suficiente con llenarnos la boca con la palabra cliente. Es necesario dar un vuelco, un cambio, una reorientación”.

En la actualidad los hospitales, tanto públicos como privados, de los países desarrollados cuentan con una unidad de mercadotecnia que aglutina los tradicionales departamentos de relaciones públicas, planeación, trabajo

social, admisión hospitalaria y de calidad. Son funciones primordiales de dicha unidad el desarrollo de acciones mercadológicas, tanto externas como internas, que garanticen la calidad en la prestación de los servicios, mantengan sensible a la organización hacia la satisfacción de las necesidades de los usuarios y tengan un estado de permanente alerta hacia los cambios del entorno que afecten al mercado.

Si bien es claro que los hospitales privados están preocupados por incrementar el número de usuarios por servicios específicos (práctica insana) y que para ello se han valido de la mercadotecnia, los usos actuales de esta disciplina no se centra solo a ello, sino por el contrario procuran mejorar los servicios, humanizando la atención médica.

Naidu et al. (1992) apuntaron que existen departamentos en los hospitales que realizan actividades de mercadotecnia, como el de relaciones públicas y planeación, situación que ha confundido a los directivos de los hospitales debido a que las actividades de publicidad y relaciones públicas las toman como equivalentes de mercadotecnia. Sin embargo, no es conveniente asignar las actividades de mercadeo a un departamento ya establecido, sino por el contrario crear un nuevo departamento o área denominado de mercadotecnia que cuente con personal altamente calificado para estudiar el mercado, productos y territorios, considerando que la mercadotecnia hospitalaria debe:

- a) Proporcionar medios para programar nuevos servicios.
- b) Incrementar el uso de programas existentes.
- c) Identificar a los usuarios reales y potenciales.
- d) Generar información oportuna para la toma de decisiones.
- e) Ofertar los servicios requeridos por el mercado meta.
- f) Establecer lineamientos para la prestación de los servicios.
- g) Hacer análisis de competencia (participación y posicionamiento de hospitales).
- h) Realizar programas de capacitación para el desarrollo de la mercadotecnia interna e interactiva.
- i) Efectuar estudios y pronósticos de la demanda por servicios.
- j) Desarrollar programas de calidad.

Para llevar a cabo tales actividades mercadotécnicas es conveniente registrarse por ciertos principios éticos como los mencionados por Goldman en 1993:

“Se debe ver primero el bienestar del paciente”,
“evitar servicios innecesarios”,
“mantener altos estándares de honestidad y precisión”, y
“ser responsable con el público”.

En la historia de la mercadotecnia hospitalaria cabe destacar que fue el hospital Evanston en Chicago, que nombró a principios de los años setenta del siglo pasado, al primer vicepresidente de mercadotecnia en el mundo para un hospital.

En el contexto mexicano es en 1993 cuando el hospital inglés o ABC de la ciudad de México que incorpora su estructura organizacional del departamento de mercadotecnia, lo que lo colocó a la vanguardia nacional. Otros hospitales privados como el Hospital Ángeles del Pedregal en México, D.F. o el Christus Murguerza en Monterrey, Nuevo León, siguieron dicha línea.

Inicialmente los hospitales privados laboraron con un grupo de staff expertos en mercadotecnia lo que fue de gran utilidad para el diseño de nuevas formas de hacer tangibles los servicios ofertados en el desarrollo y evaluación de sus campañas publicitarias y en estrategias de selección de medios de comunicación entre otras actividades de mercadotecnia hospitalaria externa; posteriormente hicieron uso de la mercadotecnia interna para el desarrollo de la filosofía de calidad.

Al análisis del desarrollo de la mercadotecnia hospitalaria en México es conveniente hacer mención a lo señalado por Pérez-Romero (1998), sobre las variables que discriminan a los hospitales de segundo y tercer nivel de atención (tabla 18) y a las diferencias profesionales de los directivos (tabla 19), lo que sin duda repercute fuertemente en la aplicabilidad de la mercadotecnia hospitalaria.

Tabla 18.*Variables discriminantes entre hospitales de segundo y tercer nivel de atención*

Hospitales de tercer nivel	Hospitales de segundo nivel
Niveles socioeconómicos A y B	Niveles socioeconómicos B y C
La estrategia de mercadotecnia es más clara	La estrategia de mercadotecnia es menos clara
El nivel de conocimiento es más alto que en los de tercer nivel pero sigue siendo bajo	El nivel de conocimiento es aun menor
Utilizan la televisión como medio de promoción	Utilizan la folletería como medio de promoción
Utilizan más programas de capacitación para lograr una mayor satisfacción de los usuarios	Utilizan menos programas de capacitación para lograr una mayor satisfacción de los usuarios
Estudian un panorama a la competencia	No estudian a la competencia
Estudian un panorama amplio de su público	No estudian un panorama amplio de su público
Tienen más programas de capacitación en calidad	Tienen menos programas de capacitación en calidad
Desarrollan planes de mercadotecnia en mayor grado	Desarrollan planes de mercadotecnia en menor grado
Desarrollan planes para diferentes segmentos en mayor grado	Desarrollan planes para diferentes segmentos en menor grado
Conoce la ubicación de su cliente	El conocimiento de la ubicación de su cliente se da en menor medida
Les agrada más trabajar con mercadotecnia	Les agrada menos trabajar con mercadotecnia
No estarían de acuerdo en trabajar con staff	Estarían más de acuerdo en trabajar con staff
Tienen menos antigüedad en el hospital	Tienen más antigüedad en el hospital

5.9 Líneas de gestión hospitalaria orientadas al mercado

La gerencia de hospitales requiere, como se ha mencionado, una nueva orientación basada en el mercado que se puede estructurar en varias líneas:

- La necesidad de que el hospital cambie de orientación hacia un modelo más sensible, más cercano al cliente, buscando un intercambio de servicios y programas basados en los valores y contravalores que percibe el usuario.
- Acercarse a los pacientes y familiares en función de un estudio de las preferencias, necesidades, expectativas de los usuarios, con el fin de satisfacerlas, valorando en ellas la realidad percibida en función de las necesidades personales y las experiencias anteriores.
- Establecer estrategias diferentes en función de públicos distintos. Lo que implica segmentar el mercado, teniendo en cuenta, entre otras variables, los horarios de transporte de la gente que se desplaza para consultas externas y que procede de sitios distintos; las necesidades de los pacientes en función de la edad, el nivel socioeconómico.
- Responder a las necesidades de los clientes mediante un conjunto de actividades que tengan en cuenta el servicio, no en sí mismos, sino en función de cómo lo percibe el cliente y cómo se pone a disposición de los posibles usuarios. En ello, habría que valorar las fases del proceso por las que pasa el usuario para obtener un servicio de calidad.
- Integrar a los profesionales en el proyecto, reequilibrando los poderes para mejorar la gestión de recursos humanos, utilizando un estilo diferente de gestión, jugando con la comunicación interna como uno de los elementos fundamentales.
- Romper con el aislamiento hacia fuera de los servicios sanitarios, intentando implementar la frase de que, además de hacerlo bien, hay que hacerlo saber.

Todo lo anterior conlleva a un proceso de sensibilización y una clara orientación clientelar, en la que se debe estar atentos a las necesidades

de los clientes y ser concientes de ellas; es decir, estar cerca del usuario, pendiente del antes y después de entrar en nuestro hospital.

Este planteamiento no debería entenderse desde la óptica del servilismo médico, de que *el cliente siempre tiene la razón*, ni de que la oferta de servicios de nuestros hospitales no tendría por qué mejorarse, ya que es suficientemente buena en sí misma y sólo le faltaría una buena promoción. Lo que hay que pretender es dar una **orientación de servicio y al cliente**; esto significa atender y asumir que la percepción que la población tiene de los servicios del hospital no se ha creado sólo por las noticias que han aparecido en los medios de comunicación, sino que se ha generado en gran parte a través del contacto directo de los usuarios con los profesionales que trabajan en los servicios, la asistencia sanitaria que se presta y la valoración de la calidad de ésta (no sólo técnica, sino también ligada a los aspectos de funcionalidad en la espera, en el trato, en la comunicación, en el edificio, en el entorno...).

Este camino nos lleva a buscar directivos que tengan más habilidades de negociación, de comunicación, de persuasión, de escuchar, de participación y de diálogo; habilidad de crear un sentido de propósito, de cambio, para saber trabajar con médicos y enfermeras, conseguir acuerdos con trabajadores y proveedores, colaborar con la prensa y grupos locales.

Para conseguirlo, las estrategias de *marketing* deben tener en cuenta un conjunto de elementos organizacionales, presupuestarios, de infraestructura y de personal. Dichos planteamientos deberán de tener en cuenta el conjunto básico de servicios que ofertan las diferentes unidades del hospital, teniendo en cuenta las características y atributos ligados a la fiabilidad técnica y la capacidad de respuesta, junto aspectos de costos, consideración (cortesía de trato, grado de comprensión del problema del usuario...), accesibilidad, disponibilidad horaria y comunicación (comunicación fluida entre el paciente, el personal médico y paramédico y los familiares con el servicio...) e imagen de los mismos (credibilidad e imagen...) que ayuden a marcar un posicionamiento de los servicios del hospital.

Cuestionario

1. ¿Qué se entiende por la actitud hacia el consumo de servicios de salud?
2. Defina el concepto de consumismo sanitario y ejemplifique esta actitud en el uso de servicios.
3. ¿Cómo se entiende la actitud consumerista en la adquisición y consumo de productos de salud?
4. ¿Qué es el asociacionismo? Dé algunos ejemplos de su acción en salud.
5. Mencione los seis derechos básicos de los consumidores sanitarios.
6. ¿Qué se entiende por *concepto informado* y qué diferencias existe entre su exigencia en los países sajones con relación a los latinoamericanos?
7. ¿Qué aspectos están relacionados con la elección de un servicio de salud?
8. ¿Cómo puede entenderse el autoempoderamiento en salud?
9. Ejemplifique cinco acciones en las que la mercadotecnia puede intervenir para mejorar las acciones de los hospitales públicos.
10. ¿Cuáles son las líneas de gestión hospitalaria orientadas al mercado?

Anexo

Robot doctor Revoluciona la medicina*

Erika Beras

“El doctor Chico es un robot que funciona con un joystick, tiene tres ruedas, un estetoscopio y podría ser la solución para la escasez de médicos y enfermeros que afecta a los hospitales en la nación. Chico (siglas en inglés de Operador Computarizado de Cuidados Intensivos) permite que los médicos y enfermeros examinen virtualmente a los pacientes, les hablen, tengan acceso a las



historias clínicas digitalizadas e, idealmente, diagnostiquen enfermedades aunque esté muy lejos del paciente. El rostro del robot es una pantalla plana. No es que Chico haga el trabajo de los médicos, sino que les facilita la labor supervisando a los pacientes. Y cuando el

médico está junto al paciente, permite conseguir una segunda opinión a distancia. O si el médico y el paciente hablan idiomas diferentes, Chico coordina la interpretación.”

"Con la escasez de especialistas en traumatología y cuidados intensivos, la telemedicina va a avanzar", dijo el Dr. Jeffrey Augenstein, profesor de cirugía y director del Centro Ryder de Traumatología. "La ventaja de algo así vale millones". El robot no le cuesta un centavo al hospital Jackson Memorial. El Ejército lo arrienda y el Jackson cosecha los beneficios porque el personal médico del Ejército se capacita en este hospital antes de ser desplegado en Irak y Afganistán. Los médicos del Jackson y la Facultad Miller de Medicina de



* Publicado en el *Miami Herald* (11/02/2008).

la Universidad de Miami comenzaron a usar a Chico desde el mes pasado de manera experimental, aunque todavía no funciona a plena capacidad. A medida que la población envejece y la escasez de médicos especializados se agudiza, las videoconferencias médicas robotizadas podían ser el futuro. "En la historia de la medicina moderna hemos evaluado a los pacientes viéndolos y hablándoles. Esto sería una forma de cambiar ese sistema", dijo Augenstein. "Nos sentamos en esta sala [con el robot] y tenemos acceso a toda la información del paciente sin importar que esté junto a nosotros o al otro lado del mundo". El robot del Jackson es



el único en su clase que se usa en el centro de traumatología, según la empresa creadora del aparato, In Touch Technologies, con sede en California. Hay otros cuatro en hospitales del Ejército –uno en Seattle, dos en Texas y uno en Alemania–, pero esos hospitales no tienen centros de traumatología. Docenas de unidades similares, llamadas RP-7 Remote Presence Robots, se usan en hospitales de todo el país para evaluar embolismos, infartos cardíacos y cuidados intensivos.

El robot fue creado por el Dr. Yulun Wang, de In Touch Technologies. A esta versión de última generación la precedieron otras seis. Los robots no requieren mantenimiento regular, pero están supervisados permanentemente, cada dos minutos, por equipos de servicio técnico. "El robot le informa a su servidor informático

correspondiente si opera debidamente", Wang. Unos 25 médicos, cirujanos y técnicos del centro de traumatología han aprendido a usar el robot. El Dr. Antonio Marttos Jr., profesor adjunto de cirugía, es conocido como el operador más diestro del robot, cuyos sensores evitan que choque con personas u objetos. "Para mí es fácil", dijo Marttos riendo. "Antes dedicaba mucho tiempo a los juegos de video".

El robot es nuevo, pero los médicos dicen que el origen de su operación no lo es. "Todos nosotros hemos practicado telemedicina, sólo que no tan avanzada", dijo Augenstein. "Uno recibe una llamada de otro médico, se envía una fotografía... Esto lo hacemos



a diario. Practicamos la asesoría a distancia". Los médicos no creen que los robots los reemplacen completamente. "En la práctica de la medicina, la presencia del médico es necesaria para el contacto humano".

Experiencias similares se han desarrollado para otros profesionales de la salud, como el caso del hospital St. Mary's en Londres, Inglaterra, donde algunos pacientes fueron controlados por una **enfermera robot** como parte de una prueba: "La hermana María (nombre del robot) se desplaza entre las camas y permite al doctor el examen visual de su paciente".

Bibliografía

Capítulo 1

- Corella, José María. *Introducción a la gestión del marketing en los servicios de salud*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Monografía No. 1 Salud Pública y Administración Sanitaria. Pamplona, España: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 1998.
- Cottle, David. *El servicio centrado en el cliente. Cómo lograr que regresen y sigan utilizando sus servicios*. Madrid: Díaz de Santos, 1991.
- Engel, G. L. "The need for a new medical model: A Challenger for biomedicine". *Science*, 1977; 196:129-135.
- Fisher Rossi, Konrad. *Diccionario de mercadeo*. México: Limusa, 1990.
- Guerrero Luis y León Aníbal. *Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica*. Mérida, Venezuela. *FERMENTUM* 2008; 18(53): 610-633.
- Grande Esteban, Idelfonso. *Marketing estratégico para la tercera edad: Principios para atender a un segmento creciente*. Madrid: Escuela Superior de Gestión comercial y Marketing, 1993.
- Hughes, G. David. *Mercadotecnia. Planeación estratégica*. Wilmington, Delaware: Adisson-Wesley Iberoamericana, 1986.
- Hunt, S. D. "The nature and scope of marketing". *Journal of Marketing*, 1976; 40:17-28.
- Kotler Philip. *Marketing management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984.
- Kotler, Philip; Armstrong, Gary. *Fundamentos de mercadotecnia*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1991.
- Kotler, Philip; Zaltman, Gerald. "Mercadotecnia social: un enfoque al cambio social planificado". *Journal of Marketing*, 1971; 35:3-12.
- Leal Jiménez, Antonio. *Gestión del marketing social*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España, 2000.
- Ling JC, Franklin BA, Lindstead JF, Gearon SA. "Comercialización social: Su lugar en la salud pública", en *Promoción de la salud. Una antología*. Publicación científica No. 557. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1996:266-285.
- Levionnois Michel. *Marketing Interno y gestión de recursos humanos*. Madrid: Díaz de Santos, 1992. Título del original en francés: *Marketing Interne et Management des hommes*. Paris: Les Éditions D`organisation, 1987.

- Mazuela Llanos, Alberto. *Diez herramientas de gestión organizacional. Mejora la gestión de tu asociación para mejorar al mundo. 1ª.Parte*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia, 2001.
- Naghi Namforoosh, Mohammad. *Mercadotecnia social*. México: Limusa, 1985.
- Priego Álvarez, Heberto. "Mercadotecnia: herramienta de gestión sanitaria". *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 1998; 8:32-38.
- Priego Álvarez, Heberto. "Educación ambiental para la salud", en López-Hernandez ES, Bravo-Mercado MT, González-Gaudiano EJ (Coordinadores): *La profesionalización de los educadores ambientales hacia el desarrollo humano sustentable*. México: ANUIES, 2005:147-155.
- Rodríguez, José Ramón. "Marketing hospitalario y comunicación", en Cuervo JI, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vince Vives, 1994:172-223.
- Rubio Cebrián, S. *Glosario de economía de la salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1995.
- Sánchez R., Héctor. *Marketing en salud*. Mimeo. Programa interfacultades en administración de salud. Santiago: Universidad de Chile, 1991.
- Serraf, Guy. *Diccionario de mercadotecnia*. 2da. Edición. México: Trillas, 2000.
- Soberón G, Kumate J, Laguna J. *La salud en México. Fundamentos de cambio estructural*. Tomo I. México: Fondo de Cultura Económica, 1988.
- Suárez Lugo, Nery. *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas, 2007.
- Taylor-Gooby, Peter. *Social change, social welfare and social science*. London: Harvester, 1991.
- Varó J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalario*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Yepes, Francisco J. *El estado del arte de la gerencia de salud*. Mimeo. Santa Fé de Bogotá: Instituto FES de Liderazgo, 1988.

Capítulo 2

- Agar, M. *Speaking of Ethnography*. Newbury Park: Sage Publications, 1986.
- Andersen, Ronald M. "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?" *Journal of Health and Social Behavior*, 1995; 36:1-10.
- Assael, Henry. *Consumer behavior and marketing action*. Boston: Kent Publishing, 1987.
- Bassets, M. "Se inventan enfermedades para ganar dinero. Entrevista a Jôrg Blech, periodista alemán." *La Vanguardia Digital*. 16/01/2005. <http://wwwd.lavanguardia.es/Vanguardia/Publica>
- Boyd Harper, Westfall, Ralph. *Marketing research: text and cases*. USA: Richard D Irwin, 1972.
- Donabedian, Avedis. *Aspectos de la administración de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

- Ángel, J.; Kollat D, Blackwell E. *Consumer behavior*. Chicago: Dryden Press, 1978.
- Farrás, Jaume; Bosch, Joseph Luis C. *Introducción a una psicología del consumo*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona, 1995.
- Howard, John. *Consumer behavior in marketing strategy*. New Jersey: Prentice Hall, 1989.
- Howard, J.; Seth, J. *The theory of buyer behavior*. New York: John Wiley, 1969.
- Kotler, Philip; Armstrong Gary. *Fundamentos de mercadotecnia*. México: Prentice Hall Hispanoamericana, 1991.
- León José Luis, Olabarría Elena. *Conducta del consumidor y Marketing*. Bilbao: Deusto, 1991.
- Moynihan, R.; Heath, I.; Henry D. "Selling sickness: The pharmaceutical industry and disease mongering". *BMJ*, 2002; 324:886-91.
- Nicosia, Francesco. *Consumer decision processes: marketing and advertising implications*. New Jersey: Prentice Hall, 1966.
- Nigenda, Gustavo; Langer, Ana (Comps). *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. Perspectivas en Salud Pública No. 20. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 1995.
- Priego-Álvarez, Heberto. ¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud? *Salud Pública de México* 1995;37(5):381-382.
- ____ "El proceso de compra en productos sanitarios". *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1996; 4:24-27.
- ____ "Comportamiento del consumidor sanitario: Análisis mercadológico en las decisiones de compra en servicios de salud". *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 2000; 15:25-30.
- ____ "Implicación y conocimiento en la actitud del usuario durante el proceso de consumo sanitario". *Salud en Tabasco* 2005; 11(3): 400-403.
- San José Garcés, Pedro. *Reformas sanitarias en Europa y la elección del usuario*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Schiffman, L.G.; Lazar, Kanuk L. *Comportamiento del consumidor*. 5ª. Edición. México: Prentice Hall Hispanoamericana 1997.
- Varela, Jordi. "Gestión de pacientes" en Cuervo JI, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales: nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vincens Vives, S. A. 1994: 224-261.
- Zaltman, Gerard; Walledorf, Melanie. *Consumer behavior: basics findings and manager implications*. New York: John Wiley and Sons, 1979.

Capítulo 3

- Anstonsky, A. "Social class, life expectancy and overall mortality". En: Jaco, E.G. *Patients, physicians and illness*. New York: Free Press, 1972.
- Artells-Herrero, J. J. "Características del sector sanitario en los países industrializados". En: Cuervo, J.L.; Varela, J., y Belenes, R. *Gestión de hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias*. Barcelona: Vincens Vives, 1994:1-35.

- Bloom, S.; Wilson, R.N. "Patient-practitioner relationships". En: Freedman H. et als. (eds) *Handbook of medical sociology*. Enflewood Cliff, New Jersey: Prentice Hall, 1979.
- Bronfman, M.; Castro, R.; Zúñiga, E.; Miranda, C.; Oviedo, J. "Del 'cuánto' al 'por qué'. La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios". *Salud Pública Mex* 1997; 39(5):442-450.
- Cobra, Marcos; Zwarg, Flavio A. *Marketing de servicios*. Bogotá: McGraw-Hill, 1991.
- Corella, José María. *Introducción a la gestión del marketing en los servicios de salud*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Monografía No. 1 Salud Pública y Administración Sanitaria. Pamplona, España: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 1998.
- Donabedian, Avedis. *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana, 1984. Título original en inglés: *The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Michigan: *The regents of the University of Michigan*, 1980.
- Donabedian Avedis. *Beneficios en los programas de asistencia médica*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982.
- Jaminson, D.T.; Bobadilla, J.L.; Hecht, R.; Hill, K.; Musgrove, P.; Saxenian, H. et als. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993*. Washington: Banco Mundial, 1993.
- Kotler Phillip; Armstrong, Gary. *Fundamentos de mercadotecnia*. México: Prentice Hall, 1991.
- Lamata, F.; Conde, J.; Martínez, B.; Horno, M. *Marketing sanitario*. Madrid. Díaz de Santos, 1994.
- Levionnois, Michel. *Marketing Interno y gestión de recursos humanos*. Madrid: Díaz de Santos, 1992. Título del original en francés: *Marketing Interne et Management des hommes*. Paris: Les Éditions D'organisation, 1987.
- March Cerdà, J.C. "La salud es transmisible: Marketing social y de servicios". En: Aranda-Regules JM (editor). *Nuevas perspectivas en atención primaria de salud: Una revisión de la aplicación de los principios, de Alma-Ata*. Madrid: Díaz de Santos, 1994:223-267.
- Moliné. Marçal. *La comunicación activa: Publicidad sólida*. Bilbao: Deusto, 1991.
- Priego-Álvarez, Heberto. "Consumo en salud: La perspectiva del consumidor sanitario". *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*. 1997; 3(7):15-22.
- Priego-Álvarez, Heberto. "Calidad percibida de los servicios médicos en Tabasco". *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*. 2000; 6(14):5-11.
- Priego-Álvarez, H.; López Naranjo, J.I.; Meneses-Hernández, J.L. *Encuesta de consumo de servicios de salud, Tabasco 1998*. Serie Proyectos de Investigación No. 1. Centro de Investigación. División Académica de Ciencias Económico Administrativas. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 2000.
- Ries, Al; Trout, Jack. *Posicionamiento: La batalla por su mente*. México: McGraw-Hill, 1982.
- Rodríguez Josep A. "Análisis sociológico de la participación y derechos de la persona enferma dentro del sector sanitario". En: Equipo de Investigaciones

- Sociológicas (editores). *La sanidad española desde la perspectiva del usuario y la persona enferma*. Madrid: Ediciones Encuentro, 1983:277-464.
- Rodríguez, Josep A. *Salud y sociedad: Análisis sociológico de la estructura y dinámica del sector sanitario español*. Madrid: Tecnos, 1987.
- Rodríguez, Josep A.; Jarillo, Edgar. *Consumers and Health: The case of Spain*. Mimeo. Universidad de Barcelona, mayo 1992.
- Ruiz, Adolfo. *Marketing de servicios*. Buenos Aires: Tesis, 1990.
- SSA. *Encuesta Nacional de Salud II*. México: Secretaría de Salud, 1994.
- Zola, Irving Kenneth. "Culture and symptoms: analysis of patients presenting complaints", *American Sociological Review*, 1966; 31:615-630.

Capítulo 4

- Berry, Leonard L.; Bennet, David R.; Brown, Carter W. *Calidad de servicio: Una ventaja estratégica para instituciones financieras*. Madrid: Díaz de Santos, 1989.
- Berry, Leonard L.; Parasuraman, A. *Marketing services: Competing through quality*. New York: The Free Press, 1991.
- Cervantes-Aldana, Javier. "Las 5 P de la mercadotecnia". *El Financiero*, 28 de abril de 1993.
- Chase, Richard B. Where does the customer fit in a service operation? *Harvard Business Review*. November – December 1978.
- Chias, Josep. *El Mercado son personas: El marketing en las empresas de servicios*. Madrid: Mc Graw-Hill, 1990.
- Cobra, Marcos; Zwarg, Flavio A. *Marketing de servicios*. Bogotá: McGraw-Hill, 1991.
- Corella, José María. *Introducción a la gestión del marketing en los servicios de salud*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Monografía No. 1 Salud Pública y Administración Sanitaria. Pamplona, España: Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra, 1998.
- Eigler, Pierre; Langeard, Eric. *Servucción: El marketing de servicios*. Madrid: McGraw-Hill, 1989.
- Fisher, Laura. *Mercadotecnia*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1992.
- Grande-Esteban, Idelfonso. *Marketing estratégico para la tercera edad*. Madrid: Escuela Superior de Gestión Comercial y Marketing, 1993.
- Guérin, Guilles; Wils, Thierry; Le Louarn, Jean Yves. *Planeación estratégica de los recursos humanos*. Santafé de Bogotá: Legis editores, 1992.
- Gummesson, Evert. "The marketing of professional services: 25 propositions". En: Donnelly James H. y George William R. (Comps.) *Marketing of services*. Chicago: American Marketing Association, 1981.
- Kotler, Philip; Armstrong, Gary. *Dirección de mercadotecnia*. Madrid: Prentice-Hall Internacional, 1991.
- Kotler, Philip; Armstrong, Gary. *Fundamentos de mercadotecnia*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana, 1991.

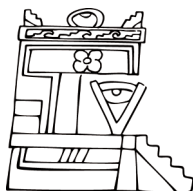
- Kotler, Philip; Bloom, Paul; Hayes, Thomas. *El marketing de servicios profesionales*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2004.
- Lamata F, Conde J. Martínez B, Horno M. *Marketing Sanitario*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
- Milakovich, M. "Creating a total quality health care environment". *Health Care Management Review*. 1991; 16(2):9-20.
- Moreno González, Gerardo. "Planeación estratégica en mercadotecnia" en Fisher, Laura. *Mercadotecnia*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1992:407-417.
- Naghi-Namkforoosh, Mohammad. *Mercadotecnia social*. México: Limusa, 1985.
- Oficina Sanitaria Panamericana. *Manual de comunicación social para programas de salud*. Washington, D.C.: OPS-OMS, mayo 1992.
- Parasuraman, A.; Zeithmal, Berry.; Leonard, L. *SERQUAL: A multiple item scale for measuring customer perceptions of service quality*. Massachusetts: Marketing Science Institute, 1986.
- Ruiz, Adolfo. *Marketing de servicios*. Buenos Aires: Tesis, 1990.
- Smith, Óscar. *Marketing de imagen: El futuro de su empresa depende de que su competencia no lea este libro*. México, D.F.: Editorial Anónima, 2002:330pp.
- Thomas, Dan R.E. "Strategy is different in service Business". *Harvard Business Review*. 1978.

Capítulo 5

- Aaker, David A.; Day, George S. *Consumerism: Search for the consumer interest*. Nueva York: Free Press, 1982:8-15.
- Anrys, H. "L'éthique médicale et les droits de l'homme –Normes et repères de la Jurisdiction internationale de l'éthique, des morales catholiques, protestantes, juives, musulmanes, bouddhists et agnostiques". Conseil de l'Europe, 16 de julio de 1992. DECS/MED DH (91)2.
- Bloom, S.; Wilson, R.N. "Patient – practitioner relationships". En: Freedman HE et al. *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.
- Bridges JFP, Loukanova S, Carrera P. Patient empowerment in health care. *International Encyclopedia of Public Health*. 2008; 5:17-28.
- Campos-Navarro, Roberto. "La relación médico-paciente: ¿Una relación de poder y subordinación?" En: Lara y Mateos, Rosa María (Compiladora). *Medicina y Cultura*. México, D.F.: Plaza y Valdés, 1994:231 – 256.
- Carrancá y Trujillo, Raúl; Carrancá y Rivas, Raúl. *Código Penal Anotado*. México: Porrúa, 1991.
- Curso de apoyo Auto-manejo en diabetes. Módulo 5: Educación y Psicología. Disponible en http://cursos.campusvirtualesp.org/file.php/20/AMD-2012/AMD_M5-C.swf . Consultado el 31 de marzo del 2015.
- Day, George S.; Brandt, William K. "Consumer research and the evaluation of information disclosure requirements: The case of truth in lending". *Journal of Consumer Research* 1974; 1:21-32.

- Garay, Alain. "Voluntad del paciente y evidencia médica: de la búsqueda de la lógica a la búsqueda del sentido". *Rev. Latinoamericana de Derecho Médico Legal*. 1996; 1 (1):67-74.
- Garay, Alain. "El derecho a la elección terapéutica. Consentimiento, libertades del equipo médico y el paciente". *Rev. Latinoamericana de Derecho Médico Legal*. 1996; 1(1):29-39.
- Hermann, Robert O. "Consumerism: Its goals, organizations and future". *Journal of Marketing*. Julio, 1970.
- Homedes, Nuria; Ugalde, Antonio. "Patients' compliance with medical treatments in the third world. What do we know?" en *Health Policy and Planning*. 1993; 8(4):291-314.
- Kotler, Phillip. *Marketing management*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall 1984.
- Ley Federal de Protección al Consumidor, en *Código de Comercio*. México: Ediciones ALF, 1995:1-56.
- Ley General de Salud: México: Porrúa, 1994.
- De Lorenzo, Ricardo . "Deber y derecho a la información". *El Médico*, 25 de marzo de 1994:75-76.
- Loudon, David L.; Della Bitta, Albert J. *Comportamiento del consumidor: Conceptos y aplicaciones*. México: McGraw-Hill Interamericana, 1995.
- McCabe, Luciana. "Tomando responsabilidad por nuestra propia salud". *Women Alive*. Fall 1996.
- Mantidale, Don. *La sociedad norteamericana*. México Fondo de Cultura Económica, 1970.
- Mulcahy K, Maryniuk M, Pierrot M, Tomky d, Weeaver T, Yarborouhg P. Diabetes Self-management Education Core Outcomes Measures. *The Diabetes Educator* 2003; 29: 768-803.
- Naidu GM, Kleimenhegen A, Pillari GD. "Organization of marketing in U. S. Hospitals: An empirical investigation". *Health Care Manage Rev*, 1992; 17 (4).
- Pérez-Romero, Luis Alfonso. Plan de Incorporación y Desarrollo de la Mercadotecnia Hospitalaria en México. Tesis Doctoral; División de Estudios de Pogrado e Investigación de la Facultad de Contaduría y Administración. Universidad Nacional Autónoma de México, 1998.
- De Piña-Varga, Rafael. *Diccionario de Derecho*. México: Porrúa, 1978.
- Priego-Álvarez, Heberto. *Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos*. Villahermosa, Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.
- Priego-Álvarez, Heberto. "¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud?" *Salud Pública Mex*. 1995; 37(5):381-382.
- Priego-Álvarez, Heberto. "Inversión de poder del enfermo". *Rev CECAMET* 2002; 2(4):3-5.
- Quintana, Octavio. "La aplicación del consentimiento informado en España". *El Médico*, 25 de marzo de 1994:60-71
- Rubio-Cebrián, S. *Glosario de economía de la salud y ciencias afines*. Madrid: Díaz de Santos, 1995.

- Shernoff, Michael. “¿Qué es el autoempoderamiento?” *SIDA* Agosto-septiembre 1997:11-13.
- Sleath, B.; Rucker, T.D. “Consumer participation in health policy decisions: empowerment or puffery?” *J. Health Care Poor Underserved*, 2001; 12(1):35-49.
- Soberón-Acevedo, Guillermo; García-Viveros, Mariano; Narro-Robles, José. “Nuevos frentes del humanismo en la práctica médica”. *Salud Pública Mex.* 1994; 36(5):541-551.
- Wilkins, S.T.R.; Navarro, F.H. “Has the web really empowered health care consumers? The truth is customers may not have changed as much we think”. *Mark Health Serv.* 2001; 21(3):5-9.



**Difusión y Divulgación
Científica y Tecnológica**

José Manuel Piña Gutiérrez
Rector

Wilfrido Miguel Contreras Sánchez
Secretario de Investigación, Posgrado y Vinculación

Fabián Chablé Falcón
Director de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica

Francisco Morales Hoil
Jefe del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas

Esta obra se terminó de imprimir el 1 de mayo de 2015, con un tiraje de 800 ejemplares en los talleres de la Impresora Mercantil; Calle Iguala 113; Colonia Centro; Villahermosa, Tabasco, México. El cuidado estuvo a cargo del autor y del Departamento Editorial de Publicaciones No Periódicas de la Dirección de Difusión y Divulgación Científica y Tecnológica de la UJAT.