

*Mercadotecnia en salud:
Aspectos básicos y operativos*

Dr. Heberto Priego Álvarez

Priego Álvarez. Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. 2da. Edición. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco / Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, A.C. 2002.

PROLOGO 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 Económicas Administrativas de la Unidad Juárez Autónoma de Tabasco, según edición, llama la atención por tres razones: (1) por el título, (2) por la editorial que lo publica y por el patrocinio recibido de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud y (3) por ser una segunda versión; estos tres hechos son importantes.

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 que sirve y quienes 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 solo nacionales, sino también internacionales.

El libro que ahora se comenta es una segunda edición, 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 bajo 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, 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, etc. 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 a nivel nacional.

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

PROLOGO 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 respuestas a la necesidad de contar como sistemas de salud que ofrezcan: acceso universal, 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.

Mucha 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 incentive una mayor calidad y eficiencia. 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 Escuela 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 si 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 de la población), la imagen que éstos proyectan es muy deficiente, en tanto que para quienes tienen contacto con estos servicios, la percepción se modifica notablemente 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 población 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 ambas 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.

CONTENIDO

Capítulo 1. FUNDAMENTOS DE LA MERCADOTECNIA SANITARIA

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 (Rubio-Cebrian, 1995:167).

Respecto a esta segunda acepción conviene señalar tres aspectos fundamentales de mucha actualidad, que a manera de transiciones se están experimentando en el campo de la salud en América Latina, que nos obligan a reflexionar seriamente en la incorporación de la Mercadotecnia a la cuestión de los servicios sanitarios, como una herramienta eficaz y efectiva para el alcance de sus propósitos. Tales transiciones implican modificaciones sustanciales:

- Una primera es la redefinición de la salud y consiguientemente de sus satisfactores. Es decir, la salud deja de verse desde el punto de vista exclusivamente 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, plenamente asociado a la calidad y capacidad de vida en determinados contextos socioculturales.
- Una segunda es el cambio en la relación interpersonal que establecen los principales actores del proceso de atención médica, en la que se pasa de una relación tradicional médico-paciente (hegemónica-paternalista), a otra de cliente-profesional (consumerista) que supone un enfoque contractual basado en la corresponsabilización y en el respeto de los derechos humanos y del consumidor sanitario.
- Y una última, dada por el surgimiento de un nuevo modelo de gestión en los servicios de salud que desplaza a la administración sanitaria por una nueva gerencia en salud en la que las instituciones sanitarias son consideradas empresas productoras de servicios de salud que requieren de un manejo empresarial para el logro de sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad, subrayándose su utilidad social sin menoscabo en la racionalización de sus recursos. Este nuevo modelo administrativo también se orienta hacia la satisfacción del cliente, lo que conlleva a modificaciones estructurales y comportamentales.

Una nueva conceptualización de la salud

En 1976 la Organización Mundial de la Salud, establece 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, si bien es utópica y carente de del componente de ser un fenómeno social e históricamente determinado, en su momento significó un avance al utilizar un modelo teórico-científico concreto (biopsicosocial) donde se tiene 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. Posteriores definiciones 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**, en el que las constantes alteraciones y ajustes en el funcionamiento del ser humano determinan grados variables de salud o enfermedad.

La salud entendida como “el óptimo grado de adaptación del hombre a su ambiente en un determinado contexto cultural e individual” (Soberón et al., 1988:27) o 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), suponen conceptos como calidad y capacidad de vida¹ 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 marco exclusivamente biológico al que frecuentemente se le ha reducido, amén de la redefinición de la necesidad de salud 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 (1991:187), 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--

¹ 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 referida 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.

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, 1994:14-15).

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 (Soberon et al., 1988:27). 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 los Estados 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 la década anterior 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 Bienestar 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 eso 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.²

Una nueva relación interpersonal: cliente-profesional.

La actual tendencia a considerar la salud como objeto de consumo dentro de los servicios públicos conlleva a un replantamiento de las actitudes de los asegurados de las Seguridad Social y de los ciudadanos que por derecho acceden a estos servicios.³ Se está generando una nueva conciencia contractual y un protagonismo activo de los usuarios (movimiento consumerista), donde el derecho a estar informados y la transparencia en la relación médico-paciente juega un papel fundamental. Sobre este último aspecto es imprescindible la ruptura del control médico, hasta ahora imperante por la asimetría en la información y la hegemonía médica.⁴ 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.

La actitud consumerista en salud se contrapone a la pasividad y el acatamiento irrestricto del consumismo sanitario, 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. Al adquirir

² 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 lo compra o decide la compra.

²¹ 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 desprotegidos de la Seguridad Social (llamados en México como “*población abierta*”) a través de los niveles de atención médica de la Secretaría de Salud.

²² El modelo médico hegemónico asegura su monopolio al medicalizar la sociedad, basándose en la idea de universalidad.

el consumidor sanitario un protagonismo activo (Priego-Alvarez, 1995:381-382), se rompe con la clásica relación interpersonal *médico-paciente*, dando paso ahora a una nueva relación entre *cliente-profesional*, que no permite la apariencia altruista de los servicios médicos y que reconoce la madurez y autonomía del enfermo.⁵

Por otra parte, hay que 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 --trátese de productos o de servicios-- que pueden ser causa de aparición de patologías o suponen un riesgo para la salud.

Un nuevo modelo de gestión sanitaria

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 en las Instituciones de Salud (tanto estructural como comportamental); y, c) una reorientación de las Organizaciones Estatales de Salud.

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 Médica⁶ que actualmente culmina en lo que se ha dado en llamar la Nueva Gerencia en Salud [Tabla 1]. Según este autor las organizaciones de salud han tenido distintos enfoques cronológicamente diferenciados. En la Administración Empírica (principios de siglo) las decisiones eran tomadas por un médico clínico de reconocido prestigio que se guiaba sólo por lo que su experiencia o el sentido común le indicaba. Durante la Administración Salubrista (a partir de la década de los 20's en México y Brasil, y posteriormente en los otros países latinoamericanos) fueron los médicos sanitarios quienes con bases muy superficiales de administración tomaban las decisiones con un horizonte día a día.⁷ La Administración Profesional surge en 1979 cuando por iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) --en particular de su oficina regional (OPS)-- y con el apoyo económico de la Fundación W.K. Kellogg, se desarrollan en varios países del continente americano los PROASA (Programas Avanzados en Administración de Servicios de Salud). 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

⁵ 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.

⁶ Yepes entiende por **Administración Médica** el accionar tradicional de los servicios de salud y de sus profesionales enfocado a la atención de los enfermos.

⁷ La Escuela de Salud Pública de México fue fundada en 1922 (seis años después de la de John Hopkins en EEUU). Desde entonces y hasta la presente fecha, y con el nombre actual de Instituto Nacional de Salud Pública, continúa formando médicos salubristas.

servicios de salud continuó siendo reactiva, aunque si se tomaron en consideración algunos aspectos de previsión. La Gerencia en Salud, a finales de la década pasada y principios de ésta, 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 CARACTERISTICAS DE LA ADMINISTRACION MEDICA EN LATINOAMERICA. | | | | |
|--|-------------------------------------|---|--|---|
| CARACTERISTICAS | DIRECTIVOS | ENFOQUE | BASES | LIMITES |
| ETAPAS | | | | |
| ADMINISTRACION EMPIRICA | 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. |
| ADMINISTRACION SALUBRISTA | Médicos Sanitaristas. | 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. |
| ADMINISTRACION PROFESIONAL | Administradores profesionales. | 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 | 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. |

| | | | | |
|-------------------|----------|--|---|-------|
| | | | tipo de recurso humano (el administrador de salud). | |
| GERENCIA DE SALUD | Gerente. | 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. | 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. | _____ |

FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. *Mercadotecnia: Herramienta de gestión sanitaria*. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 1998;8:32-38

b) Modificaciones estructurales y comportamentales en las organizaciones.

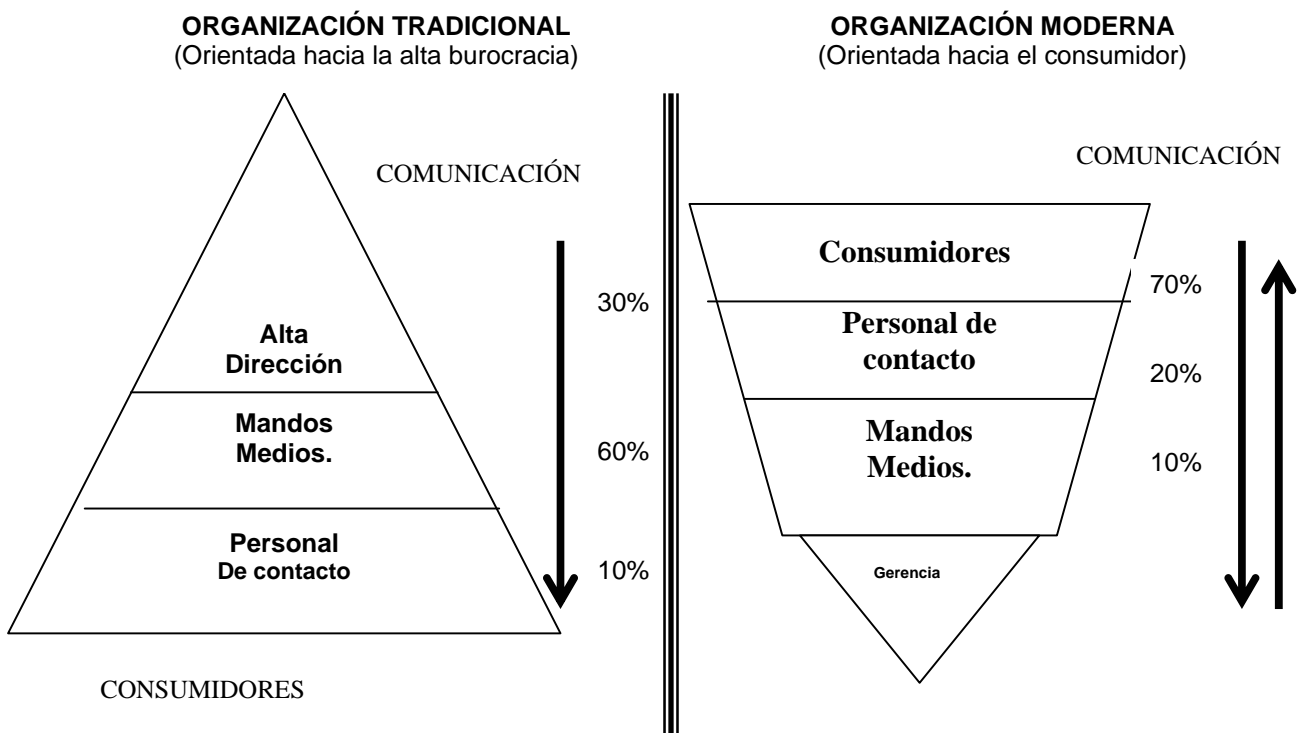
Las organizaciones en general han observado cambios no solo estructurales, sino también comportamentales que las orientan hacia el consumidor. De la antigua estructura piramidal con niveles sumamente jerarquizados en los que los mandos medios y los altos directivos actuaban como controladores y tomaban todas las decisiones, con una comunicación de la vértice hacia la base (Organización Tradicional) 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, dándose un flujo de comunicación en ambos sentidos. Las acciones se orientan hacia el consumidor. La organización posee pocos niveles jerárquicos, los mandos medios y la gerencia no imponen decisiones, actúan de facilitadores (Organización Moderna) [Figura 1].

c) Cambio de orientación de las Instituciones Públicas de Salud

La gestión de los servicios de salud públicos se ha modificado, transitándose 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 de un manejo empresarial para el logro de sus objetivos y de una orientación clientelar, es decir, que procure la satisfacción del cliente tanto externo (usuario) como del interno (profesionales y personal sanitario) [Tabla 2].

Figura 1

COMPARACION ESTRUCTURAL ENTRE LAS ORGANIZACIONES TRADICIONALES Y LAS ORGANIZACIONES MODERNAS.



FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.

| Tabla 2. MODELO DE GESTION EN SERVICIOS DE SALUD PUBLICOS | | |
|--|---|---|
| VARIABLE | ADMINISTRACION SANITARIA | GERENCIA EN SALUD |
| POBLACION META | <p>Paciente/Usuario Población abierta o desprotegida de la seguridad social. Atendida por el Estado u Organismos no Gubernamentales (ONG's).</p> <p>Derechohabiente. Asegurado y beneficiario de la Seguridad Social.</p> | <p>Cientes:</p> <p>Internos Profesionales y Personal Sanitario.</p> <p>Externos Usuarios y Compañías aseguradoras.</p> |
| ORIENTACION | De Redistribución Social, Mutualista, Filantrópica, Caritativa. | Orientación Clientelar. |
| OBJETIVO | Resolución de la demanda. | Satisfacción del usuario. |
| ACTOR PRINCIPAL | El Estado. Institución Filantrópico. | El cliente. |
| TIPO DE GESTION | Planificación Programática. | Manejo Empresarial. (Estudios de Mercado) |

FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.

1.2 CONCEPTUALIZACION DE LA MERCADOTECNIA EN SALUD

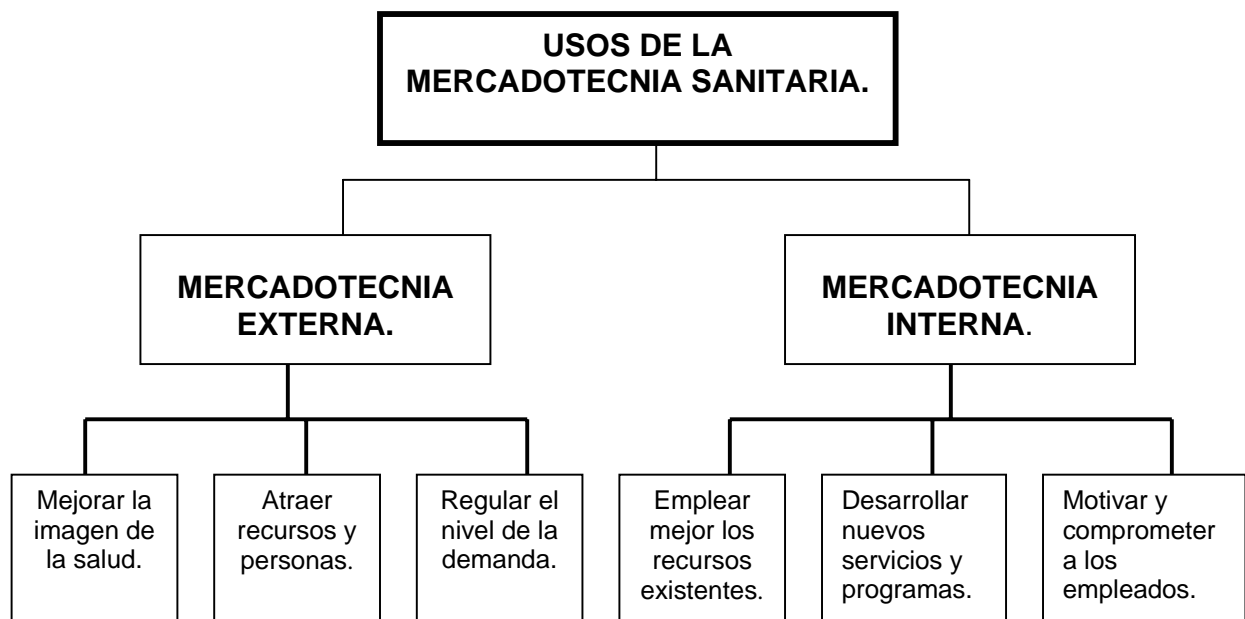
Es en este marco, donde la Mercadotecnia en Salud o Sanitaria, entendida como la “orientación Administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud” (Priego-Alvarez, 1995) adquiere vital importancia para la mejor prestación de los servicios. 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 que también las psicógenas y las sociales). Una redefinición del concepto de Mercadotecnia convoca a “satisfacer las necesidades del mercado-meta (población objetivo) en 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 repulsivo 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.

Dimensiones y usos de la mercadotecnia en salud

Los usos de la Mercadotecnia Sanitaria pueden ser externos o internos a la empresa de salud [Figura 2]. En el ámbito externo permite mejorar la imagen del producto o servicio de salud, atrae recursos y personas hacia la institución, y regula el nivel de la demanda, estimulándola o revitalizándola; o por el contrario desincentivando un uso o consumo excesivo haciendo lo que se conoce como desmercadotecnia o contramercadotecnia (demarketing). A nivel interno, se aplica para hacer un mejor uso de los recursos existentes, en el desarrollo de nuevos servicios y programas de salud y, para motivar y comprometer a los empleados con la misión y el objetivo de la organización, procurando la mejoría en los aspectos humanos o interpersonales de la calidad. La Mercadotecnia Interna debe entenderse como *un “atrayente o incentivador que retiene a unos clientes internos por medio de unos productos-trabajos destinados a satisfacer sus necesidades y apetencias”* (Lamata et al., 1994:195). 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).

Figura 2



FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.

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 objetivo (mercado-meta) a fin de conseguir el deseado nivel de satisfacción. Por eso, las actuales empresas de salud son ahora más sensibles a las necesidades, preferencias y expectativas de los usuarios con el fin de 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*).⁸

Modelo Mercadotécnico

Dos de los objetivos fundamentales del “*Marketing*” son la maximización en el consumo y la maximización en la satisfacción del consumidor (Kotler, 1984). Es por ello que bajo un enfoque mercadológico los estudios de consumo en salud hacen referencia a la utilización que se hacen de los servicios sanitarios, pero van más allá porque valoran la óptica del usuario, “*para que tenga ahora la*

⁸ 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) que fue elaborado por E. Jerome McCarthy en 1960.

oportunidad de manifestar sus necesidades, preferencias, deseos y expectativas en materia de salud (Priego-Álvarez, 1995).

Rodríguez y García (1996:361) entienden a 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 *“muchas de la actividad de la futura Psicología Social de la Salud se canalizará, sin duda por ese camino”*. Aunque más bien 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), misma 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 social⁹ 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. 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. Un primero, que denominan teoría precoz, donde se aportan conceptualizaciones (Kotler y Levy, 1969; Lazer, 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 (Lavidge, 1970; Kotler y Zaltman, 1971; Dawson, 1971). Otro intermedio o de experiencias evaluadas, donde se da una acumulación creciente de datos (Fox y Kotler. 1980; Kotler, 1982; Manoff, 1985) centrándose su aplicación a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987) y a estudios como la

⁹ Dos son las dimensiones de la Mercadotecnia en Salud: Social y Comercial. La primera procura la mejoría en la calidad de vida bajo un enfoque ético y colectivo. En la segunda media un interés netamente económico. El término **Mercadotecnia Social** fué 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. 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.

transforman en “vendedores” (Lefebvre y Flora, 1988; Kotler y Roberto, 1989) [Tabla 3].

Tabla 3

| ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL APLICADA A LA SALUD. | | | |
|--|---|--|--|
| ETAPAS | 1) TEORÍA PRECOZ | 2) EXPERIENCIAS EVALUADAS | 3) ACEPTACION CRECIENTE |
| VARIABLES | | | |
| AÑOS | A finales de los años 60's y principios de los 70's. | Ultimos años de los 70's y primeros de los 80's. | A finales de los años 80's y en la actualidad. |
| AUTORES | -Shruptine FK, Osmanski; FA (1975) Marketing's Changing role: expanding or contracting? -Martin NA. (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 LM, (1971) Marketing Sciencie in the age of the aquarios. -Lavidge R. (1970) The growing responsibilities of Marketing. -Kotler P, Levy SJ. Broadening the concept of Marketing. | -Kotler P. (1982) Marketing for Nonprofit Organizations. -Fox FA, Kotler P. (1980) The Marketing of social causes: The first 10 years. -Manoff RK. (1985) Social Marketing new imperative for Public Health. -Andreasen A. (1981) Power potential Channel strategies in Social Marketing. -Sheth JN, Frazier GL. (1982) A Model strategies mix choice for planned social change. | -Kotler P, Robert EL. (1989) Social Marketing for changing public behavior. -Lefebver CR, Flora JA. (1988) Social Marketing and Public Health intervention. |
| ENFOQUES | -Aplicación de las técnicas de Comercialización a las | -El interés se centra en la acumulación creciente de datos | -Los servicios de salud pública pasan a ser “ <i>productos</i> ”, la población |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | causas sociales. -Los teóricos se interesan por aportar conceptualizaciones. | procedentes de los enfoques de comercialización social. | se convierte en “ <i>clientes</i> ” y/o “ <i>consumidores</i> ” y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman en “ <i>vendedores</i> ”. |
| ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL APLICADA A LA SALUD. | | | |
| ETAPAS | 1) TEORÍA PRECOZ | 2) EXPERIENCIAS EVALUADAS | 3) ACEPTACION CRECIENTE |
| VARIABLES | | | |
| APORTES | -Diferenciación entre Mercadotecnia Social (aplicación social de los métodos de comercialización a una causa social) y Publicidad Social (uso de los medios de comunicación para dar publicidad a una causa social). -Se define a la Mercadotecnia Social como un enfoque del cambio social planificado y se subraya sus rasgos esenciales (Kotler y Zaltman, 1969). -Kotler y Levy acuñan el término “ <i>demarketing</i> ” (desmercadotecnia o contramercadotecnia para reducir la demanda de determinado producto). | -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). | -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”. - 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 satisfactorios para los usuarios”, siempre que sus ejecutores hayan comprendido bien los conceptos y hayan asimilado las técnicas (Lefebvre y Flora, 1988). |
| | -Se objeta que la | -Falta de evaluación. | -Dudas sobre los |

| | | | |
|-------------------|---|---|---|
| <p>LIMITANTES</p> | <p>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>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 participación de la población en las causas sociales recalcando que las herramientas de promoción aplicada 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 “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>aspectos éticos. La Mercadotecnia Social podría, en última instancia, servir como forma de control del pensamiento por los que tiene el poder económico. Temor a que la Mercadotecnia Social funcionara sin control ni regulación alguna (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 Social Marketing Perspectives and Wiepoints, 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 de la Mkt Social y sin un sistema de procedimientos operativos, amén de no ser enteramente comprendida por los</p> |
|-------------------|---|---|---|

| | | | |
|--|--|--|-------------------------|
| | | | profesionales de salud. |
|--|--|--|-------------------------|

FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. *Mercadotecnia: Herramienta de gestión sanitaria*. Hitos de Ciencias Económico Administrativas, 1998;8:32-38.

CUESTIONARIO:

1. ¿Cuáles son las acepciones de la Mercadotecnia en Salud o Sanitaria? Defina cada una de ellas.
2. ¿Cuales son las transiciones que se están experimentando en el campo de la salud que nos obliga a reflexionar seriamente en la incorporación de la mercadotecnia a la gestión de los servicios sanitarios?
3. ¿Qué diferencia existe entre calidad y capacidad de vida?
4. ¿Cuál ha sido la tradicional relación médico-paciente y en que consiste la nueva relación cliente-profesional?
5. Defina las etapas evolutivas de la administración médica en latinoamérica.
6. Mencione las diferencias entre la organizaciones tradicionales orientadas hacia la burocracia y las organizaciones moderna orientadas hacia el consumidor.
7. ¿Cuáles son las dimensiones y usos de la mercadotecnia en salud
8. Ejemplifique cada uno de los usos de la mercadotecnia que pudieran ser aplicables a la institución de salud en la que usted labora.
9. ¿Es posible hacer “demarketing” en servicios de urgencia saturados?
10. ¿Describa las etapas en el desarrollo de la mercadotecnia social aplicada a la salud?

Capítulo 2. LA PERSPECTIVA DEL CONSUMIDOR SANITARIO

Los cambios acelerados que se están dando en los sistemas de salud latinoamericano 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, obliga a los tomadores de decisiones del sector salud a tener información confiable y oportuna sobre las opiniones de la población, que permitan la eficacia y efectividad de los servicios. A Enrique Ruelas 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 propios 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 la reducción de la misma y a la mejora en la prestación de los servicios médicos. Por lo que es fundamental incluir ya, la investigación mercadológica que estudie de manera sistemática el punto de vista de la población respecto a los servicios de salud.

El punto de partida para el conocimiento del consumidor sanitario, insumo indispensable para la mejor prestación sanitaria, lo constituye su identificación como cliente y no paciente.

2.1 Cliente y 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. Recientemente hemos oído que éstos son ahora llamados “*clientes*” o “*consumidores*” y generalmente nos horrorizamos con estos términos. Creemos que estas nuevas acepciones conllevan una relación comercial y un sentido poco humanista. Sin embargo se está muy lejos de tal aseveración.¹⁰

A la revisión de algunos conceptos encontraríamos algunas diferencias: 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 tradicionalmente se reconoce a la persona bajo cuidados médicos. Como 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 muchos de las personas que acuden a los servicios de salud ni están enfermas y mucho menos son “*pacientes*” en la espera de su atención.

¹⁰ Priego-Alvarez Heberto. *¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud?* Salud Pública Mex 1995;37(5):381-382.

A estas personas puede considerárseles como usuarios¹¹, 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.

El concepto de cliente está ligado al de consumidor¹² (individuo o colectivo que compra cosas o usa servicios). Un cliente¹³ 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, 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. Más no así en los servicios públicos, en la que los gestores --bajo el principio de 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 de un sistema de Seguridad Social (derechohabientes)¹⁴. O bien, por el derecho constitucional o de ciudadanía¹⁵ 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 somos poseedores de este derecho básico, resulta lógico pensar que deberíamos recibir un buen nivel de prestación médica y ser tratados como *“clientes”*. Sin embargo, en nuestro Sistema Nacional de Salud

¹¹ La Ley General de Salud de México (Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984) considera en su art. 50 como **usuario de servicios de salud** a *“toda persona que requiera y obtenga los que preste los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad establece la ley”*.

¹² 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.

¹³ Para ser **cliente** se requiere de 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, que es tener *libertad de elección*.

¹⁴ La **derechohabiencia** comprende tanto al cotizante de la Seguridad Social (trabajador) como la de sus beneficiarios (familiares que dependen directamente de él).

¹⁵ El concepto de **ciudadano** hace referencia al carácter de pertenencia a una comunidad nacional, lo que incluye deberes y derechos generales.

(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 cliente en el SNS, serían necesarios cambios estructurales profundos, que sin llegar a la plena libertad de elección, mejoren las condiciones de atención médica recibidas por los usuarios y los haga más participes del proceso, estableciendo canales de comunicación que permitan conocer su opinión e incorporen sus sugerencias.

El conferir el término cliente también supone un nuevo posicionamiento del producto sanitario y un alto grado de responsabilidad del usuario en relación al mejor uso de los recursos para la salud. Por eso, hoy en día la gestión de las instituciones sanitarias, en concordancia con esta nueva corriente, deben tener una "*orientación clientelar*" que las haga sensibles al mayor nivel de exigencia que muestran ahora los ciudadanos. Lo que significa que debemos ponernos en el punto de vista del usuario como cliente y no como paciente, preguntándonos cómo espera ser tratado, suministrándole la información suficiente y clara para que participe y pueda corresponsabilizarse de su asistencia. Pero sin llegar al "*servilismo médico*" de que el cliente siempre tiene la razón.¹⁶

2.2. Consideraciones metodológicas

El comportamiento del consumidor era un campo de estudio relativamente nuevo en la segunda mitad de la década de los sesenta. 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 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 desean saber la forma en que la gente recibe, almacena y utiliza la información relacionada con el consumo; de manera que pudieran diseñar 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: si podían prever el comportamiento del consumidor, podrían influir sobre él. Este enfoque ha llegado a ser conocido como positivismo, y los investigadores del

¹⁶ La óptica del "*servilismo médico*" parte de la concepción total 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 éstas. En contraste, la "*orientación clientelar*", desde el punto de vista del Márketing 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.

consumidor que estaban interesados en primer lugar en prever el comportamiento del consumidor, se les conoce como *positivistas*.¹⁷

Una nueva perspectiva del estudio del comportamiento del consumidor surge de la comprensión del comportamiento de consumo y de los significados que subyacen ante tal conducta, conociéndosele como *interpretivismo*.¹⁸ Los interpretivistas¹⁹ han ampliado las fronteras de su estudio para incluir muchos aspectos subjetivos del comportamiento del consumidor, como el efecto de los estados de ánimo, emociones y tipos de situaciones, etc.

A pesar de la aparente diversidad de estos dos enfoques básicos al estudio del comportamiento del consumidor, cada uno puede ser visto como complementario del otro: *“la previsión y la comprensión juntas, proporcionan un cuadro vasto y rico del comportamiento del consumidor, que capacitan a los especialistas en mercadotecnia para tomar decisiones estratégicas todavía mejores, que si se utilizara uno sólo de ellos”* (Schiffman y Lazar Kanuk, 1997:10). La *prevención* que la investigación positivista hace posible y la *comprensión* profunda que proporciona la investigación interpretivista, hace que juntas produzcan un perfil fiable del comportamiento del consumidor [Tabla 1]. El uso conjunto de los resultados de las investigaciones positivistas e interpretivistas, proporcionan una base más firme para el empleo de estrategias de Mercadotecnia Social y para las decisiones de política pública, que lo que pudieran realizar cualquiera de estas investigaciones por sí mismas.

Tabla 1
COMPARACION ENTRE POSITIVISMO E INTERPRETIVISMO

| ENFOQUE VARIABLE | POSITIVISMO | INTERPRETIVISMO |
|---------------------|---|---|
| PROPOSITO | 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. | <ul style="list-style-type: none"> • No hay una sola y objetiva verdad. • La realidad es subjetiva. • No puede aislarse causa y efecto. • Cada experiencia de consumo |

¹⁷ 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).

¹⁸ En virtud de su enfoque sobre la experiencia de consumo, también se le conoce como **experiencialista**. Otros sinónimos empleados son **interpretacionismo** y **postmodernismo**.

¹⁹ 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 and 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).

| | | |
|---------|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • 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. | <p>es única.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La interacción investigador/entrevistado afecta los resultados de la investigación. • Es frecuente que los resultados no puedan generalizarse a poblaciones mayores. |
| METODOS | 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, 1997:27.

La investigación del consumidor es lógicamente una parte de la investigación del “Marketing”²⁰ y es definida como un “proceso sistemático y objetivo de recogida y análisis de datos relativos al comportamiento del consumidor” (León y Olabarría, 1991:171-189). Puede ser clasificada en dos áreas diferentes de acuerdo con la naturaleza de la investigación: demográfica por un lado y, la cognitiva y motivacional por otro. 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 relacionada con la mercadotecnia (Boyd y Westfall, 1972:617).

²⁰ Al **Marketing** también se le conoce como *Mercadeo, Mercadología, Distribución, Comercialización o Mercadotecnia*. Este último término, propuesto desde 1959 por la Asociación de Ejecutivos de Ventas de Latinoamérica, es el equivalente mayormente aceptado en México. 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 estudio de los procedimientos y recursos tendientes a este fin”, en Chile y España se continúa usando el anglicismo “Marketing”, aunque acentuado en este último país; recientemente Lamata et al. 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. En Centroamérica y la parte norte de América del Sur se usa Mercadeo, En la parte baja de Sudamérica, sobre todo en la Argentina, el término que más arraigado está es el de Comercialización.

Dada la naturaleza y complejidad del consumo en salud con base a la perspectiva del usuario de los servicios sanitarios, y sobre la cual no existe mucha información previa, resulta imprescindible su abordaje cuali-cuantitativo. La necesidad de utilizar una combinación entre ambas metodologías en la investigación sobre el comportamiento del consumidor ha sido subrayada desde hace mucho. Puesto que hay que tener 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 por combinar la investigación cualitativa con la cuantitativa (Nigenda y Langer, 1995) tiene como premisa fundamental que para el cabal conocimiento del problema deba 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, 1986:78). 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.

2.3 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 actores²¹ (prestador del servicio y consumidor sanitario) raramente coinciden. Desde el mismo punto de partida del proceso de atención, la identificación de las necesidades sanitarias,²² se notan la

²¹ Es bastante amplia la cantidad de sinónimos con los que se les conocen a los **actores del proceso de atención médica**. Cada término tiene una connotación propia de la disciplina que la utiliza. Así, para la Economía, tendríamos ofertantes y demandantes de atención; para la Administración Sanitaria hablaríamos de prestadores y prestatarios, proveedores de atención médica y usuarios, Institución de Seguridad Social y derechohabientes. En el caso particular de la Mercadotecnia Sanitaria se conoce a los vendedores como prestadores de servicios y a los compradores como consumidores.

²² 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 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 conducen 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).

discrepancia existentes. 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 éstas expresadas o no (*necesidad expresada*). En contraste, los proveedores de la atención sanitaria, tienen *necesidades reales o normativas*, es decir, las que define el experto y que se encuentran plenamente avaladas por fundamentos científico-técnicos, concretizadas epidemiológicamente (magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y viabilidad)²³ y presupuestadas racionalmente. Al no haber congruencia en la identificación de las necesidades, se genera una brecha que distancia a los actores y provoca una gran insatisfacción en ambos, al no ver resultas sus necesidades.

²³ Los criterios epidemiológicos bajo los cuales los gestores de la atención sanitaria priorizan una necesidad son: **magnitud** (tamaño del problema de salud); **trascendencia** (consecuencias que tendrá un problema determinado si 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).

En este trabajo se parte de una conceptualización del consumo propia [Figura 1.1], en la que el consumo sanitario, haciendo referencia a la utilización de los servicios de salud, implica un proceso cuyo punto de partida lo constituye la identificación de la necesidad, siguiendo por el deseo y la búsqueda de la atención, hasta el inicio y la continuidad de la prestación. Fenómeno que puede ser entendido haciendo uso de diferentes modelos (epidemiológico, económico, sociológico y psicosocial) [Capítulo 2], y en el que convergen las perspectivas de los principales actores del proceso de atención médica (prestador y consumidor). Para este análisis se hizo un abordaje psicosocial, tomándose en cuenta sólo la perspectiva del consumidor primario (enfermo o usuario de servicios de salud), por considerarse que es esta la perspectiva menos estudiada y que es el punto de partida de cualquier discusión sobre el consumo. Esto en particular bajo un enfoque mercadológico, considerándose 4 dimensiones de análisis:

A. Cultura sanitaria

Por cultura sanitaria se entiende al 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:

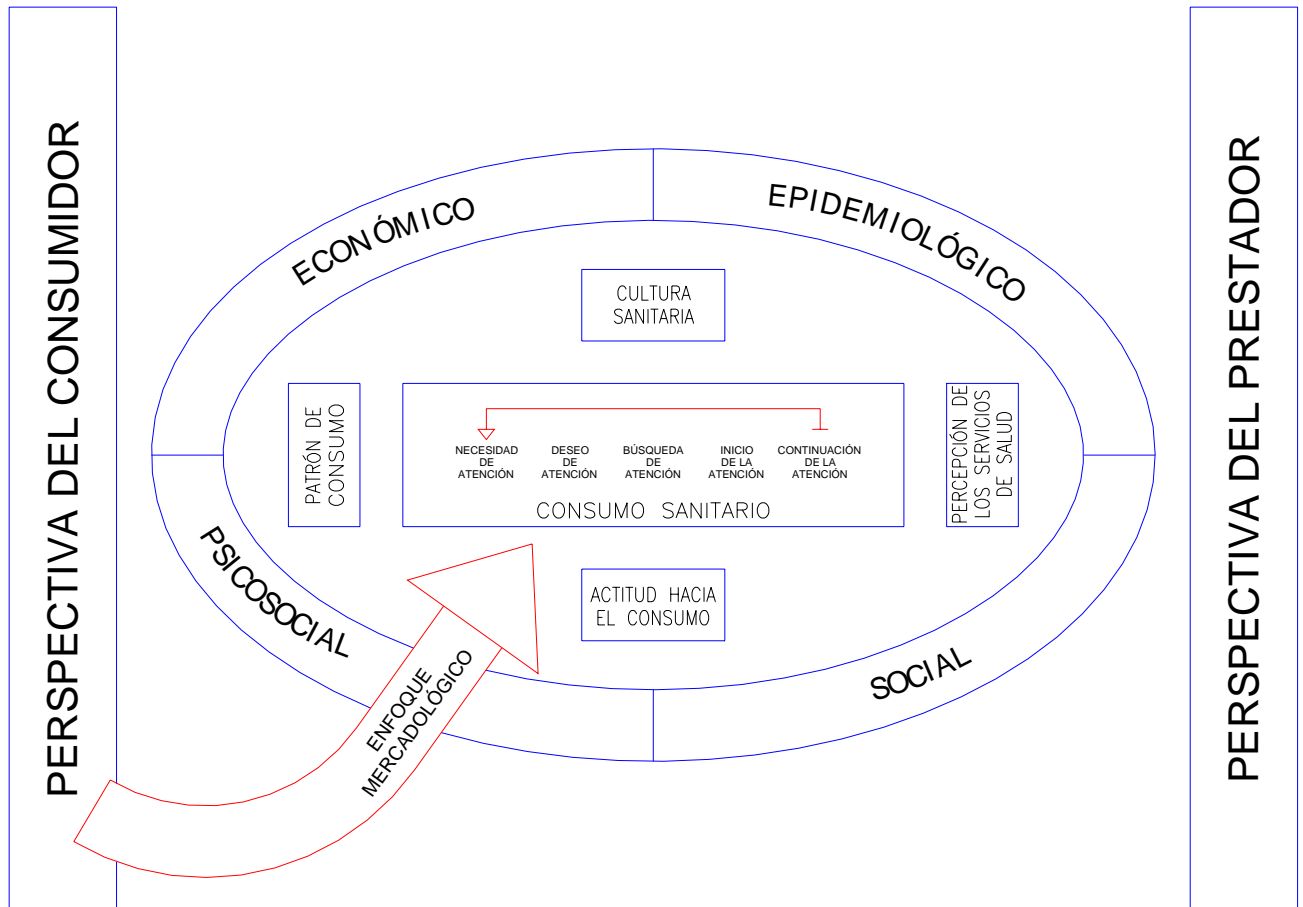
- a) la *Percepción del Estado de Salud* (PES);
- b) b) la conceptualización o *definición propia de la salud*; y,
- c) c) los *factores culturales intervinientes* (síndromes de filiación cultural) en particular las creencias nosológicas culturales²⁴ y sus formas de saneación.

B. 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*

²⁴ 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 Tabasco las más difundidas son: la caída o sumida de mollera, el calentamiento de cabeza, la cerradura de pescuezo, el empacho, el mal de ojo, el pujo, y el susto.

Figura 1.1
MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DEL CONSUMO SANITARIO



FUENTE: Priego Álvarez Heberto. *Consumo en Salud: La perspectiva del consumidor sanitario*. Tesis doctoral. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad de Barcelona, 1999.

mundo” (Schiffman y Lazar Kanuk, 1997:162). Por consiguiente, la percepción es una apropiación de una realidad. Para su conocimiento, operacionalmente se consideraron 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; y,
- b) b) la *opinión* (a posteriori), que es la emisión de juicios sobre experiencias personales ocurridas durante la prestación de los servicios de salud.

Patrón de consumo

El patrón de consumo o patrón de utilización de servicios de salud, es la unidad de referencia que permiten la medición o valoración en la adquisición y utilización de productos de salud por los consumidores. En su operacionalización se incluyeron como indicadores:

- a) la *utilización de los servicios sanitarios*, mismos que se clasifican en preventivos, curativos, rehabilitatorios o de cuidados, y accesorios (vínculados comercialmente con la salud); y,
- b) el *proceso de compra de productos de salud*, que a su vez comprende dos aspectos, por una parte al 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.

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 un uso indiscriminado de productos de salud; y,
- 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 anteriormente 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.

2.4 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 o no un producto, es a través de la interacción entre implicación y conocimiento (Assael, 1987). La implicación hace referencia al grado de motivación del consumidor y está 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, etc.). 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 tomas de 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 de servicios de salud [Figura 1].

a) Alta implicación, alto conocimiento

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.

Figura 1

RELACION ENTRE EL GRADO DE IMPLICACION Y EL GRADO DE CONOCIMIENTO EN EL CONSUMO DE SERVICIOS DE SALUD.*

| | ↑ IMPLICACIÓN | ↓ IMPLICACION |
|---|---|---|
| ↑ C O N O C I M I E N T O | <p>a)</p> <p>Proceso decisorio complejo o de lealtad institucional. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades crónico - degenerativas. • Enfermedades terminales (SIDA, Cáncer). | <p>b)</p> <p>Elección aleatoria o búsqueda de variedad. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inmunizaciones. • Profilaxis dental. |
| ↓ C O N O C I M I E N T O | <p>c)</p> <p>Proceso de reducción de disonancia o atribución. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades congénitas. • Manipulación genética. | <p>d)</p> <p>Elección aleatoria o inercia o lealtad aparente. Ejemplos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Imagenología • Medicina Nuclear |

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

Asimismo las enfermedades terminales tienen una alta implicación y requieren para una adecuada corresponsabilidad de un alto conocimiento. La aceptación de nuevas terapéuticas en ellos requiere de un proceso de análisis, lo que produce que el tiempo para su compra (utilización del servicio sanitario) sea mayor. Por otra parte los vínculos de lealtad institucional tienden a ser altos. Estos consumidores podrían catalogarse como típicos consumeristas.

b) Escasa implicación, alto conocimiento

Esta es una circunstancia no tan común pero que puede darse sobre todo para productos que anteriormente eran considerados relevantes pero 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 habituada 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 el caso mexicano la vacunación es obligatoria a 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, 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) Alta implicación, escaso conocimiento

En esta situación el consumidor estará dispuesto a considerar todas las alternativas disponibles pero tiene poca base para entrar en una adecuada evaluación de marcas 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, 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 tomado una conducta (p.e. seguimiento de una alternativa terapéutica) los usuarios de servicios de salud están deseosos de encontrar confirmaciones de que ha tomado una buena decisión, y a menudo las encuentran porque quieren encontrarlas.

c) Escasa implicación, escaso conocimiento

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, el cómo carece de importancia, lo

fundamental es la resolución del problema de salud. Esta es una prototípica actitud consumista. Por otra parte hay que reconocer que la falta de información y la indiferenciación de los servicios producen un 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.

2.5 El proceso de compra en 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 sobre el proceso de compra en productos de salud, que es un componente importante en el conocimiento del patrón de consumo sanitario.²⁵ 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, mismos que surgen a partir de los años sesenta. El modelo de Howard-Sheth (1969) es un modelo de aprendizaje, cuyo objetivo es 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 a los cinco años, que tiene su base en el proceso de aprendizaje y pone mayor atención al proceso de formación de actitudes y al desarrollo de la intención de compra. El Modelo de Nicosia (1966:156) es el único que explícitamente incluye al vendedor aún 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 en lo particular comprende dos aspectos fundamentales. Por una parte al 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 parte, a los participantes en la (s) decisión(es) de compra [Figura 3.2].

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

²⁵ El **patrón de consumo** comprende las unidades de referencia que permiten la medición o valoración en la adquisición y utilización de productos de salud por los consumidores.

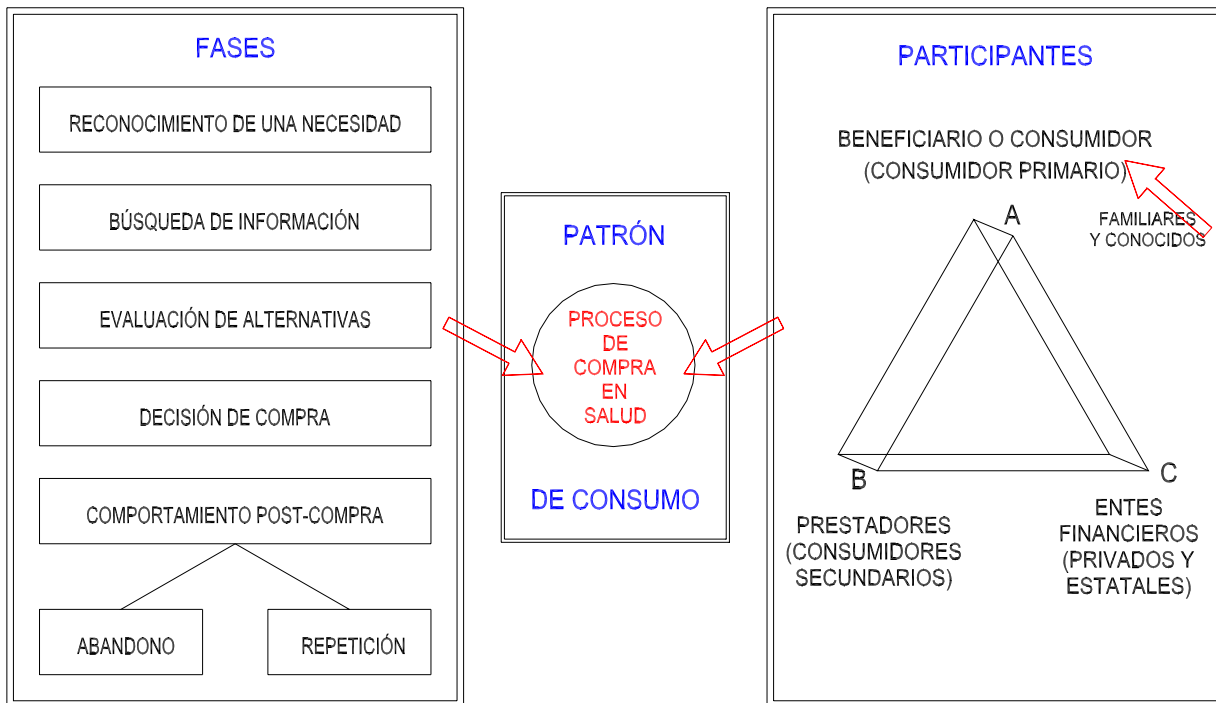
implica un proceso mental de introspección en la memoria (p.e. cuando una amiga le comenta a otra madre de familia sobre que hacer ante una enfermedad exantemática de alguno de sus hijos, o de como acudir a un determinado servicio de salud, o de su opinión desfavorable ante un pediatra en particular) haciendo que los comentarios recibidos con anterioridad sirvan como parámetros de referencia en la toma de decisiones. Cuando no existe información almacenada en la memoria de experiencias previas ante un problema específico de salud o de utilización de servicios sanitarios, se hace preciso una *búsqueda externa*, es decir, sobre la base de otras fuentes distintas a la memoria²⁶ tales como los mass-media, familiares, amigos, conocidos, vendedores, instituciones proveedoras de servicios de salud, aseguradoras médicas, ONG´s, asociaciones de consumidores, etc. 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 *atributos del cliente* (género, edad, escolaridad y nivel socioeconómico), la *cultura sanitaria* (conjunto de valores, ideas, creencias y actitudes que tienen respecto a la salud

Figura 3.2

PROCESO DE COMPRA EN PRODUCTOS SANITARIOS

²⁶ Es ampliamente conocido el papel de los “mediadores” (la familia, el barrio, el grupo de trabajo, etc.) en el proceso de consumo en salud.



FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. El proceso de compra en productos sanitarios. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas* 1996;4:24-27.

y que determinan en gran parte su comportamiento), la *legislación sanitaria* (marco legal de la prestación médica), y la *mercadotecnia sanitaria* (entendida como la orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales con el objeto de solventar necesidades o satisfacer deseos y expectativas en materia de salud) (Priego-Alvarez, 1995:51-55). 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.²⁷

²⁷ 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** son todas las acciones que le dan atractividad a un producto o servicio ante los consumidores. En el sector salud se hace uso de él, en el empleo de carteles o folletos, vídeos, periódicos o revistas institucionales dirigidos a los clientes. Una aplicación de este concepto al área hospitalaria son las “*guías de utilización de servicios, los folletos de bienvenida al hospital, vídeos explicativos, etc.*” (Priego-Alvarez, 1998:30).

Habiendo probado el producto o hecho uso del 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, teniendo a generalizarse 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 por el producto o servicio (p.e. sí 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 de la llamada "*población abierta*" --desprotegida de la Seguridad Social-- de las áreas rurales, experiencias no satisfactorias en la atención profesional --médica y paramédica-- de las embarazadas, son poderosas condicionantes de que la atención del parto sea conducida por comadronas.

Participantes en la decisión de compra.

Como anteriormente se mencionó 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 dentro del proceso de compra de productos de salud 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 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 autonomía²⁸ demanda su consentimiento ante cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico. Si bien la familia juega un papel relevante en las decisiones de atención 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) y, el *ente financiero* (estatales/privados). El ente financiero de acuerdo a políticas sectoriales y propuestas disponibles decide y establecerá la estrategia de diferenciación del producto.²⁹ En la relación

²⁸ 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.

²⁹ 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).

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 organismos privados sin fines de lucro (Organismos No Gubernamentales: ONGs) 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.

Características distintivas en los sistemas de atención médica.

La conjunción de los tres actores participantes del proceso de compra y las relaciones que entre ellos establece 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 5].

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 al prestigio de ambos. Dentro del sistema privado de atención médica 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 donde va a consumir sin importancia del precio. El médico ordena el tipo de pruebas clínicas y de gabinete a 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 5

CARACTERISTICAS DISTINTIVAS POR SISTEMA DE ATENCION MEDICA.

| VARIABLE | SISTEMA PRIVADO | SISTEMA ESTATAL |
|-----------------------------------|---|---|
| OPORTUNIDAD EN LA ATENCION | Mayor. | Menor. |
| LIBERTAD DE ELECCION | Ampliada en el primer contacto. | Restringida en todos los niveles de atención. |
| GRADO DE SATISFACCION DEL CLIENTE | Tiende a ser alto. | Baja. |
| ENFASIS EN LA ATENCION | Curativa. | Preventiva Curativa Rehabilitatoria. |
| LIMITANTES | Capacidad de pago del cliente o sus familiares. | La estructura organizativa y financiera. |

FUENTE: Priego-Alvarez Heberto. (1996) *El proceso de compra en productos sanitarios*. Hitos de Ciencias Económico Administrativas;4:24-27.

Otro punto importante a destacar dentro de la espiral de consumo sanitario es la influencia a la que se ven sometidos los galenos por las compañías farmacéuticas. Mismas que 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 lo constituyen los médicos y no los enfermos.

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 para ellos determinan la organización de los subsistemas de salud con las necesidades sentidas de la población, lo que provoca una gran satisfacción 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 en el que los facultativos no tienen ninguna limitación en su acción --salvo las propias restricciones legales--, en el Sistema de Salud Pública de México (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 2

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 en productos sanitarios según el modelo de Nicosia.
9. ¿Quiénes son los participantes del proceso de compra en salud y de que manera influyen en él?
10. ¿Cuáles son las características distintivas entre los sistemas público y privado de la atención médica?

BIBLIOGRAFÍA

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.

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.

Engel J. Kollat D, Blackwell E. *Consumer behavior*. Chicago: Dryden Press, 1978.

Farrás Jaume, Bosch Joseph Lluís C. *Introducción a una Psicología del consumo*. Barcelona: Publicaciones de la Universidad de Barcelona, 1995.

Howard John. *Consumer behavior in marketing strategy*. New Jersey: PrenticeHall, 1989.

Capítulo 3. MERCADO SANITARIO

3.3 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 competencia 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, etc.), el desarrollo del mercado de los seguros médicos, y el crecimiento de las franquicias tanto en hospitales como en el primer nivel de atención.

Las instituciones de salud estatales son ahora vistas como empresas productoras que requieren de un manejo empresarial para el logro de sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad (Yepes, 1988); subrayándose su utilidad social sin menoscabo de la racionalidad de sus recursos. Esta nueva gerencia en salud conlleva modificaciones estructurales y comportamentales que la orientan hacia la satisfacción del consumidor sanitario.

Es en este marco, donde la Mercadoctenia en Salud o Mercadoctenia Sanitaria, entendida como <la orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud> (Priego Alvarez, 1995) adquiere vital importancia para la mejor prestación y competitividad de los servicios.

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.

Diferenciación

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 “rasgo diferenciador”. La principal diferencia o ventaja competitiva de los productos de salud debe darse a partir de su calidad.

De acuerdo a 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. Si se tratara de una clínica médica, la diferenciación puede hacerse no tan solo en los aspectos de la calidad técnica (v.g. incorporación de nuevas tecnologías), sino también en el tratamiento interpersonal o de calidad humana (v.g. trato personalizado), y en lo que Donabedian llama amenidades y que hacen referencia al ambiente físico de la atención (v.g. comodidades).

La creación de un estado de máxima sensibilización hacia el cliente por parte de cualquier servicio de salud, implica una actitud 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 más sensible conlleva formar a los profesionales en su 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 relación a productos tangibles tales como prótesis ortopédicas, las empresas pueden diferenciarlos a partir de atributos como la consistencia, resistencia, durabilidad o la posibilidad de repararlos; y en el caso de fármacos, en base a precio, disponibilidad y efectividad.

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> (Brochard Bernard y Lendrevie Jacques). 1<Cuando se posiciona un producto se coloca de una cierta manera en la mente del consumidor> (Roman y Mass Jane). 2 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 las misma. Para impactar en la mente del público se tiene que partir de lo que hay en ella.

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 en relación con los productos de la competencia (Kotler, 1996). Los consumidores organizan los productos en categorías, es decir; "posicionan" los productos sanitarios y a las instituciones proveedoras dentro de un lugar en su mente.

En el caso particular de México, las Instituciones de la Seguridad Social y las que atienden a la llamada población abierta, están fuertemente posicionadas como ineficientes. Generalmente son catalogadas como poco oportunas, altamente burocratizadas y con deficiente calidad humana en su prestación (Encuesta Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud 1994), siendo bastante notorio 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 als., 1997; Priego Alvarez, 1997). Por otra parte, los servicios privados tienden a ser sobrestimados en relación a los servicios públicos, ya que son calificados como confiables 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) de los servicios de salud resulte fundamental para cualquier organización sanitaria que desee ser efectiva en sus propósitos.

En una estrategia de posicionamiento, lo primero que hay que hacer es interrogarse acerca de cual es el posicionamiento inicial, es decir, que es lo que el público piensa del productor sanitario que se piensa lanzar o reposicionar. 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 en relación a un determinado servicio, marca o especialidad. ¿ Qué piensan los pacientes de un protocolo 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, 1990:91). 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 los cardiocirujanos que le sucedieron. Más 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). En primera, que toda la estrategia básica de posicionamiento tiene que tener permanencia, salvo que cambien significativamente las condiciones del contexto. En segunda saber que normalmente alcanzar la cumbre suele llevar cierto tiempo, pero el camino inverso puede ser mucho mas 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 en tercera, no confundiendo el éxito alcanzado con algún

producto o servicio, en el sentido de creer qué el mismo deriva de la fortaleza de la organización y no que ésta deviene de él.

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 (v.g. 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 a Lamata et. als. (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 conviene 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 mas conveniente reforzar la imagen global de la institución o desarrollar marca para diferentes centros, unidades o programas. Para ello habría que preguntarse qué es lo que más interesa comunicar a los usuarios y también al propio personal.

Lamata et als. 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 tienen 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 (v.g. Hospital General, Hospital Juárez, Hospital de Jesús, etc.); e inclusive en los hospitales del sector privado (v.g. la serie de Hospitales Angeles), o los de la Seguridad Social (v.g.. Hospital 20 de noviembre del I.S.S.S.T.E., Centro Médico La Raza del I.M.S.S., etc.).

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 requieren 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, mercadeos 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 hace uso del Merchandising en el empleo de carteles o folletos, o televisión con videos adecuados en salas de espera o en hospitalización, para la difusión de un programa determinado o un consejo sanitario. También se utilizan periódicos o revistas en la propia institución dirigidos fundamentalmente a los clientes externos (usuarios) e internos (personal sanitario). Una aplicación de este concepto al área hospitalaria son las “guías de utilización de servicios, los folletos de bienvenida al hospital, etc”.

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 solo lo que se consuma. En electromedicina se dejan aparatos <a prueba>, que por una parte pueden consumir productos complementarios (reactivos, placas, etc.), y que crean una cierta dependencia o confianza que orientará hacia la compra posterior.

Ultimas consideraciones

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 las 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 hacia 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 dado sus objetivos y recursos.

En la práctica, las empresas de hoy deben ser empresas centradas en el mercado (Kotler, 1996: 714. Es decir, que estén atentas tanto a los clientes como a los competidores, sin dejar de que el hecho de observar a la competencia distorsione su enfoque hacia los clientes. En este contexto las organizaciones sanitarias cada vez más vigilan los cambios del entorno, tratando de ser altamente rentables y

procurando desarrollar nichos de mercados en los que logren satisfacer inteligentemente a sus consumidores.

Capítulo 4. PLAN DE MARKETING

4.1. Visión estratégica de la mercadotecnia

XXXXX El consumidor actual espera más servicio, más productos personalizados, una experiencia más placentera, interesante y entretenida, PERO SOBRETUDO, MÁS ATENCIÓN, COMPRENSIÓN Y RESPETO. La compañía que logre ofrecer todo esto estará dando un valor superior difícil de sobrepasar 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 esta preocupando por entender más al cliente como persona, a un nivel más profunda y desde una perspectiva más del lado emocional. (Smith Oscar, 2002:75).

Smith Oscar. *Marketing de Imagen: El futuro de su empresa depende de que su competencia no lea este libro*. México, DF: Editorial Anónima, 2002:330pp.

Visión estratégica de la mercadotecnia

Para realizar un plan de mercadotecnia es importante recordar algunos conceptos manejados en los módulos anteriores. De acuerdo a Hughes, la gerencia de mercadotecnia es un proceso dirigido a la resolución íntegra de problemas y no de un conjunto de conocimientos que deban asimilarse de manera pasiva. Para su aplicación la mercadotecnia se vincula estrechamente con la planeación estratégica, 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. La principal diferencia entre la planeación estratégica “pura” con la planeación estratégica “pura” se centra en la orientación hacia la producción o hacia el producto; mientras que la mercadotecnia estratégica se centra en el cliente o consumidor sanitario.

Conjuntada la opinión 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. La definición de misión constituye el punto de partida del análisis posicional. La misión es la razón de existir de la empresa y el motivo que debe perseguir. Las instituciones de salud deben tener una declaración de misión centrada en el usuario y consumidor sanitario y orientada a la acción, describiendo el “valor” que se ofrece y estableciendo el cómo suministrar los beneficios. Asimismo, deben de revisarse los objetivos organizacionales y determinar la capacidad de la empresa, aspecto que incluye la tecnología existente.

Conviene recordar que la **tecnología médica o para la salud** es definida como “el conjunto de técnicas, medicamentos, equipo 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); y que una clasificación práctica propuesta por la misma fuente establece cuatro categorías de tecnologías de tecnologías para la salud:

- a) De diagnóstico (tecnología que se utiliza para determinar el estado de la salud).
- b) De prevención (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 la determinación de amenazas y búsqueda de oportunidades. Por último, se definen los objetivos estratégicos partiendo para ello del análisis presente. Una manera simple de realizarlo consiste en señalar como es actualmente su empresa o servicio de salud y definir como debieran ser en el futuro (Tabla 1).

Tabla 1
DETERMINACION DE OBJETIVOS ESTRATEGICOS
(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. |

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 de 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.

Kotler y Armstrong (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 a un **macroambiente** (grandes fuerzas sociales que influyen en todo el microambiente: demográficas, económicas, naturales, tecnológicas, políticas y culturales).

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 mercadotecnia (marketing mix). 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).

Segmentación en salud

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 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. Para segmentar se requiere de un máximo de homogeneidad dentro de cada segmento y un máximo de heterogeneidad entre segmentos.

Un **segmento de mercado** representa un grupo de consumidores o población que responde de manera similar ante un determinado estímulo del mercado sanitario. Segmentar el mercado significa dividirlo para comprenderlo mejor.

La selección del mercado meta (También conocido como población objetivo, población blanco o población diana, 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 objetivo cuya necesidad o expectativa de salud se pretende cubrir o satisfacer.

En las instituciones de salud pública la segmentación sirve para detectar que la población 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, solo será una selección de prioridades determinadas por la administración.

La acción de definir y segmentar el mercado puede hacerse a través de los siguientes pasos (Cobra y Zwarg 1991:12).

32 Priego Alvarez Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. Villahermosa, México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.

- 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. 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 dentro de ellos subgrupos homogéneos por medio de determinadas variables (edad, sexo, etc). Conviene no tratar de segmentar el mercado con más de tres variables porque se complica.

Hay ocasiones en que la segmentación del mercado no es aconsejable (Namakforoosh 1985:579). Por ejemplo, hacer investigación para determinar la situación del mercado el caso en 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.

Los programas sociales de salud pueden utilizar estrategias diferenciales de captación y seguimiento en algunos segmentos poblacionales para ser efectivos en sus propósitos.

En un programa de planificación familiar (P:F¹) pueden utilizarse distintas estrategias según los distintos segmentos de la población a que vayan dirigidos.

Hablaríamos de una estrategia indiferenciada, si las acciones del programa se orientaran a la población en edad reproductiva de ambos sexos sin importancia del método de P:F: Una estrategia diferenciada se aplicaría a subsegmentos de población en edad reproductiva en concordancia con el tipo de método. Una estrategia concentrada de P:F:

Se abocaría a un sexo el concreto, a una edad o subgrupo etario determinado y a un método específico.

4.2 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 1990:87).

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 ejecutivos, en las siguientes variables:

-*Incontrolables*: aquellas que no son posibles 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 en las decisiones de los ejecutivos del mercadeo pueden ejecutar o modificar solo hasta cierto grado, como: sus recursos humanos, materiales, financieros, técnicos y administrativos, ventajas diferenciales o competitivas, su localización, su prestigio, sus relaciones, etc.

- *Controlables*: los elementos que si 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 el producto, precio, plaza o distribución y comunicación o promoción.¹

¹ El famoso esquema nemotécnico de las cuatro “P” (por sus siglas en ingles: 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, actualmente se sugiere alguna complementación para adaptarlo a las condiciones actuales de mercado. Cervantes-Aldana (1993) apunta que el objetivo actual de las empresas de servicios debiera “deleitar más allá de las expectativas al cliente” y propone un quita “P” de Pláceme, como el componente de calidad que ubica en el centro del compuesto de mercadeo.

4.3 El producto sanitario

Por **producto de salud** puede entenderse tanto un objeto concreto (v.g. 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.

Los **servicios de salud** son las actividades o procesos que realiza el personal sanitario. Para entender en qué consisten primero se deben clasificar y posteriormente caracterizar.

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*). Otra taxonomía (*clasificación operativa o por grado de pureza*) se daría de acuerdo al 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. Una tercera ordenación (*clasificación por grado de extensión de contacto*) estaría basada en el grado de contacto con el usuario: bajo y alto (Chase 1978). En salud hablaríamos de un alto contacto y con 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. Por último, se considera a los servicios en base al grado de actividad personal o de maquinaria que los hacen posibles (*clasificación por grado de actividad*) (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” poco a poco van teniendo una mayor presencia.

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.

- *Los servicios son simultáneamente producidos y consumidos.* Los servicios son usualmente vendidos, después son producidos y consumidos al mismo tiempo (v.g. una atención estomatológica).

- *Los servicios son menos estandarizados y uniformes.* Los servicios se basan en personas o equipos, pero el componente humano es el que prevalece. Por esta razón es muy difícil que puedan ser producidos siempre de manera uniforme y estandarizada. Cualquier acto médico es distinto de otro independientemente de que sean los mismos actores.

- *Los servicios pueden ser acumulables.* No hay posibilidad de que el servicio pueda ser almacenado para la venta o consumo futuro.

- *En general no pueden ser protegidos por patentes.* Los servicios son fácilmente copiados y raramente pueden ser protegidos por patentes. 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 también sobre humanos se actúa, los costos de producción varían puesto que son estipulados subjetivamente por quien los produce.

Los productos y/o servicios de salud tienen un **ciclo de vida** (*curva de familiaridad de los servicios*)² que representa la trayectoria de las ventas, usos y utilidades de un producto sanitario durante su existencia.

La noción de un ciclo vital 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:

1º. *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.

2º. *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. En este último aspecto, las políticas de comunicación (promoción y publicidad) juegan un papel primordial.

² 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

3º. *Crecimiento o Aceptación.*

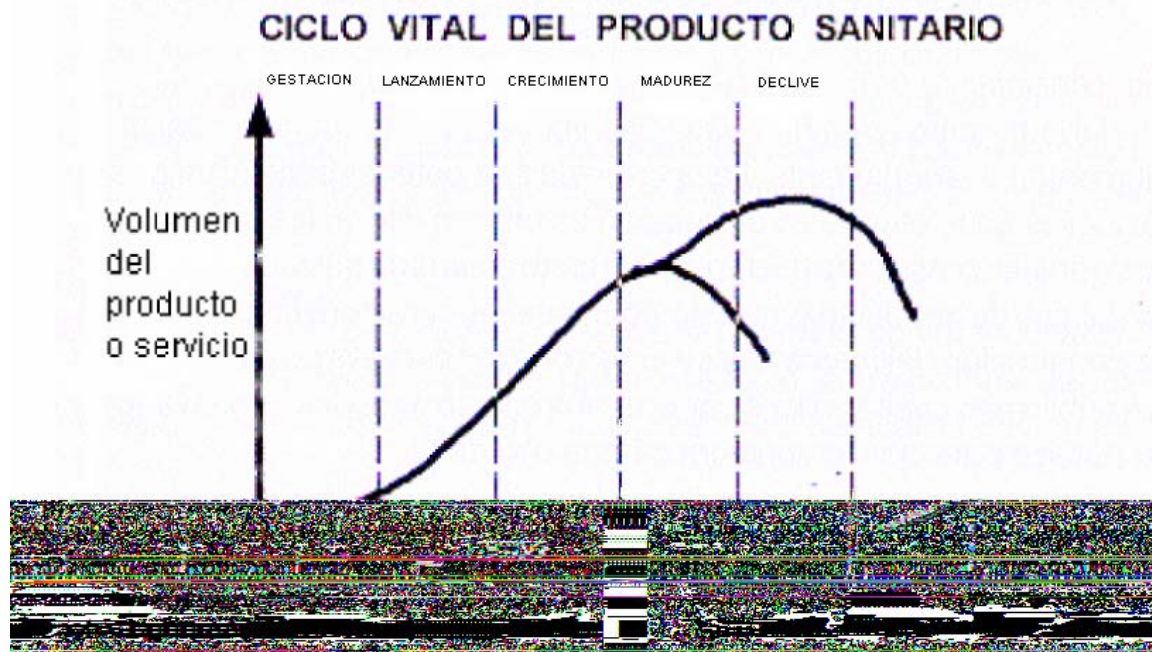
Período durante el cual el uso y las ventas de un producto sanitario aumentan uniformemente. La oportunidad de obtener beneficios atrae a nuevos competidores. Las compañías utilizan diferentes estrategias para sostener ese crecimiento rápido tanto como sea posible, se mejora la penetración del mercado 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.

4º. *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.

5º. *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 (producto o servicios nuevo). El declive puede evitarse si se encuentra que el producto satisface nuevos usos y se promueven entre sus clientes (v.g. 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).



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 als. 1992:17).

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 (v.g. 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 (Namakforoosh 1985:73). La *teoría general de la evolución del mercado* sostiene que los nuevos mercados cristalizan con el reconocimiento de una 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 grents (Kelleher y Cotter 1982), con las actividades, programas o sistemas de recursos humanos (Smith 19829, y la actividad de remuneración (Elling 1981, 1983).³

³ Citados por Guérin , Wils y Le Louam (1992:19-21).

Los **productos de salud o sanitarios** se han clasificado del modo siguiente (Lamata et al 1994: 35). De acuerdo a su contenido, en productos sanitarios básicos y colaterales.⁴ En relación a su *complejidad*, en simples y complejos. Y según el *método de pago o financiación*, en múltiples variantes que van desde el pago directo hasta la cobertura por aseguranza. Sin embargo dado los nuevos productos y/o servicios de salud que se ofrecen por 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 todos aquellos productos y servicios que se ofertan en el mercado vinculados comercialmente con salud. Entre ellos entrarían una amplia gama : nutricionales, de acondicionamiento físico, estéticos, etc.



Desde el punto de vista de la oferta, otra clasificación aplicable a los servicios de salud es la propuesta por Chias (1990:30-32). Los servicios pueden ser básicos

⁴ Por producto sanitario básico se entienden las actuaciones simples o complejas capaces de prevenir, reparar o aliviar el deterioro del estado de salud del individuo, considerado aisladamente o en comunidad. Comprendería acciones médicas preventivas, curativas y re habilitadoras. 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.

(sí a los ojos del cliente caracteriza de forma mas clara y completa lo que busca), periféricos (aquellos 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 en los que no es necesario 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 a 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 (v.g. servicio de florería, equipos de nintendo en un hospital pediátrico, etc.).

De 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, v.g. la atención quirúrgica como medida terapéutica resolutive.

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 “chequeos” médicos que se efectúan en la 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.

4.4 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 de l 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 que 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 Instituciones de Salud Privada 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 formados por aquellos gastos que no pueden ser rápidamente asociados con el producto (v.g. depreciaciones, papelería, energía, etc.).

2 *Según n 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 (v.g. inventarios, seguros, etc.).
- Costos de distribución. Los que tiene origen en la distribución física de los productos (v.g. 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 mantiene constantes en los diferentes niveles de producción a corto y mediano plazo (v.g. salarios, alquileres, intereses, etc.).

- Costos variables. Son los que dependen del volumen de producción (v.g. inventarios).

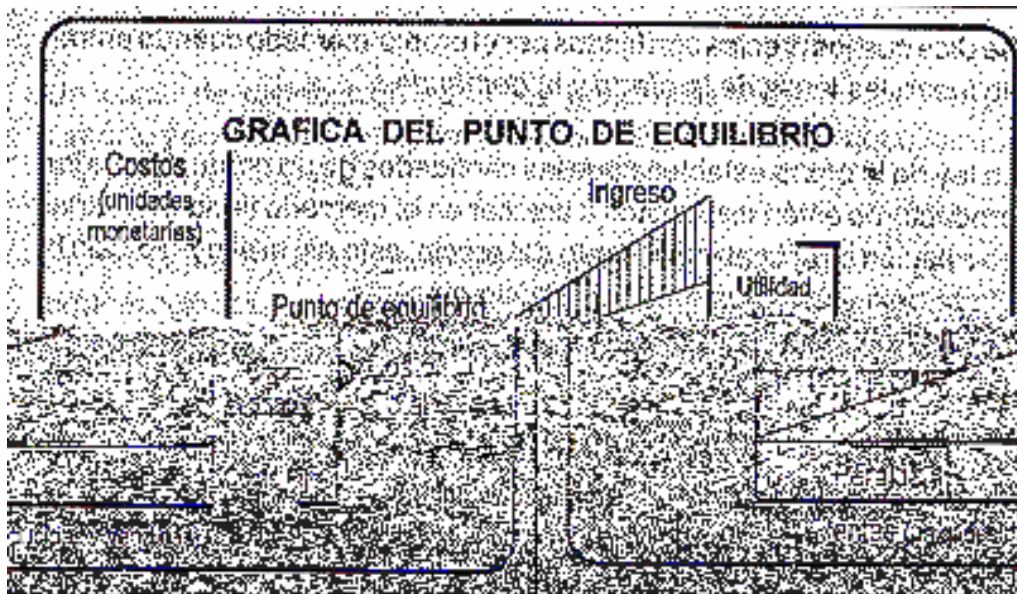
4 Desde el punto de vista económico.

- Costo promedio total. Son aquellos que resultan de producir una unidad de producto para cada nivel de producción.
- Costos marginales. Son los gastos adicionales ocasionados por la producción de una unidad del producto por cada nivel de producción.
- Costo de oportunidad o alternativo. Son los costos que se derivan de hacer una cosa en lugar de otra antes planeada y que en el 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 (v.g. mano de obra, material. etc.) dentro de 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 aquel en que 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.



Los precios de competencia se establecen en función de la estructura y presión competitiva que existan. Cuando el precio es una importante arma competitiva, se deben hacer tres consideraciones básicas (Fisher 1992:186):

- 1º. Una empresa debe tener políticas propias en cuanto a precios.
- 2º. Se debe contemplar la relación que tiene con los precios otros elementos en la mezcla de mercadotecnia.
- 3º. 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, 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 (v.g. control del niño sano e inmunizaciones) no se debe poner ningún precio (monetario, geográfico o de tiempo) que actúe de 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.

Se dice que los precios son fijados por el propio mercado cuando entran en juego las leyes de la *oferta* y la *demand*a.

La ley de la oferta establece que las cantidades de un producto que los productores están dispuestos a colocar en el mercado tienen a variar en relación directa al movimiento del precio, esto es, si el precio baja la oferta 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 (v.g. 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.

4.5. Distribución de productos de salud

El canal de distribución es la ruta empleada para que los productos sanitarios pasen o se presten del productor al consumidor final, misma que debe estar acorde con las características 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.

Es 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 habrá que tener en cuenta 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 claro 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 prostitutas(os), que requiere de particulares redes sociales de información y distribución de profiláctivos.
- *Características del producto sanitario.* (Resistencia, duración). Si son productos lábiles (v.g. vacunas) precisan de canales de distribución específicos (v.g. red fría).
- *Hábitos de compra del consumidor.* (Cuándo adquieren y qué particularidades presentan). 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 hrs. 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 cual 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 llamada población abierta, debido a la creciente descentralización de los servicios de salud pública en los estados de la república mexicana que procuran la cobertura de las

poblaciones desprotegidas. Pero no sólo los servicios públicos se descentralizan para llegar más cerca de los puntos de consumo, también lo hacen los servicios pagados. Ejemplo claro de lo anterior son las redes de recolección de muestras que establecen los laboratorios de análisis privados en localidades periféricas.

Son **funciones del canal de distribución** el completar y ejecutar las transacciones (Kotler y Armstrong 1991:359).

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 la 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).

En 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 desempeñara la labor del canal).

Un aspecto importante en la distribución de los productos y servicios de salud lo constituyen las **políticas distribución** que pueden ser de tres tipo:

- *Masivas* o de distribución ampliada del servicio o producto (v.g. suero oral, píldoras anticonceptivas, condones etc.).
- *Selectivas*, si se restringen los puntos de venta o de distribución a ciertos grupos de población (v.g. VIH-Elisa a donadores de sangre, vacuna contra la gripe aplicable por la seguridad social a senectos).
- *Exclusivas*, si se otorga a un intermediarioa la exclusividad para vender el producto u ofertarlo (v.g. VIH-Western Blod, pruebas de mosaicismo genético, producción y venta de AZT).

4.6 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 (Namakforoosh 1985:123) el proporcionar información a cuántos 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** son seis los aspectos esenciales que intervienen le mismo: fuente, codificación, mensaje, descodificación, destino y retroalimentación (modelo de Shannon).

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 descodificarlo 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 descodificado según patrón referencial que corresponda al del codificador y, finalmente, si el destino o receptor incapaz de comprender e interpretar el mensaje descodificado según la respuesta deseada, la comunicación no se realiza propiamente.

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

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" 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 (v.g. el miedo de morir de cáncer broncopulmonar puede actuar como incentivo para dejar el hábito tabáquico).

En general, la persuasión del consumo de salud está orientada más hacia el profesional, puesto que es él quien determina las pautas de consumo al establecer el plan diagnóstico y terapéutico (espiral de consumo sanitario).

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 acepción 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 técnico, científicos y/o 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 sería 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 recalcarse, repetirse y nunca quedar ocultos de tras de información menos importancia estratégica.
- *Tono y atractivo.* Un mensaje debe reasegurar, alarmar, desafiar o ser directo, dependiendo esto 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 el público objetivo percibe como más importante y en lo que sea 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 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 carácter social o comercial realizadas por 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 los 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”.⁵ 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 en 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 la 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 descodificable 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 éste se acerque lo máximo posible a estas expectativas de los consumidores. Y lo más importante aún es que estaremos ganándonos su confianza hacia otros productos o servicios de salud futuros que también deberán comunicarse, y para los que de el mismo se exigirá un Briefing lo más claro, preciso y completo posible. Los **tipos de publicidad** sanitaria pueden catalogarse desde diversos puntos de vista.

1º *Dependiendo del patrocinador:*

⁵ Toda hoja de encargo o “Briefing” comprende la acción o nombre del programa, a 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 a aplicar.

- Publicidad por fabricantes (v.g. folletos y videos promocionales realizados por los laboratorios farmacéuticos).
- Publicidad por intermediarios (v.g. paquetes de atención obstétrica que promueven aseguradoras médicas).
- Publicidad por organismos no comerciales o no lucrativos (v.g. carteles y spots de saneamiento ambiental).

2º *De acuerdo al propósito del mensaje:*

- Publicidad informativa. Si informa a los consumidores sobre un nuevo producto o característica y construye una demanda primaria (v.g. los parches de nicotina para las personas que sean 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.

3º *Según sea la forma de pago:*

- Publicidad individual. Cuando el costo es asumido por la organización que actúa en lo individual (v.g. Centros Diagnósticos que promocionan nuevas tecnologías como tomografías computarizadas o resonancias magnéticas).
- Publicidad en cooperativa. Cuando el costo de las campañas publicitarias son repartidas entre las distintas instituciones participantes (v.g. las campañas masivas de inmunización del sector salud).

4º *En relación a su orientación:*

- Publicidad comercial. Cuando el interés que media es netamente comercial y empuja hacia la adquisición indiscriminada e 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 la 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:

1º *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 convenidos médicos, de servicios de clínicas y laboratorios, etc.

2º *Telemercadeo*

- La telemarcadotecnia 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 (v.g. estéticas) u ofertar planes de asistencia médica.

3º *Correo directo*

- El sistema de venta por carta en la que se envía un folleto y una tarjeta para respuesta directa puede utilizarse en los servicios odontológicos, seguros médicos, etc.

4º 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 mismo 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.

4.7 Pláceme, el componente de calidez en el servicio

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

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 progresivamente debe ser asumido por el conjunto de la organización (Milakovich 1991). Esto es lo que conocemos como proximidad al cliente u orientación clientelar.

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.

Una herramienta para medir el nivel de la calidad de servicio es el **CALSERV: Una escala de múltiples elementos para medir las prestaciones del cliente sobre calidad de servicio** (Parasuran et als 19986).⁶

⁶ en inglés se conoce como SERVIQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality.

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 5 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 de 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 con el 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”.

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 en escuchar a los clientes ponen en peligro su capacidad de empatía.

Por otra parte, también conviene tomar en cuenta el concepto de “servucción” (Eigler y Langeard 1985) dentro de la producción de servicios de salud. En las que premisas fundamentales para la estructuración de la capacidad de prestación de servicios al cliente sanitario son en primera, que cada servicio elemental y como consecuencia, cada uno de los servicios que la empresa de salud oferte debe tener su propia *servucción*. En segunda, que cada población objetiva necesita un diseño de servicio especializado.

La *servucción*⁷ está basada en la población en la potenciación de los equipos destinados a preparar la capacidad de producción y, especialmente, a garantizar un buen nivel de servicio.

⁷ **SERVUCCIÓN = SERV**icios + prod**UCCIÓN**

Capítulo 5. CONSUMISMO SANITARIO VERSUS CONSUMERISMO EN SALUD

El *consumo sanitario* 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).

El término de consumidor sanitario que está ligado al cliente (Priego-Alvarez 1995:382), no se refiere necesariamente a quien consume o hace uso del producto/servicio de salud, sino también a quién compra o decide la compra.

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 la actitud consumista y consumerista en salud.

5.1 CONSUMISMO SANITARIO

Se ha señalado que la producción masiva requiere 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 1970:51). 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 al resto de las instituciones públicas de salud – de esa producción masiva. Bajo 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 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 cliente y por la relativa ignorancia del consumidor, amén del llamado *“paternalismo médico”* – suele existir entre ambos una relación de poder y subordinación (Campos – Navarro, 194). Es decir, un médico – dominante y un enfermo dominado (Garay, 196:69), en la que el enfermo se pone a las manos del médico, se abandona a él. Su deber es obedecer; la suya deviene en una actitud de confianza y pasividad.

Bajo 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 el 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 suelen responder 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.

5.2 CONSUMERISMO EN SALUD

En la actualidad, cada vez cobra 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).

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

En el caso sanitario, es frecuente observar como 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 en el propósito común de defender sus derechos humanos y protección al consumidor, impide 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 1970:13). Tal es el caso de lo que suele ocurrir entre los afectados por VIH, que en la defensa de sus derechos y en la demanda de una mejor atención y provisión de nuevos antivirales, convergen distintas asociaciones (p.e. drogodependientes, colectivos gay, hemofílicos, parejas y familiares de VIH+, etc.).

La actitud consumerista en salud se contraponen a la pasividad y acatamiento irrestricto del consumismo sanitario (Tabla I), 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 nuevas patologías de características particulares como el SIDA, el desarrollo de la Bioética y por la creciente exigencia de los ciudadanos en sus derechos.

Al adquirir el consumidor sanitario un protagonismo activo, se rompe con la clásica relación interpersonal del médico paciente, dando paso ahora a una nueva relación entre cliente – profesional (figura 1). Que no admite la apariencia altruista de los servicios médicos y que conlleva al reconocimiento de la autonomía y madurez del enfermo.

La relación cliente – profesional responde a la estructura de un contrato que permite la reclamación y, sobre cuya naturaleza jurídica actúa la exigencia del consentimiento como requisito esencial para su válida constitución. 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, en el que los derechos humanos y del consumidor sanitario definen los límites permisibles en la relación médica y fomentan la corresponsabilización.

El consumerismo modifica la forma y fondo de la práctica médica al transformar el contexto en que se está llevando a cabo. A la vez que fortalece al humanismo médico, ya que revalora al enfermo como un ser humano que piensa, opina, siente y sufre, y que puede por si mismo ser responsable de la toma de decisiones de cuestiones que atañen a su salud.

5.3 DERECHOS HUMANOS

La Comisión Nacional de Derechos Humanos parte del principio de igualdad establecida en el artículo 1º. De la Declaración universal de los Derechos Humanos, y que a la letra consigna que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”* es por eso que ningún rasgo, característica o

condición que sea propia de un individuo y que le distinga de los demás, puede modificar cuantitativamente 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 enfermos de enfermedades infectocontagiosas (p.e. SIDA) o pertenecientes a minorías étnicas, religiosas, etc.

5.4 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 Jonh F. Kennedy, en la que expuso cuatro derechos fundamentales: a la seguridad, hacer 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 (tabla II y III) y han surgido nuevas instituciones que actúan como árbitros en la reclamación de la violación de esos derechos⁽¹⁾. 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. 1994:548).

En general, los derechos de los enfermos y usuarios de los servicios de salud, giran en torno a los derechos fundamentales del consumidor.

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 es 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 a principios de la década pasada, donde algunos 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.

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 o oferentes, estas no se realicen. Es aquí cuando se hace más evidente el papel los movimientos de consumidores, como instancias capaces de adoptar medida que fuercen 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 de³⁰ la salud en la prestación de los servicios respectivos (Art. 48. Por otra parte se señala que “los usuarios tendrán derecho a de obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea ya 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 en sí dos componentes. La protección frente a la información engañosa, y el derecho a poder disponer de la suficiente información al hacer la elección del producto o servicio.

Respecto al primero, esté se asocia con la obligatoriedad que deben tener las empresas de salud y sus prestadores de suministrar suficiente información veraz y oportuna, sin engaños ni omisiones⁽²⁾.

En cuanto a lo segundo, debe tenerse en cuenta que la transparencia en la información médica se relaciona con el contar con los elementos necesarios para realizar una elección bien fundamentada. Aunque no siempre el argumento de “*cuando más información mejor*” sea lo correcto, porque la sobre carga 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, eliminado de esta

⁽¹⁾En nuestro país se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

manera la asimetría que en cuanto a información existe entre el que presta la atención médica y el que la recibe.³¹

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 de 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 autónoma que la misma naturaleza del contrato impone al médico y otorga al enfermo (de Lorenzo, 1994).

3º. 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 “conocimiento informado”⁽³⁾ que deriva del principio de autonomía y de la propiedad del enfermo sobre su propio cuerpo (Priego – Álvarez, 1995:100).

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, 1994:60).

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⁽⁴⁾.

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⁽⁵⁾. Asimismo implica que deben respetarse las decisiones de los enfermos después de una información adecuada. Incluso, si solo hay un tratamiento de donde elegir, éstos aún tienen una elección que es la de no hacerlo⁽⁶⁾.

²⁾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. 1fracc. III).

La información suficiente que permite al paciente ser autónomo supone identificar no solo 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 evidencia³² médica y 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, 1996:67).

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 éstos 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 enfermo tiene derecho a dar o negar su consentimiento previo a la realización de cualquier intervención⁽⁷⁾, 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 corresponda a la familia o personas allegadas.

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).

4º. El derecho a ser escuchado

⁽³⁾El concepto de “*informed consent*” también llamado conocimiento aclarado, fue usado por primera vez 1957 en el Estado norteamericano de California (caso Salgo vs. Stanford).

⁽⁴⁾La problemática de lo oportuno del acto médico está sobreentendida 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 aun antagonismo entre la noción subjetiva de libertad personal del paciente y el recurso objetivo a la noción del interés del paciente (Garay, 1996:68).

⁽⁵⁾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).

⁽⁶⁾“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).

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 tiene establecido canales de comunicación con los usuarios, mediante los cuales pueden ser 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 Consumidor ⁽⁸⁾ como el órgano para promover y proteger los derechos del consumidor y demás atribuciones que originen (Art. 24).

5º. El derecho a un ambiente sano.³³

Hace referencia a la seguridad de que el ambiente donde vivimos no esté contaminado. 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.

6º. 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 profesional⁽⁹⁾ 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 la que hubiera prestado sus servicios profesionales.

⁽⁷⁾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, 1996:68).

⁽⁸⁾ 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).

⁽⁹⁾ 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, 1978:336).

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).

Otras causas justas de revelación profesional según Carrancá y Carrancá (1991:516) la constituyen 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 hiciere el médico a una mujer sobre que su futuro marido padece una enfermedad grave, contagiosa e incurable).

CONSIDERACIONES MERCADOLÓGICAS EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA

La nueva gerencia en salud considera a los hospitales como empresas productoras de procesos-servicios de salud que requieren de un manejo empresarial que conlleve una rentabilidad social, el caso de los nosocomios públicos, y económica para los hospitales privados. Bajo 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 ese entorno en el que cualquier organización, y el hospital no es una excepción, se encuentra necesitada de adecuar permanentemente su capacidad de respuesta, de mejorar su competitividad, básicamente por la vía de optimización de los recursos, y por la vía de 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 porque 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 como 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, 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 es este último punto el principal argumento para su aplicación.

Los hospitales públicos presentan un número cada vez mayor de problemas que pueden ser comprendidos y ayudados a resolver 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 de la boca de la palabra cliente. Es necesario dar un vuelco, un cambio, una reorientación”*.

LÍNEAS DE GESTIÓN HOSPITALARIA ORIENTADAS AL MERCADO.

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

- la primera, que habla de la necesidad de que el hospital cambie de orientación hacia uno más sensible, más cercana al cliente, buscando un intercambio de servicios y programas basados en los valores y contravalores que percibe el usuario.
- la segunda, que se acerca 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.
- una tercera, que plantea establecer estrategias diferentes en función de públicos distintos. Lo que implica segmentar el mercado, teniendo en cuenta entre otras variables, los horarios de los transportes 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.
- Una cuarta, que intenta 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 en 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.

- La quinta, que busca integrar a los profesionales en el proyecto, en base a un reequilibrio de poderes que mejore la gestión de recursos humanos, utilizando un estilo diferente de gestión, jugando con la comunicación interna como uno de los elementos fundamentales.
- y la sexta que pretende 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 estar atentos a las necesidades de los clientes y ser conscientes de ellas; es decir, estar cerca del usuario pendientes 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 porqué 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 la misma 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 la misma (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 unos directivos que tengan más delicadas habilidades de negociación, de comunicación, del arte de persuasión, de la ciencia del escuchar, de la entrada a la participación y al diálogo, de la habilidad de crear un sentido de propósito de cambio para saber trabajar con los médicos, enfermeras, enfermeras y demás profesionales de la salud, conseguir acuerdos con los medios masivos de comunicación (p.e. prensa) y grupos locales.

Para conseguirlo, las estrategias del *marketing* deben tener en cuenta un conjunto de elementos organizacionales, presupuestarios, de infraestructura y de personal. Dichos planteamientos debería de tener en cuenta el conjunto básico de servicios que se deberían ofertar desde las diferentes unidades del hospital, teniendo en cuenta las características y atributos ligados a la fiabilidad técnica y a 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 paciente, personal médico y paramédico y

familiares-servicio...) e imagen de los mismos (credibilidad e imagen...) que ayuden a marcar un posicionamiento de los servicios del hospital.

| | |
|--|--------------------|
| | REFERENCIAS |
|--|--------------------|

Aaker David A, Day George S. *Consumerism: Search for the consumer interest*. Nueva York: Free Press, 1982:8-15.

Anrys H. L'ethique médicale et les droits de l'homme –Normes et repères de la Jurisdiction internationale de l'ethique, des morales catholiques, protestantes, juives, musulmanes, bouddhists et agnostiques. Conseil de l' Europe, el 16 de julio de 1992. DECS/MED DH (91)2.

Bloom S, Wilson RN. Patient – practitioner relationships. En: Freedman HE et al. *Handbook of Medical Sociology*, Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1979.

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.

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. Latinoam. Der. Médic. Leg.* 1996; 1 (1):67-74.

Garay Alain. El derecho a la elección terapéutica. Consentimiento, libertades del equipo médico y el paciente. *Rev. Latinoam. Medic. Leg.* 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? *Health Policy and Planning*. 1993;8(4):291-314.

Kotler Phillip. *Marketing Management*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall , 184.

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: Coceptos y aplicaciones*. México: McGraw – Hill Interamericana, 1995.

Mantidale Don. *La sociedad norteamericana*. México Fondo de Cultura Economica., 1970.

de Piña-Varga Rafael. *Diccionario de Derecho*. Mexico: Porrúa, 1978.

Priego-Alvarez Heberto. *Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos*. Villahermosa, Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.

Priego-Alvarez Heberto. ¿Por qué cliente y no paciente en los servicios de salud? *Salud Publica Mex* 1995; 37(5):381-382.

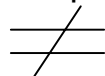
Quintana Octavio. La aplicación del consentimiento informado en España. *El Médico*, 25 de marzo de 1994:60-71

Soberón-Acevedo Guillermo, García-Viveros Mariano, Narro-Robles José. Nuevos frente del humanismo en la práctica médica. *Salud Publica Mex* 1994;36(5):541-551.

| VARIABLE | CONSUMISMO | CONSUMERISMO |
|-----------|--|--|
| SUJETO | <i>Paciente</i> (sujeto pasivo) | <i>Cliente</i> (protagonismo activo) |
| ENFOQUE | Puede ser conocido o manipulado. | Portador de derechos que deben ser respetados |
| PROPOSITO | 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 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). |

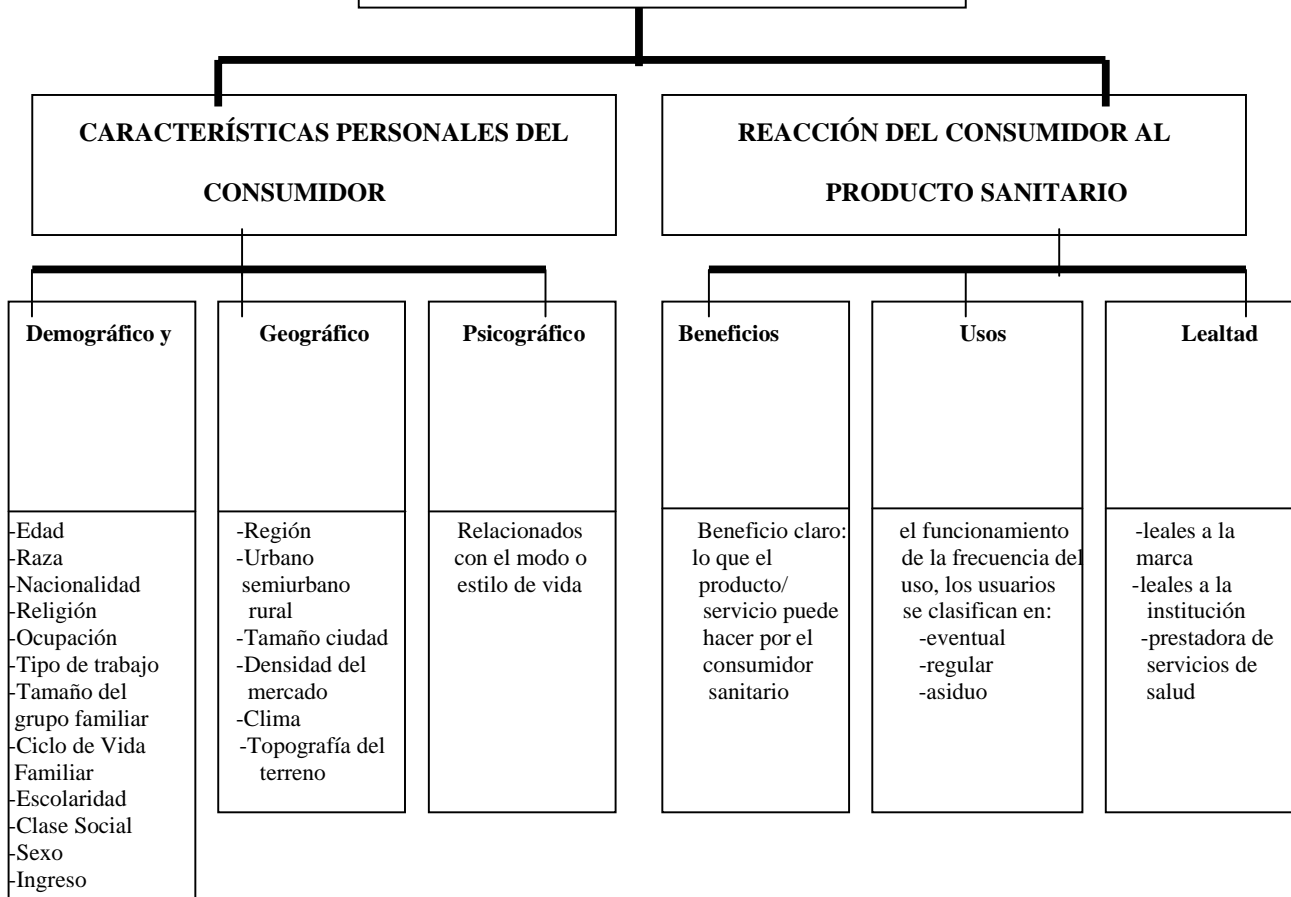
RELACION INTERPERSONAL

Médico-paciente

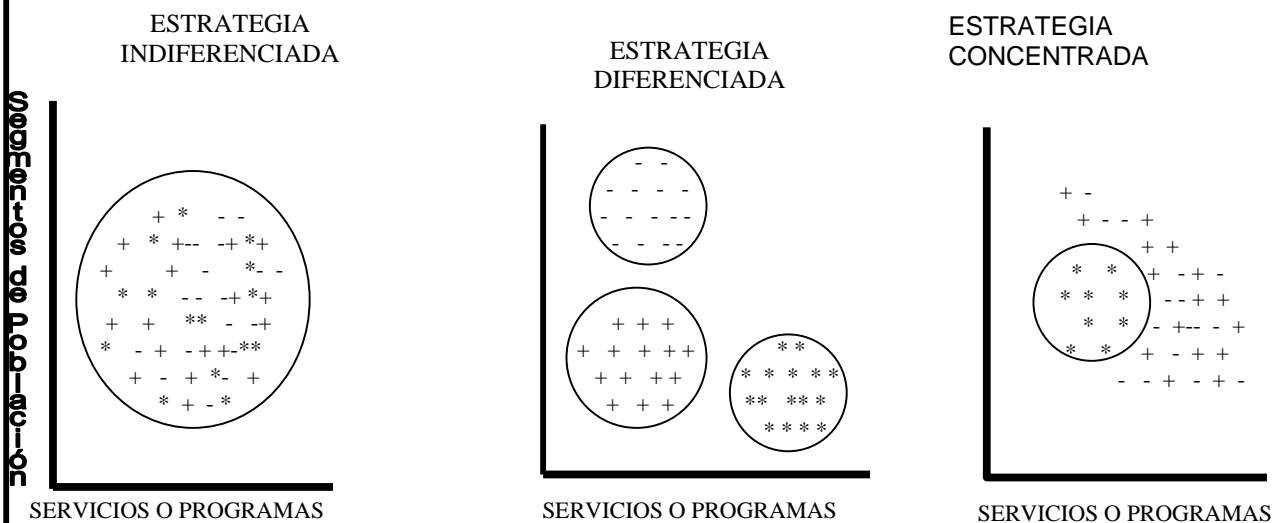


Profesional-cliente

Búsqueda de Bases Relevantes para La Segmentación



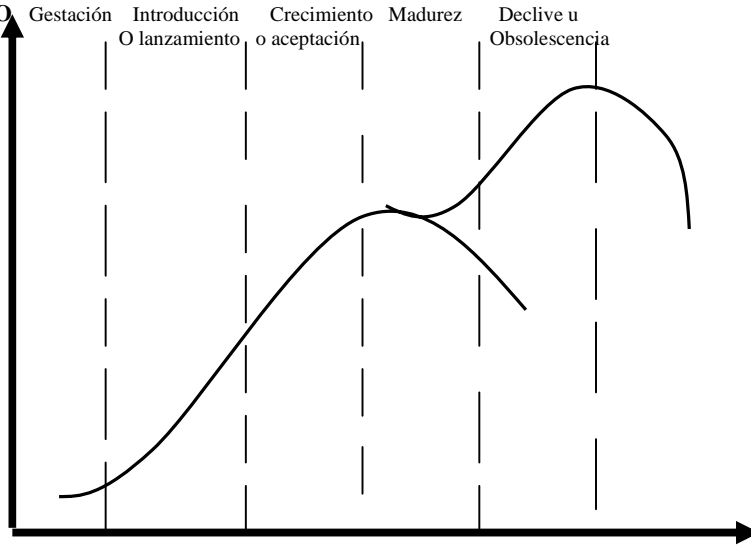
TIPOS DE ESTRATEGIAS SEGÚN GRUPOS POBLACIONALES*



*Modificado de March Cerdá (1994:248)

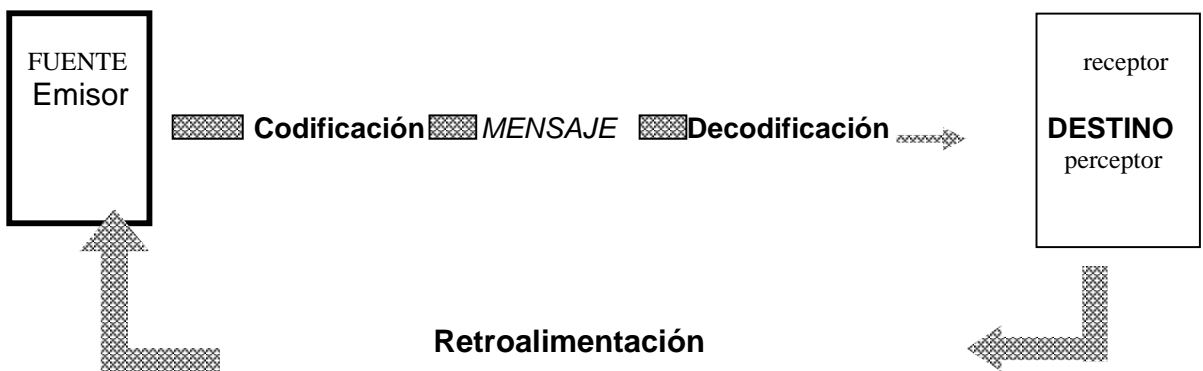
CICLO VITAL DEL PRODUCTO SANITARIO

VOLUMEN
DEL
PRODUCTO
O SERVICIO

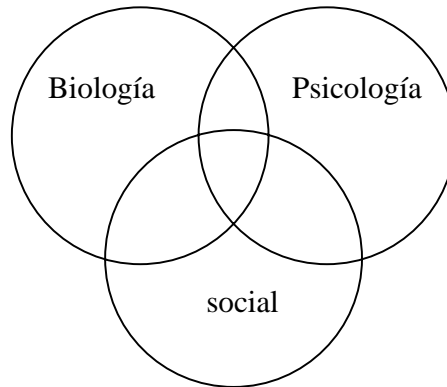


Desarrollo Entrada Mantenimiento Proliferación Decadencia **TIEMPO**

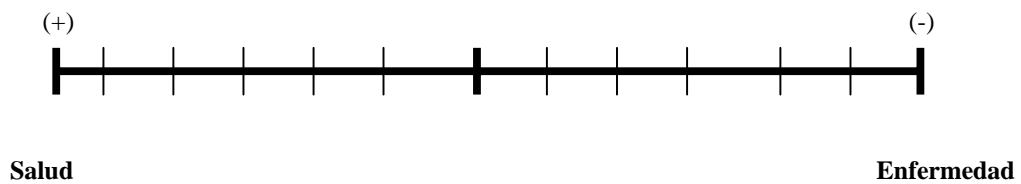
ESQUEMA GENERAL DE LA COMUNICACIÓN



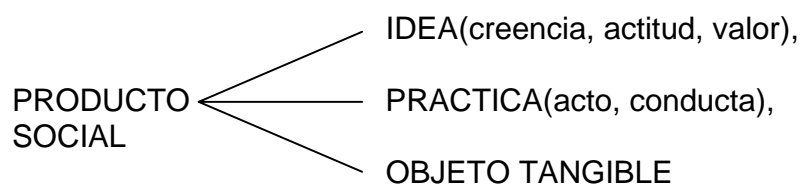
MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD



PROCESO SALUD-ENFERMEDAD



PRODUCTOS DE MERCADOTECNIA SOCIAL



PROCESO DE INVESTIGACIÓN E MERCADOS

1. Definición del problema y de los objetivos de la hallazgos.

2. Desarrollo del plan de investigación.

3. Ejecución del plan de investigación.

4. Interpretación y comunicación de los

PROCESO DE COMPRA

RECONOCIMIENTO DE UNA NECESIDAD

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN

EVALUACIÓN DE ALTERNATIVAS

DECISIÓN DE COMPRA

COMPORTAMIENTO POST-COMPRA

ABANDONO

REPETICIÓN

PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE COMPRA DE SERVICIOS SANITARIOS

