

TERCERA
EDICIÓN



Enfoque social de la **MERCADOTECNIA** **SANITARIA**

Nery Suárez Lugo



SALUD PÚBLICA • ADMINISTRACIÓN EN SALUD

Enfoque social
de la MERCADOTECNIA
SANITARIA



Enfoque social de la **MERCADOTECNIA SANITARIA**

Nery Suárez Lugo



SALUD PÚBLICA • ADMINISTRACIÓN EN SALUD

La Habana • 2024

Catalogación de la Editorial Ciencias Médicas

Suárez Lugo, Nery.

Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria / Nery Suárez Lugo; --- La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2024.

300 p.: tab. — (Colección Salud Pública. Serie Administración en Salud).

-

Mercadotecnia, Estrategias de Salud, Actitud, Calidad de la Atención de Salud, Conducta, Organización y Administración, Investigación, Tecnología, COVID-19, Vigilancia en Salud

-

-

W 74

Cómo citar esta obra:

Suárez Lugo N. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria [Internet]. 3.^a ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2024. Disponible en:

<http://www.bvscuba.sld.cu/libro/enfoque-social-de-la-mercadotecnia-sanitaria/>

Edición: Ing. Damiana Iradía Martín Laurencio

Diseño: Téc. Yamilé Hernández

Realización: Lic. María Mercedes Flores Véliz

Primera edición: 2007.

Segunda edición: Editorial “Lazo Adentro”, 2017.

Sobre la presente edición:

© Nery Suárez Lugo, 2024

© Editorial Ciencias Médicas, 2024

ISBN 978-959-316-151-0 (PDF)

ISBN 978-959-316-150-3 (EPUB)

Editorial Ciencias Médicas

Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas

Calle 23, núm. 654 entre D y E, El Vedado

La Habana, C.P. 10400, Cuba

Teléfono: +53 7836 1893

ecimed@infomed.sld

<http://www.ecimed.sld.cu/>



Esta obra se difunde bajo una licencia Creative Commons de Atribución No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de copiar, compartir, distribuir, exhibir o implementar sin permiso, salvo con las siguientes condiciones: reconocer a sus autores (atribución), no usar la obra de manera comercial (no comercial) y, si produce obras derivadas, mantener la misma licencia que el original (compartir igual). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

Autoría

Nery Suárez Lugo

Doctor en Ciencias Económicas

Licenciado en Psicología

Profesor Titular y Consultante

Investigador Titular

Escuela Nacional de Salud Pública

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

<https://orcid.org/0000-0002-4637-2876>

Prólogo a la tercera edición

La primera y segunda edición del libro *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*, ha sido referencia obligatoria para los estudiantes de la maestría Economía de la Salud y otras de perfil de salud pública, así como de diplomados y talleres de dirección y promoción de la salud con profesionales y directivos, tanto en la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, como de otros países de América Latina.

La tercera edición que hoy se presenta, ha sido actualizada y enriquecida con nuevos capítulos, como continuidad de la labor realizada por la autora, empleando de igual manera la acertada utilización de métodos y técnicas de la investigación científica en los trabajos de curso, tesis de maestría y de doctorado, así como investigaciones que ha conducido, lo que ha ofrecido la posibilidad de brindar información reciente de lo acontecido en la aplicación de la mercadotecnia a la salud, dejando ver su alcance y sus retos. Es una publicación en la que se entrelazan los resultados de investigaciones, el diseño, la ejecución y la evaluación de estrategias de mercadotecnia aplicados a la salud y sus posibilidades de implementarse en la formación de los recursos humanos, en cualquier contexto.

Como las ediciones anteriores, es herramienta de valor para lograr cambios significativos en el empleo de la mercadotecnia en salud para la solución de los actuales problemas de la salud pública que enfrentan los países, propiciando la óptima utilización de los recursos humanos y materiales en los servicios y programas sanitarios, en aras de lograr la salud universal con calidad, resiliencia y competitividad.

Dr. Cs. Pastor Castell-Florit Serrate

Director

Escuela Nacional de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública

Cuba

Índice de contenidos

Capítulo I. Marketing, mercadeo, mercadotecnia/ 1

- El concepto y su empleo/ 1
- Evolución del concepto/ 2
 - Etapa preconceptual/ 2
 - Conceptualización formal/ 3
- El concepto en la actualidad/ 4
 - Beneficio o confusión/ 6
- Referencias bibliográficas/ 7

Capítulo II. Mercadotecnia aplicada a la salud/ 9

- Mercadotecnia aplicada a la salud: un poco de historia/ 10
- Aplicación de la mercadotecnia a la salud en Cuba/ 13
- Mercadotecnia y dirección en salud/ 15
- Aplicación de la mercadotecnia en el sistema de salud cubano/ 18
- Retos y perspectivas/ 29
- Referencias bibliográficas/ 30

Capítulo III. El consumo y la salud/ 33

- Salud: condiciones y estilos de vida/ 33
- Panorama actual de Latinoamérica y Cuba/ 33
- El consumo en teoría/ 35
- El consumo en ejemplos/ 38
- Lo emocional en las decisiones del consumidor/ 44
- Educación, colocar o eliminar barreras/ 46
- Protección al consumidor/ 47

Preguntas y respuestas/ 50

Conclusiones/ 578 111

Referencias bibliográficas/ 52

Capítulo IV. Investigación de mercados y gestión sanitaria/ 32

Investigación de mercados/ 32

Investigación de mercados en salud/ 33

Estudios de mercados, necesidad en las organizaciones sanitarias/ 33

En busca de explicaciones/ 34

Necesidad de la investigación de mercados en salud/ 35

Qué y cómo investigar el mercado sanitario/ 36

Investigar para que los programas de salud logren sus propósitos/ 37

Más sobre investigación de mercados y toma de decisiones en salud/ 38

Referencias bibliográficas/ 38

Capítulo V. Calidad de los servicios de salud: perspectiva del usuario y el prestador de servicios/ 40

Posicionamiento de los servicios de salud/ 40

Calidad y servicios de salud/ 40

Evaluación de la calidad en salud en el ámbito internacional/ 42

Calidad total, alto desempeño y mercadotecnia/ 43

Mercadotecnia: cliente externo y cliente interno/ 44

Perspectiva del usuario y del prestador de servicios sanitarios/ 45

Mejoramiento continuo de la calidad/ 47

Cómo investigar sobre el tema/ 48

Servicios de salud en Cuba y la valoración de la calidad/ 49

Consideraciones finales/ 52

Referencias bibliográficas/ 52

Capítulo VI. Mercadotecnia, herramienta de la gestión sanitaria a nivel local/ 54

Nivel local y su importancia en la gestión sanitaria/ 54

Mercadotecnia y sus posibilidades de aplicación en la gestión de salud en el nivel local/ 54

Mercadotecnia y servicios de salud en el nivel local/ 57

Investigación de mercadotecnia en el nivel de salud local/ 59

Factores relacionados con la valoración de la calidad de los servicios/ 60

Mercadotecnia en los procesos de capacitación en el nivel local/ 61

Referencias bibliográficas/ 62

Capítulo VII. Mercadotecnia y los desafíos de la salud universal/ 63

La salud universal y sus desafíos/ 63

Mercadotecnia en las diversas aristas de la salud universal/ 64

Mercadotecnia y servicios de salud universal/ 64

Mercadotecnia social y cultura de salud de la población/ 66

Investigación de mercados. Segmentación vs fragmentación/ 67

Actuar para pensar diferente/ 67

Referencias bibliográficas/ 68

Capítulo VIII. Mercadotecnia sanitaria y enfoque intersectorial/ 69

Intersectorialidad en salud/ 69

Mercadotecnia sanitaria y su enfoque social/ 69

Mercadotecnia e intersectorialidad en salud/ 70

Experiencias en Cuba/ 71

Consideraciones finales/ 71

Referencias bibliográficas/ 72

Capítulo IX. Mercadotecnia y vigilancia en salud/ 73

Investigación de mercados y vigilancia en salud/ 73

Vigilancia en salud/ 73

Vigilancia y mercadotecnia como herramientas gerenciales/ 75

Farmacovigilancia y mercadotecnia en el uso racional de medicamentos/ 76

Referencias bibliográficas/ 78

Capítulo X. Mercadotecnia y tecnologías gerenciales/ 80

Tecnologías gerenciales/ 80

Empoderamiento/ 80

La informática médica/ 82

Gestión de la información y el conocimiento/ 83

La referenciación competitiva/ 84

La tercerización/ 85

Referencias bibliográficas/ 86

Capítulo XI. Enfoque social de la mercadotecnia en servicios y programas de salud/ 87

Servicios y programas de salud: problemas actuales y soluciones/ 87

Base teórica del enfoque social de la mercadotecnia/ 89

El entorno en el enfoque social de la mercadotecnia aplicada a la salud/ 91

Estrategias de mercadotecnia social/ 92

Decisiones de mercadotecnia/ 92

Técnicas a emplear/ 94

Investigación y programas de mercadotecnia social/ 95

Elaboración de un programa de mercadotecnia social/ 95

Secuencia de etapas en la elaboración de un programa de mercadotecnia social/ 96

Guía para elaborar el programa de mercadotecnia social/ 97

Referencias bibliográficas/ 97

Capítulo XII. Estrategias de mercadotecnia en servicios y programas de salud/ 99

Estrategias de mercadotecnia en salud y su evaluación/ 99

Los instrumentos y su proceso de construcción/ 99

Descripción y forma de aplicación de los instrumentos/ 100

Instrumento para el diagnóstico de la utilización del enfoque de mercadotecnia en las instituciones de salud/ 100

Instrumento para el diagnóstico de la utilización del enfoque de mercadotecnia en los programas de salud/ 102

Los instrumentos y su aplicación/ 103
Valoración integral de los instrumentos/ 106
Instrumentos/ 106
Referencias bibliográficas/ 113

Capítulo XIII. Cambios de comportamiento en salud/ 114

Lo global y la acción local en los cambios de comportamiento en salud/ 114
Programas de prevención y control del tabaquismo/ 114
Definición de políticas: la decisión entre el tabaco o la salud/ 114
La investigación, el problema y los objetivos/ 115
Métodos utilizados/ 115
Resultados del estudio realizado/ 115
Magnitud del tabaquismo en Latinoamérica/ 116
Disposición social para la prevención y el control del tabaquismo en Latinoamérica/ 116
Estrategias para prevenir y controlar el tabaquismo en Latinoamérica/ 118
Magnitud del tabaquismo en Cuba/ 119
Disposición social para la prevención y control del tabaquismo en Cuba/121
Tabaquismo en Latinoamérica y en Cuba/ 122
La estrategia de mercadotecnia social/ 122
El mercadeo social del condón en la prevención y control del VIH-SIDA/ 123
Definición de políticas: relaciones sexuales protegidas/ 123
Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón/ 124
Monitoreo y evaluación/ 125
Perfil del consumidor/ 125
Principales resultados de la investigación/ 125
Disponibilidad y accesibilidad/ 125
Encuesta de distribución/ 126
Conocimiento, actitudes, uso del condón y barreras: perfil del consumidor/ 126

Grupos focales e informantes clave/	127
Indicadores de disponibilidad y calidad de condones/	128
Condomes disponibles en todo el país. Insumos/	129
Condomes disponibles en el comercio al por menor. Servicios/	129
Calidad de los condones/	129
Actividades de promoción y publicidad/	130
Resultado, comportamiento de riesgo, venta de condones y uso/	130
Algunas conclusiones/	130
Una nueva evaluación empleando la metodología/	131
Estrategias de mercadotecnia social para lograr relaciones sexuales protegidas/	131
Referencias bibliográficas/	132

Capítulo XIV. Mercadotecnia y formación de recursos humanos en salud/ 134

Conocimiento de la mercadotecnia como tecnología/	134
Programas para la formación académica curricular/	135
Formas organizativas propuestas/	137
La formación de recursos humanos en mercadotecnia en salud en Iberoamérica/	145
Consideraciones finales/	149
Referencias bibliográficas/	149

Capítulo XV. Conocimientos, actitudes y aplicación de la mercadotecnia a la salud/ 151

Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud/	151
Estudio multicéntrico sobre la mercadotecnia en Iberoamérica/	151
Resultados generales/	152
Perspectivas y retos/	160
Referencias bibliográficas/	161

Capítulo XVI. Del marketing al neuromarketing/ 163

Marketing y neuromarketing: lo común y lo diferente/	163
--	-----

Investigar el comportamiento del consumidor/ 164
Predicción de la eficacia/ 165
Falencias teóricas, prácticas y éticas del neuromarketing/ 166
El marketing del neuromarketing/ 167
Aplicaciones del neuromarketing para propósitos no lucrativos/ 168
Consideraciones finales/ 169
Referencias bibliográficas/ 169

Capítulo XVII. La pandemia de la Covid-19 y la aplicación de la mercadotecnia social/ 171

Mercadotecnia social y los retos de su aplicación a la salud/ 171
Covid-19, sus aprendizajes y la mercadotecnia social/ 171
Cambios en el imaginario social y los comportamientos/ 173
Mercadotecnia social como estrategia de prevención y control de la Covid-19/ 173
El gran reto/ 176
Referencias bibliográficas/ 177

Capítulo XVIII. Mercadotecnia de los servicios educativos en salud/ 179

Los servicios educativos/ 179
Mercadotecnia de los servicios educativos/ 179
Evaluación de estrategias de mercadotecnia en los servicios educativos/ 180
Mercadotecnia en función de la internacionalización de los servicios educativos en salud/ 181
Consideraciones finales/ 182
Referencias bibliográficas/ 182

Lista de abreviaturas y siglas

- ACS:** American Cancer Society (por sus siglas en inglés).
- AGCS:** Acuerdo general sobre el comercio de servicios.
- AID:** Agencia Internacional de Desarrollo.
- ALBA-TCP:** Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América. **ALCA:** Acuerdo de libre comercio para las Américas.
- AMA:** American Marketing Association (Asociación Americana de Marketing).
- AMS:** Asamblea Mundial de la Salud.
- BM:** Banco Mundial.
- CAP:** Conocimientos, actitudes y prácticas.
- CDC:** Centers for Disease Control and Prevention (por sus siglas en inglés).
- CEE:** Comunidad Económica Europea.
- CI:** Consumers International.
- CMCT:** Convenio marco para el control del tabaco.
- CPM:** Método de la ruta crítica.
- EDA:** Actividad electrodérmica.
- EEG:** Electroencefalografía.
- ENSAP:** Escuela Nacional de Salud Pública.
- GSR:** Respuesta galvánica de la piel.
- IBFAN:** Red mundial de grupos pro alimentación infantil.
- ICIODI:** Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna.
- IRMf:** Imagen por resonancia magnética funcional.
- ISSS:** Investigación en sistemas y servicios de salud.
- ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
- MCE:** Mercado Común Europeo.
- ME:** Magnetoencefalografía.
- MERCOSUR:** Mercado Común del Sur.
- MINSAP:** Ministerio de Salud Pública.

NMSBA: Neuromarketing Science & Business Association.

ODM: Objetivos de desarrollo del milenio.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONE: Oficina Nacional de Estadísticas.

ONG: Organización no gubernamental.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OSP: Oficina Sanitaria Panamericana.

PERT: Técnica de evaluación de programas.

PIB: Producto interno bruto.

PMC: Mejoramiento continuo de la calidad.

PSI: Population Service International.

RIMS: Red iberoamericana de mercadotecnia en salud.

Sida: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SPSS: Statistical Package for Social Sciences.

tDCS: Estimulación transcraneal directa.

TIC: Tecnologías de la información y las comunicaciones.

TLC: Tratado de libre comercio.

TMS: Estimulación magnética transcraneana.

UNASUR: Unión de Naciones Suramericanas.

UNESCO: Organización de Naciones Unidas para la Ciencia, la Educación y la Cultura.

UNICEF: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia.

Marketing, mercadeo, mercadotecnia

El empleo del término mercadotecnia, mercadeo o marketing dependerá del criterio del autor que escriba sobre el tema. Marketing fue la palabra que se usó en sus inicios, de origen anglosajón, pero aceptada por los hispanohablantes, como muchos otros términos. Su generalización se ha ido produciendo sin muchas reflexiones de orden teórico al respecto.

El concepto y su empleo

En Iberoamérica se emplea, por lo general, marketing con excepción de México, donde el término aceptado es mercadotecnia. En algunos casos, fundamentalmente cuando refiere estrategias que promueven un producto tangible, como el caso del condón, se utiliza mercadeo. Una encuesta realizada por la autora a profesores y especialistas en el tema de la región, permite corroborarlo.⁽¹⁾

Los que emplean marketing puede que lo hagan porque en los primeros momentos de su difusión utilizaron bibliografía anglosajona, por lo general norteamericana y así comenzaron a introducirse en el tema. Otros piensan que el usar mercadeo o mercadotecnia le resta amplitud al significado de este.

Lo cierto es que, como con otros términos, su empleo generalizado propició que en el año 2005 la Real Academia Española lo aceptara, permitiendo su aprobación en contextos académicos.⁽²⁾ Sin embargo, cuando se habla de investigación del mercado se hace referencia a los estudios que posibilitan conocer al consumidor y sus peculiaridades, lo que constituye la base para elaborar estrategias de marketing.

Cuando de salud se trata, el problema conceptual es mucho más complejo, pues el término marketing se asocia a publicidad, ventas, manipulación de los consumidores, lo que resulta que se visualice como algo eminentemente lucrativo y, por tanto, no aplicable a la actividad sanitaria.⁽³⁾

No obstante, al emplearse el término marketing de manera generalizada en la casi totalidad de los países de Iberoamérica, se crea en el año 2001 la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS).⁽⁴⁾ El vocablo mercadotecnia se asienta como uno de los más utilizados, sobre todo en México, donde se realiza su registro notarial por esta organización no

gubernamental. Aunque varios países se unieron a la red, como Cuba, Ecuador y Colombia, y empleaban marketing aplicado a la salud en publicaciones donde se hacía referencia a este término, no se realizaba una requerida valoración del empleo de nombres diferentes y mucho menos que esto pudiera limitar la participación de los académicos y universidades de los países de la región.

Sin embargo, con el transcurso de los años, comienzan a manifestarse ciertas dificultades en los eventos científicos de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, en diversos países, pues aunque el nombre de la red permanece invariable, los lemas y los temas que se abordan, han tenido que variar según cada región. Por ello, en las ponencias y hasta en las conferencias que se presentan, se utiliza marketing o mercadotecnia en dependencia del autor y su país de origen.

Sin que se le pueda dar la categoría de problema, pues en todos los casos el concepto a que se hace referencia con marketing o mercadotecnia en salud no difieren, sí puede ocasionar dudas a los estudiantes, que en según la literatura que revisen, encontrarán términos diferentes para denominarlo.

Evolución del concepto

No es el propósito de este capítulo proporcionar con toda exactitud y exhaustividad la evolución del concepto de marketing, sino relatar algunos de los aspectos importantes de esta disciplina que han ido aparejados a su conceptualización y resultan de utilidad para comprender la situación actual en cuanto a maneras de nombrarlo, así como las razones que subyacen en estas.

Existen diferentes propuestas de clasificación de la evolución del concepto de marketing que pueden encontrarse en la literatura sobre el tema. Desde que surge, a principios del siglo XX y luego se generaliza a inicios de la década del 80, transita por distintos momentos. La autora se adhiere a la clasificación que refiere, pues como todo concepto recorre tres momentos: preconceptual, conceptualización formal y el de conceptualización actual. Estas etapas se pueden caracterizar con la propia evolución de la teoría y el ámbito de aplicación, además de la interacción que exista entre estas, su precisión y profundización.

Etapa preconceptual

En los inicios del siglo XX se encuentran las primeras aproximaciones al marketing y su concepto, muy ligado a la actividad económica, dado que el marketing se considera como la forma en que los productores comercializan sus productos y luego su relación con las ventas; giro que se produce en igual

medida que la economía basada en la oferta es inclinada hacia una economía apoyada en el consumo.

Al avanzar el siglo, aparecen las primeras publicaciones sobre el término, tales como *American Marketing Journal*, que luego pasa a denominarse *Journal of Marketing*. Un momento importante lo constituye la creación de la *American Marketing Association* (AMA, por sus siglas en inglés) en 1937, con el propósito de promover el estudio científico de esta ciencia. En la etapa que los estudiosos del tema ubican entre 1900 y 1959, en la literatura no aparecen formuladas definiciones formales sobre marketing. Lo importante al respecto es que todos los trabajos que se identifican se encuentran en inglés y en la casi totalidad son de procedencia norteamericana.; por tanto, el término empleado es marketing.

Un momento interesante lo constituye aquel que se caracteriza por la incorporación de los métodos y técnicas de las ciencias sociales a la ya denominada investigación de mercados, buscando un mayor conocimiento de los consumidores. Es también cuando comienza a valorarse el marketing desde la perspectiva científica, con la aproximación a la economía, la psicología y la sociología, por ejemplo cuando en 1945 se publica el artículo “The development of the Science of Marketing” en el *Journal of Marketing*.⁽⁵⁾ Otro momento de vital importancia lo constituye los aportes de Alderson en 1957, ya que considera que el marketing es parte de la teoría general del comportamiento humano, dado que pretende establecer el intercambio entre las empresas y los consumidores, ambas partes procuran solucionar sus necesidades en el mercado.

Este periodo preconceptual general concluye, por una parte, con los aportes sobre el carácter científico del marketing y, por otra, con las primeras formulaciones acerca de la intención de establecer una teoría general del marketing, estableciéndose así las bases suficientes como para hablar de conceptos consensuados dentro de la comunidad científica naciente de la nueva disciplina.

En esta etapa, no aparece ninguna denominación adicional a marketing y todos los estudiosos del tema y aquellos que comienzan desde la vida empresarial a aplicarlo, también lo nombran de esa forma.⁽⁶⁾

Conceptualización formal

De 1960 a 1989 se enmarca la evolución del marketing, que precisamente se le denomina de esta forma por los avances en profundidad que pueden resumirse en los siguientes hitos: extensión del marketing al ámbito social y la orientación estratégica que asume el marketing, acompañados de una nueva definición que la AMA proporciona y que plantea que es la “realización de actividades empresariales que dirigen el flujo de bienes y servicios desde el productor hasta el consumidor o usuario”.⁽⁷⁾

En 1964, Edmund Jerome McCarthy establece una de las definiciones de marketing de mayor relevancia, al conceptualizarlo como “el resultado de la actividad de las empresas que dirige el flujo de bienes y servicios desde el productor hasta el consumidor o usuario, con la pretensión de satisfacer a los consumidores y permitir alcanzar los objetivos de las empresas”. Esta definición, recoge la visión ya señalada en el momento anterior, de ver el marketing como la ciencia que plantea el intercambio entre la empresa y el consumidor.

Pero la extensión al ámbito social viene reflejada en la definición que aporta la Universidad de Ohio en 1965, al definirlo como “el proceso por el cual una sociedad anticipa, aplaza o satisface la estructura de la demanda de bienes y servicios económicos, mediante la concepción, la promoción, el intercambio y la distribución física de bienes y servicios”.⁽⁸⁾ Con esta definición se abren las puertas a las controversias en cuanto a las posibilidades o no de aplicar el marketing sin fines de lucro, aunque en ese momento aún no está planteado, teniendo entre sus defensores a Lazer en 1969 y Kotler y Levy en 1972.

Con William Stanton y su definición de considerar que “el marketing es un sistema de actividades empresariales encaminado a planificar, fijar precios”, sienta las bases de las famosas “P” del marketing: precio, producto, plaza y promoción, en el año 1969.⁽⁶⁾

En 1971 el *Journal of Marketing* publica un número especial dedicado al estudio del papel del marketing en el cambio social y del entorno, avalando la ampliación del concepto de marketing hacia las instituciones no lucrativas y a utilizarse en la divulgación de ideas y comportamientos beneficiosos para la sociedad. Nace así el término *marketing social* definido como “el diseño, implementación, y control de programas pensados para influir en la aceptación de ideas sociales e implicando consideraciones de planificación de producto, precio, comunicación, distribución, e investigación de marketing” de Kotler y Zaltman. Si bien otros autores también han realizado aportes en el campo del marketing social, los de Kotler han resultado de gran interés para los que profesionales que se centran en el enfoque social del marketing aplicado a la actividad sanitaria, por su acercamiento a los cambios de comportamiento relacionados con la salud. En todo este momento de la evolución, el término que aparece en la literatura y en los escenarios académicos y empresariales, sigue siendo marketing, aunque se acerque a la perspectiva social.

El concepto en la actualidad

A partir de la última década del pasado siglo XX, los avances más notables se encuentran en el denominado *marketing de relaciones* o *marketing relacional*, donde adaptar las estrategias a los clientes, tanto en el servicio como en los

productos, constituye la esencia de las estrategias competitivas para posicionarse en el mercado y la orientación al mercado, todo lo cual es derivado de una organización enfocada al mercado exterior de la empresa, a generar valor para sus públicos meta, basada en una cultura organizacional que tiene como componentes básicos dirigirse al cliente, al competidor y una coordinación interfuncional de todas sus unidades, lo que está muy relacionado con el auge del concepto de calidad total imperante en el mundo empresarial.

Por último, el *marketing por internet*, denominación como consecuencia del empleo globalizado de las Tecnologías de la Información y el Conocimiento (TIC); su utilidad es reconocida por el propio Kotler, en lo referente al nuevo papel que juegan las comunicaciones en toda estrategia de marketing, ya sea comercial o social.⁽⁹⁾

La definición aportada por la AMA y que responde al desarrollo que ha tenido el marketing, data del año 2004 y define que “el marketing es una función de la organización y un conjunto de procesos para la creación, comunicación, la entrega de valor a los clientes y para gestionar las relaciones con los clientes, de modo que se beneficien, la organización y sus grupos de interés”. En ella aparecen nuevos aspectos, tales como ‘valor’, las ‘relaciones con el cliente’ y los ‘grupos de interés’.⁽¹⁰⁾

En su obra *Marketing management*, 12ª edición,⁽¹¹⁾ Kotler incorpora el concepto holístico de marketing que representa una ampliación de este concepto, generada por los cambios del entorno y sobre todo por el desarrollo tecnológico.

Las actividades basadas en el valor (exploración, creación y entrega) en su interrelación con los principales actores (concentración en el cliente, las competencias esenciales y la red de colaboración), agrupadas en las funciones de organización (gestión de la demanda, administración de los recursos y gerencia de la red); constituyen el esquema del marketing holístico con la implementación de programas de marketing, procesos y actividades que reconocen su amplitud e interdependencia. Este enfoque parte de la premisa de que todo importa y que es necesario una perspectiva amplia e integrada. Se reconocen cuatro componentes: marketing relacional (planteado por otros autores con anterioridad), marketing integrado, marketing interno y marketing con responsabilidad social.

Como se ha podido constatar, la evolución de la ciencia ha dado origen a múltiples campos del saber, que de forma individual o en conjunto, ofrecen la posibilidad de abordar los problemas de la sociedad desde diferentes ángulos. El marketing no ha estado exento de ello. Tecnologías novedosas en el campo de la medicina tales como resonancias magnéticas funcionales y tomografías, fundamentales para desarrollar la investigación neurocientífica, dan un vuelco a la visión tradicional del comportamiento humano desde las ciencias sociales y

humanísticas. Se da paso a un nuevo enfoque de interés teórico y práctico para el estudio de las actitudes y la conducta individual y colectiva con el denominado *neuromarketing*. Es una disciplina moderna, donde convergen la neurociencia y el marketing, y en la que se interrelacionan varias disciplinas científicas: Psicología, Economía, Neurología, Biología, Sociología y Marketing.⁽¹²⁾

El neuromarketing es un nuevo enfoque para abordar el análisis del comportamiento del consumidor a través de la comprensión de sus procesos mentales, los cuales le hacen percibir, actuar y tomar decisiones de forma particular. Muchos cuestionamientos emergen sobre el tema desde la ética, pero lo que nos ocupa aquí, es que, desde lo conceptual, también la literatura que aparece se refiere a marketing y no mercadotecnia.

Para los profesionales que estudian o utilizan el marketing con enfoque social aplicado a la salud, Philip Kotler es un referente obligado. En la edición de 1992, realizada en México, del libro *Mercadotecnia Social* (título en inglés: *Social Marketing*), lo define como “una estrategia para el cambio de la conducta y combina los mejores elementos de los enfoque tradicionales al cambio social en un marco integrado de planeación y acción, al tiempo que utiliza los avances en la tecnología de las comunicaciones y en las técnicas de comercialización”.⁽¹³⁾

En todos los momentos antes analizados, el término empleado ha sido marketing, no es hasta la publicación de ediciones en México, de autores anglosajones, que aparecen en sus traducciones el término mercadotecnia en vez de marketing (explicación referida en el inicio de este capítulo). Se retorna entonces al punto de partida de cuál de los términos es el más adecuado, aceptable y comprensible, para aquellos que trabajan en la esfera de la salud, con un enfoque social y no lucrativo en países de habla hispana.

Beneficio o confusión

La autora considera que el intento de diferenciar el enfoque lucrativo del social puede considerarse la génesis del por qué algunos autores se adscribieron al término mercadotecnia, que parece ser solo empleado de manera general en México y luego, a partir de la integración iberoamericana en la RIMS, comenzó a utilizarse de manera indistinta en diversos países de la región. Lo cierto es que lejos de representar un beneficio se ha convertido en un elemento que genera confusión, sobre todo para aquellos que se inician en el tema, pues encuentran diversos autores que, con un mismo enfoque salubrista, se refieren a la estrategia enfocada a los servicios, los cambios de comportamiento y la promoción de la salud, diciendo que es marketing, mercadeo o mercadotecnia.

La definición de Kotler engloba la esencia, y lo importante es eso y no el término que se emplee, sin embargo, ha llegado el momento de buscar consenso para no estar envueltos en una confusión conceptual innecesaria, en los que todos de una forma u otra se han visto involucrados.

El primer libro de la autora sobre el tema se titula *Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica* con ediciones en Cuba y Colombia, en los años 2001 y 2004, respectivamente.^(14, 15) En los años 2007 y 2017, publica: *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*.⁽¹⁶⁾

Si un mismo autor se refiere al tema con diversos términos, dado por las circunstancias de donde publica, en realidad eso lleva a la reflexión y, más aún, a la necesidad de buscar solución. Corresponde a la academia de los países de Iberoamérica, plantear su posición al respecto y adherirse más al concepto y su esencia, que a la denominación que se pueda utilizar.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Academic education in health marketing in Ibero-America. Revista Horizonte Sanitario. 2017; 16(1): 8-14. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000100008
2. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 23.ª ed. [versión 23.7]. 2014. Disponible en: <https://dle.rae.es>
3. Priego H. Mitos y realidades en el marketing de servicios de salud. Revista Colombiana de Marketing. 2002;3(4):61-69. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/22399>
4. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud: Testimonio Notarial. Tabasco, México: Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. 2011.
5. Converse PD. The development of the science of marketing: An exploratory survey. Journal of Marketing. 1945; 10(1): 14-23. DOI: <https://doi.org/10.2307/1245330>
6. Coca CAM. El concepto de Marketing: pasado y presente. Revista de Ciencias Sociales. 2008;14(2):391-414. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/280/28011672014.pdf>
7. Gundlach GT, William LW. The American Marketing Association's new definition of marketing: Perspective and commentary on the 2007 revision. Journal of Public Policy & Marketing. 2009;28(2):259-264. DOI: <https://doi.org/10.1509/jppm.28.2.259>
8. Berrio AA, Henderson JL. Assessing customer orientation in public, non-profit organizations: A profile of Ohio State University Extension. Journal of Agricultural Education. 1988; 39(4): 11-17. DOI: <https://doi.org/10.5032/jae.1998.04011>
9. Ringold DJ, Weitz B. The American Marketing Association definition of marketing: Moving from lagging to leading indicator. Journal of Public Policy & Marketing. 2007; 26(2): 251-260. DOI: <https://doi.org/10.1509/jppm.26.2.251>
10. Bennet, PD. American Marketing Association. Dictionary of Marketing Terms. 2.ª ed. Chicago: Business Book;1995.

11. Kotler P, Keller LK. Marketing management. 12.^a ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall; 2006.
12. Ugarte A. Neurociencias y comunicación: el comienzo de una saludable amistad. Revista de Comunicación y Salud. 2013; 3(1):1-4. DOI: [https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3\(1\).1-4](https://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2013.3(1).1-4)
13. Kotler P, Roberto LE. Mercadotecnia social. México: Editorial Diana.1992.
14. Suárez LN. Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/marketing-y-salud/>
15. Suárez LN. Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica. Colombia: Editorial CATORSE; 2004.
16. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.

Mercadotecnia aplicada a la salud

El enfoque social de la mercadotecnia tiene su origen en estrecha relación con la salud. Los primeros proyectos de estrategias de mercadotecnia social conocidos a nivel mundial, se concibieron contra el consumo del cigarrillo y el alcohol; con posterioridad se abordaron otras temáticas como la nutrición y la planificación familiar. Aunque estos trabajos fueron realizados por Naciones Unidas, no estaban estrechamente vinculados a las organizaciones de salud, sino a las de consumidores, que abogaban por una información imparcial y fidedigna, por la transparencia en la relación de consumo y por eliminar la publicidad engañosa a productos de los que ya existían evidencias y eran nocivos a la salud.

A pesar de lo planteado, no son los profesionales de la salud los que se encuentran mejor preparados para el abordaje de estrategias de mercadotecnia que tributen al mejoramiento de la salud, tampoco una adecuada relación médico-paciente y un servicio de salud en correspondencia con las necesidades de sus usuarios.

Si bien los medicamentos son productos que se enfocan desde una perspectiva de mercadotecnia empresarial o comercial, los profesionales de la salud carecen de la preparación suficiente para enfrentar las agresivas estrategias de mercadotecnia de las transnacionales de los medicamentos, pues no todos conocen los criterios éticos promulgados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁾ para contrarrestarlas y manejan el uso de estos sin un enfoque racional, sin tomar conciencia del importante papel del prescriptor en la cadena del consumo de medicamentos. Existen numerosas evidencias de cómo los profesionales de la salud han sido engañados para ser utilizados en el posicionamiento de productos farmacéuticos de escaso o nulo valor terapéutico e inclusive, en algunos casos, hasta donde no existe ensayo clínico que los avale.

La falta de conocimientos del manejo de la mercadotecnia como estrategia de venta de productos y servicios de salud, es denominador común en una parte importante de los trabajadores sanitarios; mientras que, en el mundo contemporáneo, cada vez más es una herramienta conocida y utilizada en todas las esferas de la sociedad y la economía en las actividades lucrativas.⁽²⁾

También, el sector salud está necesitado del conocimiento de diversas ciencias. Los paradigmas en salud que favorecen el enfoque preventivo, requieren del auxilio de otras disciplinas para proporcionar respuestas, ya que la

información por sí sola ha demostrado su ineficacia. Estudios e investigaciones en este campo suministran la evidencia científica requerida para exponerlo.

Mercadotecnia aplicada a la salud: un poco de historia

En la actualidad, son pocos los investigadores en el tema y, también, son escasas las escuelas de Salud Pública que consideran la mercadotecnia como contenido de estudio en sus programas, aunque fue constituida en el 2001, la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud,⁽³⁾ y los encuentros científicos y publicaciones de sus miembros han logrado un mayor posicionamiento en la región.⁽⁴⁾

En general, los especialistas y directivos de salud no conocen las potencialidades que ofrece la mercadotecnia, no como forma de comercializar la salud, sino como herramienta para optimizar recursos en función de la calidad de los productos y servicios, la satisfacción del paciente y la obtención de mejores resultados de sus programas y, por consiguiente, en la salud de la población. Es obvio que ello se deriva de no encontrarse la mercadotecnia incluida en la formación académica de pregrado y posgrado de las diversas especialidades relacionadas con las ciencias de la salud y en particular en la formación de directivos sanitarios. Estudios recientes lo han demostrado.⁽⁵⁾

Philip Kotler y Eduardo L. Roberto, desde mediados de la década del 80 del siglo xx, publicaron el libro *Social Marketing*, con reedición en 1989; en 1992, la Editorial Diana, de México, lo edita traducido al español: *Mercadotecnia Social: estrategias para cambiar el comportamiento público*, que incluye ejemplos de trabajos realizados en la aplicación de la mercadotecnia a la esfera de la salud realizadas por la Organización Mundial de la Salud, la Agencia Internacional de Desarrollo (AID), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia y el Banco Mundial, entre otros.⁽⁶⁾

En 1983 se publica en México, *Mercadotecnia Social*, aplicada a la planificación familiar, nutrición, alcoholismo, drogadicción, educación y otros aspectos sociales, por Mohamed Naghi Namakforoosh, de la Universidad Nacional Autónoma de México y Santiago Ibarreche Suárez, de la Universidad de Colorado, Estados Unidos.⁽⁷⁾

En 1985, el profesor Richard Manoff, fundador del Manoff Institute de Estados Unidos, lanza el libro *Social Marketing: new imperative for public health*, editado en New York por Proeger Publisher. Dicha institución, presidida posteriormente por Marcia Griffiths, continúa trabajando en esa dirección y realizando publicaciones que permiten valorar la realidad desde una posición donde prima el enfoque social de la mercadotecnia aplicada a situaciones y problemas de salud.⁽⁸⁾

Alan R. Andreasen y Philip Kotler, publican *Social Marketing for Non profit Organizations*, con una cuarta edición en 1991. En 1995, de Alan R. Andreasen, aparece *Marketing Social Change*, donde los casos presentados se centran en cambios de conductas para promover salud como resultado de sus trabajos como profesor de Marketing de Georgetown University School of Business y como consultor de American Cancer Society, National Cancer Institute de Estados Unidos, entre otros.⁽⁹⁾

En Latinoamérica, a finales del pasado siglo son pocas las publicaciones, entre las conocidas se encuentran la del peruano Jaime Otero, *Marketing en Odontología*, editado en 1992, con un enfoque empresarial para hacer más eficiente la gestión del odontólogo en el nivel privado; el Dr. Heberto Priego Álvarez, de México, quien labora como docente en la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, tiene un enfoque social de la mercadotecnia aplicada a la salud y lo refleja en su libro *Mercadotecnia en salud: aspectos básicos y operativos*, publicado en 1995 y otras publicaciones con J. C. March-Cerdá de Barcelona, España, precursor de esta temática.⁽¹⁰⁾

En 1996 se edita *Mercadeo aplicado a los servicios de salud* del Dr. Camilo Torres Serna, de Colombia, con sus 35 recetas para revolucionar los servicios sanitarios. El texto aplica lo conceptual del mundo empresarial de la medicina privada, aunque es posible de extrapolar a los servicios públicos.^(11, 12)

En 1998 es publicado en España, por la editorial Díaz de Santos, el libro *Marketing Sanitario*, de F. Lamata, quien a la vez es su editor, con J. Conde, B. Martínez y M. Horno, así como un conjunto de colaboradores. Los autores recorren los conceptos generales de la mercadotecnia, caracterizan el mercado sanitario y valoran las conocidas "4 P". También ejemplifican casos centrados en un enfoque gerencial, con estrategias de mercadotecnia en los servicios sanitarios.⁽¹³⁾

En Estados Unidos, en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Michigan, los profesores D. R. Buchenan, R. Sasiracha y R. Zafar, han realizado diversas publicaciones que enlazan los conceptos de mercadotecnia social y promoción de salud, quienes imparten docencia e investigan en el tema.⁽¹⁴⁾

Este enfoque prima también en los trabajos de prevención y control de factores de riesgo de los investigadores del Center for Disease Control, National Institute of Health y National Cancer Institute, de Estados Unidos, que se manifiesta en diferentes artículos y publicaciones, tales como "Strategies to Control Tobacco Use in the United States: a blue print for public health action in the 1990's".⁽¹⁵⁾

En Europa, en el Reino Unido, Gerard. B. Hastings director del Center for Social Marketing de la Universidad de Strathclyde de Glasgow, presenta estrategias de mercadotecnia social aplicadas a la salud en diferentes publicaciones, entre

las que se encuentra el libro *The marketing book*.⁽¹⁶⁾ En España, la Escuela Andaluza y de Salud Pública, en Barcelona, realiza investigaciones y estudios en la esfera de la comunicación y la mercadotecnia social.

Otros profesionales en Ecuador, como el Dr. Iván Guayasamín, cirujano con experiencia en el área de los medicamentos y el Dr. Miguel Guayasamín, odontólogo, mezclan el enfoque social con el empresarial en aras de lograr la satisfacción del usuario en el servicio privado de odontología. Se cuenta con artículos escritos por el Dr. Galo Beltrán y del Dr. Dante Orellana, también de Ecuador, este último con el interesante tema: Liderazgo mercadológico en salud, centrado en el área gerencial, en función de la eficiencia a partir del enfoque de usuario.⁽¹⁷⁾

Un enfoque social de la mercadotecnia está presente en los trabajos que realiza la Dra. Patricia Ávila, en Colombia, por lo general solicitados por diferentes organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan en Latinoamérica en temas relacionados con la nutrición y la salud sexual y reproductiva; con posterioridad, en el siglo XXI se adicionaron temas sobre la atención a mujeres de bajos recursos en estadio terminal de diferentes tipos de cáncer. Es así que a partir del primer decenio del siglo XXI, la mercadotecnia en su enfoque social aplicado a la salud va tomando vigencia.

Population Service International (PSI), es una organización no gubernamental (ONG) que realiza diversos proyectos de mercadeo social en América Latina, además de otros países en vías de desarrollo. Su actividad se encuentra asociada al mercadeo social de productos y servicios relacionados con la salud, donde de manera subsidiada se ofertan unos y otros, produciendo salud a partir de un esquema no lucrativo, pero no con total gratuidad, con excepción de aquellos casos en los que las instituciones sanitarias de los países asumen los gastos.

En Bolivia, se han podido constatar experiencias similares de PSI con el mercadeo del condón y suplementos vitamínicos con instituciones mixtas como es Prosalud, quien asume la atención de una parte importante de la población boliviana y traza estrategias competitivas para poder subsistir cuando el Estado se plantea asumir el seguro universal como derecho ciudadano.

Otras publicaciones del Dr. Heberto Priego de México, tanto en libros ^(18, 19) como en revistas científicas especializadas, caracterizan la difusión de información en mercadotecnia aplicada a la salud. Se une a ellas las del Dr. Camilo Torres ^(20, 21, 22, 23) y de la autora.^(2, 24)

En general, a nivel mundial son aún pocas las experiencias existentes, entre otras razones, por la falta de conocimientos sobre la mercadotecnia y sus posibilidades de aplicación a la salud, o por mantener una actitud escéptica e inclusive negativa, sobre las posibilidades de utilización de un enfoque social de la mercadotecnia en la práctica sanitaria.

Aplicación de la mercadotecnia a la salud en Cuba

La experiencia en Cuba sobre este tema, como de otros países de la región, es de corto tiempo y poca amplitud. La primera de estas acciones lo constituye el Programa de prevención y control del tabaquismo, el cual se elaboró con una estrategia de mercadotecnia social desde el año 1985 y su impacto ha sido evaluado en diferentes momentos de su ejecución, lo que ha posibilitado la comprobación de la teoría con la experiencia práctica en las condiciones concretas del país. Este programa mantiene la estrategia en lo que respecta a su concepción, pero su realización no se ha comportado tal cual está concebido, por consiguiente las potencialidades que ofrece no han tenido el resultado esperado.

A inicios del año 2005, después de casi 20 años de su comienzo, en momentos en que las acciones legales cobran mayor relevancia, no se ha logrado la aprobación de un documento legal de mayor fuerza y el cumplimiento total de lo establecido en este importante programa; por otro lado, las acciones de carácter económico no se encuentran en total sincronización con la estrategia elaborada y han respondido a exigencias coyunturales de la situación nacional no relacionadas con la salud.⁽²⁵⁾

El Programa para el uso racional de medicamentos, así como el Programa de cultura alimentaria, fueron proyectados en ese periodo, con enfoque de mercadotecnia. Estos programas fueron coordinados el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna (ICIODI), con la participación de los diversos organismos e instituciones involucradas en su ejecución, en la década del 80 del pasado siglo XX.⁽²⁶⁾

Un proyecto interesante ha sido: Mercadeo social del condón masculino en Cuba para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida); este se inició en el año 2000 auspiciado por la ONG Populations Services International (PSI), y trabajando de conjunto con el entonces Centro de Prevención y Control de ITS-SIDA del Ministerio de Salud Pública. Posteriormente se realiza el mercadeo dentro de un programa conjunto con el Fondo Global de Población de Naciones Unidas. Esta es la única experiencia de mercadeo social para un producto de salud, la cual fue evaluada en el año 2004 por un equipo multidisciplinario y multisectorial de investigadores, coordinado por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP).⁽²⁷⁾

En 1997 inicia su trabajo el Centro de Perfeccionamiento Gerencial, de la Escuela Nacional de Salud Pública, con la misión de ejecutar la capacitación a directivos del sistema de salud, con el propósito de perfeccionar la dirección de los servicios de salud y por ende la satisfacción de la población con estos, así como elevar la salud y los indicadores de bienestar de los cubanos. En esa fecha, se incorpora el curso de posgrado Mercadotecnia en Salud, integrándose a los

programas de los diplomados de Economía de la Salud, Gerencia de Salud y Gerencia de los Servicios de Salud.

El interés demostrado por recibir estos cursos condujo a la necesidad, en el año 2000, de ofrecer un Diplomado en Mercadotecnia en Salud que permitiera formar un grupo de profesionales sanitarios en la referida disciplina y posibilitara la difusión de los cursos entre los directivos y profesionales del Sistema Nacional de Salud. Esto también permitió diversificar el propósito de los cursos, tanto para enfatizar en unos lo referente al enfoque empresarial, productos y servicios de salud, y en otros potenciar lo social, hacia los programas y proyectos de prevención y control.

Las maestrías de Salud Pública y Economía de la Salud iniciadas en la ENSAP en el curso académico 2001, incluyeron una asignatura de Mercadotecnia; también se incluyó este tema en la maestría de Promoción de Salud. Desde esa fecha, todas las ediciones han recibido la materia con la elaboración de proyectos con ese enfoque, dirigidos a la solución de problemáticas de salud, en la esfera de los servicios o de la promoción de la salud.

En 1998, la autora de este libro da a conocer la primera versión de un texto sobre marketing y salud, para ser utilizado con fines docentes. Luego de ser mejorado y ampliado, en el año 2001 se publica por la Editorial Ciencias Médicas⁽²⁾ la primera edición del libro *Marketing y salud: una perspectiva teórico práctica*, con un enfoque social de la salud, y un abordaje conceptual y de experiencias realizadas, el cual se encuentra disponible en la Biblioteca Virtual en Salud de Cuba. Este texto fue elaborado con el propósito de poner a disposición de los directivos y profesionales de la salud, una bibliografía accesible y con un enfoque social. Asimismo, en el año 2004 se reedita este libro, con otros capítulos, por la Editorial CATORSE de Cali, Colombia.⁽²⁶⁾ En el 2007, se publica por la Editorial Ciencias Médicas, el libro *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*, en su primera edición ⁽²⁴⁾ y en el 2017 la segunda edición por la Editorial Lazo Adentro.⁽²⁸⁾

Desde su inicio, la investigación acompañó el proceso educativo docente, que posibilita la retroalimentación. Así, la obtención de conocimientos y desarrollo de habilidades de mercadotecnia se nutrió de las reales necesidades de los directivos de salud cubanos y otros que recibieron estas formas organizativas docentes en países de la región, fundamentalmente en Bolivia, México, Panamá y Venezuela. Aunque sujeto a limitaciones en lo referente al intercambio de expertos y posibilidades de acceder a textos especializados, Cuba se encuentra entre los primeros países que introduce la formación académica en mercadotecnia en la superación en salud pública de sus profesionales, como fue señalado con anterioridad, y contribuye a la vez a la difusión en otros países de la región.

Para enriquecer en el orden teórico y en el desarrollo de estrategias que permitan ampliar el contenido de la literatura nacional en el tema, se realizó un estudio para diagnosticar los conocimientos, actitudes y la aplicación de la mercadotecnia en el sector salud. El proyecto tuvo el propósito de lograr el diseño curricular con base en las competencias, lo que constituye un imperativo actual en el proceso de formación de recursos humanos en salud. Los resultados obtenidos permiten colocar a la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba, en la primera línea de escuelas con un aval teórico y práctico en el ámbito de Latinoamérica y del mundo, al poder ofrecer cursos cortos, diplomados, cursos de maestrías, pasantías y talleres, sustentados en la investigación científica.

La elaboración de los programas de cursos cortos y diplomados en la temática de mercadotecnia aplicada a la salud, y asignaturas de diplomados y maestrías en dirección, economía de la salud y salud pública, sobre la base del estudio realizado, posibilita que estos se oferten con mayor rigor científico y aplicación práctica. Esta estrategia tiene el propósito de optimizar el uso de los recursos y a la vez facilitar un mejor resultado en la dirección, en la calidad de los servicios de salud, en el nivel científico, en la elaboración de proyectos y programas de salud y en los resultados de estos, por citar los más importantes.⁽²⁹⁾

El proceso de construcción de los programas de superación posgraduada en lo relacionado con la mercadotecnia y la dirección sanitaria deben ser considerados en permanente construcción; su perfeccionamiento se realizará con base en los criterios de los profesionales de la salud que participan en los cursos, en la evaluación del desempeño, y el impacto que en ello tenga la preparación y adiestramiento en esta temática.

Como puede ser constatado, la aplicación de la mercadotecnia en Cuba, en la esfera de la salud, es aún limitada, tanto en lo referente a productos y servicios como en programas de cambios de comportamiento. La estrategia empleada para lograr el posicionamiento se ha centrado en capacitar, para que directivos y profesionales puedan aplicarla en su trabajo cotidiano a partir de adquirir conocimientos y desarrollar habilidades, siempre con un enfoque social. Es una realidad que su aplicación, por lo general, se ha limitado a los proyectos de trabajos de terminación de cursos, tesis de maestrías y doctorados, pero en lo fundamental, se ha logrado un cambio en la forma de pensar de los que participan en los procesos formativos académicos.

Mercadotecnia y dirección en salud

El concepto de *dirección* ha sufrido sustanciales transformaciones. La dirección en salud puede ser conceptualizada como “la actividad que se desarrolla en función de la organización y coordinación de los recursos humanos,

materiales, financieros y de ideas, para la ejecución de actividades con eficiencia y eficacia, conducentes al logro de objetivos, para satisfacer necesidades humanas”.⁽³⁰⁾ Los cambios ocurridos a lo largo del tiempo, han provocado un interesante impacto en la dirección de los sistemas y servicios de salud, reclamando que los directivos se conviertan en verdaderos agentes de cambio, capacidad que constituye un recurso básico e indispensable.

Paradigmas diferentes de ver e interpretar la salud se incorporan al modelo de dirección sanitaria con los conceptos de promoción de salud, fomentar estilos de vida saludables, modificación en la relación médico paciente, búsqueda de la equidad y la universalidad en el acceso a la salud, por citar los más importantes.⁽³¹⁾ Para dar respuesta a la nueva forma de ver la salud como un estado de bienestar físico, psíquico y social, se imponen modificaciones en lo institucional, comunitario e individual, donde los estilos de vida, el comportamiento en la relación de consumo que lo acompaña, el cese de la relación hegemónica médico paciente, la negociación y la reorientación de los servicios de salud, reclaman de enfoques y estrategias diferentes.

Las funciones esenciales de la salud pública requirieron de conocimientos de los directivos en otras disciplinas científicas, donde el enfoque sistémico epidemiológico desempeña un papel fundamental y las ciencias sociales convergen para poder dar respuesta al monitoreo y análisis de la situación de salud, la vigilancia, la promoción de salud, la participación social y empoderamiento de los ciudadanos en salud, el desarrollo de políticas públicas, el acceso equitativo y el reto que constituye ofrecer servicios de salud con calidad, entre otros.

El papel preponderante de los determinantes de la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM),* se unificaron para reclamar la presencia de nuevos enfoques que requieren nuevas ciencias y estrategias, donde la mercadotecnia posibilita una filosofía, una forma de pensar y de actuar de los directivos que concilia los objetivos y motivaciones del paciente o usuario, y de la propia entidad de salud. El enfoque de mercadotecnia es un proceso integral y de dirección, visto desde los resultados finales, desde el punto de vista del usuario o consumidor. Es una actividad fundamental generadora de directrices encaminadas a seleccionar y desarrollar productos y servicios adecuados para la vida, cuya promoción y distribución se realiza de manera que consigan el máximo beneficio para el capital empleado.

Aplicada a la salud, la mercadotecnia es considerada el conjunto de actividades coordinadas e integradas del sistema sanitario en su gestión,

* En la actualidad se nombra Objetivos de Desarrollo Sostenibles, aunque en esta parte del texto se ha dejado Objetivos de Desarrollo del Milenio para respetar el contexto en que se desarrollaba.
(N. de la A.)

dirigidas a facilitar el proceso de intercambio entre la organización sanitaria y sus diferentes públicos para satisfacer sus necesidades y preferencias.⁽³²⁾ El sistema de salud, ya sea en lo referente a los programas que ejecuta como a los servicios que ofrece, también puede concebirse como un negocio, que aunque por principio debe estar exento de ser lucrativo, en la medida en que la población gana en salud, también gana la institución sanitaria.

La mercadotecnia aplicada a la dirección sanitaria tiene una dimensión social, la que vela por la calidad de vida, por el enfoque ético, la equidad y la universalidad, y también una dimensión económica, que aboga por la rentabilidad y el uso eficiente de los recursos en función de propiciar mayor bienestar. Conciliar ambas dimensiones, es el propósito de toda estrategia de mercadotecnia aplicada a la dirección de los sistemas y servicios de salud, por lo que deviene en una herramienta de gran utilidad para lograr óptimos resultados en la dirección, y la satisfacción de los trabajadores del sistema y de la población, a quienes se considera, desde el punto de vista técnico, como clientes externos e internos respectivamente.

Por consiguiente, se considera fundamental realizar estudios de esta naturaleza, que posibiliten los elementos requeridos para la fundamentación, sobre bases científicamente argumentadas, del diseño curricular de las diferentes modalidades educativas, en lo que a mercadotecnia se refiere. Estudios preliminares,⁽³³⁾ empleados desde la consulta a informantes clave y grupos de expertos, para determinar competencias y desempeño de los directivos del sistema nacional de salud, permitieron considerar que la mercadotecnia deviene en una herramienta necesaria para afrontar, de manera exitosa, los retos, donde el cambio en la forma de pensar de todos los actores que intervienen en la salud, requiere del instrumental que ella posibilita.

Un estudio opinático realizado con estudiantes de diferentes maestrías en ciencias de la salud en Venezuela, Bolivia, Panamá, México y Cuba,⁽³⁴⁾ reveló que los profesionales sanitarios consideran que el enfoque de la salud ha cambiado, pero la preparación profesional se encuentra diseñada para dar respuesta al enfoque curativo y no al preventivo; también se plantea que los controles administrativos no están encaminados a exigir la realización de acciones dirigidas a la prevención sino a la curación, así como que ellos no disponen de tiempo, recursos humanos y materiales para actuar sobre la base de los nuevos paradigmas, pues la falta de conocimientos les impide elaborar estrategias que vayan encaminadas a lograr tales propósitos.

Es necesario entonces ampliar el espectro de investigación y posibilitar que sus resultados enriquezcan el proceso de formación y calificación sobre la base de los requerimientos que imponen a los directivos, las necesidades del sistema nacional de salud (SNS) de Cuba y los paradigmas a que debe dar respuesta, en

los que la mercadotecnia constituye una herramienta de utilidad y valor para poder alcanzarlos.

Aplicación de la mercadotecnia en el sistema de salud cubano

Ante la necesidad de conocer cuál era la situación en relación con la aplicación de la mercadotecnia en la dirección en salud y evaluar la brecha entre el diagnóstico realizado y la meta a alcanzar, se planteó la realización de una investigación sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en el sistema nacional de salud de Cuba.⁽²⁹⁾ Este estudio se realizó en el periodo 2000-2005 y tuvo como problema de investigación la no utilización de la mercadotecnia como herramienta de la dirección sanitaria y como pregunta de investigación: ¿Por qué no se utiliza la mercadotecnia como herramienta de la dirección en salud?

La fundamentación que sustentó este planteamiento fue el resultado de las encuestas opináticas realizadas con anterioridad por la autora, donde se muestra la baja proporción de directivos del sistema nacional de salud de Cuba que conocen sobre mercadotecnia y sus posibilidades de aplicación a la dirección sanitaria. Aunque desde el discurso se considera la satisfacción del usuario de los servicios y programas de salud como premisa esencial, no siempre se trabaja con ese enfoque y existen grandes posibilidades de que no se inviertan correctamente los recursos y ello propicie la ineficiencia. A la vez, si el comportamiento en la población no se relaciona de manera adecuada con la salud, repercutirá también, de manera negativa, en los indicadores de salud.

La investigación realizada se planteó dar respuesta, sobre una base científica, a los requerimientos de la superación de los profesionales y directivos de salud con un diseño curricular que responda a las competencias en los diferentes niveles de atención en salud y posibilite un mejor desempeño al utilizar la mercadotecnia como herramienta de la dirección sanitaria, unida, como es obvio, a otras más conocidas tecnologías de dirección.

El estudio se diseñó para dar respuesta a los objetivos siguientes:

Objetivo general: Identificar las principales causas de la no utilización de la mercadotecnia como herramienta de la dirección sanitaria en el sistema nacional de salud de Cuba.

Objetivos específicos:

- Determinar necesidades de información y entrenamiento para desarrollar habilidades de mercadotecnia.
- Identificarla actitud hacia la utilización de las estrategias de mercadotecnia.
- Determinar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la utilización de la mercadotecnia como estrategia.

- Identificar la relación costo-beneficio de adopción de la mercadotecnia como herramienta.
- Determinar el grado de aplicación de la mercadotecnia como estrategia de trabajo.
- Contribuir al desarrollo de capacidades al potencial científico mediante la formación posgraduada.

La investigación realizada fue de tipo descriptiva y tuvo un diseño de estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). Se utilizaron métodos teóricos como la revisión bibliográfica, el método analítico-sintético y los empíricos tales como: cuestionario, observación, encuesta, instrumentos de autodiagnóstico, escala de actitudes, técnica de Edward de Bono: PNI (positivo, negativo interesante), matriz DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades), grupos focales y la entrevista a expertos.

El método analítico-sintético se utilizó para resumir la búsqueda bibliográfica que sirvió de fuente a la investigación, así como el análisis del discurso en los grupos focales, y el ranqueo y valoración de las fuerzas actuantes en la matriz DAFO.

La estadística descriptiva se utilizó en el procesamiento y análisis de la información obtenida a través de los cuestionarios, resumiéndola en tablas y utilizando datos de porcentajes para la presentación de sus resultados. Se combinaron los diferentes métodos utilizados a través de la estrategia metodológica de la triangulación, lo que permitió la asociación entre los resultados obtenidos por los métodos cualitativos y cuantitativos utilizados, para ser considerados en el análisis, discusión, conclusiones y recomendaciones del estudio.

Se tuvieron en cuenta como principios éticos el respeto a la voluntariedad para participar en la investigación, la confidencialidad y el anonimato de los informantes.

Al no existir estudios anteriores fue necesario elaborar varios instrumentos para la captura de la información que permitieran valorar las variables a estudiar, los cuales fueron validados por expertos. El pilotaje de los instrumentos empleados, una vez validados, se realizó en el municipio Diez de Octubre de la capital del país en los meses noviembre y diciembre del año 2000. Con base en estos resultados, al iniciar la investigación, se definió también la forma de aplicación de cada uno de los instrumentos y de elaboración de la matriz DAFO, así como de la técnica conocida como PNI.

La información obtenida por técnicas cuantitativas, encuestas y cuestionarios, fue complementada con la técnica cualitativa de grupos focales, la matriz DAFO y consulta a expertos, lo que enriquece el análisis de los resultados.

También fueron empleadas la consulta a expertos y los grupos focales para obtener información en la construcción de los cuestionarios.

Para aumentar la validez interna en lo referente a la captura de la información, todos los investigadores participaron en un taller de adiestramiento que permitiera homogeneizar, en gran medida, la captura de información y eliminar al máximo los sesgos que pueden introducirse por la variabilidad en la forma de recoger los datos.

La escala para evaluar actitudes hacia la mercadotecnia fue incorporada a partir de la propuesta de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México, al incluirlo como un estudio multicéntrico y realizarlo de conjunto con la referida universidad. Este instrumento fue diseñado y piloteado por el equipo mexicano y con posterioridad se adaptó a las condiciones socioeconómicas y habla popular de Cuba, siendo piloteado y aplicado a una muestra de conveniencia en las provincias Ciudad de La Habana y Villa Clara, pues ya la toma de información programada en Cuba había concluido.

La población estudiada son los directivos, funcionarios y profesionales del sistema nacional de salud de Cuba. Se utilizó un muestreo no probabilístico por la complejidad y costo que implicaba otro tipo de muestreo y porque permitía cumplir el propósito del estudio. Por tal razón, se trabajó con una muestra propositiva o de conveniencia, seleccionando las unidades de estudio que resultaron más convenientes por las posibilidades posteriores de aplicación de los resultados del trabajo de los profesionales que integraron el equipo de investigación.

El estudio se realizó en las provincias Ciudad de La Habana, Pinar del Río, Villa Clara y Holguín, considerando la presencia de una provincia occidental, central y oriental, además de la capital, todos estos territorios tenían un profesor de mercadotecnia y permitía realizar a un bajo costo y alta confiabilidad, la captura de datos. En cada provincia se tomó el denominado municipio cabecera (capital de las provincias), con excepción de Ciudad de La Habana, donde se seleccionaron tres municipios de manera propositiva: Playa, Plaza de la Revolución y Diez de Octubre, atendiendo igual criterio.

Una de las encuestas, los instrumentos de autodiagnóstico y los grupos focales, se aplicaron en las instituciones de base, municipios, provincias y organismo central, incluyendo los médicos y otros profesionales de salud vinculados a cargos de dirección, forman parte de la reserva o son funcionarios. La consulta a expertos se realizó con base a los criterios que se definieron y comprende directivos nacionales, provinciales, municipales y locales del sistema nacional de salud, así como docentes e investigadores de instituciones de salud.

Tres encuestas, la técnica del PNI y la matriz DAFO se aplicaron a los directivos, reservas, funcionarios y profesionales que asistieron a los cursos de mercadotecnia, en cualquiera de las formas organizativas que se ofrecieron

durante el curso académico 2001-2002. Se aplicó un cuestionario al comienzo del curso y dos al finalizar.

Se confeccionaron los modelos para el procesamiento de la información, la que se realizó de forma computacional, en el programa Access de Microsoft Office 97, para la entrada de datos y relación entre las variables. En el estudio se consideraron tres grupos de variables: sociodemográficas, cultura de mercadotecnia y fuerzas actuantes, las cuales fueron definidas e identificadas operacionalmente por un conjunto de indicadores.

Como variables sociodemográficas se definieron aquellas que caracterizan la población objeto de estudio: edad, sexo, profesión, experiencia laboral y en dirección, ocupación y nivel de atención.

La variable cultura de mercadotecnia comprende el conjunto de ideas, creencias, actitudes y valores que tienen los profesionales y directivos respecto a la mercadotecnia sanitaria y que determinan en parte su comportamiento hacia la utilización de la misma. Para su identificación operacional se consideraron los siguientes indicadores: conocimientos de mercadotecnia en sus dos dimensiones: creída y real, necesidades de información, preparación y desarrollo de habilidades, actitud hacia la utilización de la mercadotecnia, utilización de la mercadotecnia como herramienta de la dirección y costes de adopción de la mercadotecnia. Como fuerzas actuantes los indicadores fueron: debilidades, amenazas, fortalezas, oportunidades.

La captura de información se estructuró en etapas que comenzaron en el mes de enero del año 2002 y concluyeron en junio del año 2004. La recopilación de información incluye métodos de investigación cuantitativos y cualitativos que se complementan en unos casos y permiten corroborar información en otros, para después valorarse, como ha sido enunciado, mediante la estrategia metodológica de la triangulación. Para disminuir variabilidad y sesgos se elaboró una guía para el trabajo de campo, que fue estudiada en el taller de preparación del personal.

Se procesaron, de forma independiente, cada una de las técnicas empleadas para su posterior complementariedad en el análisis de los resultados obtenidos en cada una de ellas. La información cuantitativa, presentada en tablas, fue procesada mediante una combinación de Access, Excel y Word y procedimientos en Visual Basic 6 con descripción de los datos para cada variable y por cada unidad de estudio incluida en la muestra: municipios, provincia y nivel central.

Para la formación de los factores que agrupan los ítems de la escala de actitudes se utilizó el Statistical Package for Social Sciences (SPSS) y se hizo un análisis factorial con rotación Varimax. El análisis de varianza simple del efecto de la función y cada uno de los factores definidos sobre las actitudes hacia la mercadotecnia fue realizado mediante la rigurosa prueba estadística de Scheffé, la cual permitió también determinar los niveles de significación de las diferencias entre los grupos a los cuales fue aplicada la escala elaborada para tal propósito.

La prueba de Scheffé, como prueba de comparación múltiple empleada para hacer comparación de varios tratamientos en un análisis de varianza, es la prueba más estricta que se conoce, por lo que la confiabilidad de los resultados obtenidos con esta es muy alta.

Para comprobar la fiabilidad de la escala de actitudes se empleó el Alfa de Cronbach o Modelo de las dos mitades, ya que es uno de los más confiables y utilizados para probar la fiabilidad de una escala de medición; es también un modelo de consistencia interna basado en la correlación inter-elementos promedio y permite estudiar las propiedades de las escalas de medición y de los elementos que las constituyen. Con su utilización es posible determinar el grado en que los elementos de la escala se relacionan entre sí, obtener un índice global de la replicabilidad o de la consistencia interna de la escala en su conjunto e identificar elementos problemáticos que deberían ser excluidos de la escala.

La información cualitativa fue interpretada mediante la técnica de análisis del discurso por el equipo de investigadores. La matriz DAFO fue elaborada mediante lluvia de ideas y posteriormente se aplicó la técnica de ranqueo con grupos de expertos para reducir el listado y definir las fuerzas actuantes y sus relaciones de impacto.

Los principales resultados de la investigación realizada que se presentan constituyen la respuesta a cada uno de los objetivos del proyecto, valorados con la integración y complementariedad de las técnicas cuantitativas y cualitativas empleadas en la realización del estudio.⁽³²⁾

Del total de encuestados, tanto en el sistema nacional de salud como en los cursos, 42,45 % no conoce la mercadotecnia, sin embargo 76,19 % considera que puede aplicarse a la esfera de la salud.

El 54,20 % de los encuestados en el sistema nacional de salud y el 64,70 % de los que están en proceso de formación posgraduada, esto es, cursando estudios de mercadotecnia en alguna forma organizativa, no conocen sobre mercadotecnia; de estos últimos, 31,30 % valora los conocimientos como insuficientes.

Puede considerarse que existe una actitud más crítica hacia el conocimiento que creen tener en aquellos que precisamente estudian, por lo que se puede plantear que siete de cada 10 participantes en el estudio consideran que no poseen conocimientos sobre mercadotecnia. Esto se corrobora con la información que refieren los encuestados en el sistema nacional de salud ya que el 26,40% declara que no sabe si es posible aplicar la mercadotecnia a la esfera de la salud.

Es importante subrayar que una amplia mayoría, 91,00 %, está interesado en conocer o profundizar sobre mercadotecnia, ya que la consideran de utilidad en el trabajo que realizan.

Del total de encuestados 61,45 % considera la modalidad presencial como la mejor y 85,56 % prefiere el horario de la mañana. El 98,90 % quiere mantener actualización en la temática por vía electrónica, pero aún la universidad virtual aparece con poca preferencia para el proceso de formación, 11,17 %.

El análisis del discurso en la técnica de los grupos focales y el listado para conformar la matriz DAFO permite adicionar y corroborar las informaciones señaladas.

Es considerada la modalidad presencial y el horario de la mañana como los más adecuados, ya sea para cursos cortos o diplomados, así como la posibilidad de ofertar entrenamientos para los que ya han recibido formación y mantenerlos actualizados por vía electrónica.

Son señalados como insuficientes los medios para informar acerca de las diferentes formas organizativas de formación posgraduada que ofrece la ENSAP y los departamentos de salud de las facultades de ciencias médicas, ya que los encuestados declaran no enterarse de estos por las vías oficiales.

En el estudio realizado a los directivos y funcionarios en su esfera de trabajo, se encontró que 64,60 % considera aplicable la mercadotecnia a la salud y 26,40 % declara desconocimiento; el 91,00 % está interesado en conocer o profundizar sobre mercadotecnia. Los profesionales que quieren conocer sobre mercadotecnia mostraron un 49,20 % para utilizarla como herramienta de trabajo; le siguen ayuda al trabajo que realiza con 31,90 %; es útil en la esfera de la salud 27,10 %; facilita obtener resultados 25,00 %; y es un conocimiento más, el 21,50 %.

Los que participan en procesos docentes, 95,50 % declaran que la mercadotecnia es aplicable a la salud, por lo que se puede considerar que tienen una actitud positiva hacia su empleo, máxime que la tercera parte de los encuestados la define como una herramienta de trabajo, el 60,30 % que es útil en la esfera de la salud y el 44,10 % que ayuda en el trabajo que realiza.

Si se comparan estos resultados con los obtenidos en la encuesta que se aplica en el área de trabajo, se observa que la actitud positiva hacia la aplicación de la mercadotecnia es aproximadamente un 30 % superior. Estos resultados se corroboran en la escala de actitudes con algunas particularidades.

El análisis de varianza realizado a la escala de actitudes ofrece resultados interesantes en cuanto a lo referente a la actitud hacia la mercadotecnia en Cuba y México, presentando respuestas muy relacionadas con la situación o escenario en que se encontraba la población estudiada.

En general, se puede considerar que los escenarios de países y contextos particulares tienen una gran influencia en la actitud hacia la mercadotecnia. En particular, los procesos educativos y el énfasis que en las actividades formativas se confiere a cada uno de los factores que la caracterizan, determinan en gran

medida las actitudes de los directivos y el personal en general hacia la mercadotecnia y su aplicación a la esfera sanitaria.

Así, se encuentra que los egresados de cursos tienen una actitud más positiva al considerarse como factor de éxito, énfasis en la promoción y relacionar la mercadotecnia y la organización. Los directivos que se encontraban trabajando tienen una actitud más positiva en el factor referente a la satisfacción de necesidades de empleados. Los especialistas tienen actitudes más positivas que los egresados de cursos, directivos y el personal que se encontraba laborando en lo referente a la mercadotecnia social y considerar la mercadotecnia como herramienta de investigación.

Sin embargo, los factores que agrupan los ítems que se refieren al usuario, la relación entre usuario y proveedor de servicio-calidad y como elemento o herramienta de la gestión, no presentaron diferencias en cuanto a la actitud de los grupos estudiados, lo que propone que son los factores más comunes entre los grupos.

En las técnicas cualitativas empleadas, en los grupos focales se obtiene una valoración general de una buena actitud hacia el conocimiento de la mercadotecnia para que esta pueda ser empleada como herramienta de la gestión sanitaria, lo que se relaciona con las expectativas de aquellos que van a recibir formación académica en el tema. Mediante otra técnica cualitativa, la conformación del PNI al concluir los procesos de formación académica, también se encuentra una actitud positiva en los egresados hacia la aplicación de la mercadotecnia a la esfera de la salud.

La determinación de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades para utilizar la mercadotecnia como estrategia en el sistema nacional de salud se realizó con directivos, funcionarios y profesionales que cursaron la asignatura en las maestrías de Salud Pública y Economía de la Salud, y el diplomado de Mercadotecnia en Salud que ofrece la ENSAP. La lista elaborada fue reducida por dos grupos de expertos integrados cada uno por tres profesores de Dirección y Mercadotecnia en Salud con amplia experiencia; la relación quedó conformada de la forma siguiente:

Debilidades:

- No incluida la mercadotecnia en la cultura organizacional.
- Inestabilidad de los cuadros de dirección.
- No empleo de la mercadotecnia como herramienta de dirección.
- Insuficientes recursos materiales.
- Enfoque centrado en la institución y no en la población.
- Insuficiente preparación en mercadotecnia de los directivos.
- Poca habilidad para insertar en la agenda de otros sectores que la salud es responsabilidad de todos.

- Carencia de investigaciones con enfoque de mercadotecnia.
- No implementación de los sistemas de calidad como herramienta de trabajo.

Amenazas:

- Identificar la mercadotecnia como técnica exclusiva del sistema capitalista.
- No claridad del término consumo.
- Considerar al sistema nacional de salud como único responsable de la salud.
- Situación económica del país.

Fortalezas:

- Fuerte estructura docente.
- Alta calificación de recursos humanos en salud.
- Conducción del sistema de salud por programas.
- Sistema de información (Red Infomed).
- Posicionamiento de la ENSAP.
- Movilización de recursos en función de la investigación.
- Existencia de literatura nacional y extranjera digitalizada.
- Existencia de un equipo de docentes con alta calificación para implementar una estrategia educativa.

Oportunidades:

- Voluntad política.
- Proceso de cambios del MINSAP.
- Enfoque intersectorial de la salud.
- Medios de comunicación social al servicio de la salud.
- Existencia de la dirección por proyectos.
- Desarrollo de la mercadotecnia a nivel internacional.
- Programa de preparación de cuadros y reservas del sistema.

A pesar de no plantearse en la investigación preguntas de forma directa posibiliten encontrar la respuesta, a la relación costo-beneficio percibida por los sujetos, la triangulación de los resultados cuantitativos y cualitativos permitió dar respuesta al objetivo planteado.

En primer lugar, la falta de conocimientos y habilidades para emplear la mercadotecnia, por parte de los directivos, funcionarios y profesionales, constituye una barrera para que aquellos que la conocen la puedan emplear; esto se corrobora en la matriz DAFO, donde se señala como primera dificultad la incultura sobre el tema, y en los grupos focales donde se plantea que “la información que poseo la considero insuficiente, no me siento en condiciones de poder utilizarla como herramienta”, o “no la puedo utilizar tampoco porque los demás no saben de qué se trata y no hay comprensión al respecto” o “pienso que

puede utilizarse pero considero que no sé cómo hacerlo, que tengo que aprender”.

Otro elemento a considerar como coste de adopción, en este caso desde la perspectiva que permite aumentar el nivel de conocimientos y habilidades que daría solución al problema planteado, lo constituye el señalado en la matriz DAFO referente a la “inestabilidad de los cuadros de dirección” pues ello implica que los procesos educativos no tienen el resultado esperado pues se capacitan directivos, comienzan a aplicar sus conocimientos y desarrollar sus habilidades, pero en breve tiempo cambian y hay que volver a iniciar el proceso.

Otros costes de adopción que pueden identificarse a partir de la información que ofrece la matriz DAFO son los siguientes:

- La resistencia al cambio, como respuesta en el comportamiento de los directivos, funcionarios y profesionales del sistema nacional de salud.
- La escasez de recursos materiales que impide en ocasiones poner en práctica alternativas más participativas en los programas, así como mejorar condiciones materiales para trabajadores y usuarios, ambos elementos que pueden plantearse a partir de enfoques de mercadotecnia.
- El exceso de regulaciones internas y el enfoque centrado en criterios médicos y no en el paciente o usuario, pueden constituir dificultades para emplear estrategias de mercadotecnia donde prime la flexibilidad y el denominado “enfoque de usuario”.
- La no existencia de una cultura organizacional que incluya este enfoque y en la que las decisiones se tomen sin tener en cuenta las investigaciones, en ocasiones por no existir y en otras por no valorarse, son también argumentos que justifican la dificultad que constituye aplicar enfoques de mercadotecnia en la dirección sanitaria.
- La calidad, en su verdadero concepto, no está incorporada a la cultura organizacional de las instituciones de salud, y tampoco a la cultura de los usuarios y pacientes, por lo que no constituye una “necesidad sentida” de los directivos el apropiarse de herramientas para dirigir, que le posibiliten obtener la mayor satisfacción de trabajadores y usuarios. Tampoco se considera que la “acreditación” desempeña su debida función, al no incluir en toda su dimensión estos argumentos.
- El hecho de que las instituciones sanitarias sean presupuestadas, no incentiva en gran medida la búsqueda de rentabilidad por los directivos y, por consiguiente, de alternativas que lo permitan.
- La universalidad de acceso geográfico a los servicios y programas de salud.
- Identificar la mercadotecnia como técnica del sistema capitalista y la no claridad del término consumo, constituyen elementos que dificultan la comprensión de la utilidad de la mercadotecnia como herramienta de la dirección.

Estos argumentos, que identifican costes de adopción de la mercadotecnia, constituyen una importante información para elaborar la estrategia y plan de acción que posibilite su utilización en la dirección del sistema nacional de salud en Cuba; también pueden ser tomadas en consideración en otros contextos, siempre corroborando su posible similitud.

Los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de autodiagnóstico permiten reconocer que es muy baja la aplicación de las estrategias de mercadotecnia en programas e instituciones de salud, y que si estas se aplican es con carácter puntual y más bien de forma intuitiva, pero no sustentadas en conocimientos y en el desarrollo de habilidades al respecto. Esto fue corroborado con la aplicación, por un grupo de expertos, de la Guía de observación, con la que se obtuvieron puntuaciones inferiores al autodiagnóstico.

Sin embargo, sí existe consenso en cuanto a la necesidad de ser aplicada la mercadotecnia para lograr calidad y también rentabilidad en servicios y programas de salud, por lo que se considera que es favorable la relación costo-beneficio de su utilización. En los grupos focales realizados, se encontró que se considera posible la aplicación de la mercadotecnia a la esfera de la salud, pero no se exploró con las técnicas cualitativas la aplicación actual, sino la posibilidad de hacerlo, aunque algunos señalaron que experiencias con buenos resultados se limitaba a áreas muy precisas como la vacunación.

Se realizó el diseño curricular de la formación académica en mercadotecnia con base en las necesidades reales de conocimientos y habilidades por parte de los directivos del sistema nacional de salud, así como las competencias y el desempeño. También se diseñó una estrategia que facilite el acceso a los cursos, se le confiera valor y se entrene a los participantes para la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos, lo que equivale a elaborar una estrategia de mercadotecnia para lograr el posicionamiento de los cursos y de la mercadotecnia como tal en el sistema nacional de salud de Cuba.

Para la conformación de los programas se tomaron en consideración los resultados obtenidos sobre la evaluación de la actividad de posgrado, mediante el instrumento que se aplica en la ENSAP, así como la técnica del PNI. Se trabajó sobre los programas existentes para su rediseño y se proyectó un nuevo diplomado para dar respuesta a necesidades que no tenían salida por las modalidades existentes.

Se tomó en consideración, mediante la técnica de análisis del discurso, los criterios señalados por alumnos de las diversas formas organizativas en las ediciones de 1997 a 2003, en el taller efectuado en la ENSAP en junio de 2003 con estudiantes y profesores de Mercadotecnia en Salud.

Los programas elaborados para las diferentes formas organizativas fueron discutidos por el colectivo de profesores de Mercadotecnia de la Cátedra de

Dirección en Sistema y Servicios de Salud de la ENSAP, y con posterioridad fueron evaluados por un grupo de expertos mediante un cuestionario. Los criterios negativos emitidos, que fueron pocos, se analizaron y sirvieron de base para la reformulación.

Los resultados obtenidos permitieron elaborar la estrategia y el plan de acción, así como la propuesta de cursos cortos, asignaturas de diplomados y maestrías, y diplomados de mercadotecnia elaborados a partir de los resultados de la investigación y evaluados por expertos, lo cual posibilitó las siguientes conclusiones:

1. El estudio permitió conocer las necesidades de información y preparación de los directivos, funcionarios y profesionales de salud y compararlo con las actuales posibilidades que ofrece la Escuela Nacional de Salud Pública en sus diferentes formas organizativas de superación y preparación profesional para los cuadros, reservas y cantera del sistema nacional de salud, posibilitando conformar una propuesta integral como temática e integrada a las restantes que se ofrecen.
2. El diseño curricular de los cursos de mercadotecnia se ha realizado según las necesidades reales de conocimientos y habilidades por parte de los directivos del sistema nacional de salud, las competencias y el desempeño.
3. La actitud positiva de los directivos, funcionarios y profesionales de salud hacia la utilización de la mercadotecnia facilita las posibilidades de su empleo como herramienta de la gestión sanitaria en el sistema nacional de salud, pero esto requiere que su conocimiento llegue a todos los niveles de dirección para facilitar la comprensión y la utilización correcta.
4. El conocimiento del medio y de las dificultades y amenazas identificadas, permite elaborar una estrategia que aproveche las fortalezas y oportunidades en función de lograr que la mercadotecnia se convierta en una herramienta para lograr mayor calidad de los servicios y mejores resultados en los programas de cambios de comportamiento en salud, facilitando la utilización óptima de los recursos humanos y materiales.
5. La evaluación de la aplicación actual de la mercadotecnia hace pensar en la necesidad de establecer una estrategia de preparación y superación que lleve consigo la aplicación práctica para poder ampliar su utilización, tanto en las instituciones como en los programas de salud, situación que se evidenció en el diagnóstico realizado que aún dista mucho de lo que se puede lograr y de los resultados que ello permitirá alcanzar en el sistema nacional de salud.
6. Elaborar una estrategia para la preparación y superación de los cuadros, reservas y profesionales en mercadotecnia, tomando como base el estudio realizado, permite enfrentarla de manera tal, que el producto a promover

sea precisamente la mercadotecnia y minimizar los costos de adopción en el quehacer cotidiano, lo que posibilitará adecuarla como herramienta de trabajo y de dirección. Además, utilizar los canales de distribución significa ofrecer los conocimientos de la manera más adecuada y promover los resultados alcanzados para que sirva también como forma de promoción.

La estrategia diseñada facilita el acceso a los cursos, permite que se le confiera valor y se entrene a los participantes para la aplicación práctica de los conocimientos adquiridos, lo que equivale a elaborar una estrategia de mercadotecnia con el propósito de lograr el posicionamiento de los cursos y de la mercadotecnia como tal en el sistema nacional de salud.

La metodología diseñada y validada fue aplicada en la provincia de Santiago de Cuba, en el año 2014 en la investigación que constituyó una tesis⁽³⁴⁾ para optar por el título de Máster en Economía de la Salud de la Facultad de Medicina 2 de la Universidad de Ciencias Médicas de ese territorio, el cual a la vez formó parte de un estudio multicéntrico realizado en seis países de Iberoamérica y cuyos resultados se presentan en el Capítulo XV de este libro.

Retos y perspectivas

Como se ha podido constatar, la historia de la mercadotecnia tiene corta vida en lo referente a su aplicación a la salud e independientemente de la importancia que reviste que los directivos y profesionales sanitarios se apropien de ella como tecnología necesaria para enfrentar los retos actuales, no constituye aún una prioridad en la formación académica que les ofrezca los conocimientos y desarrolle las habilidades.⁽³⁵⁾

La situación que se ha podido documentar sobre una base científica para Cuba, Colombia, México, Nicaragua, Portugal y Perú no está muy distante de la realidad de otros países; mientras el sector privado avanza a pasos crecientes hacia la búsqueda de la competitividad, el sector público se encuentra rezagado, sin comprender siquiera que la mercadotecnia permite la optimización de los recursos para avanzar hacia la anhelada y no cumplida meta de salud para todos, que hoy día es la búsqueda de la salud universal.

Transcurridos 10 años de la investigación realizada, la revisión de publicaciones y memorias de eventos científicos de salud pública o sobre el tema, no evidencia notables avances, aunque la presencia de la pandemia de la Covid-19, obligó a hacer uso de las herramientas de la mercadotecnia.⁽³⁶⁾

Los programas de salud, requieren cambios de comportamientos, y la organización sanitaria, de una cultura que incorpore el enfoque de cliente interno y externo para optimizar su gestión; sin embargo, la búsqueda de las herramientas que permitan lograr tales propósitos no transita a la par de tales requerimientos. En manos de los que conocen la potencialidad y el enfoque ético de la mercadotecnia al aplicarse a la salud, se encuentra el divulgar esta ciencia para que ocupe el lugar que le corresponde entre las que cada día se incorporan a la gestión sanitaria.

Referencias bibliográficas

1. Asamblea Mundial de la Salud 47. Criterios éticos de la OMS para la promoción de medicamentos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 1994. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/203692>
2. Suárez LN. Marketing y salud: una perspectiva teórico-práctica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2001. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/marketing-y-salud/>
3. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. Testimonio Notarial. Tabasco, México: Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud. 2011.
4. Suárez LN. Academic education in health marketing in Ibero-America. Revista Horizonte Sanitario. 2017;16(1):8-14. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000100008
5. Suárez LN, et al. Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. Revista Cubana de Salud Pública. 2015;42(1):115-128. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000100012
6. Kotler P, Roberto EL. Social marketing. México: Editorial Diana. 1992.
7. Naghi NM. Mercadotecnia social. México: Editorial Limusa S.A.. 1983.
8. Manoff RK. Getting your message out with social marketing. Am J Trop Med Hyg. 1997; 57(3):260-5. DOI: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.1997.57.260>
9. Andreasen AL. Marketing social change. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers. 1995.
10. Cerdà, JCM, et al. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gaceta Sanitaria. 1999;13(4) 312-319. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71373-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71373-7)
11. Torres SC. Mercadeo aplicado a servicios de salud. Colombia: CATORSE. 1996.
12. Torres SC. Conceptos mogollos de administración aplicados al mercadeo de instituciones de salud. Colombia: CATORSE. 1998.
13. Lamata F, et al. Marketing sanitario. España: Díaz de Santos; 1994.
14. Buchanan DR. et al. Social Marketing: a critical appraisal. Health Promotion International. 1994;9(1):49-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.49>
15. Center for Disease Control: US Department of Health and Human Services. Smoking

- and health in the Americas; a 1992 Report of the Surgeon General in collaboration with the Pan American Health Organization, Office of Smoking and Health, DHHS Publication, N° 92-8419. EUA; CDC.1992.
16. Hastings G, et al. The marketing book, 5^{ta}. ed. UK: Butterworth Heinemann. 2002.
 17. Orellana D. Liderazgo mercadológico. Biblioteca Virtual en Salud [CD-ROM]. Ciudad de La Habana: ENSAP. 2003.
 18. Priego ÁHR. Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos, 4^{ta}. ed. México: Editorial Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2015.
 19. Priego ÁHR, Remoaldo PC. Evolución de la mercadotecnia aplicada a la salud. En: Mercadotecnia social en salud. México y Portugal: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco y Universidad de Minho; 2012.
 20. Torres SC. Auditoria de la gestión de mercadotecnia aplicada a los servicios de salud. Colombia: CATORSE. 2003.
 21. Torres SC, Beltrán CG. Mercadeo aplicado a la oferta de servicios odontológicos. Colombia: CATORSE. 2003.
 22. Torres SC. Marketing en muy pocas palabras. Colombia: CATORSE. 2011.
 23. Torres SC, Granada LF. Marketing social. Colombia: CATORSE. 2014.
 24. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2007.
 25. Suárez LN. El tabaquismo. Paradojas, controversias, mitos y realidades, La Habana: Editora Política. 2015.
 26. Suárez LN. Marketing en salud: una perspectiva teórico-práctica. Colombia: CATORSE; 2004.
 27. Suárez LN. Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(Suppl 1):950-960. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000500013&script=sci_arttext
 28. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. La Habana: Lazo Adentro. 2017.
 29. Suárez LN. Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba, Informe de investigación. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. 2004.
 30. Drucker P. El nuevo rumbo de la gerencia. 59 ed. New York; SUMMA. 1999.
 31. Suárez LN. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Revista Cubana de Salud Pública. 2002; 28(2):201-223. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662002000200008&script=sci_arttext
 32. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. Revista Cubana de Salud Pública, 2015;41(Supl 1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000500010
 33. Góngora GLH, et al. Aplicación de la mercadotecnia social en los servicios y programas de salud en Santiago de Cuba. Medisan. 2016;20(4):490-497. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192016000400009&script=sci_arttext&tlng=en
 34. Suárez LN, et al. Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. Revista Cubana de Salud Pública. 2016;42(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662016000100012&script=sci_arttext&tlng=pt

35. Suárez LN. Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34(1):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100013
36. Suárez LN. Mercadotecnia social en la prevención y control de la pandemia del coronavirus. Horizonte sanitario. 2020;19 (3):307-309. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000300307

El consumo y la salud

Salud y pobreza son dos categorías estrechamente relacionadas, los que estudian y trabajan en la salud pública no lo ponen en duda. Sin embargo, se olvida con frecuencia que el consumo es una categoría que define la pobreza, pues precisamente la línea divisoria está trazada por los ingresos de las personas y familias, y las posibilidades que este ingreso ofrece para enfrentarse al mercado y poder acceder o no a los bienes y servicios requeridos en la vida.⁽¹⁾

Salud: condiciones y estilos de vida

Las condiciones de vida se definen por las posibilidades y maneras de acceder a los bienes de consumo y los servicios, marcando la diferencia que estos últimos no están solo determinados por las posibilidades de acceso, sino por las creencias, hábitos y costumbres, por citar los más importantes. A todas luces resulta evidente la relación del consumo con el bienestar de las personas y se puede decir que según consumen así será, en última instancia, su salud; por lo que, si se analiza el comportamiento y la forma de consumir de una población, se encontrarán las explicaciones de la situación epidemiológica que presenta.

No obstante, cuando en la vida diaria se valoran los indicadores de salud, por lo general se busca cómo solucionar los problemas existentes a partir de los servicios de salud a ofrecer, y cómo y con qué curar a los enfermos. Así, se observa cómo a diario en el discurso se enuncian los siempre llamados “nuevos paradigmas” aunque desde hace más de tres décadas se habla de ellos, sin embargo, la realidad no presenta un enfoque preventivo, sino más dirigido a lo curativo.

Si el análisis se centra en la situación de cualquier país, es necesario destacar la importancia de la relación que existe entre el consumo y la salud. También es de destacar el papel que este tipo de valoración representa cuando se trata de los programas de cambios de comportamientos en salud, ya que pueden contribuir a esclarecer los rumbos por los que debe transitar la relación sociedad, salud y consumo racional, para que los programas sanitarios puedan tributar a ello.

Panorama actual de Latinoamérica y Cuba

El actual panorama social de Latinoamérica se caracteriza por un aumento de la exclusión, un ensanchamiento de la brecha social, el desempleo y las

migraciones. Cuba constituye, por tanto, el paradigma que pone en evidencia cómo es preciso reconocer que el desarrollo requiere de políticas sociales y económicas que contribuyan a eliminar, o al menos reducir, las causas que generan tales desigualdades.⁽²⁾

Educación y salud son, por tanto, imperativos para generar un cambio sustantivo que corresponda con las demandas esenciales del desarrollo humano en el siglo XXI como el fundamento central y último propósito del avance de la sociedad que tribute al bienestar y la dignidad de los latinoamericanos. Sin embargo, la situación actual no avizora los cambios requeridos para lograrlo. El “bombardeo” permanente de publicidad neoliberal proconsumista al que se encuentra sometida la población latinoamericana en momentos de globalización económica y cultural, es algo que une, desde las políticas y gobiernos neoliberales, las categorías educación, consumo y salud, que se generalizan con la velocidad que hoy permite el desarrollo de los medios de comunicación.

La respuesta y la solución pueden ser realmente muy sencillas cuando se busca en la teoría cómo proceder, pero cuando se traslada del mundo de los conceptos a la acción, los obstáculos están colocados justo la luz de la teoría, para impedir que se avance en la dirección que se requiere. Para lograr comportamientos en el consumo que propicien al bienestar como concepto actual de salud, hay que transgredir intereses económicos de transnacionales y a veces de gobiernos; no es un secreto lo difícil que ello resulta.

Desde el punto de vista académico, se está ante un proceso de construcción de tres conceptos: cultura, conciencia y sensibilización, que pueden facilitar en unos países formas, contenidos y medios para la superación de la pobreza en la medida en que contribuyen a propiciar la racionalidad en el consumo, y en otros, como Cuba, impedir que los cambios en el mercado afecten las conquistas logradas.⁽³⁾ El análisis se centra en modificar la forma de ver la salud desde una perspectiva diferente, para la cual los profesionales sanitarios no se encuentran preparados lo suficiente. Se valoraría entonces la salud como resultado y consecuencia de los hábitos de consumo.

En estos tiempos en que se habla de un modelo de salud pública que presenta un ambiente externo donde se encuentran lo político, económico, tecnológico y cultural de forma estrecha, es necesario analizar con profundidad, cómo se establecen esas relaciones, y en qué medida y forma cada una de ellas repercuten en la salud.⁽⁴⁾ Se menciona con frecuencia que la institución sanitaria tiene que salir al medio, pero no solo para observar qué está sucediendo, sino también para encontrar respuestas a los problemas presentes o que se puedan ocasionar. Tiene que interactuar para transformarlo en función de que lo que sucede allí y favorezca la salud de la población, como propósito final.

Lo que se manifiesta, no es más que el reflejo de la construcción de esos tres conceptos señalados con anterioridad: cultura, conciencia y sensibilización, para

lograr concienciación los profesionales sanitarios en todos los niveles, desde los decisores hasta la base. De esta manera será posible conocer la situación de forma real, y analizarla desde la perspectiva del consumo y el comportamiento de la población ante el consumo.

Dicho en otros términos, el modelo de salud pública ha ido transformándose al igual que el concepto de salud, pero los profesionales sanitarios no están preparados lo suficiente como para actuar en ese medio externo y encontrar cómo dar respuesta a los nuevos satisfactores de salud. Se está ante nuevas competencias para el directivo y profesional sanitario que requiere de una preparación acorde a estas, para darle respuesta en un adecuado desempeño.⁽⁵⁾

El consumo en teoría

El consumo ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad. El hombre consume agua potable, productos de higiene personal, medicamentos, alimentos, entre otros, así como servicios de todo tipo. Pero en las últimas décadas, la sociedad ha sufrido transformaciones importantes y ha cambiado también el concepto, las formas de consumir y, por consiguiente, las consecuencias del consumo. Los avances científicos y tecnológicos han permitido mejorar las condiciones de vida de muchos, pero al mismo tiempo se ha ampliado la brecha entre aquellos que logran un acceso a los beneficios de estos avances y quienes están casi o totalmente al margen de estas. Es decir, que se han profundizado las diferencias en las condiciones de vida de la mayoría de los seres humanos y se ha mostrado un retroceso en la relación con la naturaleza como fuente suministradora de recursos.

El desarrollo de la industria y el desmedido afán de lucro de las transnacionales, han invertido la relación del hombre con el mercado. El mercado define las necesidades del hombre y no son las necesidades las que orientan el consumo. Así se promueve un consumo irracional que tiene como resultado prácticas de producción y formas de consumo que no corresponden a las reales necesidades de la humanidad. A la vez, los cambios acelerados en la economía, en los sistemas de producción, en la comercialización y el consumo globalizados, han significado el aumento de las desigualdades al interior de cada país y entre países, con el consecuente deterioro de la calidad de vida.⁽⁶⁾

Todos estos cambios reclaman que las sociedades, entre otras medidas, incluyan en su educación proyectos para formar hombres y mujeres conscientes de sus derechos, de los efectos de un consumo irracional sobre otros y, por tanto, responsables y solidarios para con ellos mismos, sus coetáneos y las futuras generaciones.

El consumo es el conjunto de procesos socioculturales en el que los individuos y grupos realizan la apropiación y uso de los productos y servicios. El proceso de consumo forma parte del modo en que una sociedad organiza y procura la satisfacción de las necesidades de sus miembros.⁽⁷⁾ Es también el proceso de adquisición, aplicación o utilización de los bienes y servicios, a fin de obtener de ellos una satisfacción o utilidad directa en términos de mejorar su nivel de bienestar.

El consumo es visto hoy día como un rasgo definitorio de la modernidad, tanto en su dimensión material como en su aspecto simbólico; también, los bienes y servicios de que se dispone a nivel social o individual constituyen un indicador de la calidad de vida, caracterizan los grupos sociales y se convierten en elementos que permiten identificar a los grupos a que se pertenece o se quiere pertenecer. El hecho de que las personas no puedan acceder a los bienes y servicios esenciales para la vida es lo que determina la relación, que con anterioridad se señala, entre pobreza y salud, y la posibilidad de identificarlos, como la insatisfacción de las necesidades básicas, que conduce a la desigualdad; mientras, su otra dimensión es la distorsión en la satisfacción de esas necesidades. Esta puede presentarse en las personas con solvencia o no y tiene en su base el aspecto cultural del consumo.⁽¹⁾

El carácter ascendente e ininterrumpido del consumo puede conducirse por caminos adecuados y llevar a la racionalidad, pero lo más común es el interés de los que producen bienes y servicios en fomentar en el consumidor una cultura cuya meta suprema es obtener más, donde la esencia esté en tener, sin detenerse a valorar qué representa cada bien que se obtiene o cada servicio que se recibe. El debate en cuanto a filosofía se centra en no acercarse a ese consumo al que arrastra la universalidad de los valores de la cultura occidental, sino a un consumo y estilos de vida sustentables, a un desarrollo sostenible, donde la racionalidad conduzca al bienestar y, de hecho, a la salud.

La incentivación del consumo se apoya en valores universales, pero hay que velar porque lo que se universalice no sea el consumismo, sino un consumo de productos y servicios de alta calidad porque tienen, en su esencia, el satisfacer a un consumidor que sabe lo que debe consumir.⁽⁷⁾ El desarrollo de las estrategias comerciales con enfoque de ventas agresivas y publicidad desmedida y engañosa, así como la intención de manipular al consumidor, requieren una respuesta en la que se desarrolle cada vez más su contraparte en la mercadotecnia social, para enseñar a la población consumidora a distinguir y seleccionar lo que en realidad es mejor y para que no se deslumbre y transite por un camino de la modernidad que nos conduzca hacia la salud física y mental.

La transparencia en el mercado, la libre concurrencia de los productores y sus productos, sin engaños y presiones, el equilibrio que garantice que los consumidores acudan a seleccionar con base en información fidedigna, no es

más que el propósito de llevar la ética a la relación de mercado entre consumidores y productores, donde ambos satisfagan sus objetivos y motivaciones, pero que el afán de lucro no prime sobre el fin de producir para satisfacer necesidades reales de los consumidores.⁽⁸⁾

La mercadotecnia no es publicidad, es una estrategia que tiene en su base conocer las necesidades para satisfacerlas, proporcionando los productos, servicios o ideas adecuados, con un precio y en lugar accesible y ofreciendo información fidedigna y orientadora al consumidor. La mercadotecnia, está basada en la ética y el respeto al consumidor para satisfacer sus necesidades y que ello, a la vez, repercute en la rentabilidad de la entidad productora de bienes, servicios o ideas. La estrategia centrada en las ventas, en la publicidad, en la manipulación, no es mercadotecnia.⁽⁹⁾

Los bienes y servicios tienen un valor de uso, determinado por la utilidad que representan y un valor de cambio que está dado por lo que cuesta. En estos dos valores debe enfocarse la elección del consumidor cuando va a adquirirlos, esto es, si satisface la necesidad o deseo y si dispone del dinero suficiente para adquirirlo. Sin embargo, no se puede negar, que aparejado a estos dos valores se evidencia el llamado valor de signo, que significa y representa la adquisición de un producto o servicio para el individuo y para los demás. Es lamentable que se perciba un mayor desplazamiento a adquirir los bienes y servicios con base en su valor de signo y no en su valor de uso o cambio, porque en definitiva eso no es más que la evidencia de un comportamiento no racional en el proceso de consumo.

El tema del consumo se torna importante para la salud pública por sus consecuencias en la salud individual y social, dado por el hecho de que la forma en que las personas se comportan en el proceso de consumo tiene consecuencias para el individuo, porque pueden provocarle satisfacción o frustración y como es lógico, repercute en su salud física y mental. Pero esto es mucho más grave cuando se encuentra ante consumos que resultan nocivos, como es el caso del tabaco, el alcohol y las drogas.

La nocividad a que se hace referencia, tiene también una connotación social en cuanto afecta a la familia, porque dispone de menos recursos para satisfacer necesidades básicas o porque interfiere en la posibilidad de tener una dinámica familiar adecuada y confortable para todos. También, los actos de consumo afectan el ambiente, pues el uso de aerosoles, plaguicidas y pesticidas, por citar algunos, destruye la capa de ozono, contaminan el aire y son la base de numerosas enfermedades.

En el orden social y cultural se puede señalar, que la tendencia al desplazamiento de la adquisición de bienes y servicios con base en su valor de signo constituyen un serio problema en el orden social, pues en la medida que las personas se ubican en un grupo por su forma de consumir que no está en

correspondencia con su poder adquisitivo, se encuentra ante una situación que evidencia problemas en el orden social. Además, se puede señalar, que cuando la forma en que consumen individuos y grupos, no se encuentra en correspondencia con lo que se define como un estilo de vida saludable, es la base de los problemas en la situación de salud.⁽⁷⁾

Se define como consumo racional, la utilización inteligente, juiciosa y medida de los productos necesarios para satisfacer las necesidades básicas, el cual se encuentra dado por un claro criterio para evaluar la calidad, seguridad, inocuidad y la utilidad real del producto que se compra. Así, la decisión sobre los bienes de consumo que están relacionados con la salud, se encuentra en manos del gobierno y las autoridades sanitarias, los que deben controlar la calidad y la seguridad de estos.

El consumo racional no es más que adoptar medidas inteligentes y racionales para la toma de decisiones informadas, basadas en evidencia científica sobre los bienes que se consumen. En la medida que el consumidor conoce con certeza su rol, puede controlar el mercado. Por tanto, el gobierno, las autoridades sanitarias y la población deben intervenir en las decisiones relacionadas con el consumo y la salud.⁽⁷⁾

Lo señalado con anterioridad es válido en las condiciones de Cuba, pues aunque hasta la década del 90 del pasado siglo, la situación existente en el mercado no se caracterizaba por la variedad de productos, estos sí tenían una alta calidad intrínseca y era responsabilidad total del gobierno responder por ella. En esta etapa, los productos distribuidos por el sistema de racionamiento garantizaban la calidad de estos y la cantidad permitía la equidad en el acceso a los bienes fundamentales para la vida. No obstante, en ellos se incluyeron durante muchos años los cigarrillos y tabacos que son productos dañinos a la salud y esa forma de distribución contribuía también a lo que denominados distorsión en el consumo.⁽¹⁰⁾

El consumo en ejemplos

Un ejemplo importante acerca del tema del consumo y la salud en Cuba lo constituye el Programa nacional de salud y calidad de vida, que tiene el objetivo de reducir los índices de las principales enfermedades no transmisibles y otros daños, que constituyen las causas fundamentales de invalidez y muerte.⁽¹¹⁾

La estrategia global del programa está dirigida a involucrar en el cumplimiento de las necesarias acciones, a varios organismos cuyo trabajo tiene una importante incidencia en la salud de la población, asociada en lo fundamental a este tipo de enfermedades y daños. Mediante el acuerdo 3790 del 2000 del Consejo de Ministros, se constituyó la Comisión Nacional de Salud y Calidad de Vida, encargada de la coordinación y control de todas las actividades

relacionadas con el fomento de una mejor calidad de vida de la población como componente de la salud, presidida por el Ministerio de Salud Pública e integrada por los siguientes organismos: Ministerios de Educación, Educación Superior, Cultura, Trabajo y Seguridad Social, Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, Comercio Interior, Agricultura, Industria Alimenticia, Industria Azucarera, Industria Pesquera, Industria Básica, Transporte, Finanzas y Precios, y los institutos de Recursos Hidráulicos, Deportes, Educación Física y Recreación, Radio y Televisión. Como invitados participan las organizaciones políticas y de masas: Central de Trabajadores de Cuba y sus Sindicatos, Asociación Nacional de Agricultores Pequeños, Comités de Defensa de la Revolución, Federación de Mujeres Cubanas, Unión de Jóvenes Comunistas, Federación Estudiantil Universitaria, de Estudiantes de la Enseñanza Media y la Organización de Pioneros José Martí.

El principal objetivo a cumplir por el programa, es el estímulo a la práctica de estilos de vida saludables que comprende la necesidad de lograr cambios de actitudes en los individuos, familias y la comunidad, en la modificación de factores de riesgo, teniendo en cuenta que sean los más comunes para impactar en las principales enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños.

Las áreas de intervención están dirigidas a actuar sobre los aspectos principales, considerando los hábitos alimentarios no saludables, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo y los accidentes, entre otros. Además, se incluyen otros riesgos derivados del medio ambiente, como los relacionados con el mejoramiento de la calidad atmosférica, del ambiente laboral, de la cantidad y calidad del agua de consumo de la población, y la disposición y tratamiento de los residuales líquidos y sólidos.

Los organismos de la administración central del Estado y otros sectores de la sociedad, ejecutarán acciones dirigidas al fomento de conductas más saludables, que prevengan la iniciación de hábitos tóxicos en las nuevas generaciones, así como en este sentido fortalecerán el trabajo con los adultos, lo cual contribuirá a disminuir el riesgo de muertes prematuras y la carga de discapacidad actual. Se considera importante que se enfatice el tema del consumo en toda su magnitud, se analicen las causas y consecuencias derivadas de este proceso, y se ponga de manifiesto la necesidad de que las acciones educativas jueguen el papel de informar, pero se requiere que los aspectos legales, económicos y tecnológicos, actúen en unos casos como barreras y en otras como favorecedoras del consumo.

Según lo propuesto en el programa con relación a los alimentos favorecedores de la salud, por ejemplo, los vegetales, estos son productos cuya disponibilidad en el mercado no es estable, la higiene y presentación de estos, no en todos los lugares de expendio responde a lo adecuado y los precios, en

general, se consideran altos, al analizarlos con base al salario medio de la población cubana.

Estos productos alimenticios no son tampoco los de mayor presencia en la alimentación social, por tanto, tampoco se actúa en favor de propiciar su consumo en la dimensión que ello permite desde los círculos infantiles, escuelas, centros de trabajo, entre otros. La gastronomía no se caracteriza por una amplia oferta, tanto en uno como en otro; se observa que cuando se ofrecen frutas y vegetales, con frecuencia lo hacen en detrimento de las potencialidades nutricionales. Por ejemplo, las frutas en dulce o jugos con mucha azúcar, los vegetales cocidos o con “empanizados” y fritos en abundante grasa, etc. Algunos restaurantes de oferta con altos precios, constituyen una excepción de lo antes mencionado.

Con las bebidas alcohólicas se advierte la presencia de ron y cerveza a granel en lugares de fácil acceso para todos y a precios que propicien su consumo, principalmente a los jóvenes. Es de esperar que un ambiente como el descrito favorezca no solo el consumo, sino la aceptación social del alcohol como un producto que se asocia a la recreación, y a la interacción de las personas y grupos. Este aspecto ha sido de amplio debate, ya que constituye la expresión de un enfoque que tiene en su base elementos culturales, aunque no refleja la política pública al respecto. En la música y el folclor se insiste en identificar a Cuba como la tierra de la música y el ron, además, por supuesto que del tabaco.

Es importante en todo aquello que forma parte de la cultura y tradiciones que a la vez está asociado a un consumo nocivo a la salud, saber delimitar cómo presentar ambos elementos, para hacerlo de manera que se refleje como tal, esto es, asociado a elementos culturales, pero a la vez quede esclarecido sus consecuencias negativas. Es llamativo que las actuales generaciones no pretendan vestir como sus ancestros, pero sí quieran consumir como ellos lo hacían. En realidad, esto no es más que el reflejo de cómo la industria sabe vender los productos que fabrica y cómo la institución sanitaria no es capaz de vender salud desde esas dimensiones.

Un tema interesante a analizar, es el referente al desplazamiento, que fue señalado con anterioridad, a consumir con base en valores de signo y cómo en el contexto cubano se presenta el fenómeno. Es común ver que los padres adquieren en el mercado papas fritas y otros alimentos de bajo o nulo valor alimenticio, los denominados “alimentos chatarra” en detrimento del consumo de frutas frescas. El análisis de la merienda de los escolares puede ser un elemento propicio y la escuela un escenario apropiado para valorar este fenómeno y la incidencia en la salud del escolar, en la formación de valores en relación con el consumo y sus consecuencias en la salud.⁽⁷⁾

El juego, desplazado por el juguete, en muchas ocasiones de escaso valor didáctico y dañando la creatividad infantil al reducir al mínimo los elementos

simbólicos, es otro ejemplo de cómo el consumismo va caminando a pasos gigantescos, penetrando en una población que no ha sido educada para actuar de manera crítica en esta situación. En este contexto, la presencia de un mercado diferente sorprende al consumidor, al encontrarse ante un escenario distinto a aquel en el que se desarrolló su infancia y adolescencia, en que la calidad intrínseca de los productos era denominador común, aunque no primara la variedad, envases atractivos y otros elementos que no son esenciales si se adquieren los productos con base en su valor de uso.

De manera más detallada, como ejemplo, se presenta lo referente al problema del tabaquismo analizado desde la perspectiva del consumo.

Una de las situaciones más complejas que enfrenta Cuba con relación a un consumo irracional que afecta a la salud, es el que fuera señalado con anterioridad referente a los productos manufacturados del tabaco, en particular, los cigarrillos.

Reducir la repercusión actual, prevenir y detener el crecimiento del consumo de tabaco en el mundo, es de importancia crucial para proteger la salud de las personas, siendo por consiguiente el tabaquismo un problema que atañe a la salud pública nacional y mundial, y requiere la adopción de medidas nacionales multisectoriales y globales, así como sus respectivas respuestas de manera coherente y coordinada.⁽¹²⁾

Es importante considerar que los problemas globales requieren soluciones globales y, aunque a nivel local se realicen intervenciones, el medio ambiente en que se desarrolla el individuo no es un espacio cerrado a las comunicaciones y las relaciones, por lo que ese medio, si no es afín a lo que se pretende, actúa como competencia. El mundo competitivo no se limita a los productos y servicios, entra también en el campo de las ideas y los comportamientos. La competencia para los estilos de vida sanos es, sin lugar a dudas, el consumo irracional y a la competencia solo se supera “vendiendo” la salud como un “producto” más atractivo.

Es por eso que uno de los aspectos de reconocida importancia, porque compromete además del presente el futuro, es el relacionado con la promoción de la salud para el desarrollo de estilos de vida y ambientes saludables libres de tabaco. Para lograrlo, es imprescindible, más que necesario, aplicar programas eficaces de lucha antitabáquica, tomando en consideración los factores culturales, sociales, económicos, políticos y jurídicos, así como en el caso de Cuba en particular, la paradoja de ser país productor que defiende, por sobre todas las cosas, la salud.

Una política coherente con relación al consumo de tabaco implica considerar como parte esencial lo referente a las medidas relacionadas con el aumento de los precios, ya que está demostrado, de manera científica, que constituyen un mecanismo eficaz para reducir el consumo. La sinergia de las políticas

relacionadas con la prevención y control del tabaquismo se encuentra en unir a la educación y las medidas de precio, las acciones referentes a la aplicación de leyes y de otras normativas eficaces en el nivel estatal adecuado, que garanticen la protección sistemática contra la exposición al humo de tabaco en centros de trabajo y lugares públicos cerrados, incluyendo los medios de transporte, con particular atención a los grupos de riesgo especiales, como los niños, adolescentes y las mujeres embarazadas.^(12, 13)

Aunque con menor grado de evidencia en cuanto a su real impacto en el consumo, es importante considerar que los productos manufacturados del tabaco en Cuba no han adoptado y aplicado las medidas necesarias para asegurar el cumplimiento por los fabricantes de las disposiciones relativas a la divulgación de información sobre la inclusión de todos los ingredientes y aditivos, y de los principales componentes del humo, aspecto en el que se insiste desde hace varias décadas.^(14, 15)

En otro orden, aunque no en las dimensiones que se solicita por la OMS en la actualidad, en todos los paquetes o envases de cigarrillos figura una advertencia visible, legible, categórica y rotativa, que fuera aprobada desde el año 1995 e incluida como parte de las acciones a realizar en el plan de acción del Programa del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para la Prevención y Control del Tabaquismo en Cuba para el periodo 1996-2000.⁽¹⁶⁾

La venta a menores y la comercialización "al menudeo" son dos aspectos a favor de la estimulación del consumo. El control de las ventas no ha logrado su estricto cumplimiento, mientras que la oferta de cigarrillos sueltos o al "menudeo", después de años de existir su prohibición, esta fue derogada, para de nuevo ser planteada en el Programa nacional de salud y calidad de vida.⁽¹¹⁾

La decisión se encuentra en propiciar alternativas y proponer mecanismos que permitan lograr mejores resultados económicos y no actúe en detrimento de la salud. Ello requiere una acción coordinada del sector salud con los organismos e instituciones involucradas. Es también una forma de actuar con enfoque intersectorial en función de la salud y corresponde a las autoridades sanitarias saber liderar estas situaciones de manera acertada.

Si bien, desde los inicios del programa en el año 1985 se ha logrado promover la participación de organismos públicos y organizaciones en el desarrollo de estrategias para la lucha antitabáquica, estas han estado encaminadas, de manera esencial, al componente educativo, de información y comunicación, quedando atrás los de orden económico, tecnológico y legal ⁽¹⁷⁾ que de nuevo aparecen en el lugar que le corresponden en el Programa nacional de salud y calidad de vida.⁽¹¹⁾

Pero los años han transcurrido y mientras tanto, las estrategias agresivas de las tabacaleras también han dejado su huella en Cuba. La asociación con la tabacalera brasilera BrasCuba se ha hecho sentir en una fuerte promoción

directa e indirecta de los cigarrillos, con énfasis en los grupos más jóvenes unido a la del habano cubano que incluye la celebración de un festival internacional de gran renombre, con una amplia cobertura e intención muy marcada en asociarlo a la vida cultural y social de los cubanos.⁽¹⁸⁾

Se enfatiza entonces en la importancia de no aceptar el patrocinio de las tabacaleras para eventos culturales y deportivos, y que además ofrezcan financiamiento a programas de salud para aminorar los males que la propia industria tabacalera engendra. Este es un punto que se refleja de forma muy certera en el Convenio Marco de Lucha Antitabaco⁽¹²⁾ y que de manera constante las transnacionales del tabaco buscan alternativas atractivas para engañar y manipular.

En México, uno de los primeros países en firmar y ratificar el Convenio, sin embargo se reporta un acuerdo de la instancia sanitaria a aceptar fondos para la atención a la salud de las tabacaleras. Este hecho, que en apariencia puede ser visto en beneficiar a la población, sin embargo, tiene en su esencia un marcado interés de manipulación a los decisores de las políticas públicas de ese país.⁽¹⁹⁾

El sistema nacional de salud en Cuba ha garantizado el servicio de cesación a los fumadores interesados en el abandono del tabaquismo, de manera gratuita como todos los servicios que ofrece; sin embargo, los trabajadores de la salud al fumar en público y en las instalaciones sanitarias, violan lo establecido al respecto, constituyen más que una contradicción un descrédito para las acciones de promoción, prevención y tratamiento que a la vez realizan, incrementando también los costos al sistema de salud.

A nivel internacional se hacen serios esfuerzos por involucrar la institución sanitaria desde sus raíces, es decir, con la participación de su personal, para todo lo relacionado con los estilos de vida y comportamientos saludables, principalmente con el tabaquismo. Está demostrada la influencia de los profesionales sanitarios como líderes de opinión y patrones imitativos en lo referente a conductas de salud y a la vez el importante papel del consejo médico, el cual supera, en ese orden, hasta los propios tratamientos, siendo considerado el menos costoso y más efectivo para la institución sanitaria y el paciente.⁽¹⁸⁾

La investigación científica que acompaña al programa desde la proyección inicial en el año 1985, ha ido señalando la estrategia que se debe elaborar, debilidades, las amenazas, las fortalezas y las oportunidades para poder ejecutarlo, la esencia preventiva y la necesidad de acompañar la educación con medidas que garanticen un ambiente propicio a no fumar. Si se revisan los estudios realizados y se comparan con la situación actual, se observa que estos no han sido considerados tal y como se debería, por consiguiente los resultados

alcanzados en la prevención y control del tabaquismo no están en correspondencia con los objetivos planteados.

Esta situación debe constituir una lección aprendida para todos los que trabajan en el sector, en cuanto a que si se quiere lograr mayor salud hay que investigar y seguir de cerca el comportamiento del consumo. La lectura y análisis de la información epidemiológica, de la investigación sobre hábitos, comportamientos y actitudes de la población, es la base de un pensamiento científico y del enfoque preventivo en salud.

Lo emocional en las decisiones del consumidor

En julio del 2005, investigadores de mercadotecnia de un total de 35 países se dieron cita en la ciudad universitaria de Münster, Alemania, para participar en un Congreso Mundial de Mercadotecnia. Entre los trabajos presentados resultó de gran interés el referente al carácter emocional de la primera impresión de compra, presentado por investigadores de la Universidad de Münster, dirigidos por el profesor Dieter Ahlert.^(20, 21)

Los científicos descubrieron que una decisión de compra puede entenderse de manera irrefutable, como la liberación de un flujo de oxígeno en el cerebro. Los especialistas de la Universidad de Renania del Norte Westfalia, llegaron a la conclusión de que la primera percepción de las marcas comerciales por parte del cerebro humano tiene lugar en la región de ese órgano donde se procesan las emociones. Eso significa que la primera impresión ante las marcas es emocional, no racional, pues al mismo tiempo que la región cerebral competente de ese campo se activa, el nivel racional se relaja. El científico Peter Kenning llegó más lejos y afirmó que es como si la percepción de las marcas suspendiera la actividad del entendimiento, que no funciona hasta más tarde, cuando se estimula el nivel cerebral racional.

Este fenómeno, en opinión de los investigadores, explicaría de manera científica el experimento famoso en todo el mundo de comparación de la bebida Coca Cola de distintas marcas, que consiste en dar a probar a un grupo de personas el producto sin que sean conscientes de cuál se trata en cada caso, y pedirles que señalen cuál de ellos prefieren. Los resultados mostraron, que al someter a prueba un producto de forma ciega, quedó de manifiesto la preferencia por una marca distinta a la que los mismos sujetos señalaron como preferida cuando se les hizo la misma prueba y pudieron observar las marcas. La explicación sería sencilla: la percepción emocional de las marcas influye directamente en la decisión de preferencia y, por tanto, de compra, y en ese momento es cuando tiene lugar la liberación de oxígeno en el cerebro.

No es la primera vez que la ciencia explica por medio de procesos químicos las emociones humanas como el amor, el miedo o los deseos de aventura, en las que una liberación de diversas sustancias químicas determina los sentimientos o el estado anímico. Pero esta vez los descubrimientos podrían caer en manos de los responsables de mercadotecnia, no solo en el campo publicitario de incitación al consumo, sino también en el que se intenta influenciar en las decisiones sociales o políticas, quienes manifestaron su intención de introducir el tomógrafo nuclear para realizar sus estudios, lo que ya hoy es una realidad.

Como se conoce, el tomógrafo nuclear es un equipo de última tecnología que permite realizar radiografías exactas del interior del cuerpo humano, y que ya se aplica de manera progresiva en muchos países, en diversos campos de investigación médica, como por ejemplo, en la detección de tumores. En el cerebro, una zona de difícil connotación, resulta un instrumento de gran eficacia para la detección de esos tumores en regiones que son competentes de funciones corporales muy específicas y para su eliminación. Con el tomógrafo nuclear puede saberse por ejemplo qué zona está dañada, qué funciones afecta y qué posibilidades existen de eliminar el tumor con éxito, lo que constituye un instrumento muy útil para la neuromedicina.

Su aplicación a la mercadotecnia es sin embargo novedosa, ya se encuentra en uso y continúa en fase de investigación, lo cierto es que la idea de analizar el cerebro en busca de desencadenantes de decisiones de compra es una realidad. Aún está por ver si esas investigaciones dan como resultado conocimientos certeros de su aplicación en forma concreta a estrategias de mercadotecnia, mediante el llamado neuromarketing, de manera que puedan influir de forma efectiva y probada científicamente en el cerebro humano.

Aunque hace pocos años era una idea que pertenecía al futuro, ya hoy es una realidad y las consecuencias son cuestionables, porque se trata una vez más de controlar la voluntad humana y podría ocurrir que las decisiones que se cree tomar de manera libre, sean cada vez más “inducidas”, lo que atenta con los principios éticos que sustentan las estrategias de mercadotecnia social.

Los investigadores y profesionales vinculados a la esfera de los cambios de comportamiento en salud deben seguir de cerca estas experiencias por dos razones fundamentales. La primera de ellas, para que el consumidor no sea manipulado y por consiguiente sus comportamientos ante el consumo sean dañinos a la salud y la segunda, porque sustentado en principios éticos, puede resultar interesante su aplicación en la adopción de conductas saludables. Es indudable que todo ello constituye un reto para los investigadores contemporáneos en aras de que resulte un aporte de la ciencia al bienestar humano y por tal razón se dedica un capítulo al tema del neuromarketing.

Educar, colocar o eliminar barreras

Favorecer o limitar comportamientos en el proceso de consumo no es más que una secuencia de acciones, no hay una fórmula mágica pero si se quiere simplificar la situación para hacerla muy clara, se puede resumir de la forma que a continuación se presenta. Cuando se quiere que una conducta no se realice, eduque y coloque barreras. Muy al contrario, cuando quiere que se haga eduque y quite las barreras.

Al analizar el consumo, por ejemplo, el consumo de frutas, eduque en la importancia que tiene para la salud, en que resultan fáciles de consumir, porque solo tiene que lavarlas y no hay que procesarlas, que puede llevarlas consigo a todas partes y por lo general no requieren refrigeración, entre otros. Además, se requiere que exista una oferta estable en la gastronomía, en la alimentación social (círculos infantiles, escuelas, centros de trabajo, hospitales) y su precio resulte accesible a las personas de todos los niveles de ingreso. Para lograr una higiene adecuada de la ciudad, además de insistir en cómo repercute en la salud individual, hable sobre la belleza y la estética, pero coloque contenedores, establezca medidas que lo favorezcan y mantenga un estricto control de estas mediante la inspección y la sanción a quienes incumplan.

Si el propósito es reducir el tabaquismo aumente el precio de los cigarrillos, limite su presencia en la red comercial, aumente la prohibición de fumar en lugares públicos, prohíba la distribución de muestras gratuitas, la venta a menores y al “menudeo”, la publicidad y el patrocinio, y mantenga las acciones educativas, así como el servicio de cesación a los que lo requieren para librarse de la adicción.

La educación por sí sola no permite cambios de comportamientos en salud y menos en aquellos que están asociados al consumo. La llamada educación no formal implica el aprendizaje social de costumbres tradicionales y mientras los hábitos de consumo y estilos de vida que prevalezcan no sean los que tributen a la salud, la educación informal estará compitiendo y hasta ganando ventaja a la educación formal. Se debe recordar que el escenario social es una fuente importante de aprendizaje.

También es importante entender, que para darle la importancia a nivel de la sociedad que requiere la educación sobre el consumo, hay que adentrarse en las tradiciones y costumbres de la comunidad. Esta enseñanza es discreta en tanto parece pasar inadvertida, pero primero se debe tomar en cuenta que se convive con ella en cualquier momento del día, es decir, existe un aprendizaje con la aceptación y desarrollo de conocimientos que parte de las experiencias y limitaciones para comprender muchas veces hechos aparentes del entorno.

Es necesario, entonces, establecer un modelo de desarrollo humano armónico y sustentable en relación con el consumo y la salud; además conformar una cultura de participación ciudadana para revalorar el entorno social, cultural y promover el mejoramiento, de manera tal que permita establecer una adecuada relación entre lo que consumimos, cómo lo consumimos y el impacto sobre la salud.

En ese esquema de participación social, el eje rector es la familia, ya que es la generadora de ideas, programas y proyectos, participa en su planeación, organización, ejecución, seguimiento, control y evaluación. El papel protagónico en muchos tipos de consumo es de la mujer y sobre ella es importante centrar esfuerzos para lograr los cambios que se requieren de manera integral, socialmente aceptable, perdurable en el tiempo y potenciando los valores, actitudes y prácticas de consumo sustentables.

Desde esta perspectiva, la educación en todo lo relacionado con el consumo, estilos de vida y comportamientos en salud, debe considerarse como una caja de herramientas que la ciencia y la cultura han desarrollado para que el individuo pueda actuar más allá de sus predisposiciones innatas o de lo que le quieren hacer llegar a través de valores de signo, es decir, para que se comporte en el consumo de manera racional, evitando al máximo las consecuencias negativas para él, su familia y la sociedad.

En este sentido, la educación debe concebirse como una ayuda para que los seres humanos aprendan a usar las herramientas de creación de significado y construcción de la realidad, para adaptarse mejor al mundo en el que se encuentran y ayudarles en el proceso de cambiarlo según se requiera. Su contenido lo constituyen entonces las formas de pensar, las creencias, los valores, el conocimiento científico y los saberes populares, las habilidades, las destrezas prácticas, el sentido común y el lenguaje, entre los más importantes.

Por esto debe hacerse énfasis en que educar sobre el consumo significa educar en creencias, mitos, normas y en los valores clave para la formación de sujetos críticos y responsables al consumir. De nuevo se pone de manifiesto el importante papel de la institución sanitaria para lograr que esta construcción cognoscitiva posibilite la obtención de mejor salud y calidad de vida.

Protección al consumidor

En el año 1984, el Trigésimo Periodo de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, adoptó los principios generales sobre protección al consumidor, en la Resolución 39/248, que contempla los puntos siguientes:^(7, 22, 23)

1. Protección al consumidor frente a los riesgos para su salud.
2. Prevención y protección de los intereses económicos de los consumidores.

3. Acceso de los consumidores a información adecuada que les permita realizar selecciones fundadas conforme a los deseos y costumbres de cada cual.
4. Educación al consumidor.
5. Posibilidad de compensación efectiva al consumidor.
6. Libertad de constituir grupos u otras organizaciones pertinentes de consumidores y la oportunidad para estas organizaciones de hacer oír sus opiniones en los procesos de adopción de decisiones que los afecten.

Estos puntos sustentan el trabajo de organismos gubernamentales y no gubernamentales para orientar y proteger al consumidor. Consumers International (CI), es la organización mundial de consumidores, perteneciente a las Naciones Unidas, independiente y sin fines de lucro que agrupa 240 organizaciones miembros en 120 países; cuenta con oficinas en Asia, África, América Latina y Londres. Además de aglutinar a las referidas entidades, orienta campañas y acciones internacionales, entre las cuales se encuentra la denominada Campaña por los derechos de los pacientes, la cual es auspiciada de conjunto con la Organización Mundial de la Salud.

Entre otros programas interesantes se encuentran los referidos al uso racional de medicamentos, la educación al consumidor, la protección del medio ambiente, por citar los más importantes. En lo referente a la alimentación se destaca la participación en relación a la inocuidad de los alimentos, comida chatarra, etiquetado. Vale destacar el importante papel que tuvo en el año 2009 en la conformación del código de conducta internacional para la comercialización de alimentos y bebidas dirigidas a niños y niñas. Impulsado por el Consumers International de América Latina, un número importante de iniciativas en la materia se han desarrollado, entre las que se destacan las siguientes:

- México (2010), se aprueban directrices para la comercialización de alimentos en las escuelas.
- Chile (2012) y Perú (2013), se aprueba ley para regular la publicidad de los alimentos y bebidas dirigidas a los niños, así como el etiquetado y la presencia de estos productos en las escuelas.
- Costa Rica, Ecuador y Uruguay (2012), se establecen regulaciones para la comercialización de alimentos y bebidas en las escuelas.

También, el Consumers International elaboró un manual de monitoreo de las promociones de los alimentos como apoyo a las organizaciones de consumidores, de la sociedad civil y a los propios gobiernos. Otras numerosas guías y publicaciones sirven de base para el funcionamiento de las organizaciones miembros, así como la participación de expertos en diferentes foros de concertación en el tema, entre ellos con el CODEX Alimentarius, favorecen que la mirada desde la perspectiva de los consumidores se encuentre presente en las decisiones que se toman a nivel local e internacional.^(24, 25, 26)

Otro ejemplo interesante es el relacionado con la obesidad infantil, en que de conjunto con la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) de la Organización Mundial de la Salud, se ha trabajado en proyectos y documentos para reducir el excesivo consumo de azúcar, sal y grasa que afecta particularmente a los niños, a las mujeres y a los consumidores más pobres de Latinoamérica. Estos temas han sido tratados en las actividades que de manera anual se realizan el 21 de marzo, declarado como Día Mundial del Consumidor.

La Red Mundial de Grupos pro-Alimentación Infantil (IBFAN), constituye otra entidad de interés en el tema de protección a los consumidores. Está constituida por más de 256 grupos en 168 países y por muchas personas que defienden los intereses públicos, que buscan reducir la morbilidad y mortalidad infantil, y luchan por los derechos de la niñez y de las mujeres, en especial en lo que concierne a vivir una vida saludable en todos sus aspectos. Esta organización se propone mejorar la salud y el bienestar de los y las bebés, los niños y las niñas, sus madres, familias y comunidades, a través de la protección, promoción y apoyo a la lactancia materna y a las prácticas óptimas de alimentación infantil; además, lucha desde 1979 por la implementación del Código de comercialización de sucedáneos de la leche materna y las resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS). En 1998, la IBFAN recibió el Premio Nobel Alternativo (Right Live lihood Award).

Esta Red plantea siete principios de lucha por garantizar:

- El derecho de los niños y niñas de todo el mundo a alcanzar el mayor nivel de salud y desarrollo.
- El derecho de las familias, en particular de las madres y de la niñez, a obtener suficientes y adecuados alimentos nutritivos y a disfrutar del agua potable.
- El derecho de las mujeres a amamantar y a tomar decisiones informadas sobre la alimentación infantil.
- El derecho de las mujeres a recibir apoyo pleno para lograr una lactancia materna exitosa durante dos años o más y a la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida.
- El derecho de todas las personas de acceder a servicios de salud de calidad que llenen sus necesidades básicas y a una información libre de influencia comercial.
- El derecho del personal de salud y de los(as) consumidores(as) a estar protegidas frente a cualquier influencia o presión comercial que pueda distorsionar sus juicios y decisiones.
- El derecho de las personas a organizarse en la solidaridad internacional para luchar y lograr cambios que protejan y promuevan la salud básica.⁽²⁷⁾

Un aspecto a considerar, es el hecho que muchos profesionales y gerentes de salud desconocen estos principios donde la protección a la salud ocupa el primer

lugar y aunque existen en países de América Latina organizaciones no gubernamentales e instituciones gubernamentales dedicadas a la protección al consumidor, estas no siempre trabajan en relación estrecha con las entidades sanitarias. Sin embargo, si se revisa con detenimiento tanto las acciones que realiza CI, como el CODEX Alimentarios o IBFAN, se puede observar como todos lo hacen en función del bienestar de la población y por tanto, es un imperativo trabajar de conjunto, crear alianzas para maximizar recursos y resultados.⁽²⁸⁾

En Cuba, es importante que se considere la responsabilidad social que tiene la institución sanitaria en defender la salud y cómo el cumplimiento de ese principio de protección a la salud no solo se cumple como tal al poder acceder a ella, sino además al poder tener acceso a bienes y servicios, a poder consumir. No se debe olvidar que enseñar al consumidor a consumir racionalmente y de manera que repercuta de forma positiva en su salud, también es responsabilidad de la institución sanitaria y esa responsabilidad además implica colocar en la agenda de todos aquellos que deciden sobre el consumo los argumentos que permitan actuar en la dirección de favorecer políticas públicas que tributen a la salud.

Preguntas y respuestas

Al analizar el tema del consumo y la salud se debe valorar un conjunto de preguntas, muchas de las cuales aún no tienen respuesta y otras ni siquiera han ingresado al cúmulo de inquietudes que en estos tiempos ocupan el interés de la sociedad. Si se centra el análisis en cualquier país, resulta necesario salir de las propias fronteras, porque muchos de los aspectos que se analizan tienen su raíz en la globalización y en algunos casos, por razones sociales y culturales que las enlazan con otros países y continentes.

Las preguntas más importantes que se deben formular cuando se va a analizar lo referente a la situación actual de salud, sus causas y el proceso de consumo, son las siguientes:

- ¿Existe conocimiento en los gerentes de salud de la relación entre el consumo y la situación de salud?
- ¿Cuáles son las características específicas del consumidor?
- ¿Qué distingue y asemeja al consumidor de un país del consumidor de otros contextos?
- ¿Dispone el consumidor de las herramientas requeridas para enfrentar de manera racional el proceso de consumo?
- ¿Se favorece el consumo racional que tributa a la salud desde la dimensión económica, tecnológica y político legal?

- ¿Bajo qué condiciones un ejercicio de reflexión al respecto puede tener impacto en las políticas sanitarias?
- ¿Qué tipos de investigaciones sobre esta área existen y cuáles se deben hacer?
- ¿Cómo se afrontan los retos actuales?

Estas preguntas pueden ser hechas en diferentes contextos, las respuestas serán distintas, porque las situaciones y los problemas también lo son, pero el debate en torno al tema, el análisis de los programas sanitarios y los resultados obtenidos, puede ser un punto de partida interesante para analizar la salud desde la perspectiva del consumo.

Conclusiones

Los actuales paradigmas de salud presentan un nuevo concepto de salud y también de sus satisfactores, donde el entorno tiene un rol fundamental tanto para obtener salud como para preservarla. El profesional y el gerente sanitario son los encargados de proyectar la institución sanitaria al medio social para transformarlo en función de que posibilite el estado de bienestar de la población.

La situación actual presenta el imperativo de nuevas competencias en los gerentes y profesionales sanitarios que no tienen aún la total respuesta requerida en su formación profesional, lo que lleva a la necesidad de que nuevos conceptos y habilidades posibiliten un desempeño acorde a lo que estos tiempos demandan.

El consumo y sus consecuencias en la salud son temas que revisten vital interés por la importancia que tiene el referido proceso en la situación de salud y sin embargo los profesionales sanitarios se involucran en sus consecuencias, pero no trabajan de igual forma en lograr que el consumo tribute a la salud y no en detrimento de esta.

La educación a la población, para que se comporte de una manera racional en el consumo, tiene que marchar de forma coordinada con el ambiente tecnológico, económico, cultural y social que rodea al individuo. Trabajar en función de lograrlo es una importante tarea de la salud pública. Pero la educación, en lo que se refiere a la relación consumo y salud, tiene que ir dirigida en primer lugar a los profesionales sanitarios y a los decisores, tanto en la esfera de la salud pública como en los organismos e instituciones, que de una forma u otra se relaciona con ella.

Colocar en la agenda de todas las instituciones y de la comunidad el papel del consumo en la salud es imprescindible en estos tiempos, pues se requiere de una conciencia individual para ir a la búsqueda de la satisfacción de las necesidades en concordancia con un estilo de vida sano, así como a la conciencia social, pues

cada vez más, el desplazamiento a consumir por el valor de signo está afectando el bienestar de la población. El profesional sanitario tiene que jugar el rol que le corresponde en el mercado, instando a que los bienes y servicios posibiliten el bienestar.

Para generar los cambios sustantivos que den respuesta a las demandas esenciales del desarrollo humano en el presente siglo, se requieren transformaciones en la forma de consumir, que propicien estilos de vida sanos y posibiliten una mayor calidad de vida. El estado, las instituciones sanitarias y la población tienen que trabajar de conjunto para lograrlo.

Referencias bibliográficas

1. Griffin K, et al. Desarrollo humano: origen, evolución e impacto. Ensayos sobre el desarrollo humano 25:13-23. Barcelona: Icaria Editorial S.A., 2001.
2. Castillo SC. Análisis de situación de salud en las Américas, 1999-2000. OPS. Boletín Epidemiológico. 2000;21(4). Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56965>
3. Bruner J. La educación, puerta de la cultura. Madrid: Editorial Visor Aprendizaje. 2001.
4. Suárez LN. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Revista Cubana de Salud Pública. 2002;28(2): 201-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200008
5. Priego ÁHR. Mercadotecnia en Salud. Aspectos básicos y operativos. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2003.
6. Shiffman LG, Kanut LL. Comportamiento del consumidor. 3ra. ed. México: Editorial Prentice Hall Hispanoamérica S.A.1999.
7. Suárez LN. Marketing en salud: una perspectiva teórico-práctica. Colombia: CATORSE; 2004.
8. Andreasen AR. Marketing social change. San Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1995.
9. Hastings G, Haywood A. Social marketing and communication in health promotion. Health Promotion International. 1991;6(2):135-45. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/6.2.135>
10. Rodríguez BE, Rodríguez PE, Suárez LN. El consumidor y el usuario en Cuba. Ciudad de La Habana: Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna. 1991.
11. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud y Calidad de Vida. Ciudad de La Habana: MINSAP. 2001.
12. Brundtland GH. Acuerdo en torno a un tratado internacional para el control del tabaco. Salud Pública de México. 2003;45(2):145-146. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003000200014
13. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory. Journal of public health policy. 1992;13:13267-276. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1401046/>

14. Corrao MA, Guindon GE, Sharma N, Shokoohi D (eds.). Tobacco control country profiles. GA: American Cancer Society. 2000.
15. Unión Internacional contra el Cáncer. Effects of price and access laws on teenage smoking initiation: A national longitudinal analysis. Paris: UICC. 2005.
16. Ministerio de Salud Pública. Programa para la prevención y control del tabaquismo en Cuba. Ciudad de La Habana: MINSAP. 2010.
17. Suárez LN. El consumo de productos manufacturados del tabaco en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2006;32(2):1-17. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-34662006000200002&script=sci_arttext
18. Suárez LN. El tabaquismo. Paradojas, controversias, mitos y realidades. La Habana: Editora Política. 2015.
19. Gómez MC. Minimiza Sa críticas al convenio con las tabacaleras; solo vale la opinión de la OMS. La Jornada. Sociedad y Justicia. 2006;25:ene. Disponible en: <https://www.jornada.com.mx/2006/01/25/index.php?section=sociedad&article=045n1soc>
20. Ugarte A. Neurociencias y comunicación: el comienzo de una saludable amistad. Revista de Comunicación y Salud. 2013;3(1):1-4. Disponible en: <https://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/view/112>
21. Muñoz M. Conceptualización del neuromarketing: su relación con el mix de marketing y el comportamiento del consumidor. RAN-Revista Academia & Negocios. 2015;1(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5608/560863081004/html/>
22. Consumers International. Marco estratégico 2012-2015. Santiago de Chile: Oficina Regional América Latina y el Caribe, Consumers International. 2015.
23. Faúndez PCG. Protección a los derechos del consumidor: Desafíos actuales. [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad Finis Terrace, Facultad de Derecho. 2015.
24. Consumers International. Generación de comida chatarra. Conjunto de herramientas para campañas nacionales, UK: Consumers International. 2011.
25. Goldchluk S, Collado C, Linders H. Ciudadanía, tecnologías colaborativas y regulación. Santiago de Chile: Consumers International. Red GEALC. 2012.
26. Goldchluk S, Collado C, Linders H. Gobierno electrónico y participación ciudadana en la regulación de los servicios públicos en América Latina. Ottawa: International Development Research Centre. 2013. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/232703011_Gobierno_electronico_y_participacion_ciudadana_en_la_regulacion_de_los_servicios_publicos_en_America_Latina
27. Castelló A. Declaración de IBFAN sobre la alimentación de lactantes, niñas y niños pequeños y los contaminantes químicos. Chile: Edición IBFAN LAC. 2013.
28. Linders H. Consumo ético y consumo sustentable. ¿Existe un nuevo consumidor en América Latina. En: Agricultura familiar y circuitos cortos. Nuevos esquemas de producción, comercialización y nutrición. Cap. IX. pp: 59-62. Memoria sobre el seminario de circuitos cortos. 2 y 3 de septiembre de 2013. París: Naciones Unidas. 2013.

Investigación de mercados y gestión sanitaria

La investigación de mercados tiene una historia ya construida en lo referente al mundo comercial, esto es en lo lucrativo, ya sea referida a productos o servicios en cualquiera de sus manifestaciones. La competitividad a que obliga el desarrollo de la ciencia, la tecnología y los grandes avances en la informática y las comunicaciones, hacen considerar como mercados propios aquellos que trascienden las fronteras en este llamado fenómeno de la globalización.⁽¹⁾

Investigación de mercados

Se puede afirmar que no se ofertan productos o servicios al mercado que no tuvieron en su base una investigación del consumidor y sus necesidades, donde se valora, además, la competencia de otros productos y servicios existentes, se exploran los llamados “nichos” y se busca la mejor alternativa para conquistar mercados actuales y potenciales. Esa es la fórmula que lleva a la rentabilidad de las empresas y a obtener ganancias que les permita superarse a sí mismas y a los competidores.

La investigación de mercados reduce el riesgo al tomar decisiones, ya que permite que estén avaladas en lo objetivo y lo científico, en poder disponer de un pronóstico casi certero de lo que va a suceder en el mercado, de lo que hará el usuario o consumidor y de cómo puede actuar la competencia. La decisión de qué producto y servicio ofertar, a qué precio, dónde colocarlo y cómo, en qué medios y formas a conocer, se sustenta en los resultados de estudios e investigaciones que se caracterizan por su confiabilidad y oportunidad, pero de manera esencial, por la rápida respuesta a estas preguntas.⁽²⁾

Más cuando se revisa lo referente a los productos y servicios de salud, estas investigaciones se reducen a los medicamentos y algunos servicios privados, fundamentalmente en aquellos contextos donde prima la competencia. Las transnacionales de los medicamentos por su parte exploran con estudios todo lo que puede estar relacionado con los prescriptores y los consumidores de medicamentos. Hacen uso exhaustivo de la información epidemiológica, que les permite conocer cuáles son los principales problemas de salud que presentan

determinadas poblaciones y en qué grupos se encuentran, con el propósito de producir y ofertar aquellos medicamentos que les permitan dar respuesta a las necesidades del sector salud y que, a la vez, pueden ser adquiridos por los pacientes.

La historia de la investigación de mercados en la industria farmacéutica abarca el uso de todos los métodos posibles y traspasa los caminos éticos para adentrarse en el prescriptor que es quien decide, en última instancia, el consumo de medicamentos. A tal grado ha llegado la forma inescrupulosa de querer posicionarse en los mercados, que la Organización Mundial de la Salud se vio obligada a promulgar los llamados principios éticos para la promoción de medicamentos, los que aunque no regulan la investigación, al menos impiden que esta sea utilizada con fines de involucrar a los prescriptores en un mecanismo tan poco favorecedor a la salud.⁽²⁾

Es interesante conocer al respecto que la autora, en su experiencia como profesora de posgrado en diplomados y maestrías en la esfera de la salud pública, tanto en Cuba como en varios países latinoamericanos, ha podido detectar el desconocimiento de los profesionales sanitarios en lo referente al importante papel que tienen como prescriptores en el posicionamiento de los productos de la industria farmacéutica y cómo la manipulación sobre ellos puede contribuir, además, a su descrédito, cuando colaboran al recetar medicamentos que carecen de valor terapéutico por falta de información científica sobre estos.

En lo que respecta a los servicios privados de salud, se puede encontrar la presencia de investigaciones en función de lograr las llamadas amenidades, que en esencia son el elemento distintivo con lo público y una tendencia general a encontrar en ellas la diferencia que marca la distancia y decide la preferencia de los consumidores con elevados recursos económicos.⁽³⁾ No quiere decir que la competencia de los recursos humanos no se tenga en cuenta, sino que esta es más una premisa que un aspecto a investigar.

Investigación de mercados en salud

El objetivo general de la ciencia es descubrir los modelos que subyacen en el mundo natural y luego utilizar ese conocimiento para hacer predicciones sobre lo que se podría o no esperar que ocurriera en ciertos hechos y circunstancias. La investigación científica es la que permite estudiar ese mundo y cuando se refiere a valorar la sociedad se trata de la investigación social, que puede considerarse como un tipo de investigación aplicada, en la cual se le da respuesta a un problema sin llegar a elaborar una teoría al respecto, entre otras razones, por las dificultades en cuanto a poder generalizar la ocurrencia de los hechos sociales y comportamientos humanos.

Dentro de la investigación aplicada se puede encontrar, en la esfera de la salud, la denominada investigación en sistemas y servicios de salud (ISSS), que según J. M. Paganini “es la aplicación del método científico al estudio de las relaciones entre la población y el sistema para la atención en salud”. Es la búsqueda sistemática de información y nuevos conocimientos sobre las necesidades de la población y la mejor manera que la sociedad tiene de responder a esas necesidades con equidad, calidad, eficiencia, participación poblacional y multisectorial.⁽⁴⁾

Aunque la investigación de mercados se clasifica como un tipo de investigación aplicada y tiene cuerpo e historia propia, cuando se habla de la esfera de la salud se puede considerar que permite dar respuesta a la reorientación de servicios de salud, a la elaboración de estrategias de promoción y prevención, por citar algunas; por lo que es también una investigación en sistemas y servicios de salud.

Uno de los tipos de investigación más comunes y que permite comprender de forma clara la relación entre la investigación de mercados y su posible inclusión en la investigación en sistemas y servicios de salud son los estudios sobre calidad de los servicios de salud y, dentro de ellos, los que se centran en la percepción del usuario y del trabajador sanitario. Sin embargo, no es común que cuando los investigadores hacen esta clase de análisis consideren que están estudiando el mercado sanitario, a diferencia de lo que sucede en otros sectores.

No obstante, es evidente que se estudia al usuario de los servicios y programas, o al consumidor de determinados productos, tales como fármacos o suplementos vitamínicos, para diseñar o rediseñar un producto o servicio que dé respuesta a sus necesidades, que le resulte accesible en cuanto a precio y canal de distribución, y además, encontrar cómo informar acerca de él. Estas son las variables fundamentales que se estudian en la investigación de mercados para elaborar estrategias diferentes para los públicos o segmentos meta, que permita satisfacer necesidades y a la vez lograr rentabilidad, conciliando de esa forma la dimensión económica y social de la mercadotecnia en general y, muy en particular, de la mercadotecnia sanitaria.⁽⁵⁾

Estudios de mercados, necesidad en las organizaciones sanitarias

Toda organización, incluida la sanitaria, tiene la misión de ofrecer al mercado un producto o servicio, logrando de esta forma un beneficio. Por consiguiente, tiene la imperiosa necesidad de disponer de información objetiva y fidedigna sobre lo que está ocurriendo en el mercado, quiénes son sus clientes reales y

cuáles los potenciales, los comportamientos de estos y la competencia directa e indirecta que puede actuar.⁽⁶⁾

En las organizaciones de salud pública, en el sector privado y lucrativo, resulta siempre mucho más claro. Para producir un medicamento o suplemento vitamínico, por ejemplo, es necesario conocer cuál es la prevalencia de una determinada enfermedad o factor de riesgo que la propicia, así como la competencia de otros medicamentos existentes en el mercado. Si se refiere a los servicios, cuál es el área geográfica que atiende y la composición socioeconómica de sus habitantes, la presencia del sector privado, mixto o público, como competencia, así como la accesibilidad geográfica y económica, barreras culturales, entre otros.

Si se toman en consideración los programas de salud, es necesario conocer los comportamientos habituales, los elementos culturales y su trascendencia en la familia y la comunidad, así como las adicciones, por citar los más importantes. En este caso, la necesidad de información es mucho más amplia y compleja.

El contexto referencial en el que se encuentra la investigación de mercados es tan amplio como también lo pueden ser los problemas sobre la necesidad de orientación hacia la mercadotecnia por parte de la organización sanitaria. Su importancia está en todas las esferas y también en la de la salud, se puede evidenciar por el hecho de que permite que las organizaciones perciban, desde una perspectiva diferente, el rol que desempeñan y la responsabilidad que tienen que asumir.

Si bien en estos momentos, la mayoría de los gerentes de salud reconocen la importancia de la información para la toma de decisiones, en ocasiones olvidan que la gerencia de las instituciones y programas de salud en el sector público, tanto como en el privado, deben analizarlas desde una dimensión empresarial y, por consiguiente, como un negocio, donde las decisiones erróneas representan pérdidas económicas. Lo anterior tiene una profunda repercusión social en cuanto la credibilidad y prestigio que requiere toda institución sanitaria, que por supuesto, es mayor que en otras instituciones o empresas.⁽⁷⁾

La investigación de mercados es el método científico que permite también a las instituciones sanitarias evitar este tipo de errores costosos, de ahí que constituye un medio eficaz para alcanzar el propósito de lograr mejores resultados en la gestión.

También, la investigación de mercados tiene una serie de funciones específicas que en lo referente a las instituciones sanitarias pudieran expresarse de la siguiente forma:⁽⁸⁾

- Describir lo que ha ocurrido o está ocurriendo en el medio ambiente y que puede tener repercusión en la salud.
- Evaluar los productos, servicios o programas que ofrece y su posición con relación a la competencia cuando coexisten lo público y lo privado.

- Pronosticar lo que podrá ocurrir en términos de salud, bienestar y calidad de vida a partir de la situación epidemiológica, factores de riesgo, entre otros.

La actividad sanitaria debe tomar en consideración la información que proviene de la investigación de mercados con características muy peculiares, con el objetivo de orientarse más hacia los deseos y necesidades del usuario, paciente y la población en general, para elaborar una política institucional que tenga incluida la estrategia de mercadotecnia tomando en cuenta también las necesidades del trabajador sanitario. Uno de los objetivos que logra cumplimentar la investigación de mercados, es el conocimiento de su público meta, pues al definir las necesidades del cliente se puede orientar la estrategia para satisfacerlo. También permite pulsar la opinión que tienen los consumidores o usuarios al respecto, pues es el mejor indicador del posicionamiento de la organización.

Un estudio realizado permitió evaluar un grupo de instituciones sanitarias cubanas en cuanto a su funcionamiento con servicios y programas con un enfoque de mercadotecnia. Los resultados obtenidos permitieron conocer que la mayoría de las organizaciones no han llegado a una madurez total en la aplicación del concepto de mercadotecnia.⁽⁹⁾ Un segundo estudio realizado en la ciudad Santiago de Cuba, una década después, obtuvo resultados similares.⁽¹⁰⁾

Estos resultados coinciden con la literatura encontrada donde se refiere que aún en aquellas organizaciones donde existe un departamento de mercadotecnia, ello no garantiza que la organización practique dicha filosofía. Entre los principales puntos fallidos se encuentra la pobre utilización de la investigación de mercados.⁽¹¹⁾

En busca de explicaciones

Cuando se analiza por qué es el sector privado y lucrativo el que busca en la investigación de mercados, la sólida justificación a sus decisiones, se pueden encontrar algunas razones. La primera de ellas tiene que ver con los recursos financieros de que dispone este sector para contratar profesionales o agencias especializadas en estos servicios, mientras que el sector público tendría que realizarlos a partir de sus propios profesionales que, de forma general, no se encuentran preparados lo suficiente para hacerlo.

Esta falta de recursos económicos hace que también se considere qué sentido puede tener la investigación si no existen posibilidades de invertir en mejorar y mucho menos en poder competir con el sector privado, considerando que son las amenidades las que pueden hacerlo diferente. Sin embargo, existen otras opciones que no requieren recursos económicos, relacionadas con la calidez

y la comunicación, el buen trato y la eficiencia, que pueden hacer superior el sector público en la competencia con el sector privado.

Otra posible causa es que las ganancias que se obtienen en el sector público no constituyen elementos motivadores de los que trabajan en la entidad y hay que pensar primero en investigar cómo satisfacer las necesidades del cliente interno, aspecto en el que por lo general solo piensan los gerentes cuando la institución se encuentra en un franco deterioro, evidenciando la ausencia de un enfoque prospectivo.

Si se hace referencia a los medicamentos, se pone de manifiesto el gran esfuerzo que realiza la salud pública a nivel mundial para aumentar el número de medicamentos genéricos que se ofertan a la población. La intención de abaratar costos de producción, de proporcionar envases seguros, pero no lujosos, pudiera llevar aparejada la investigación que facilite conocer cómo transmitir la mejor información que permita que el consumidor valore el producto que consume y no que considere que recibe algo que ya está obsoleto y que le resulta accesible porque hay nuevas ofertas en el mercado que no se encuentran a su alcance.

La investigación de mercados es tan útil en el sector privado como en el público, pues si bien en uno le permite aumentar las ganancias y el enriquecimiento, en la otra posibilita el uso racional de los recursos, la sostenibilidad, el ofrecer bienes y servicios acorde a los requerimientos y necesidades de las personas, así como poder ampliar ese espectro para llegar a la universalidad, que en salud, aún no deja de ser una aspiración y no una realidad.

Necesidad de la investigación de mercados en salud

El gerente tiene que prever y trabajar pensando en el mañana, pronosticar escenarios posibles, por eso cuando se reduce la incertidumbre respecto al futuro aumenta la probabilidad de éxito en la gestión; debe observar la conducta deseada como un indicador de lo que va a suceder. Esa es una investigación de mercado que parte de lo cotidiano, de lo que sucede cada día con relación a los productos y servicios que se ofertan. Pero no siempre el indicador tiene que ser cuantitativo, como puede ser el aspecto monetario o numérico, cuánto ha ingresado por ventas o cuántas personas han sido atendidas, sino que en ocasiones es cualitativo, cuán satisfechos o no han quedado los consumidores de un producto o los usuarios de un servicio de salud.⁽¹²⁾

También, el gerente de toda empresa tiene que enfrentar situaciones y ambientes inciertos, donde los conceptos de probabilidad se tornan importantes para poder acercarse a la mejor decisión. Es ahí donde los métodos cuantitativos en la investigación de mercado posibilitan el análisis de problemas, la estadística de Bayes desarrolla un método poderoso para tomar decisiones cuando solo se

tiene disponible información limitada.⁽¹³⁾ Estudiar el mercado significa reducir el peligro que implica pronosticar y predecir lo que va a suceder sin tener una base científica que lo sustente; mientras más riguroso y oportuno sea el estudio, mayor utilidad va a representar para el gerente y su institución.

Estudiar lo cuantitativo, en el caso de los consumidores por ejemplo, sería reducir el análisis a si el número es creciente o decreciente y cuando de salud se trata hay que considerar otros elementos. Un decrecimiento en el número de pacientes atendidos puede ser el resultado de un programa de atención y rehabilitación exitoso que permite llevar a un mejor estado de salud a la población, mientras que un incremento de pacientes atendidos puede ser el resultado también de lo contrario, al ser la consecuencia de un mejor diagnóstico en un momento determinado. Lo anterior quiere decir que el simple dato numérico puede ser un indicador de importancia, pero quedarse en su análisis desde la perspectiva cuantitativa puede convertirse en un riesgo mayor para el que va a tomar decisiones.

Las decisiones del gerente se complejizan en la misma medida que se incrementa la diversidad de los problemas que enfrenta la sociedad, donde la magnitud de los esfuerzos organizacionales también aumenta y las interacciones se hacen más complejas y diversas. Por otra parte, la ventaja competitiva del sector privado va perdiendo fuerza en la medida que los gobiernos asumen un papel cada vez más comprometido con la sociedad en lo referente a la universalidad de la salud.⁽¹⁴⁾

Los mercados se vuelven más diversos y complicados por lo que la situación desventajosa de los países en desarrollo se irá acrecentando si no se crean alianzas favorecedoras a la integración. El Mercado Común Europeo (MCE), el Tratado de Libre Comercio (TLC), el Acuerdo de Libre Comercio para las Américas (ALCA), que aunque en sus bases se encuentra la búsqueda de mercados más seguros para la región, requieren una solidez en lo que producen y ofertan para poder ser competitivos. Esto ha llamado a la creación de un nuevo escenario de la integración que refleje la diversidad, complejidad y contradicciones de los procesos políticos en la región desde finales del siglo XX al calor de la lucha contra el ALCA y el neoliberalismo. De ahí la creación en el contexto de la integración latinoamericana y caribeña de la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA-TCP), que surge como un discurso de resistencia a la propuesta de integración subordinada a Estados Unidos y el Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), por citar las más importantes alianzas en Latinoamérica, para hacer frente a la situación de rezago de la que ha sido objeto.

El desarrollo de las tecnologías agudiza la brecha entre los que pueden apropiarse de ellas y los que la situación de pobreza que enfrentan no se los permite y ante la desventaja competitiva se aúnan fuerzas que no siempre logran

el resultado deseado. Todo lo expuesto hace pensar, que no se puede enfrentar al mercado de forma ciega, sin conocer que está sucediendo dentro y fuera de sus fronteras, pues el patrón de comparación actual de los consumidores y usuarios no se circunscribe a lo que lo rodea en un espacio cercano, hoy es posible hablar hasta de la presencia de un ciberespacio que construye en la mente de los consumidores realidades virtuales, que por no ser posibles de constatar, colocan en mayor desventaja a los productos y servicios de que se dispone, incluidos los sanitarios.⁽¹⁵⁾

Qué y cómo investigar el mercado sanitario

Es obvio que todas las decisiones que tiene que tomar un gerente de productos o servicios de salud no siempre tienen que estar sujetas a una investigación de mercados y es por tanto el primer aspecto que tiene que conocer, esto es, cuando está ante un problema de mercado, cuando tiene que tomar decisiones en las que se encuentran involucrados los trabajadores y los usuarios o consumidores.

Si el gerente sigue en su análisis el considerar la estructura, proceso y resultados⁽³⁾ lo lleva a analizar en cada uno de estos momentos dónde se encuentra el trabajador y dónde el consumidor y usuario, qué sabe y qué necesita conocer sobre ellos en lo relacionado con sus conocimientos, actitudes y comportamientos. Ahí está entonces la respuesta a qué es lo que tiene que investigar.

Siempre se insiste en la importancia de los datos que tiene la propia institución sanitaria como la primera información disponible a analizar y para establecer una ruta crítica de qué camino seguir. Sin embargo, en la mayoría de las ocasiones, esta información pertenece a la categoría de información no útil por la forma en que se obtiene, almacena o procesa o por todas unidas, siendo este el primer aspecto en que el gerente debe trabajar porque esta información es a la vez la menos costosa y la que siempre puede estar disponible.

El gerente debe tener información que evalúe los eventos, hechos y acciones que acontecen, las tendencias, frecuencias, proporciones y porcentajes, ello permitirá caracterizar la institución sanitaria en que trabaja y dirige.

No siempre es posible conocer toda la población, por lo que una muestra representativa permite aproximarnos de forma probabilística a lo que puede suceder en realidad, esto es, permite una mayor probabilidad de certeza y por consiguiente disminuye el riesgo de error en la decisión a tomar. El tipo de muestreo utilizado aumenta también la probabilidad de acercarse a un pronóstico más certero.

Entre las técnicas cuantitativas y cualitativas que es posible utilizar en la investigación de mercados en la esfera de la salud, se mencionan las cuantitativas por ser las más utilizadas. Todas estas técnicas proveen los recursos requeridos para con flexibilidad analizar los procesos de decisión.

Los árboles de decisión constituyen un método eficaz de combinar conceptos de probabilidades y valor, o satisfacción, esperados en la solución de problemas complejos que involucran tanto incertidumbre como un gran número de alternativas.

La programación lineal es de valor cuando se debe escoger entre alternativas demasiado numerosas para evaluarlas con los métodos convencionales. Al usar la programación lineal, se pueden determinar combinaciones óptimas de los recursos para alcanzar cierto objetivo. Se trata de métodos gráficos y simples de aplicación de esta técnica. Los algoritmos de pronóstico especial son técnicas de programación lineal útiles al trabajar con cierto tipo de problema.

La programación entera, el método de ramificar y limitar, la programación dinámica y la programación de metas, son utilizados para escoger entre alternativas en situaciones donde las respuestas deben hallarse en números enteros, donde la decisión que confronta la gerencia es una que involucra muchas etapas consecutivas o donde los objetivos organizacionales deben enunciarse en algo más que simples términos numéricos. La simulación, es un procedimiento que estudia un problema al crear un modelo del proceso involucrado en el mismo y después, mediante una serie de soluciones por tanteos organizados, intenta determinar una mejor solución. Es una de las técnicas cuantitativas más utilizadas hoy día.

La teoría de colas estudia las llegadas aleatorias a una institución de servicios o proceso de capacidad limitada. Los modelos le permiten a la gerencia calcular de manera anticipada las longitudes de las líneas de espera, tiempo promedio gastado en la línea por una persona que espera servicio y adiciones necesarias de estaciones. Esta técnica se estudia, primero, al utilizar varias fórmulas útiles en la solución de problemas de línea de espera, y después mediante el uso de la técnica de simulación para generar una solución.

La teoría de redes facilita a los gerentes hacer frente a las complejidades involucradas en los grandes proyectos; el empleo de esta técnica ha disminuido de manera notable el tiempo necesario para planear y producir productos complejos. Se incluyen la técnica de evaluación de programas (PERT), el método de la ruta crítica (CPM), PERT/Costo y programación con limitación de recursos. Se tratan tanto las dimensiones de costo como las de tiempo en la planeación y control de proyectos grandes y complejos.⁽⁸⁾

El análisis de Markov permite al gerente predecir los cambios con el tiempo cuando la información sobre la conducta de los sistemas es conocida. Aunque el

uso más difundido de esta técnica es la predicción de lealtad a marcas, la conducta de los consumidores en relación a marcas con el tiempo, el análisis de Markov también tiene un uso considerable en áreas de contabilidad, el movimiento de clientes con crédito de una clasificación de recuperación a otra y la administración financiera general, el movimiento de un estado de viabilidad financiera a otro.

Estas técnicas mencionadas pueden parecer muy distantes a lo que un gerente de salud tiene que hacer cada día; sin embargo, si se observa lo que en realidad hace, se puede comprobar que si se utilizaran en función de investigar la estructura, proceso y resultado,⁽³⁾ en cuanto al producto o servicio que se ofrece, se tendrían clientes internos y externos satisfechos y, por consiguiente, el sector público sanitario dispondría de más recursos, la población de mayor bienestar y la salud pública de mayor prestigio.

Hoy día, el sector privado, más que el público, manifiesta alta confianza en la utilización de la investigación de mercados con el uso de las técnicas cuantitativas que aceleran su empleo por la facilidad de procesamiento cada vez mayor que le ofrecen las computadoras de alta velocidad y los software. También incorporan las técnicas cualitativas, las que utilizadas de conjunto contribuyen a la solución de problemas complejos.⁽¹⁶⁾ La investigación de mercados permite obtener la información necesaria para poder después elaborar estrategias de mercadotecnia, que en ocasiones, inclusive, utilizan la propia técnica de modelación para programar la combinación más adecuada del producto, precio, promoción y distribución.⁽¹⁷⁾

El modelo de colas puede también facilitar todo lo referente al tiempo de espera, elemento esencial en lo que respecta a la variable precio en los servicios de salud públicos, pues al ser gratuitos, generalmente el precio se circunscribe al tiempo de espera y las molestias e incomodidades que ello representa para el usuario.⁽¹²⁾ La magnitud y la complejidad de los problemas actuales están haciendo reflexionar cada vez más en la necesidad de respuesta que van más allá del dato numérico que agrupa conocimientos actitudes y comportamientos para reclamar la búsqueda de los por qué.

Es justo ahí, donde a las herramientas cuantitativas y las computadoras serán necesarias, una extensión y una ampliación en la investigación de mercados de salud de los aspectos de orden cualitativo que la investigación también puede obtener cuando utiliza la observación, la entrevista, los grupos focales y de expertos, por citar los más utilizados.^(17, 18)

Investigar para que los programas de salud logren sus propósitos

La gran mayoría de la información que se dispone en salud para orientar y reorientar productos, servicios y programas de salud es la llamada información epidemiológica que ofrecen los indicadores de salud, los que adoptan en general la forma de tasas definidas y son construidas por los profesionales y autoridades sanitarias. Las tasas, como la prevalencia y la incidencia, son indicadores numéricos que permiten conocer y describir los fenómenos en términos cuantitativos; por ejemplo, cuando se conoce la prevalencia de determinados factores de riesgo en una población, se necesita profundizar en las causas de su presencia y la investigación cuantitativa ya no permite llegar a ese grado de profundidad.

Al gerente de salud le resulta necesario considerar también las posibles concepciones de la salud que pudieran tener los distintos grupos de una sociedad determinada; por ejemplo, las representaciones sociales sobre la salud que pueden tener los panameños o peruanos y, en consecuencia, orientar y reorientar, la producción de medicamentos, los servicios y los programas de salud con base a ello.^(19, 20)

La investigación cualitativa permite estudiar a las personas y los grupos humanos en sus escenarios específicos, donde se realiza la interacción entre ellos. La percepción de riesgo sobre la conducta sexual con relación al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), es uno de los ejemplos que permite evidenciar la necesidad de la investigación cualitativa para la conformación de programas de salud que puedan cumplir su propósito.^(21, 22)

En ocasiones, resulta necesario profundizar más y conocer las emociones e ideas que se producen en un acontecimiento dado y que resulten de interés particular para la investigación, que con posterioridad facilitará la toma de decisiones. La movilidad de la sociedad en estos momentos, la dinámica de los procesos, hace que se requiera la profundización, no buscando la generalización, sino justamente las particularidades.

El llamado “marketing relacional” que apunta hacia la personalización de estrategias en productos y servicios, tiene que al menos tomar una dimensión que se centra en segmentos para poder llegar con estrategias diferentes a los públicos meta diferentes y más aún, a cada uno de los individuos en particular. La investigación cualitativa no tiene como propósito generalizar, sino profundizar en lo particular para encontrar explicaciones, de ahí que facilite la puesta en práctica de una de las premisas de la mercadotecnia que es elaborar estrategias diferentes para públicos diferentes. Es útil al gerente de salud para conocer qué está sucediendo en relación con un tema dado, qué es lo que la población o un

grupo hace, y qué significa para los protagonistas; intenta así, conocer la realidad en los términos en que las personas la viven y sienten.

Una metodología de investigación cualitativa puede resultar de gran valor cuando interesa conocer la experiencia particular de casos individuales y grupales, en su singularidad o cuando quienes toman decisiones desean entender la dinámica interior de determinadas situaciones y casos. Permite, por tanto, conocer la dinámica interior, información detallada y en profundidad con relación a un tema de salud donde es importante la diversidad, la idiosincrasia, los matices.

La investigación cualitativa permite realizar una labor exploratoria para construir instrumentos cuantitativos o emplearla cuando los instrumentos de investigación cuantitativa no pueden dar respuesta de la particularidad de los datos estudiados o se busca agregar profundidad, detalle y significación a las generalizaciones estadísticas y a los hallazgos de las encuestas. Incorporar el análisis cualitativo al estudio de los fenómenos actuales, implica profundizar en aquellos matices de la realidad que no pueden valorarse desde una perspectiva numérica y cuantitativa, pero encontrar la riqueza que ofrece lo cualitativo es en realidad difícil porque no se puede evaluar desde el punto de vista o visión de quien la analiza, sino desde la de aquellos que emitieron sus criterios y valoraciones. De ahí que la preparación de los instrumentos a utilizar sea muy compleja y tanto o más la búsqueda de la información y su posterior análisis.

En investigaciones de salud y de mercado, la técnica cualitativa es de gran valor para la toma de decisiones, pues permite encontrar las particularidades y las sutilezas que siempre van a escapar desde una perspectiva cuantitativa, más aún, cuando se buscan elementos para elaborar programas de cambios de comportamiento en salud.^(17, 18)

Pero lo más importante es que el investigador no se parcialice o “enamore” de un tipo de investigación u otra, sino que sepa encontrar en cada momento cuál es el método y la técnica que le dará respuesta a su problema de investigación, cuando tiene tiempo, recursos y condiciones para utilizar ambas, cuando no es necesario hacerlo y cuando si resulta imprescindible, que no intente hacer cualitativo lo que es cuantitativo y que no pretenda cuantificar lo cualitativo, que logre la integralidad en el análisis como clave de la confiabilidad de sus estudios.

Más sobre investigación de mercados y toma de decisiones en salud

La investigación estadístico-epidemiológica busca cada vez más su complemento en la investigación cualitativa, pues el mercado sanitario requiere que se conozcan cuantos, pero también tiene el imperativo de evaluar la necesidades de los individuos desde la perspectiva integral y dinámica,

profundizar en el conocimiento de los sustratos socioculturales y de los valores como condicionantes esenciales de las opiniones y comportamientos actuales y futuros de los individuos. Todo lo anterior permite actuar hoy y crear las condiciones para luego curar y, a la vez, prevenir en función de promocionar salud.

Se requiere contextualizar, lo que a nivel de laboratorio funciona de manera óptima, cuando se llega a la realidad con su riqueza en variables como la edad, el género, lo social, lo económico y lo cultural, para minimizar los riesgos de la descontextualización controlada que la investigación científica a veces conduce y que en la salud, como categoría social, tiene un impacto trascendente. Traer la investigación de mercados con una perspectiva cuantitativa y cualitativa en la captura de información y en el análisis a la agenda de los gerentes sanitarios, no es más que ampliar el espectro de alternativas y herramientas que pueden utilizar para mejorar su actuación, para tomar decisiones con un menor grado de incertidumbre y, por consiguiente, favorecer que estas sean más acertadas.

Economía y mercadotecnia de la salud son cada vez conocimientos que demandan los gerentes para llevar a cabo una gestión acorde a los retos que impone la sociedad moderna, donde la inequidad pone escollos a la universalidad que aspira la salud pública en el presente y donde la eficiente gestión tiene que buscar cada vez más el apoyo de la ciencia.

Referencias bibliográficas

1. Cerdà JCM, et al. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*. 1999;13(4):312-319. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71373-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71373-7)
2. Suárez L.N. *Marketing en salud: una perspectiva teórico-práctica*. Colombia; CATORSE. 2004.
3. Donabedian A. La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México*. 1986;28(3):324-327. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-31457>
4. Sonis A, Paganini JM. *La investigación de servicios de salud: problemas actuales. Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos, experiencias*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica. No. 519. pp 443-449. 1990. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-368877?lang=es>
5. Suárez LN. *Mercadotecnia y gestión sanitaria*. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2002;28(2):201-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp133h.pdf>

6. Suárez LN, Paz BJC. Procedimiento para estudiar la percepción de la calidad y satisfacción del paciente diabético con la atención recibida. Servicios de Salud. Estado de Hidalgo, México. 2004/2009. Revista Horizonte Sanitario. 2010;9(1):7-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845134004>
7. Hastings G, et al. The marketing book, 5^{ta} ed. UK: Butterworth Heinemann. 2002.
8. Malhotra NK. Investigaciones de mercados. Un enfoque práctico. 2^{da} ed. México: Prentice-Hall Hispanoamericana. 2000.
9. Suárez LN. Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. 2005. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34(1):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100013&script=sci_arttext
10. Góngora GLH, et al. Aplicación de la mercadotecnia social en los servicios y programas de salud en Santiago de Cuba. Medisan. 2016;20.4:490-497. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192016000400009&script=sci_arttext&lng=en
11. Vargas A. Investigación de mercados. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina. Fondo editorial Areandino. 2017.
12. Lamata F, et al. Marketing sanitario. Madrid: Díaz de Santos. 1994.
13. Goodchild MF, Haining RP. SIG y análisis espacial de datos: perspectivas convergentes. Investigaciones Regionales. Journal of Regional Research. 2005;6:175-201. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/289/28900609.pdf>
14. Priego AHR. Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2002.
15. León GR, Priego ÁHR. Satisfacción del usuario en el área de la consulta externa del centro médico del Instituto de Seguridad Social del Estado de Tabasco. Horizonte Sanitario. 2005; 4(2):63-71. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845044004.pdf>
16. Mercado FJ, et al. La atención médica a la enfermedad crónica, reflexiones sobre los procedimientos metodológicos de un estudio cualitativo. Revista Española de Salud Pública, 2002;76(5):461-71. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2002.v76n5/461-471/es/>
17. Stead M, Hastings G, Eadie D. The challenge of evaluating complex interventions: a framework for evaluating media advocacy. Health Education Research. 2004;17(3):351-64. Disponible en: <https://academic.oup.com/her/article/17/3/351/658581>
18. Callejo GG. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación, Revista Española de Salud Pública. 2022;76(5):409-22. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/170/17076504.pdf>
19. Conde F. Gabriel C. La evolución de la representación social sobre la salud de las mujeres madrileñas. 1993-2000. Revista Española de Salud Pública. 2002. 76(5):493-507. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_5/RS765_493.pdf
20. Jodelet D. El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. Cultura representaciones soc. 2008;3(5):32-63. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102008000200002

21. Suárez LN. Comunicación en estrategias de mercadeo social del condón masculino para la prevención del VIH/Sida en Cuba. Revista Comunicación y Salud. 2014;4(1):69-83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4956182>
22. Suárez LN. Mercadeo social y prevención del VIH/Sida. Isla de la Juventud. Cuba. 2013. Revista Horizonte Sanitario. 2014;13(2):177-87. Disponible en: <https://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD22388.pdf>

Calidad de los servicios de salud: perspectiva del usuario y el prestador de servicios

La competitividad a que conduce el desarrollo precisa en todas las esferas y, muy en particular en los servicios, una mayor calidad que posibilite su posicionamiento y por consiguiente, mayores ganancias. A la vez, el perfeccionamiento constante permitirá la conquista permanente de los mercados actuales y potenciales.

Posicionamiento de los servicios de salud

Los servicios de salud no están exentos y también son elementos a considerar en las condiciones de una sociedad como la cubana, donde el acceso a la salud y la gratuidad de los servicios sanitarios, constituyen sin lugar a dudas la conquista más preciada. El posicionamiento de los servicios sanitarios en Cuba, es el propósito por el que se trabaja, sin embargo, definir de manera clara cuanto se ha logrado en ese contexto puede resultar un problema complejo.

Si se parte del concepto de un servicio y su forma concreta de evaluación, este se determina por la aceptación del mismo, porque las personas acuden a él, porque supere a la competencia. Lograr que se posicione un servicio, implica que este tenga la calidad requerida y sea percibido por prestadores y usuarios, es por eso que, en términos de mercadotecnia, calidad y posicionamiento, son dos categorías en estrecha relación. La calidad de la atención es considerada un atributo que puede obtenerse de manera progresiva, en distintos grados y que implica el logro de los mayores beneficios de acuerdo con los recursos disponibles en el contexto socioeconómico en que se encuentre.

La OMS define calidad en salud como: “un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del usuario e impacto final en la salud”.⁽¹⁾ En este concepto de calidad en salud se establecen, de manera clara y precisa, la relación con los aspectos técnicos y humanos, económicos y sociales, así como el impacto logrado. Todos ellos considerando al prestador y al usuario.

En las condiciones de Cuba, con un sistema nacional de salud donde cada ciudadano se encuentra registrado con una historia clínica, para lo que se emplea

el término dispensarizado, en una unidad del nivel de atención primaria, que se denomina consultorio y pertenece a un área de salud que se identifica como policlínico; donde además este se encuentra vinculado a una institución del segundo y tercer nivel de atención, hospital e instituto, puede parecer como que no es posible hablar de posicionamiento en la forma tradicional en que el concepto es definido. No obstante, el grado de satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios, constituyen un excelente indicador para valorar la gestión sanitaria y el posicionamiento del servicio en los clientes externos, usuarios, y en los clientes internos, profesionales sanitarios.

En el presente capítulo se pretende analizar la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del usuario y del prestador de servicios de salud a partir de lo escrito e investigado al respecto, y desde el escenario y actores de Cuba, para conocer dónde se encuentra en la actualidad, hacia dónde hay que transitar y cómo la investigación puede favorecer para eliminar esas brechas, considerando las posibilidades que ofrece el enfoque de mercadotecnia aplicado a la salud. Se muestra a la vez la necesidad de profundizar en los modelos organizativos y de gestión que contribuyan a la eficiencia y satisfacción de los profesionales sanitarios, los determinantes de la satisfacción de los usuarios y que tengan como esencia la equidad y la universalidad del acceso a la salud.

La experiencia de Cuba ha sido considerada un paradigma para los países en desarrollo y muy en especial para Latinoamérica; por tanto, la valoración que se presenta constituye un punto de partida para las consideraciones que en otros contextos puedan hacerse con relación a los servicios públicos, su relación con el sector privado y el reto indiscutible que constituye la equidad para que proporcione también calidad y satisfacción en prestadores y usuarios.

Calidad y servicios de salud

Cuando trata el tema de la calidad en los servicios de salud, una cita obligada lo es el autor Donabedian, quien acuñó un concepto fundamental, su ya famosa triada de estructura-proceso-resultado, que se presenta a continuación:

- *Estructura*. Refiere a todos los atributos materiales y organizacionales, relativamente estables de los lugares en los que se proporciona la atención.
- *Proceso*. Incluye todo lo que los médicos y otros proveedores de atención hacen por los pacientes y la habilidad con que lo llevan a cabo, así como lo que los pacientes hacen por sí mismos.
- *Resultado*. Es lo que se obtiene para el paciente, más específicamente, un resultado supone un cambio en el estado de salud, para bien o para mal, que puede atribuirse a la atención bajo evaluación, incluyendo también la percepción general de la atención recibida.

De esta forma, Donabedian define las diferentes perspectivas bajo las cuales es posible evaluar la calidad, esto es, el juicio que se emita sobre la calidad de la atención dependerá de uno de los elementos o de las combinaciones de los tres.⁽²⁾

Otro autor importante en este tema es Ruelas,⁽³⁾ quien indica que la calidad de la atención no debe dissociarse de la calidad de la educación de los profesionales de la salud, ya que las relaciones entre ambas constituyen un ciclo reiterativo que puede convertirse fácilmente en un círculo vicioso o virtuoso, a menor calidad de la una, menor calidad en la otra o viceversa. Por consiguiente, es importante vincular los esfuerzos para incrementar la calidad en los dos ámbitos de manera armónica y coherente.

En ocasiones, la accesibilidad se encuentra desde lo conceptual, relacionada con la definición de calidad, ya que abarca repercusiones directas en la atención a la salud y que en su conjunto se conocen como las características de la accesibilidad a las organizaciones, siendo estas:

- Accesibilidad administrativa: se refiere a los tiempos de espera, trámites realizados para recibir consulta y el tiempo de consulta obtenido.
- Accesibilidad geográfica: distancia que recorren los usuarios para recibir atención en los servicios de salud más cercanos.
- Accesibilidad económica: interpretada como los costos que se generan al recibir consulta, incluyendo a los costos implícitos como son el transporte, los medicamentos, la alimentación y en ocasiones el hospedaje.

La mayor accesibilidad a los servicios de salud que tienen en general los grupos poblacionales de mayores recursos, los hacen de alguna manera más vulnerables al exponerlos a mayores riesgos, debido a la multiplicidad de alternativas tecnológicas para su atención. De acuerdo con esto, es posible señalar que existe una relación entre la cantidad y la calidad de los servicios proporcionados; si la cantidad de estos es insuficiente, los beneficios esperados tienden a disminuir, por el contrario, una excesiva cantidad de servicios puede conducir a un incremento en los riesgos a los que se expone al paciente. Esta relación entre cantidad y calidad también implica una relación entre costos, beneficios y calidad.

El propio Donabedian ha analizado esta relación, expresando que cuando la atención es excesiva y dañina, es más costosa y de menor calidad, cuando la atención es excesiva pero no produce daños es también más costosa pero ese costo no corresponde a los beneficios esperados y ello significa que no hay eficiencia.⁽⁴⁾

El tema en cuestión ofrece una gama de posibilidades a investigar en las condiciones de Cuba, donde las posibilidades que ofrecen la teoría y las herramientas de las ciencias económicas aplicadas a la salud, permitirán obtener

paradigmas propios de acuerdo a las características de un sistema de salud con total universalidad. Estos conceptos, sustentados en la investigación, constituyen un reto para el análisis de la calidad de los servicios de salud en condiciones donde la accesibilidad administrativa, geográfica y económica, posibilita la equidad y universalidad de la salud, pero donde se producen características diferentes a la de otros contextos en que se encuentran alternando la medicina privada y pública.

La situación descrita permite el estudio y la investigación precisamente en la relación costo-beneficio, vista desde su ángulo económico, pero también en su dimensión social, en lo referente al grado de satisfacción que se traduce en prestadores y usuarios, que es también el resultado de la valoración de la relación costo beneficio de lo que han ofrecido o de lo que han recibido. Esta relación entre beneficios-riesgos-costos, es denominada por Donabedian el “modelo unificado de la calidad”.⁽⁵⁾ Con este modelo, se incorpora por primera vez el concepto *costo* en la definición de la calidad, con lo cual, se da paso al análisis de las múltiples relaciones entre calidad y eficiencia y se aborda el tema desde la perspectiva que ofrece la economía de la salud.

Es entonces en la accesibilidad donde pueden ser analizadas las variables precio y punto de distribución, como dos de las cuatro Pes que tributan al posicionamiento de un servicio y por consiguiente a una valoración positiva de la calidad desde la perspectiva del usuario.

Donabedian, Ruelas y Frenk propusieron la existencia de tres tipos de eficiencia en los servicios de salud:

- Eficiencia clínica: el grado en que el médico combina tiempos y secuencias diagnósticas y terapéuticas para lograr un incremento en la salud, dentro de los límites de un gasto razonable.
- Eficiencia en la producción de los servicios: es la eficiencia con la que una institución produce los bienes y servicios que pone a disposición de los médicos.
- Eficiencia gerencial: produce políticas y servicios de soporte.

De entre todas estas, la eficiencia clínica forma parte del concepto de calidad, en tanto que las otras dos influyen en esta.⁽⁶⁾

Otra manera de analizar lo descrito, es desde la perspectiva de la mercadotecnia y sus dimensiones social y económica. La dimensión social es la que se relaciona con la satisfacción del cliente, en este caso el usuario interno y externo y la económica, porque en esa satisfacción se aboga a la vez por el máximo beneficio para el capital empleado. Cada uno de los enfoques expuestos constituyen puntos de partida para el análisis de la calidad, donde la mercadotecnia es una herramienta útil para lograrla.

Evaluación de la calidad en salud en el ámbito internacional

En 1960 se comenzó a realizar evaluaciones de la calidad de la atención proporcionada a pacientes externos, ejemplo de ello es el trabajo de Huntley, quien evaluó a un grupo de hipertensos a los cuales no se les proporcionó un diagnóstico congruente con su sintomatología cardiovascular.

En 1987 la OMS emitió una norma, con la denominada meta número 31 de Salud para Todos, al exigir a todos los países de la Comunidad Económica Europea (CEE) contar con programas nacionales de garantía de calidad para 1990 y en 1988 incluyó la garantía de la calidad en la agenda de su Comité Regional, el denominado Parlamento regional de la OMS; dicha organización también realizó reuniones anuales con asociaciones médicas en Europa y en la reunión de 1989 estableció a la garantía de la calidad de la atención como responsabilidad de todos los profesionales de salud.

En un esfuerzo por mejorar la calidad de los servicios en los hospitales de la región, en 1991 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales, elaboraron un modelo de acreditación de hospitales.⁽⁴⁾ El acontecimiento más importante fue la convocatoria de ambas organizaciones para diseñar estándares hospitalarios con el propósito de su acreditación en 1991, generando grandes actividades en los hospitales latinoamericanos debido a que muchas de sus necesidades primarias no se habían cumplido.⁽⁷⁾

Los tiempos actuales exigen considerar la calidad vinculada de manera estrecha a la eficiencia y viceversa. El reto de estos tiempos para todos los países, incluyendo Cuba, lo constituye disponer de una estrategia de atención a la salud que conduzca hacia la obtención de los mayores beneficios con los menores riesgos para los pacientes y al menor costo posible. Es por eso que para analizar la calidad es necesario considerar tanto la perspectiva del usuario como del profesional sanitario encargado de proyectar, ofrecer y dirigir los servicios.

Aun se puede apreciar la falta de consenso en la definición y determinación de las dimensiones constitutivas de la calidad de los servicios de salud, lo cual es de gran importancia pues a partir de dicha conceptualización resulta posible desarrollar instrumentos que permitan la medición fiable de lo que para los usuarios representa recibir en servicio de óptima calidad y por consiguiente el enfoque de mercadotecnia resulta vital. Es importante destacar, que el propio enfoque de mercadotecnia, si bien privilegia la percepción del paciente en la evaluación de la calidad del servicio en salud, no olvida en ningún momento la perspectiva médica y científica en la definición de estrategias de calidad para los servicios de salud.

Así, resulta interesante valorar que en los servicios de salud existe una gran asimetría de información,⁽⁸⁾ que a su vez genera consecuencias para su evaluación. En primer lugar, el usuario, consumidor o paciente, es dependiente de los profesionales sanitarios y muy en particular de los médicos; la intangibilidad en grado extremo de la calidad del servicio para el que lo recibe. A ello se une también la dificultad para definir estándares como patrones que permitan medir resultados esperados, dado entre otras, por la heterogeneidad tanto del propio servicio como de las personas que lo reciben por sus diferencias demográficas, culturales, económicas, por citar las más relevantes.

Algunos países han implementado la acreditación en los servicios salud como herramienta para el mejoramiento continuo de la calidad, con la cual las instituciones sanitarias desarrollan un proceso permanente y sistemático de autoevaluación interna y externa que les permite detectar oportunidades de mejora y afianzar sus fortalezas, lo que resulta en una mayor eficiencia y satisfacción de los pacientes.

Calidad total, alto desempeño y mercadotecnia

Como ha sido señalado con anterioridad, la calidad de los servicios en general y muy en particular de salud, tiene varios componentes y dimensiones, los que también son valorados desde diferentes perspectivas por los prestadores y usuarios. Donabedian,⁽²⁾ identifica también en la calidad tres dimensiones: técnica, humana y amenidades o comodidades, las cuales resultan muy apropiadas para el análisis de los servicios de salud con el enfoque social de la mercadotecnia. Con este enfoque, el análisis de las dimensiones señaladas, puede realizarse a la vez desde dos perspectivas, la del prestador de servicios y la del usuario de estos. Un buen análisis, será aquel que sepa integrar los elementos que aportan cada uno de ellos.

En particular, en los servicios de salud la dimensión técnica puede ser valorada por prestador y usuario, aunque no es menos cierto que la mayor objetividad y rigor estará precisamente en los profesionales sanitarios, siendo la elevación de la cultura de los usuarios la que permite acortar esta brecha y romper con la hegemonía en la relación del médico con el paciente.⁽⁸⁾ Si bien las dimensiones humanas y de amenidades o comodidades, no están exentas de este análisis, es obvio que ellas van a estar matizadas también de la cultura del usuario, pero muy en particular de las necesidades y expectativas que estos tengan con relación al servicio que van a recibir.

Estas dimensiones, además de lo relativo a la cultura de los usuarios referente al manejo de su salud, están relacionadas con su subjetividad, su estado de ánimo, características psicológicas, nivel socioeconómico, experiencias

anteriores, entre otras, lo que condiciona las expectativas que tienen con relación a los satisfactores de salud y los servicios asociados a ellas, los que a la vez conforman la imagen que tienen de los servicios a que acuden y serán, por consiguiente, el patrón de valoración de lo que reciben en ellos.

La denominada relación médico-paciente es mucho más amplia en una institución sanitaria a la que se establece con el médico, porque incluye a la enfermera y todo personal paramédico, así como laboratorio clínico, secretarías, recepcionistas, personal de limpieza y todo aquel, que de una forma u otra, se encuentra en contacto con el usuario. Esa relación interpersonal es la que en gran medida determina el grado de satisfacción de las necesidades y expectativas en materia de salud y tiene fundamental importancia en los procesos de mejora continua de la calidad de los servicios.

Los actuales enfoques de la gerencia y también los que se circunscriben a la gestión sanitaria, hacen uso de nuevas y variadas formas que promueven la cultura de la calidad total dentro de las organizaciones. El alto desempeño en la dirección y administración, está unido al protagonismo del cambio en los procesos gerenciales actuales, con rasgos muy característicos derivado de lo que representa la globalización para los servicios de salud, pues el libre comercio y los procesos neoliberales ejercen una marcada influencia en ellos.

Cuando se habla de calidad total, se está valorando esta calidad con relación a los paradigmas que predominan en el momento del análisis, no solo en lo referente al concepto de la salud, sino a las tecnologías y específicamente a las de la información y la comunicación, además en estos tiempos, al denominado enfoque de cliente. Es por eso que los estándares de los países desarrollados son reclamados y en ocasiones constituyen el patrón de comparación de los usuarios de los servicios de salud de los países de Latinoamérica, pues la globalización y las tecnologías de la información hacen que esto suceda de manera espontánea, muchas veces mediante las múltiples series de televisión, que en ocasiones cargadas de ficción, tienen como tema central la medicina, los médicos y las instituciones hospitalarias.

El achatamiento de niveles, como elemento importante en el cambio en lo que a organización se refiere, es una búsqueda del acercamiento entre el gerente y el cliente y no como consideran algunos una manera de eliminar personal y abaratar costos por ese concepto. Esta es una forma de eliminar intermediarios que como es conocido encarecen el servicio, pero que a la vez entorpecen el proceso de comunicación.

El conocimiento se convirtió en el pasado siglo en importante ventaja competitiva y no se trata solo del conocimiento de los avances de la ciencia y la técnica, sino en el conocimiento de la forma de pensar y actuar de los consumidores y usuarios, pues la razón de ser de toda entidad, ya sea productiva o de servicios, es satisfacer las necesidades, expectativas y deseos del

consumidor, en su condición de usuario o paciente. Es en este punto donde se inserta la mercadotecnia que, como herramienta de gestión sanitaria, procura la orientación de las instituciones hacia el mejoramiento en la calidad de vida y la mayor satisfacción de sus clientes, haciéndola más sensible hacia las demandas de los usuarios.^(9, 10)

El enfoque de mercadotecnia en la gerencia de los servicios de salud se centra en cómo mejorar y buscar la perfección, considerando las necesidades y demandas de los usuarios, lo que en otros términos puede expresarse en cómo mejorar cada vez más la salud de la población. La mercadotecnia es también una estrategia para facilitar el cambio en la organización.

Mercadotecnia: cliente externo y cliente interno

Cuando se habla de mercadotecnia y sus estrategias, siempre se recurre al tradicional enfoque y el conocido esquema nemotécnico de las 4 Pes, en inglés: *product, price, place, promotion*, elaborado por E. Jerome McCarthy en 1960. La combinación de estas cuatro herramientas o variables es la llamada mezcla de mercadotecnia o marketing mix.⁽¹¹⁾ Cuando se incluye en este enfoque el de Donabedian se incorpora la p de pláceme, como el componente de calidad en el servicio, la que también se une a la combinación o mezcla de mercadotecnia.⁽²⁾

Otro enfoque, es considerar que la quinta p se encuentra implícita dentro de la p de producto, que en este caso es el servicio, pero también es valedero señalarlo de manera independiente para indicar la importancia de la excelencia en el servicio que se recibe, así como el ofrecer el prestador y obtener el usuario, la máxima calidad, para que se sienta complacido en la institución sanitaria. Es en este punto donde es interesante detenerse para enfocar la problemática de la calidad de los servicios de salud, realizando el análisis desde el llamado enfoque de cliente, que visto de esta forma no es más que valorar la calidad desde la perspectiva de cliente o usuario, considerando a los trabajadores sanitarios como clientes o usuarios internos y aquellos que reciben el servicio sanitario como clientes o usuarios externos.⁽¹²⁾

En todo servicio esta relación es importante, sin embargo, en la esfera de la salud adquiere características que hacen la relación entre unos y otros fundamental y además matizada de ciertas peculiaridades que vale la pena estudiar con detenimiento. El diseño de los servicios se realiza por los profesionales sanitarios según sus criterios técnicos y profesionales, lo que ya permite calificar de muy complejo el servicio como tal, pues resulta indudable, que son profesionales muy calificados los que diseñan la estructura, equipamiento y proceso de un servicio de cirugía, donde además puede hablarse de características diferenciales para cada una de las especialidades médicas.

A la vez, estos servicios que se ofrecen satisfacen necesidades y demandas de los usuarios, que además son los encargados de su evaluación, de ahí que resulte necesario valorar de manera sistemática la percepción que tienen los consumidores sanitarios sobre las distintas ofertas de servicios médicos. En la valoración de la calidad del servicio es muy aceptado el enfoque que plantea realizarla desde las distintas dimensiones que tiene la calidad: técnica, humana y comodidades o amenidades; este análisis hay que hacerlo desde ambas perspectivas, la del cliente interno y la del cliente externo, definiendo, para cada una de ellas el peso que tienen en esas dimensiones.

En todo este proceso de análisis, se debe considerar, también, el papel que tiene la imagen de la institución sanitaria, pues esta se conforma día a día en el servicio que se ofrece, en esa mezcla de mercadotecnia que permite o no ofrecer un servicio de calidad total y que se convertirá en el sello que distingue esa institución *per se*, que además, precisamente, es lo que la diferencia de otras. Cada vez se encuentra con mayor frecuencia en el discurso de los gerentes el término “imagen corporativa” o “imagen institucional”, pero es lamentable que en muchos casos se considera que es un concepto que pueden elaborar los mercadólogos, comunicadores y publicistas, y “vender”, cuando lo que se trata es de una realidad a construir a partir de la misión y visión de la propia institución.

Si bien es cierto que la comunicación tiene un papel importante en la construcción de la imagen, esta no es más que una de las variables o herramientas del denominado *marketing mix*, que permite elaborar una estrategia de mercadotecnia. El servicio que se ofrece en cuanto a su calidad, vista desde las tres dimensiones ya señaladas: técnica, humana y amenidades, el valor que adquiere para los usuarios, la accesibilidad que permite, son las que, unidas a la comunicación, irán conformando la imagen como construcción mental que existe en la mente de los usuarios.

Esa comunicación no es solo vista como promoción para dar a conocer qué es, en qué consiste, qué representa el servicio que se ofrece. Es también lo que los propios usuarios refieren acerca de ella, es lo que cada cliente interno o prestador de servicios trasmite en su trabajo diario. No puede olvidarse que el mejor promotor de un producto o servicio es el cliente satisfecho y que no hay clientes satisfechos si los que le ofrecen el servicio no lo están. Ambas premisas tienen que sustentar toda estrategia de mercadotecnia de servicios y muy en particular de salud, donde la dimensión humana adquiere las mayores proporciones.

Es por eso que el usuario va a tener una imagen de la institución antes de recibir el servicio como tal, esa imagen no es más que una percepción a priori y posteriormente, al recibir el servicio. La imagen y la opinión son dos elementos fundamentales para evaluar “la salud” de toda institución y también de la sanitaria, pues se encuentra relacionada con el nivel de confianza que inspira la entidad, el

prestigio, ganado o no, entre sus clientes internos, prestadores de servicio y sus cliente externos, los usuarios.

Cuando una institución sanitaria tiene una imagen positiva, cuando los profesionales sanitarios se sienten parte de ella y orgullosos de integrarla, cuando la población quiere acudir a ella, en términos de mercadotecnia, se puede decir que está posicionada.⁽¹³⁾ En la valoración de la calidad, es oportuno considerar la presencia de los factores psicosociales, donde el aspecto relativo a la cultura constituye un elemento de gran importancia. En la medida en que es mayor la cultura de la calidad, mayor es la exigencia de los usuarios y por consiguiente mayores son las expectativas. De ahí que un mismo servicio pueda ser evaluado de forma diferente por clientes internos y externos refiriéndose a la misma institución y servicio.

De acuerdo al posicionamiento que tenga la institución sanitaria y los servicios de salud en general, así será la imagen de los usuarios, si tienen posicionamiento en la población, su atención médica es considerada de calidad, situación que se encuentra avalada por la opinión de sus usuarios.

Perspectiva del usuario y del prestador de servicios sanitarios

Cuando se analiza la calidad del servicio sanitario desde la perspectiva del principal prestador, el médico, en el proceso de consumo en salud bajo un enfoque mercadológico, ello permite una valoración tomando en cuenta varias dimensiones de análisis: condiciones de trabajo, problemática laboral, calidad percibida del servicio prestado y conocimiento del consumidor sanitario, así como la cultura médica.

En lo referente a las condiciones de trabajo se valoran como variables fundamentales los deseos, expectativas y necesidades laborales satisfechas o no. En cuanto a la problemática laboral se refiere, es importante considerar el medio ambiente en que se desenvuelven los profesionales médicos y si este es propicio para ejercer la práctica en cuestión, si las instituciones mantienen programas de capacitación periódica para su personal, el salario y si este resulta suficiente o no y como es comparativamente con relación a otras profesiones o instituciones similares. También debe considerarse el papel de los insumos, las desviaciones de un nivel a otro de atención, problemas de organización y excesivos trámites burocráticos.⁽¹³⁾

En la calidad percibida del servicio prestado, se toman en consideración la opinión sobre el tratamiento técnico, humano y del ambiente de la atención, tanto propio como el de la institución prestadora del servicio. El conocimiento del

consumidor sanitario, el grado de apreciación del enfermo o usuario, así como de sus motivaciones en la utilización de los servicios de salud.

La cultura médica es otra variable a considerar y ella se refiere al grado de información que tiene la población sobre la medicina alopática y la influencia de esta en la utilización de servicios sanitarios.⁽¹⁴⁾ En algunos contextos, como el caso de Cuba, la medicina natural y tradicional se incorpora al análisis como un elemento importante y con base científica, aunque se encuentra expuesta a las dudas existentes al respecto. La disposición de curar es privilegiada a la de prevenir enfermedades por la mayoría de los médicos, lo cual tiene entre sus determinantes, en gran medida los aspectos culturales, tanto en los profesionales de salud y sus autoridades como en los propios usuarios.

Es interesante valorar al respecto, que con independencia que el discurso actual ofrece una perspectiva muy importante a la prevención y la promoción de la salud, cuando se analizan los recursos que se colocan en función de ella, estos siguen siendo ínfimos y también en la propia formación académica de los profesionales sanitarios se enfatiza en la importancia de los aspectos curativos y no de los referentes a la promoción de la salud. También es importante el conocimiento de las perspectivas de los principales actores del proceso de la atención médica, profesionales de la salud y usuarios, ya que resulta indispensable en el mejoramiento de la calidad y eficiencia de la atención médica. A través de la identificación de las necesidades, expectativas y deseos de los consumidores es posible satisfacer sus necesidades y demandas.

En la medida que es mayor la comunicación entre usuarios y profesionales de la salud, pues esta identificación será mayor y mayor también será la posibilidad de satisfacerlas e inclusive de anticiparse a estas y de crear un clima de corresponsabilidad entre ambos en lo que respecta a la salud. El mejoramiento de la calidad a un nivel organizacional amplio, procura el máximo beneficio de los productos, procesos de atención, a favor de los clientes externos, usuarios o consumidores, considerando en ella la perspectiva del cliente interno, trabajador y profesional sanitario, dado que “no se puede tener satisfechas las necesidades de los clientes externos, si previamente no se satisfacen las de los clientes internos”.⁽¹⁵⁾

La satisfacción en el trabajo puede ser similar a una actitud que se consideraría como la base de ciertos comportamientos, entonces, el nivel de autonomía en el trabajo se convierte en un elemento primordial de la satisfacción. El tema de la autonomía se torna cada vez más interesante en lo referente a las tendencias actuales de búsqueda de la calidad basados en la participación y el enfoque de cliente, pues se incorporan sus propias expectativas al proceso de conformación de procesos y por tanto se produce un mayor acercamiento a lo que estos aspiran recibir.

La autonomía del trabajador sanitario apunta como un elemento de gran importancia para producir satisfacción en él desde su condición de cliente interno, por lo que la organización debe tomarlo en cuenta para que se considere un elemento motivador que constituya la base de una actitud positiva hacia el trabajo y que por ende produzca también satisfacción en los usuarios.

El trabajador puede actuar con libertad para ajustar el servicio que ofrece a las características del usuario desde la autonomía que ejerce; esta personalización repercute en la calidad percibida por el mismo y la satisfacción con el resultado. Para la base en el desempeño de una óptima autonomía, es necesario una correcta organización del trabajo donde se reduzca al máximo la variabilidad asentada en la protocolización, las normas y guías de trabajo, pero siempre encaminadas a facilitar la realización del trabajo, a mantener un adecuado flujo que permita una armónica relación entre oferta y demanda y que no conlleve a la burocratización que se conoce tiene consecuencias negativas tanto para el cliente interno como el externo.

En las instituciones de salud, el médico por lo general considera que se ve impedido de realizar, de manera correcta, su ejercicio profesional, por diversas problemáticas laborales. La falta de insumos, elevado número de consultas, falta de comunicación entre el personal médico, son las de mayor referencia. No obstante, cuando se evalúa en términos de calidad del trabajo que ofrecen esta tiende a ser sobrevalorada.⁽¹⁶⁾

En general, el prestador sanitario tiene un conocimiento bien definido sobre el consumidor o usuario, lo cual está dado por la información disponible sobre él, pero casi siempre se limita a la historia clínica, la cual, si bien contiene toda la información o al menos la más importante, realiza una lectura centrada en los aspectos biológicos del individuo y no en los psicológicos, sociales y económico, y mucho menos plantea cumplir un análisis antropológico que facilite una comprensión cultural e integral al respecto. Las investigaciones realizadas en otros países, permiten conocer que la mayoría de los médicos consideraron que prestan sus servicios dentro de un buen ambiente laboral, en particular los médicos especialistas y los de mayor antigüedad en el trabajo. La insatisfacción, en la mayoría de los casos, se centra en el salario y los reducidos estímulos institucionales.^(17, 18, 19)

El apoyo institucional para la canalización de pacientes a una institución de especialidad es prácticamente incuestionable, ya que perciben una alta disposición para la solución de sus problemas. Este indicador es muy importante, ya que toma en cuenta el diagnóstico de los profesionales de la salud, quienes al percibir que los pacientes son manejados con la importancia que requieren, se sienten satisfechos para con ellos y con la institución en la que laboran. La mayoría de los profesionales sanitarios se encuentran satisfechos con el trabajo que desempeñan dentro de la institución, ya que “por medio de sus

conocimientos y experiencias pueden ayudar a resolver problemas patológicos que presentan los pacientes” y la insatisfacción por lo general se centra en causas que están fuera de su control, es decir, la falta de material e insumos necesarios que limitan en un momento dado su labor médica.⁽²⁰⁾

Referente a la calidad percibida por el servicio prestado, por lo general se sienten satisfechos con el tratamiento que ofrecen, esto es, consideran que proporcionan el adecuado y completo que requieren sus pacientes. También hay planteamientos que refieren, como factores que afectan el desempeño de sus labores, el burocratismo, autoridades autócratas y falta de comunicación entre jefe y subalternos.⁽¹⁸⁾

En general, existe entre los profesionales sanitarios, en mayor proporción los médicos, la confianza en la formación profesional recibida, la cual en ocasiones responde a la imagen que tienen las instituciones académicas en ciencias de la salud, que aunque en gran medida es congruente con la realidad, puede considerarse que la continuidad de los estudios y la actualización en los nuevos paradigmas de salud y sobre todo, en sus satisfactores, son aspectos que se han quedado algo rezagados y se encuentra en dependencia de actitudes más personales que institucionales.

Un punto que resulta de poco conocimiento, es el de los derechos de los pacientes, el cual ha podido ser constatado en diversos países de América Latina. Estos derechos fundamentales son los siguientes: derecho a la seguridad y a la salud refiriéndose a la atención médica, a medicamentos, a la atención integral, a que se les proteja o se les cure, y una consulta de calidad. Los derechos a la privacidad o intimidad personal, respeto a la persona del paciente, individualidad, a la información, explicación, hablarle con franqueza al paciente, se encuentran entre los más importantes.⁽²¹⁾

El tema de los derechos de los pacientes debe incorporarse al concepto de conocimiento de los usuarios si se analiza desde la óptica del prestador de servicios y al de percepción de la calidad desde, en el caso del usuario. En la medida en que el prestador tenga presente los derechos de los usuarios, tendrá más clara las responsabilidades y la dimensión técnica, así como las relacionadas con la dimensión humana. La cultura del usuario lleva también implícito el conocimiento de sus derechos como paciente y el importante papel que asume en su carácter indiscutible de juez supremo de la calidad.

Mejoramiento continuo de la calidad

El mejoramiento continuo de la calidad incluye tres conceptos fundamentales: la corrección de los errores y las fallas que ocurren en el proceso productivo o de servicios; la modificación de ellas mediante la invención que

permita transitar a etapas superiores de calidad superando lo que se ha logrado con anterioridad y que se consideraba que estaba bien y el horizonte temporal representado por un proceso interminable. El proceso de mejoramiento continuo de la calidad (PMC) se plantea, en primer lugar, la creación de un ambiente propicio en el cual se comprometa a la gerencia y los trabajadores a mejorar los servicios y programas de salud, haciendo énfasis en la perspectiva del usuario, analizando los procesos de trabajo y motivando a todo el personal a participar en un esfuerzo continuo para mejorar la calidad.

En segundo lugar, es de destacar, que se considera un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los usuarios. Cuando no se obtiene la satisfacción, no se considera de calidad. Si un usuario no sale satisfecho de un consultorio de un médico, si no se cumplen sus expectativas, no percibirá que fue atendido de buena manera y no considerará que recibió una atención de calidad. No importa que el profesional piense o esté convencido de que hizo un buen trabajo desde el punto de vista técnico y que cumplió exactamente con el proceder establecido, como tampoco importará al paciente, los resultados médicos que obtenga del tratamiento recomendado.⁽¹⁴⁾

El tercer elemento a señalar es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra puede ser considerado como de regular o inclusive mala calidad. El grado de exigencia depende de una serie de factores, siendo fundamentales aquellas de orden cultural, social y económico. Los estudios realizados permiten plantear, referente a servicios de salud, que en la medida que el nivel cultural de la población es mayor, más altas son las expectativas.⁽²²⁾

En el caso de Cuba, el alto nivel cultural y la imagen de excelencia en salud reconocida a nivel mundial, hace que las expectativas con relación a la calidad de los servicios de la población en general sean muy elevadas, por lo que esperan además de una atención técnica de alta calidad, un trato humano, cálido y que las llamadas comodidades o amenidades también satisfagan sus expectativas. Las comodidades o amenidades se pueden traducir en las condiciones del local, el tiempo de espera, el tiempo de remisión de un servicio a otro, por citar los más importantes. Quiere decir, que el usuario del servicio de salud en Cuba es exigente y su exigencia está condicionada a la imagen de la salud que ha sido construida.

En lo que a calidad de servicios se refiere, también se puede hablar de calidad técnica y funcional. La primera está referida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acorde con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica y la calidad funcional es conocida como la

manera en que se brinda el servicio, además de cómo la persona percibe que es atendida.⁽²⁾

La condición técnica de la calidad en salud, es algo intrínseco, ya que debe ser siempre aplicada guardando los más altos índices en lo que concierne al contenido técnico-científico del acto médico como tal y existen los mecanismos administrativos establecidos para velar por ella. Además, la propia satisfacción de los prestadores de servicios de salud en cuanto a la percepción de la calidad, están determinadas por las posibilidades reales que tienen de ofrecer esta dimensión de la calidad. El prestador de servicios de salud sobrestima la calidad técnica y, en general, subestima la calidad funcional.^(12, 13, 15) Sin embargo, desde la perspectiva del usuario, aunque no se pueda decir que subestima la calidad técnica, generalmente la coloca en segundo lugar, pues valora en mayor medida la calidad funcional.

Como esta dimensión tiene una gran carga de subjetividad, la valoración resulta un tanto difusa, porque no pueden definirse, de manera concreta, los parámetros en los que se puede fundamentar la calificación, si determinado servicio profesional ha guardado adecuados estándares de calidad funcional o subjetiva y hay que hacerlo con base en encuestas de satisfacción a los pacientes o el empleo de otras técnicas de investigación cualitativa. Es por ello, que para definir la calidad, hay que considerar las expectativas de los usuarios y entonces describir el servicio a ofrecer y la misión a cumplir con base en satisfacer o superar las expectativas, las cuales se encontrarán a la vez en dependencia del referente que tengan de la imagen.

Mientras que la norma o estándar para la calidad técnica es algo que de forma clara se define, para la calidad funcional va a estar en dependencia de múltiples variables y factores. Un gran problema se presentará si lo que los profesionales de la salud tienen como concepto de calidad funcional, no es coincidente con lo que piensan los pacientes.

Por otra parte, la intangibilidad y variabilidad de los servicios, como característica de ellos, también hace más difícil la valoración de la calidad, fundamentalmente la funcional, ya que no se repite de manera regular con resultados exactos y porque el usuario es parte intrínseca de la prestación.⁽²¹⁾ Derivado de ello y en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios, al punto de centrar en los clientes la estrategia gerencial, es que aparecen nuevos enfoques en mercadotecnia y hoy se habla de personalización de los servicios y marketing relacional, precisamente para hacer énfasis en el concepto de que el servicio que se ofrece tiene que ser también un traje a la medida del usuario y que ello solo se logrará cuando exista una estrecha relación entre prestador y usuario, y un gran conocimiento de este último por la institución sanitaria.

En la medida que el usuario o paciente tiene mejor manejo de su enfermedad, tendrá una percepción más objetiva de si la calidad que se ofrece en el servicio

de salud es la adecuada. Si la evaluación está realizada sin los conocimientos suficientes, ello puede sesgar en dirección positiva o negativa el grado de satisfacción con el servicio que recibe y los criterios que emite al respecto. Los indicadores de calidad en la atención a los pacientes deben ser establecidos por los profesionales sanitarios que son los que conocen realmente el proceso necesario a seguir en la práctica médica.⁽¹⁵⁾

No obstante, todo lo definido hasta el momento y la importancia que tiene la investigación para trazar una estrategia de mejoramiento de la calidad, es muy cierto el planteamiento de Avedis Donabedian⁽²⁾ cuando señala que “cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”. Lo importante es que en ella se consideren los roles que tiene el cliente en ese proceso y que él conceptualiza de la forma siguiente:

- Definidores de la calidad.
- Evaluadores de la calidad.
- Informantes de la calidad.
- Coproductores de la atención.
- Ejecutores de la garantía de calidad.
- Controladores de los prestadores.
- Reformadores del servicio de salud.

Para tener servicios de excelencia hay que pensar en las dimensiones en que el usuario y el prestador de servicios las valoran, apoyarse en las fortalezas y encontrar las oportunidades, así como trazar una estrategia que permita eliminar las amenazas, deficiencias y dificultades.

Cómo investigar sobre el tema

La importancia que se ha visto tiene la satisfacción de prestadores y usuarios y las características peculiares de los servicios: intangibilidad, variabilidad y carácter perecedero, que hacen que la evaluación sistemática y objetiva se convierta en un aspecto central para garantizar la calidad. La investigación se coloca entonces como otro punto importante a considerar, por lo que resulta conveniente detenerse en su análisis.

En primer lugar, para establecer los niveles de calidad percibida de las instituciones de salud en la población y definir la imagen y opinión de tales servicios, se deben realizar estudios observacionales y descriptivos transversales, así como utilizar muestras probabilísticas que permitan obtener representatividad en los resultados de la población estudiada. La determinación de la calidad percibida de los servicios médicos implica conocer la percepción de los servicios, patrón de consumo y actitud hacia el consumo, para lo cual lo más

conveniente es la técnica de encuesta, elaborando para cada situación particular el cuestionario como instrumento recolector de información.

Las encuestas permitirán una valoración que, por lo general, está centrada en la calidad funcional y no se puede olvidar la importancia de la calidad técnica, de ahí que la observación y el criterio de expertos sean técnicas de gran utilidad para corroborar y complementar los análisis. La definición operacional de las variables debe hacerse con base en las condiciones específicas de cada lugar y momento, no obstante, la calidad técnica debe tomar como referentes al profesionalismo, prestigio médico, especialización y equipo de trabajo; la calidad humana, el trato interpersonal, la calidez, seguridad, confianza y comunicación y en amenidades el confort, mobiliario y el ambiente físico adecuado.⁽⁹⁾

Con anterioridad se definió la imagen como la percepción *a priori*, es decir, una impresión valorativa sin haber hecho uso de la asistencia sanitaria y la opinión como la percepción *a posteriori*, esto es, la emisión de un juicio posterior a la utilización de los servicios de salud. Tanto imagen como opinión, están mediatizadas por valores sociales.⁽⁴⁾ Para el procesamiento y cálculo de los estimadores de las variables de interés, se recomienda el análisis bivariado. La mayoría de las investigaciones que se han podido revisar han empleado el Statistical Package for Social Sciences, que permite obtener las frecuencias relativas y determinar la significación estadística a través de la prueba de la Ji-2, al utilizar un $\mu = 0,05$ y establecer la existencia de una posible diferencia significativa entre los niveles de confianza. También puede realizarse una prueba de hipótesis para la diferencia de proporciones.

Estos elementos tienen un carácter eminentemente subjetivo, resulta interesante unir a este análisis elementos objetivos como el conocimiento de los recursos humanos y materiales de que disponen las unidades objeto de estudio, para valorar la relación existente entre estos y la evaluación que realizan los usuarios de los mismos. Se debe tomar en consideración los recursos humanos y materiales de que se dispone, la evaluación de si estos resultan suficientes y adecuados, para después establecer la relación existente entre el aspecto objetivo y la percepción de calidad en su carácter subjetivo. La evaluación del desempeño, es una de las formas en que puede evaluarse lo relacionado a los recursos humanos, así como la acreditación de las unidades y los informes administrativos referentes al cumplimiento de normas, los indicadores de salud, entre otros.

La calidad técnica es considerada la competencia tanto del personal, nivel de preparación profesional como de la tecnología médica de que dispone, equipos, instalaciones, procedimientos, fármacos, pero también de su capacidad organizativa; por lo que de acuerdo a este último aspecto, la burocracia, afecta a esta dimensión de la calidad. Los estudios sobre calidad de servicios de salud que unen en su análisis la perspectiva de prestadores y usuarios con una exploración

profunda y enfoque científico, tienen una corta historia, pero en la literatura revisada se puede encontrar algunos que apuntan la presencia de asociación entre los insuficientes recursos y conflictos con los usuarios, lo que en general se agrava cuando esta situación se deriva de una deficiente dirección e incapacidad de los gerentes.

Todas estas recomendaciones en el orden metodológico tendrán que ser adaptadas a las condiciones específicas de cada momento y lugar, las cuales permitirán definir, dentro del arsenal de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, cuáles son más adecuadas y cómo combinarlas para obtener los resultados más confiables.

Servicios de salud en Cuba y la valoración de la calidad

La calidad de los servicios de salud en cualquier país, está sujeta a las características específicas en el orden social, económico e histórico, independientemente de los principios generales que sustentan la calidad en cualquier contexto y actividad. La forma en que es considerada la salud dentro de la constitución de cada país determina en gran medida la organización y acceso a los servicios sanitarios, así como la distancia que media entre la realidad y el concepto de universalidad de la salud. Estos son algunos de los determinantes que mediatizan la valoración de la salud y sus satisfactores y que, por consiguiente, se encuentran presentes en la percepción de la calidad de los servicios de salud por prestadores y usuarios.

Si se analizan las condiciones de Cuba, se encuentra que la imagen de los servicios médicos puede ser subestimada por la población y estos ser percibidos como una opción que promete mayor satisfacción de la que en realidad ofrece, dada la ausencia de servicios privados y la sobre valoración de estos, por constituir una opción no disponible y existir una construcción mental ideal a partir de la imagen que ofrecen los medios de comunicación social de otros países y las descripciones de producciones fílmicas.

Expresado en otros términos, la competencia de los servicios de salud en Cuba, en gran medida lo constituyen servicios privados del mundo desarrollado, que no son más que ideales construidos por los medios de comunicación y que como no pueden ser constatados en la realidad, por consiguiente se convierten en modelos ideales. Lo anterior quiere decir que compite percepción como vivencia real, con imagen como categoría ideal no posible de constatar en la realidad.

Para hacer más clara esta explicación puede asemejarse a la construcción de la imagen de la mujer o del hombre que utiliza determinado producto, digamos un cosmético y que la publicidad la asocia en sus mensajes a un hombre

atractivo y viril o a una mujer bella y sensual. Si el individuo no tiene disponible el producto continuará idealizando esta imagen construida al no poderla constatar con la realidad.

Por otra parte, la realidad que existe para los pobres de los países en desarrollo es una situación que un elevado número de la población cubana no conoce de cerca, no la tiene como vivencia, pues constituye una de las primeras conquistas de la Revolución y solo fue realidad para la población que en la actualidad es mayor de 60 años, quiere decir que también es una imagen que no se puede constatar con la realidad.

La imagen que en general existe acerca de los servicios privados, es que estos tienen altos estándares de calidad técnica, calidad relacional y comodidades o amenidades en su prestación, ya que así es como se valoran por los usuarios de los países donde este existe. Sin embargo, en los estudios realizados en México,⁽¹³⁾ por ejemplo, se encuentra que esta sobrestimación puede entenderse a través del nivel de confianza que inspiran, pero que para quienes en realidad los utilizan, esto es, estratos socioeconómico medio alto y alto, no es tan elevado como pudiera esperarse.

Caso contrario ocurre con la imagen de los servicios públicos, con una percepción desfavorable; pero que, cuando se considera la opinión de sus usuarios, su atención les merece una elevada confianza. Si se resume lo referente a la situación existente entre servicios privados y públicos, se encuentra que en el orden de la calidad en su componente técnico, la realidad es que los servicios públicos superan a los privados, mientras que la dimensión humana y la de amenidades o comodidades el sector privado supera al público.

El reto se encuentra entonces en cómo conjugar las fortalezas y compensar las debilidades, pues es evidente que la percepción de la calidad es un concepto que integra estas dimensiones y se traduce en la imagen y la opinión. Una valoración paternalista por parte de los usuarios, minimiza los errores y maximiza los aciertos. De ahí que resulte necesario elevar la cultura de calidad de servicios en los usuarios para que contribuya a elevar la responsabilidad con la calidad del prestador de servicios.

Cuando se analiza la calidad del servicio sanitario en Cuba, en la realidad concreta del país, desde la perspectiva del principal prestador, el médico, en el proceso de consumo en salud bajo un enfoque mercadológico, dimensiones de análisis que son tomadas como base y que hay que valorarlas en función de las condiciones socioeconómicas y la cultura.^(21, 23) Las condiciones de trabajo, problemática laboral, calidad percibida del servicio prestado y conocimiento del consumidor sanitario, tienen sus matices y peculiaridades que requieren ser estudiadas a profundidad.

La revisión de algunos estudios encontrados en la literatura nacional actual^(24, 25, 26) hacen pensar que las condiciones de trabajo han sido consideradas en función de

los elementos fundamentales desde el punto de vista técnico, esto es, para garantizar los requerimientos sanitarios, pero que el ambiente laboral en el que se desenvuelven los profesionales médicos para ejercer la práctica en cuestión, es mucho más amplio e incluye lo que pueden ser también comodidades o amenidades para el cliente interno.

Una situación económica como la tiene el país, no permite disponer de recursos suficientes como para garantizar de forma total esta dimensión de la calidad en el sistema de salud y que por demás, sí responde al paradigma de la universalidad, priorizando, por razones obvias, la dimensión técnica y haciendo énfasis en la posibilidades que ofrece la dimensión humana de compensar las expectativas que en cuanto a las amenidades no se pueden ofrecer. Un programa intensivo de asignación de recursos a las instituciones sanitarias se pone en marcha desde el año 2003, que en la segunda década del siglo XXI se une al denominado programa de transformaciones para lograr la excelencia en los servicios de salud, también desde esta dimensión, centrado en una mejor distribución de los recursos humanos y materiales.

Otro aspecto a considerar en las condiciones de trabajo, es el referido a la capacitación del personal y es ahí donde se encuentran otras especificidades en el contexto cubano. Existen programas de capacitación de posgrado, muy bien diseñados y armónicos para todos los profesionales del sistema nacional de salud, con independencia de la ubicación geográfica del profesional sanitario en el sistema de salud.

No obstante, este aspecto, que constituye un reclamo en otros países y que los profesionales tienen que pagar por ello, en Cuba se recibe de forma gratuita pero no es valorado como debiera por los beneficiarios pues constituye algo común y cotidiano. El salario y si este resulta suficiente o no y cómo es en comparación con relación a otras profesiones, constituye otro de los aspectos a considerar en las condiciones de trabajo y que ya tiene una situación favorable para los profesionales de salud en Cuba, aunque queda pendiente estudiar la repercusión que ha tenido en la calidad del servicio y en la satisfacción de los prestadores de servicios.

Los aspectos de orden organizativo constituyen elementos que en todos los contextos en general son valorados de manera negativa por los profesionales sanitarios que se encuentran directamente en los servicios. Algunas de estas valoraciones negativas tienen un fundamento cierto, pues los que programan los servicios no siempre están cercanos a la ejecución y no siempre toman en cuenta el importante papel de los insumos, las relaciones que tienen que existir entre los diferentes niveles de atención y cargan al prestador de servicios de excesivos trámites de documentación que en ocasiones son considerados como burocráticos.

Aún en las condiciones de Cuba, la disposición de curar es privilegiada a la de prevenir enfermedades por la mayoría de los profesionales sanitarios, desde la dirección hasta el servicio, lo cual tiene su raíz en el proceso académico y formativo en el pregrado, estando por consiguiente determinado en gran parte por aspectos culturales tanto en los profesionales de salud y sus autoridades como en los propios usuarios.

Es interesante valorar al respecto, que con independencia que el discurso actual a nivel internacional ofrece una perspectiva muy importante a la prevención y la promoción, cuando se analizan los recursos que se colocan en función de ella, siguen siendo ínfimos y también en la propia formación académica de los profesionales sanitarios se enfatiza en la importancia de los aspectos curativos y no de los referentes a la promoción de la salud. Este argumento ya ha sido señalado con anterioridad, pero es importante recalcarlo porque mientras no se solucione seguirá prevaleciendo el enfoque curativo y no preventivo en la salud.

Es importante el conocimiento de las perspectivas de los principales actores del proceso de la atención médica, profesionales de la salud y usuarios, ya que resulta indispensable en el mejoramiento de la calidad y eficiencia de la atención médica. A través de la identificación de las necesidades, expectativas y deseos de los consumidores, es posible satisfacer sus necesidades y demandas. En la medida que es mayor la comunicación entre usuarios y profesionales de la salud, pues esta identificación será mayor y mayor también será la posibilidad de satisfacerlas e inclusive de anticiparse a las mismas y de crear un clima de corresponsabilidad entre ambos en lo que respecta a la salud.

Referente a la perspectiva del usuario, los estudios realizados en Cuba muestran las mayores frecuencias que provocaban insatisfacción en estos: trato inadecuado a pacientes y familiares; extravío de documentos; suspensión e impuntualidad de las consultas; malas condiciones en las unidades y el incumplimiento de las ordenanzas sanitarias por insuficiente control de los niveles superiores del sector. Los principales problemas de insatisfacción identificados en los cortes evaluativos, de acuerdo a la perspectiva de usuarios y prestadores, han estado vinculados al tiempo de espera, limitaciones en la oferta de los servicios, ingreso hospitalario, medicamentos, permanencia del médico y enfermera de la familia en el consultorio, condiciones físicas de las instalaciones para trabajar, disponibilidad de personal, estimulación a los trabajadores, salarios, carga de trabajo, superación, transporte sanitario y alimentación de los trabajadores.

Desde el punto de vista de los usuarios se ha apreciado, que las unidades de salud con mayor proporción de satisfacción de manera general son los institutos del tercer nivel, donde la especialización de los profesionales es superior y donde en general existen mayores recursos para la atención, mientras que en las

clínicas estomatológicas y las ópticas prevalece la insatisfacción, centros que también traen asociados una deficiencia en los insumos requeridos para la realización del trabajo, situación que ha ido mejorando con la asignación de recursos. El tiempo de espera y las condiciones en las instalaciones del primer nivel de atención son los puntos centrales de insatisfacción en los usuarios.

Por su parte, los prestadores de los servicios han considerado que las condiciones de trabajo, el transporte, la alimentación, el agua para tomar, los servicios sanitarios y la disponibilidad de recursos para trabajar, son las primeras causas de insatisfacción. Otros aspectos mencionados como fuente importante de insatisfacción entre los trabajadores han sido la falta de disciplina y de control en la organización del trabajo de los servicios; insuficiente motivación y reconocimiento del trabajo de los médicos y enfermeras de la familia y la falta de capacidad resolutoria en los servicios.

Como una alternativa interesante pueden señalarse los esfuerzos realizados para controlar la dimensión técnica de la calidad a partir de la clara definición de la responsabilidad de la institución sanitaria con el cumplimiento de lo que desde ese orden debe ejecutarse para garantizar la calidad de la atención médica, mediante el establecimiento de acciones regulatorias y normativas por las diversas especialidades médicas conformando los manuales de procedimientos.

Para obtener la valoración de los usuarios se encuentran las Oficinas de Atención a la Población en unidades de salud e instancias administrativas a los tres niveles de atención, encargadas de la recepción de las quejas y reclamaciones de la población dentro del sector salud. Conceptualmente, es una definición acertada para obtener información, pero en realidad su funcionamiento no siempre posibilita el cumplimiento de lo que se pretende, por lo cual es un problema clásico de calidad funcional.

Las indicaciones metodológicas del Ministerio de Salud Pública, para el perfeccionamiento de las actividades del sector, contienen las estrategias y programas priorizados de salud dentro de los que se enmarca, como un principio, la satisfacción de la población con los servicios de salud. La evaluación de la competencia, el desempeño profesional y el sistema de créditos académicos de posgrado para el incremento de la calidad de los recursos humanos, constituye otra forma de contribuir, mediante la calificación de los profesionales sanitarios, a la elevación de la satisfacción con los servicios de salud. Para garantizar el cumplimiento de lo establecido se realizan la asesoría y la evaluación técnico-profesional por todas las áreas del MINSAP y las direcciones nacionales.

Investigaciones realizadas en Cuba han mostrado que los pacientes, en general, se consideran satisfechos con el nivel de competencia científico-técnica de los trabajadores de la salud. La preocupación principal estriba en percibir que esa alta competencia se ejercite y se sitúe totalmente en función de resolver los problemas concretos de salud, lo cual en cierta medida resulta contradictorio y

que puede derivarse de que se valora a partir de la dimensión humana, que es evidente se traduce en las relaciones de comunicación entre usuario y prestador y entre este, la familia y la comunidad.⁽²⁴⁾

De ahí, que el papel del gerente de salud, se torne cada vez más importante en cuanto es el mediador entre el sistema de salud y los prestadores y usuarios de los servicios de salud, siendo el encargado de velar porque las relaciones entre ambos sean adecuadas y armónicas para posibilitar la calidad en el servicio que se ofrece, que es la razón de ser del sistema sanitario.

Consideraciones finales

Los estudiosos del tema coinciden en que las particularidades de los servicios resultan aún más importantes y diferenciales cuando se trata del sector salud, entre las que se pueden citar en primer lugar, la participación del paciente y su familia e incluso en ocasiones la comunidad en el proceso, pues tanto de la información que esto aporte al diagnóstico como la adherencia al tratamiento o las orientaciones que se le den en función de curar su enfermedad y mejorar su salud, serán de vital importancia su calidad. Es por eso, que sin restarle importancia a la función del prestador, en el caso médico, es fundamental el rol del paciente.

A la vez, es necesario considerar que los servicios de salud, si bien responden a un protocolo de actuación, cada paciente tiene sus características peculiares y requiere una atención personalizada, que es algo que se considera en el enfoque de marketing relacional, por la irreversibilidad del proceso y las consecuencias que pueden derivarse de una mala praxis, y tiene por tanto connotación especial. También es interesante el hecho que cuando se habla de calidad en salud esta no puede quedar circunscrita a la satisfacción de los pacientes con los servicios que se ofrecen, como tampoco desde el punto de vista institucional puede limitar al costo del mismo, sino debe valorarse desde el resultado que del mismo en el bienestar de las personas, ya sea con su curación o con la prevención de la enfermedad.

Solo si se considera la sensibilidad y la presión social que existe con relación a los servicios de salud ya sustentan las particularidades de este.^(24, 25, 26) Lo que sí resulta indiscutible es que la calidad es un concepto fundamental para el posicionamiento de los servicios de salud, por lo que lograrla requiere de un enfoque integral desde las más diversas herramientas de la gerencia actual entre las cuales tiene un papel fundamental la mercadotecnia.

Las estrategias de mercadotecnia aplicadas a los servicios de salud toman como base la perspectiva del trabajador sanitario como prestador del servicio y

la del usuario, considerándolos como clientes internos y externos, respectivamente. El cliente externo es el juez supremo de la calidad y su satisfacción tiene como premisa la satisfacción del cliente interno, por tanto, uno y otro son determinantes y para trazar estrategias científicamente argumentadas es necesario investigar desde ambas perspectivas y desde las diversas dimensiones que comprende la calidad.

El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud en Cuba constituye un reto, por cuanto se está hablando de la universalidad y equidad en salud como paradigmas que lo sustenta, por lo que constituye la tarea central de los gerentes sanitarios. Los aspectos analizados en el presente capítulo, resultan válidos para la valoración de cualquier situación de los servicios de salud en otros contextos.

Referencias bibliográficas

1. Aaraaen A, et al. The economics of patient safety in primary and ambulatory care; Fliyinblind. Paris: OECD Health Working Paper No. 106. 2018. Disponible en: <https://acortar.link/60c8Jp>
2. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. *Am Coll Util Rev Physi*. 1986; 1(1):6-12. DOI: <https://doi.org/10.1177/0885713x8600100104>
3. Cerdà JCM, et al. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. *Gaceta Sanitaria*. 1999;13(4):312-319. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71373-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71373-7)
4. Donabedian A. Twenty years of research on the quality of medical care. 1964-1984. *Eval Health Prof*. 1985;8(1):243-65. DOI: <https://doi.org/10.1177/016327878500800301>
5. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *Jama*. 1988;260(12):1743-48. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
6. Danet DA, Palacios AC, Cerdá JCM. La calidad en el bloque quirúrgico del Hospital Clínico San Cecilio. La perspectiva del cliente interno. *Revista de Calidad Asistencia*. 2017;32(2):73-81. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.08.001>
7. Avalos GMI. La evaluación de la calidad en la atención primaria a la salud. Consideraciones teóricas y metodológicas. *Revista Horizonte Sanitario*. 2010;9(1):9-19. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845134003>
8. Espinosa BA. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39(1):1-3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=es
9. Priego ÁHR. *Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos*. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2001.
10. Levionnois M. *Marketing interno y gestión de recursos humanos*. Madrid: Díaz de Santos S.A. 1996.
11. Torres SC. *Auditoría de la gestión de mercadotecnia aplicada a los servicios de salud*. Colombia: CATORSE. 2003.

12. Priego ÁHR. Consumo en salud, la perspectiva del prestador de servicios de salud. Revista Hitos de Ciencias Económico Administrativas. 2001;7(8). Disponible en: <https://revistas.ujat.mx/index.php/hitos/article/view/5902>
13. Priego ÁHR. Calidad percibida de los servicios médicos en Tabasco. Hitos de ciencias económico administrativas. 2000;6.14:5-13. Disponible en: <https://revistahitos.ujat.mx/index.php/hitos/article/view/5847>
14. García MAJ, Suárez LN. Formación académica de capital humano para el posicionamiento de la medicina natural y tradicional. Revista Cubana de Medicina Natural y Tradicional. 2014;1(1). Disponible en: <https://revmnt.sld.cu/index.php/rmnt/article/view/21>
15. Priego ÁHR, et al. Implicación y conocimiento en la actitud hacia el consumo de servicios de salud. El caso de los derechohabientes de la clínica médico familiar Casa Blanca del ISSSTE. Salud en Tabasco. 2005;11(1-2):344-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711208.pdf>
16. Riveros J, Berné C. La aplicación del marketing en hospitales públicos desde la perspectiva de los funcionarios: El caso de un hospital del sur de Chile. Revista Médica Chile. 2006;134:353-60. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872006000300014
17. Suárez LN, Paz BJC. Procedimiento para estudiar la percepción de la calidad y satisfacción del paciente diabético con la atención recibida. Servicios de Salud. Estado de Hidalgo. México. 2004/2009. Horizonte Sanitario. 2010;9(1):7-24. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457845134004>
18. Suárez LN, Paz BJC. Satisfacción y percepción de la calidad de la atención recibida por los pacientes diabéticos en los servicios de salud del Estado de Hidalgo, México, 2005. Horizonte Sanitario. 2011;10(1):32-43. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305329>
19. Fenton JJ, et al. The cost of satisfaction. A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. Archives of Internal Medicine. 2012;172(5):405-11. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>
20. Priego ÁHR, Lara GME. Mercadotecnia en el ejercicio profesional de la enfermería. Horizonte Sanitario. 2006;5(1):8-11. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a5n1.279>
21. Suárez LN. Marketing en Salud: una perspectiva teórico-práctica. Colombia; CATORCE. 2004.
22. Malagón LG, et al. Garantía de calidad en salud. 2^{da}. ed. Colombia: Editorial Médica Internacional. 2006.
23. Carnota LO. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Revista Cubana Salud Pública. 2013;39(3):501-23. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2013/csp133h.pdf>
24. Carnota LO. La invisibilidad del paciente. Revista Cubana Salud Pública. 2015;41(2):184-99. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/366/320>

25. Massip PC, et al. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013
26. Miranda QC, Corratgé DH, Soler PAB. La planificación estratégica en las instituciones de salud. Infodir. 2021;34:e990. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1996-35212021000100015&script=sci_arttext

Mercadotecnia, herramienta de la gestión sanitaria a nivel local

La sociedad se encuentra en constante transformación, lo que representa cambios de actitudes y conductas públicas que la sociedad enfrenta con un prisma global, pero es indudable que el escenario en que se producen es el local. La salud, como un producto social, no está exento de ello y cuando se habla de los paradigmas actuales centrados en el bienestar y la calidad de vida, la reorientación de los servicios de salud, la participación y acción comunitaria, es precisamente en el nivel local donde tienen que realizarse las transformaciones que los propicien y sustenten.

Para dar respuesta a esa nueva situación, la literatura señala la importancia de efectuar cambios en lo individual, lo comunitario y lo institucional, los cuales deben producirse en todos los niveles de atención, y en la macro y la microestructura. Tienen que estar presentes en la estrategia y la táctica, en lo metodológico y lo operativo, pues de lo contrario, o bien quedan suscritos al discurso o perecen por no tener el respaldo requerido.⁽¹⁾ Asumir un cambio requiere entonces un enfoque integrado e integral, donde cada nivel desempeñe el rol que le corresponda, y asimismo se complementen.

Nivel local y su importancia en la gestión sanitaria

En la mayoría de los casos, no es en el nivel local ni con su participación, donde se diseñan las estrategias para enfrentar el cambio, ni el personal que labora en ese nivel se encuentra lo suficiente preparado como debiera para enfrentarlo. De ahí la importancia de desarrollar procesos de capacitación que posibiliten la formación y desarrollo de habilidades de los gerentes, para que puedan disponer de las herramientas que les faciliten la realización de su trabajo, proyectar el cambio y así ejecutarlo.

La mercadotecnia constituye una de esas herramientas en cualquier contexto y nivel de dirección, de ahí que resulte conveniente preparar a los gerentes en la teoría y la aplicación práctica que facilite dar respuesta a los paradigmas de la salud y a los retos, que derivado de ello deben afrontar en los tiempos actuales.⁽²⁾

Está comprobado que mientras más se realiza la apropiación de conocimientos, la realidad se interpreta de formas más variadas. Cuando se aplica el saber para conocer y explicar la realidad, se está mejorando la realidad y enriqueciendo el saber, siempre y cuando, el método científico y el enfoque objetivo, primen en lo que se hace. De esta forma, la mercadotecnia, también puede convertirse en una de las habilidades de los gerentes de la actividad sanitaria en el nivel local, ya que aprende a pensar y actuar con base a esa filosofía.⁽¹⁾

Mercadotecnia y sus posibilidades de aplicación en la gestión de salud en el nivel local

La mercadotecnia, es una ciencia que contribuye a dar respuesta a los actuales paradigmas de la salud y es importante apropiarse de ella para encontrar las soluciones a los problemas que hoy se enfrentan, para conducir a la población y la sociedad hacia el bienestar. Una parte importante de esta actividad se realiza en el nivel local, pues es ahí donde vive el hombre y su familia, donde se realiza la interacción de la unidad básica de la sociedad con su medio ambiente, físico y social, por consiguiente, los directivos y profesionales sanitarios que trabajan en la localidad, requieren de la preparación y adiestramiento que les posibilite dar respuesta a esta competencia para facilitar un desempeño exitoso.

La mercadotecnia tuvo su inicio en la primera mitad del siglo XX y con el curso del tiempo se hicieron evidentes sus posibilidades de utilización en la esfera de los servicios y posteriormente al de las ideas.⁽²⁾ La globalización es un imperativo que hoy día convoca a todos a ser más competitivos. No se concibe el lanzamiento de un nuevo producto o servicio sin estar acompañado de una estrategia de mercadotecnia, que tuvo su base en la investigación de mercado y el estudio de los consumidores. Su utilización constituye una premisa para el alto desempeño y también para conocer cómo trabajar en una imagen corporativa de la institución en que labora.

La mercadotecnia social es también una práctica usual a nivel global, para contrarrestar la publicidad comercial de las transnacionales con el objetivo de promover el consumo de productos nocivos a la salud. Estas estrategias de mercadotecnia social, por lo general, se diseñan para implementar programas nacionales y no siempre se toma en cuenta cómo deben ser ejecutadas en el nivel local, considerando que es posible adaptarlas, lo que en muchas ocasiones no resulta factible de realizar por la falta de conocimientos y habilidades del gerente y los funcionarios encargados de llevarlas a la práctica. Las políticas sanitarias a nivel mundial, señalan la promoción de la salud como la más

innovadora, amplia y posible vía de lograr salud, la que a la vez es considerada como difícil y costosa para su aplicación, entre otras razones, porque los profesionales y gerentes sanitarios no están preparados lo suficiente para este enfoque de la salud, más bien para el tradicional curativo y también porque se considera un gasto y no una inversión los recursos que se emplean para promover salud.⁽³⁾

Lo expresado indica la necesidad, ya señalada, de un profundo cambio en lo individual, lo comunitario y lo institucional, pero hay que lograrlo primero en lo referente a la forma de pensar, a la filosofía que mueve la acción para que con posterioridad el comportamiento sea consecuente con ello. La mercadotecnia social, como instrumento de cambio, se convierte en una herramienta idónea para lograr tales propósitos.⁽²⁾

Si bien en el discurso en organismos internacionales y en las secretarías y ministerios de salud se encuentra presente el tema de la promoción y ocupa un lugar predominante entre las funciones esenciales de la salud pública, a nivel local la situación es diferente, pues los presupuestos destinados a estas acciones no son los más notables y los indicadores fundamentales de control se encuentran centrados en las cifras de mortalidad y morbilidad más que en conocer las acciones que se realizan para obtener mejor salud.

Es conocido que las tres líneas paralelas de acción que implica la promoción de la salud son: fomentar estilos de vida saludables, habilitar a las personas para que aumenten su capacidad de control sobre la prestación de servicios benéficos para la salud e implantar condiciones estructurales que hagan posible la salud plena y efectiva para toda la población. Sin embargo, estos no son los aspectos que ocupan el mayor espacio en el debate y aunque el análisis de la situación de salud a nivel local debe permitir el retrato del escenario existente al respecto, cuando este se describe no se observa la relación que debe existir con el plan de acción para lograr tales propósitos.⁽⁴⁾

Si se valora lo referente a fomentar estilos de vida saludables, se puede observar, cómo no se utiliza el contexto local para lograrlo; aunque existen proyectos específicos con tal propósito, la sostenibilidad se vuelve difícil, más que por estar asociada a la necesidad de recursos, porque en general se encuentra vinculada al comprometimiento personal de algunos profesionales de la salud, que cuando cambian su lugar de trabajo, con ello queda la intención y no se logra que se conviertan en semilla.

Más difícil aún es lo relacionado con el desarrollo de habilidades, entre otras razones, porque los profesionales sanitarios no están preparados para ello; asimismo, los medios de comunicación social, tanto a nivel local como de cobertura nacional, se centran más en la difusión de mensajes de carácter general, de los cuales ninguna acción puede derivarse, que en difundir

información sobre cómo contribuir, en el orden personal, al diagnóstico precoz de la enfermedad.

Aunque existen programas dirigidos, en particular, a temas de gran importancia, tales como el autoexamen de mama y el bucal, o hasta la propia lactancia materna, la difusión de cómo hacer, del proceder en función de lograr el comportamiento adecuado, es mucho menor que sobre otros temas de salud que los propios comunicadores consideran importantes. Unido a ello, el profesional sanitario que se encuentra vinculado a la atención primaria, casi siempre carece de tiempo, o al menos así lo percibe, para dedicarse a realizar este trabajo, que de hecho consiste en una forma de adiestramiento a su población de cómo preservar su salud y posibilitar el diagnóstico precoz para poder lograr verdaderos resultados.

Lo que se refiere a la adaptación de las estructuras sanitarias a los verdaderos requerimientos de la población, en última instancia se determina por las condiciones que tiene la institución sanitaria referente a las disponibilidades de recursos humanos y materiales para asumirla, sin valorar las posibilidades que ofrece la acción intersectorial y la comunidad cuando se trata de la solución de problemas que los afectan.⁽³⁾

Todos estos aspectos señalados, condicionan y de hecho limitan, el enfoque preventivo en la salud a todos los niveles de atención, pero con mayor énfasis en el nivel local. Ellos tienen en su base, como ha sido señalado, la falta de conocimientos y habilidades de los profesionales sanitarios, que han sido preparados más para curar que para prevenir. También pone de manifiesto, que la transformación de los paradigmas de salud no ha sido acompañada por la formación académica en esta misma dirección, de ahí que la preparación de los gerentes y profesionales en todos los niveles, constituye una premisa para la transformación de la salud.

Asimilar nuevos paradigmas, requiere del concurso de nuevas disciplinas de las ciencias donde converge la mercadotecnia social, unida a la movilización social y la comunicación. También hay que enseñar cómo involucrar la comunidad, mediante la participación, para lograr el cambio en sus comportamientos tradicionales de ver la salud relacionada con la curación de la enfermedad y facilitar las herramientas para que ellos puedan accionar sobre sí mismos y sobre el grupo social en que se encuentran insertados.⁽²⁾

No es posible enfrentar el paradigma de la salud visto como un reto para reducir inequidades, tal como se expresara en el propósito de “salud para todos” y hoy día de “salud universal”, sin ampliar el alcance de la prevención, y ayudar a la población a enfrentarse a sus circunstancias, sin fomentar la participación social, fortalecer los servicios comunitarios, de salud y promover políticas públicas saludables desde el nivel local. Todo ello por supuesto, requiere el conocimiento de los profesionales sanitarios para saber hacerlo.

Otro aspecto de gran importancia a nivel local, lo constituye la calidad en el servicio que se ofrece, este es un punto de reflexión y análisis, pero de necesaria transformación para dar respuesta a las necesidades de la población y reorientar los servicios de salud en función de satisfacerlas. En Cuba, donde la cobertura asistencial alcanza a toda la población, se traduce en mayor escala la difícil relación a lograr entre equidad y calidad.

También en ello, la mercadotecnia en su enfoque empresarial aplicada a los servicios, facilita trabajar en función de mejorar la salud y el bienestar, siendo una herramienta poco conocida por los gerentes sanitarios y mucho menos por los profesionales que se encuentran en el consultorio, como eslabón básico de la atención primaria de salud.

El camino recorrido por la mercadotecnia, en todas sus posibilidades de aplicación, lo convierte en un aliado poderoso como herramienta del gerente sanitario, para dar respuesta a los retos y desafíos que representan las actuales políticas de salud a la luz de los actuales paradigmas. Apropiarse de los conocimientos y aplicarlas en la práctica, la convertirán en una habilidad, también del gerente a nivel local, en su objetivo de lograr un alto desempeño. Capacitarlo para que pueda disponer de ella, es una forma que tiene la academia para dar respuesta a las necesidades de los servicios.

Los programas de salud requieren de una estrategia de mercadotecnia que permita enfrentar la problemática de los estilos de vida y los hábitos de consumo nocivos a la salud, como el alcohol, el tabaco y las drogas, así como programas y campañas encaminadas a llevar a límites racionales el consumo de productos, como grasas, sal, alimentos artificiales y transgénicos, y también en prevenir enfermedades de transmisión sexual y el sida, entre otras. Estos programas, sus estrategias y planes de acción, requieren abarcar desde lo metodológico, hasta las tareas concretas a realizar en el nivel local, en función de las particularidades de los territorios y con un enfoque participativo que permita que la población y los sectores involucrados en los distintos problemas intervengan de manera, activa en su solución.

Es importante distinguir entre los problemas locales a los que se les puede dar solución y aquellos que por ser globales, requieren de un esfuerzo nacional o internacional para poder enfrentarlo. Un ejemplo de ello lo constituye el Convenio Marco de Lucha Antitabaco, aprobado por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud para dar respuesta a la epidemia tabáquica como problema de salud mundial, pero que también requiere ser adecuado a las características de cada país y localidad.⁽⁵⁾

Un error frecuente es querer realizar los programas de igual forma en todos los territorios sin considerar la magnitud del problema y las condiciones particulares de los grupos metas a los que están dirigidos. Poder implementar los mismos con base a las condiciones concretas de cada lugar, requiere del

conocimiento de los gerentes y profesionales de salud de las herramientas adecuadas para hacerlo.

La primera decisión de un gerente en el nivel local está relacionada con el propósito de resolver el problema planteado en el objetivo del programa en cuestión y definir si constituye o no un problema de salud para la localidad. Después le corresponde valorar si está en condiciones de enfrentar las acciones en el orden de los recursos humanos y materiales y, fundamentalmente, si existe disponibilidad social. Abordar las problemáticas actuales de la salud pública a nivel local, requiere de un gerente y profesional preparado no solo desde la formación clínica, sino también en la formación de las disciplinas sociales.⁽²⁾

Otra problemática en que la mercadotecnia como herramienta del gerente de salud en el nivel local ofrece un amplio espectro de aplicación, es la referente a la calidad de los servicios de salud y también en el necesario cambio producido en las relaciones médico-paciente. En este sentido, cada vez resulta más notable la madurez y autonomía que va alcanzando el paciente, derivado entre otros, del propio desarrollo del trabajo de promoción de salud y la elevación de la cultura sanitaria.⁽⁶⁾

Sin embargo, en el nivel local esta situación se torna diferente por la relación más estrecha que se presenta entre médico y paciente, y porque generalmente la mayor afluencia de estos se encuentra en pacientes de la tercera edad. Es probable que sea en este nivel donde aún se mantiene una posición hegemónica que hace sentir mejor al profesional sanitario, pero en la que tiene que resultar cuidadoso para evitar comportamientos no éticos, tanto en el usuario como en él mismo, en lo referente a la solicitud y prescripción de medicamentos por complacencia, más que por real necesidad.

Es también en el nivel local, por la relación más estrecha con la comunidad y la población, donde con mayor fuerza existe la intención de los gerentes, funcionarios y profesionales de la salud, de ofrecer calidad en el servicio y propiciar conductas saludables. Sin embargo, es también en ese nivel, donde menos disponen de los elementos teóricos y el instrumental de la mercadotecnia para enfrentarlo. La mercadotecnia es una herramienta en función de la gestión sanitaria al nivel local, en tanto posibilita detectar y dar respuesta a las necesidades de salud a partir de la investigación, la evaluación y análisis de la demanda sanitaria, la satisfacción de los pacientes y realizar esta identificación para anticipar y satisfacer ambos requerimientos.

El lugar tan importante que ocupa el nivel local en la solución de los problemas de salud, hace que sea el escenario idóneo para propiciar el mayor grado de satisfacción de las necesidades de los usuarios de los servicios de salud, evitando que se acuda a otros niveles de atención a demandar servicios que pueden ser suministrados en la localidad en que vive, o que se asista de manera tardía a los otros niveles de atención y no poder hacer un diagnóstico oportuno.

Mercadotecnia y servicios de salud en el nivel local

Las estrategias de mercadotecnia aplicadas a los servicios de salud toman como base la perspectiva del trabajador sanitario como prestador del servicio y la del usuario, considerándolos como clientes internos y externos, respectivamente.⁽⁷⁾ Ambas perspectivas se pueden integrar para dar respuesta a las necesidades de la población orientadas con el enfoque técnico del profesional sanitario.

Una máxima repetida en capítulos anteriores, es que el cliente externo es el juez supremo de la calidad y su satisfacción tiene como premisa la satisfacción del cliente interno, por tanto, uno y otro son determinantes. Para trazar estrategias argumentadas de forma científica, es necesario investigar desde ambas perspectivas y desde las diversas dimensiones que comprende la calidad del servicio de salud en el nivel local, por sus particularidades.

El mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud en Cuba constituye un reto aún mayor en el nivel local, por ser el nivel donde la posibilidad de solución de los problemas de salud es mayor y donde se requiere tanto del aseguramiento de recursos humanos como materiales para lograrlo.⁽⁸⁾ El objetivo fundamental en estos tiempos, lo constituye el posicionamiento de los servicios de salud, siendo el nivel local un eslabón muy importante porque como ha sido señalado, de ello depende que se acuda al servicio adecuado y no se sobrecarguen de forma innecesaria otros niveles por falta de confianza de los usuarios en la atención que se ofrece en el mismo.

En las condiciones de Cuba, donde el acceso a la salud y la gratuidad de los servicios sanitarios constituyen sin lugar a dudas la conquista más preciada, es donde precisamente por la universalidad de los mismos se vuelve más complejo garantizar que con el acceso, marche aparejada la calidad. También, la existencia de un sistema en el que cada nivel asume determinadas funciones y responsabilidades es muy importante el funcionamiento integral y cohesionado que fortalezca y no entorpezca la atención a la población.

El posicionamiento de los servicios sanitarios en Cuba en el nivel local puede resultar un problema complejo, pero no imposible de analizar. Si se parte del concepto de posicionamiento de un servicio y su forma concreta de evaluación, este se determina por la aceptación del mismo, porque las personas acudan a él, porque supere a la competencia.⁽⁹⁾

En las condiciones de Cuba, como ya se ha mencionado, cada ciudadano se encuentra registrado con historia clínica en una unidad del nivel de atención primaria que se identifica como Consultorio, a esa unidad debe asistir y en ella debe ser atendido a través de los diferentes programas, ya que el sistema cuenta con una dirección programática.

Es fácil conocer la cantidad de personas que deben asistir y lo hacen, así como los que no lo hacen porque prefieren otro nivel de atención, por ejemplo los cuerpos de guardia de los hospitales. Igual sucede con el área de salud, policlínico y con la clínica estomatológica. Si se quiere conocer el posicionamiento del nivel local de salud, la revisión de las consultas efectuadas en un periodo dado, el conocimiento del médico de su población dispensarizada y una simple encuesta en la comunidad, pueden dar la respuesta.⁽¹⁰⁾

Es muy importante la visión sobre la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del usuario y del prestador de servicios de salud, en particular en el escenario cubano a nivel local, para conocer dónde se encuentra, hacia dónde tiene que transitar y cómo la investigación puede favorecer para eliminar las brechas existentes, considerando las posibilidades que ofrece el enfoque de mercadotecnia aplicado a la salud.

Lograr el posicionamiento de un servicio en el nivel local, implica que tiene la calidad requerida y así es percibida por prestadores y usuarios. La solución a los problemas pueda ofrecer favorece a ambos; los prestadores, porque sienten que es importante el nivel en que trabajan y los usuarios, porque no tienen que trasladarse lejos de su localidad para atender su salud, evitando las molestias e incomodidades que ocasiona, fundamentalmente, cuando se trata de niños y ancianos. La accesibilidad geográfica toma un valor mayor cuando se parte de que la accesibilidad económica está siempre presente por la gratuidad del servicio.

En términos de mercadotecnia, calidad y posicionamiento son dos categorías estrechamente relacionadas porque la satisfacción se produce cuando se ofrece un servicio de calidad y cuando el usuario se siente satisfecho con lo que se le ofrece, entonces es que hay posicionamiento del servicio. Si un usuario no se siente satisfecho al asistir al consultorio de un médico o de un estomatólogo, si no se cumplen sus expectativas, no percibirá que fue atendido de la manera correcta y no considerará que recibió una atención de calidad, aunque el profesional piense, o esté convencido, que desde el punto de vista técnico cumplió exactamente con el proceder establecido y que su trato fue correcto y ético.

Ya ha sido señalado que, en el caso de Cuba, el alto nivel educacional y la imagen de excelencia en salud reconocida a nivel mundial, hace que las expectativas con relación a la calidad de los servicios de la población en general sean muy elevadas. Estas expectativas son aún más altas en el nivel local debido a la amplia cobertura de la atención primaria mediante el médico y la enfermera de la familia, por lo que la población espera, además de una atención técnica de alta calidad, un trato amable, humano y cálido.

Las comodidades o amenidades se pueden traducir en las condiciones del local, el tiempo de espera y de remisión de un servicio a otro, por citar los más

importantes.⁽¹¹⁾ En el nivel local, las expectativas de los usuarios, en la mayoría de los casos, están por encima de la realidad para la que está concebida ese nivel de atención. Es por tanto muy importante educar en lo referente a los objetivos y propósitos del nivel local y el desempeño que tiene en el diagnóstico precoz y la remisión a la especialidad requerida que se ofrece en otro nivel de atención para el tratamiento oportuno.

La satisfacción de los prestadores de servicios de salud, en cuanto a la percepción de la calidad, están determinadas por las posibilidades reales que tienen de ofrecer esta dimensión de la calidad. El prestador de servicios de salud en el nivel local casi siempre considera que no dispone de los recursos materiales requeridos, que se subestima ese nivel. En realidad, en el nivel local la calidad funcional tiene el papel principal y es la que fundamentalmente valora el paciente, entre otras razones, por la estrecha relación que se establece con el profesional sanitario.⁽¹¹⁾

Es por esto, que para definir la calidad hay que considerar las expectativas de los usuarios y entonces describir el servicio a ofrecer y la misión a cumplir con base en satisfacer o superar las expectativas y estas se encontrarán a la vez en dependencia de la referencia que tengan, esto es, de la imagen.

Derivado de ello y en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios y el denominado enfoque de cliente, es que aparecen los conceptos ya señalados en otros capítulos de personalización de los servicios y marketing o mercadotecnia relacional, precisamente para hacer énfasis en que el servicio que se ofrece tiene que ser también un “traje a la medida del usuario” y que ello solo se logrará cuando existe una estrecha relación entre prestador y usuario y un gran conocimiento de este último por quien ofrece el servicio en la institución sanitaria.

El marketing relacional tiene en el sistema sanitario su máxima expresión en el nivel local, se facilita por el conocimiento que tiene el profesional sanitario de la población por estar en contacto constante con ella. Se hace difícil por la diversidad de caracteres con los que debe relacionarse y la carga emotiva de las relaciones que se establecen.

No obstante, todo lo definido hasta el momento y la importancia que tiene la investigación para trazar una estrategia de mejoramiento de la calidad en el nivel local, es fundamental tener en cuenta que pueden no disponerse de todos los conocimientos gerenciales y de mercadotecnia requeridos, pero como planteó Avedis Donabedian “cualquier método o estrategia de garantía de calidad que se aplique será exitosa”. Lo primordial es que en ella se consideren los roles que tiene el cliente en ese proceso como definidores, evaluadores, informantes de la calidad, así como coproductores, ejecutores, controladores y reformadores de los servicios de salud.⁽⁶⁾

Todos estos elementos tienen un lugar protagónico en el nivel local, más aún en el sistema de salud de Cuba, donde la atención primaria sí está totalmente concebida de forma integral, coherente y como la célula básica.

Investigación de mercadotecnia en el nivel de salud local

La satisfacción de prestadores y usuarios, y las características peculiares de los servicios, intangibilidad, variabilidad, carácter perecedero, hacen que la evaluación sistemática y objetiva se convierta en un aspecto central para garantizar la calidad.⁽²⁾ La investigación es entonces otro punto importante a considerar, por lo que resulta conveniente hacer un alto en su análisis, más aún en el nivel local donde no siempre existe la posibilidad de poder realizar investigaciones con personal especializado y donde el tiempo compite con la posibilidad de hacer ciencia.

Es importante que el profesional sanitario conozca cómo investigar a partir de lo cotidiano; el enfoque actual de la investigación en sistemas y servicios de salud precisamente aboga para que estudien e investiguen los propios prestadores de los servicios utilizando al máximo las potencialidades que ofrece el estar en contacto directo con los usuarios.

Los prestadores de servicios de salud en el nivel local, tienen que conocer cuál es la calidad percibida en la población, la imagen y opinión que tienen sobre estos. La determinación de la calidad percibida de los servicios médicos implica conocer la percepción de los servicios, patrón de consumo y actitud hacia el consumo, para lo cual, lo más conveniente es la técnica de encuesta elaborando para cada situación particular un sencillo instrumento recolector de información.⁽¹¹⁾

En las condiciones de los servicios públicos de cualquier país, los conceptos de patrón y actitud hacia el consumo pueden parecer no válidos por ser el término consumo asociado a aquellos productos y servicios de carácter lucrativo. Sin embargo, no es así, los productos y servicios, aun cuando sean gratuitos, se consumen por los usuarios y clientes, pues se realiza el proceso de apropiación de estos para satisfacer una necesidad y el acto de consumo se produce tomando en consideración también el elemento precio, visto desde la perspectiva de las facilidades o incomodidades que rodean el mismo, entre las cuales, el canal de distribución es el encargado de la accesibilidad y la promoción, de darlo a conocer.

Quiere decir esto, que deben considerarse en el análisis todas las variables o herramientas de la mercadotecnia: producto, precio, promoción y plaza o distribución y, en qué medida son concebidas e interrelacionadas con el enfoque de producir satisfacción será que logren su propósito.⁽²⁾

El patrón de consumo varía en dependencia de los elementos de carácter sociocultural, es por eso que los usuarios tienen su concepto de calidad condicionado a determinados procedimientos de orden administrativo establecidos y que se mantienen en el tiempo, pero por estar definidos con una perspectiva administrativa no siempre tienen el denominado enfoque de cliente, esto es, no están sustentadas en las necesidades y requerimientos de quienes reciben los servicios, sino de quienes los prestan. Si se analizan estos procedimientos y su percepción por consumidores de diferentes países, se podrán constatar diferencias tanto en unos como en otros.

Estos procedimientos, aunque pueden haber surgido de una necesidad o situación modificada, se mantienen en el tiempo y los usuarios no opinan ni se quejan porque piensan que no tienen la posibilidad de ser transformados, no integran a su patrón de consumo el ser el elemento central del proceso, pues son los usuarios los que determinan el posicionamiento de un producto o un servicio, la razón de ser de ellos. Es por eso que en el nivel local se encuentran todas las posibilidades para enseñar a actuar a los usuarios de los servicios de salud en función del perfeccionamiento de los mismos.

En otro orden, sobre el patrón de consumo de los servicios de salud públicos, interviene el hecho de ser gratuitos, pues hace pensar a los que los reciben que no tienen derecho a expresar sus opiniones y puntos de vista, sino que simplemente les toca agradecer la posibilidad que se les ofrece, cuando de hecho la equidad y la universalidad llevan intrínseco la premisa de satisfacer a la población.

Todos los elementos planteados, hay que tomarlos en cuenta en la investigación, tanto en su concepción metodológica como en los instrumentos que se utilicen. Las encuestas permitirán una valoración centrada en la calidad funcional y pueden ser aplicadas por el propio proveedor de los servicios y la calidad técnica puede ser evaluada por un equipo especializado o grupo de expertos. En el caso del sistema de salud cubano puede ser valorada por miembros del grupo básico de trabajo (GBT) mediante la observación del consultorio. Ambas técnicas han demostrado ser de gran utilidad para corroborar y complementar los análisis.

Aunque la definición operacional de las variables a estudiar debe hacerse tomando como base las condiciones específicas de cada lugar y momento, no obstante la calidad técnica debe considerarse como referentes el profesionalismo, prestigio médico, especialización y equipo de trabajo; la calidad humana, el trato interpersonal, la calidez, seguridad, confianza y comunicación; en amenidades, el confort, mobiliario y el ambiente físico adecuado.

El procesamiento y cálculo de los estimadores de las variables de interés puede parecer complejo, pero en realidad es tan factible de realizar como

cualquier otra etapa de la investigación. Si no se cuenta con recursos para el procesamiento computarizado, la tabulación manual de los resultados y la determinación de frecuencias y porcentajes serán suficientes para disponer de la información requerida, para conocer sus problemas, sus dificultades, logros y aciertos. Si resulta posible el procesamiento computarizado se recomienda análisis estadísticos de mayor complejidad, así como tomar en consideración los recursos humanos y materiales de que se dispone, la evaluación de si estos resultan suficientes y adecuados para después establecer la relación que hay entre este objetivo y la percepción de calidad en su carácter subjetivo. Estos aspectos ya fueron desarrollados con mayor profundidad en capítulos anteriores.

Este tipo de análisis permite al prestador de servicios conocer cómo está funcionando su entidad y se convierte en una herramienta para poder actuar en función de exigir a los niveles superiores lo que requiere para ofrecer el servicio de calidad y lo que él tiene que poner de sí para lograrlo. También en el nivel local constituye una información muy importante para dar a conocer, lo que otros sectores tienen que aportar en función de la salud y traducir la intersectorialidad del discurso a la realidad.

La evaluación del desempeño es una de las formas en que puede valorarse lo referente a los recursos humanos, así como la acreditación de las unidades y los informes administrativos referentes al cumplimiento de normas, los indicadores de salud, entre otros.

Los estudios sobre calidad de servicios de salud que unen en su análisis la perspectiva de prestadores y usuarios con una exploración profunda y enfoque científico tienen una corta historia, pero en la literatura revisada se pueden encontrar algunos que apuntan la presencia de asociación entre los insuficientes recursos y conflictos con los usuarios, lo que en general se agrava cuando esta situación se deriva de una deficiente dirección e incapacidad de los gerentes.⁽⁸⁾

Todas estas recomendaciones en el orden metodológico, tendrán que ser adaptadas a las condiciones específicas de cada momento y lugar, las cuales permitirán definir, dentro del arsenal de métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, cuáles son más adecuadas y cómo combinarlas para obtener los resultados más confiables, pero lo más importante sin lugar a dudas es que el prestador de servicios, los funcionarios y gerentes del nivel local, vean en la investigación con enfoque de mercadotecnia, una herramienta para lograr la satisfacción de prestadores y usuarios y por consiguiente la calidad de los servicios de salud.

Factores relacionados con la valoración de la calidad de los servicios

La calidad de los servicios de salud, en cualquier país, está sujeta a las características específicas en el orden social, económico e histórico, con independencia de los principios generales que la sustentan en cualquier contexto y actividad.

La forma en que es considerada la salud dentro de la constitución de cada país determina en gran medida la organización y acceso a los servicios sanitarios, así como la distancia que media entre la realidad y el concepto de universalidad de la salud.

Estos son algunos de los determinantes que mediatizan la valoración de la salud y sus satisfactores y que por consiguiente se encuentran presentes en la percepción de la calidad de los servicios de salud por prestadores y usuarios en el nivel local.

Si como ejemplo se analizan las condiciones de Cuba, se encuentra que la imagen de los servicios médicos a nivel local puede ser subestimada por la población y estos ser percibidos como una opción que promete mayor satisfacción que la que en realidad ofrece, dada la ausencia de servicios privados y la sobrevaloración de estos por constituir una opción no disponible y existir una construcción mental ideal a partir de la imagen que ofrecen los medios de comunicación de otros países y las descripciones de producciones filmicas.⁽¹²⁾

Dicho en otros términos, para los servicios de salud, la competencia en gran medida lo constituyen servicios privados del mundo desarrollado, que como no pueden ser constatados en la realidad por consiguiente se convierten en modelos ideales. Tampoco puede ser valorada con base en experiencias anteriores por la mayoría de la población.

La imagen que existe acerca de los servicios privados en otros países, es que estos tienen altos estándares de calidad técnica, calidad relacional y comodidades o amenidades en su prestación. Es de señalar que en los grupos de bajos ingresos existe sobrestimación del nivel de confianza que inspiran, pero que para quienes los utilizan desde los estratos socioeconómicos medios altos y altos, no es tan elevado como pudiera esperarse.⁽⁹⁾ Caso contrario ocurre con la imagen de los servicios públicos, con una percepción desfavorable; pero que, cuando se considera la opinión de sus usuarios, su atención proporciona una elevada confianza.

El reto se encuentra entonces en cómo conjugar en el nivel local las fortalezas y compensar las debilidades, pues la percepción de la calidad es un concepto que integra las tres dimensiones y se traduce en la imagen, como percepción a priori y la opinión como percepción a posteriori, esto es, antes y después de haberla constatado.

Investigaciones realizadas en Cuba han mostrado que los pacientes en general se consideran satisfechos con el nivel de competencia científico-técnica de los trabajadores de la salud. Sin embargo las relaciones de comunicación entre usuario y prestador y entre este, la familia y la comunidad, constituyen el eslabón más débil y punto crítico en la valoración. En ocasiones, esta falta de comunicación hace dudar al usuario de la competitividad en función de sus problemas concretos de salud.⁽²⁾

Lo descrito con anterioridad pone de manifiesto el papel tan importante que le confiere el paciente a la dimensión humana que se traduce en las ya citadas relaciones de comunicación.⁽⁷⁾ Este punto hace considerar la importancia que tiene el nivel local por ser donde se concentra el peso fundamental de la solución de los problemas de salud y que cuando no la proporciona, fundamentalmente en los servicios públicos, estos se desarticulan, y se sobrecargan el segundo y tercer nivel de atención; esto repercute en una baja calidad por tener que ofrecer un servicio que no le corresponde y para los que puede no tener la debida capacidad de respuesta, lo que conduce a la insatisfacción de los usuarios, que estos a la vez hacen extensiva a todo el sistema y la sobrecarga de trabajo hace que los prestadores también se sientan insatisfechos.

De ahí que el desempeño del gerente de salud en el nivel local se torne cada vez más importante en cuanto es precisamente el mediador entre el sistema sanitario y los prestadores y usuarios de los servicios de salud, siendo el encargado de velar porque las relaciones entre ambos sean adecuadas y armónicas para posibilitar la calidad en el servicio que se ofrece que es la razón de ser de la salud pública, esto es, que se cumpla el principio de la integralidad y la integración.

Esta relación entre el gerente y los usuarios se facilita con la estrechez de las estructuras, junto a la vinculación directa con el servicio y además valorando constantemente el funcionamiento de su entidad, la satisfacción de sus trabajadores, el clima laboral, las comunicaciones formales e informales y la opinión de los usuarios, por citar los más importantes.

Mercadotecnia en los procesos de capacitación en el nivel local

Tradicionalmente los programas dirigidos a la formación gerencial destinan un espacio a los temas de promoción de salud y de comunicación. No es tan usual que la mercadotecnia aparezca como temática en los mismos.

Una experiencia interesante en Cuba, Nicaragua y Guatemala, para capacitar al gerente del nivel local, lo constituyó el diseño de un diplomado de Gestión

descentralizada de los sistemas locales integrados de salud con base en las competencias y herramientas que requieren los directivos, en el que se incluyó un curso de Mercadotecnia, con el objetivo de propiciar los conocimientos requeridos para diseñar estrategias con ese enfoque en los servicios de salud a nivel local que posibiliten centrarse en el usuario y propicie el rol activo de los individuos y actores sociales en función de la salud.

Este diplomado fue resultado de un proyecto de colaboración entre el Departamento de Salud Pública de la Universidad Libre de Bruselas, Bélgica, el Centro de Investigaciones y Estudios de Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y la Escuela Nacional de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública de Cuba, donde expertos de los centros involucrados pudieron incorporar la experiencia de sus países y lograr la integralidad, manteniendo la especificidad de cada contexto.⁽¹³⁾

El curso de Mercadotecnia comprende las siguientes áreas temáticas:

1. Conceptos fundamentales.
2. Mercadotecnia de servicios de salud.
3. Estrategias en función de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del prestador y consumidor sanitario.
4. Consumo y salud.
5. Mercadotecnia social.
6. Aplicación de la mercadotecnia a los programas de salud.

La estrategia docente consistió en el análisis de la problemática local con un enfoque de mercadotecnia, lo que se logra a partir de la aplicación de los conceptos en los estudios de casos, ejercicios y discusiones colectivas y que concluye con la elaboración de un trabajo de equipo en el que se diseña una estrategia de mercadotecnia aplicada a un producto, servicio o programa de salud que dé respuesta a un problema del territorio.

De esta forma se vinculan teoría y práctica en función de lograr que conocimientos y habilidades posibiliten un mejor desempeño de los gerentes a nivel local en una experiencia, cuya evaluación, mediante la investigación, permitió perfeccionar el diseño del curso, la selección de las temáticas y la estrategia docente en general, con el propósito de contribuir, mediante un proyecto educativo a elevar la calidad de los servicios de salud en esos países y poder hacerlos extensivos a otros.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Revista Cubana de Salud Pública. 2002;28(2): 201-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21428208.pdf>
2. Suárez LN. Marketing en salud: una perspectiva teórico-práctica. Colombia: CATORSE. 2004.
3. Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. EE. UU.: Editora Hoppe Steele. 2001.
4. Panamerican Health Organization. Health promotion: an anthologic scientific. Publicación Científica No.557. Washington D.C.: OPS. 1996.
5. Organización Mundial de la Salud. El convenio marco sobre la lucha antitabaco, Washington D.C: OMS. 2003.
6. Donabedian A. Quality assurance in our health care system. Am Coll Util Rev Physi. 1986;1(1):6-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2980877/>
7. Cerdà JC, et al. Técnicas cualitativas para la investigación en salud pública y gestión de servicios de salud: algo más que otro tipo de técnicas. Gaceta Sanitaria. 1999;13(4):312-319. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(99\)71373-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(99)71373-7)
8. Levionnois M. Marketing interno y gestión de recursos humanos. Madrid: Díaz de Santos S.A. 1996.
9. Lamata F, et al. Marketing sanitario. España: Díaz de Santos. 1994.
10. Massip PC, et al. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013
11. Priego ÁHR. Consumo en salud: análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario [Tesis]. Barcelona: Ballatera, Universitat Autònoma de Barcelona. 2006. Disponible en: <https://ddd.uab.cat/record/38215>
12. Otero MJ, Otero IJ. Gerencia en odontología. Ética y marketing. Tomo II. Lima, Perú: Asociación latinoamericana de Gerenciamiento Odontológico. 2002.
13. Universidad Libre de Bruselas, Centro de Investigaciones y Estudios de Salud, UNAN, Escuela Nacional de Salud Pública, MINSAP: Proyecto de iniciativa propia entre Bélgica, Cuba, Guatemala, Haití y Nicaragua. Gestión descentralizada de los sistemas locales integrados de salud. 2002-2005, La Habana: ULB/ENSAP/CIES. 2005.

Mercadotecnia y los desafíos de la salud universal

El acceso, la protección y la promoción de la salud es un derecho humano fundamental, al que no se le da cumplimiento mientras no se disponga de la salud universal. Si bien depende en gran medida del desarrollo económico, tecnológico y social en cualquier contexto, se convierte en pieza angular de este para poder avanzar, ya que implica el mejoramiento de las condiciones de vida, que al ser desigual, trae aparejado consigo una situación compleja y diversa en los perfiles epidemiológicos. Esto provoca que en muchos países se superpongan las enfermedades crónicas, derivadas del incremento en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población, con la desnutrición, las enfermedades transmitidas por vectores, las de transmisión sexual y muy en particular el sida.

La salud universal y sus desafíos

Responder con equidad, calidad y satisfacer las necesidades y expectativas de la población que hace uso de los servicios, es un gran reto para los sistemas de salud, máxime cuando no se cuenta con la capacidad financiera para proteger a toda la población.⁽¹⁾

En la actualidad, a nivel internacional el mercado sanitario se caracteriza según sus diversas formas de financiamiento y los mecanismos institucionales en que se encuentran sustentadas las políticas referidas al acceso que se otorgan a los ciudadanos respecto a la cobertura de asistencia sanitaria. Constituye, por tanto, un componente de esa sociedad, también sustentado en los determinantes de la salud.

En la mayoría de los países se identifica la presencia de un modelo segmentado basado en la desigualdad en el acceso: seguro social de salud, sistemas de asistencia sanitaria financiados con impuestos y seguro privado de salud, por citar los más importantes.⁽²⁾ Esta segmentación posibilita a la vez, que la población se agrupe fundamentalmente de acuerdo a sus ingresos y por ende no se sustenta en la equidad. Pobreza, hambre y enfermedad siguen caminando

unidas de la mano, colocada entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible⁽³⁾ para, al menos, erradicarla en situaciones extremas.

La exclusión de la protección a la salud y la accesibilidad a servicios y programas sanitarios, constituye un problema relevante a atender, de manera prioritaria, al interior de cada país y al que la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Panamericana de la Salud, dan seguimiento de forma permanente.

La manera de segmentar a la población se asume teniendo como sustento la equidad, considerando el ciclo de vida y el género; derivado de ello, implementar programas y servicios, que si bien tomen en cuenta a toda la población, enfatizan en la atención a grupos prioritarios y en riesgo tales como: niños y niñas, mayores de 60 años, embarazadas y puérperas, entre otros.

Basado en lo anterior, ninguna ciencia ni tecnología resulta innecesaria para lograr, tanto la búsqueda de aliados para obtener recursos para la salud, mediante una acción intersectorial como la respuesta social organizada de diferentes sectores de la sociedad, que incluye la formación científica y actualizada de los profesionales sanitarios y la participación social, en aras de ser cada ciudadano el propio guardián de su salud, por citar los más importantes.

Dentro de esas ciencias, un tanto nuevas en su aplicación a la salud, se encuentra la mercadotecnia en su enfoque social, en función de lograr la cobertura universal y transitar del discurso a la acción. No es menos cierto que en la no obtenida meta de salud para todos en el año 2000, de una forma u otra, se encontraba subyacente el propósito de alcanzar a todos con condiciones de vida que condujesen al bienestar físico, psíquico y social, acompañado de la accesibilidad en los servicios de salud para atender la enfermedad.

En el presente capítulo se realiza un análisis de bibliografía actualizada sobre la mercadotecnia como herramienta para lograr el gran reto que la salud pública enfrenta, así como la revisión de las líneas estratégicas que promulga la OMS para avanzar hacia la salud universal.⁽⁴⁾

Mercadotecnia en las diversas aristas de la salud universal

La mercadotecnia, en su enfoque social, constituye una herramienta con amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria que no se limita a la promoción de salud y fomentar estilos de vida saludables, sino que abarca la calidad de los servicios de salud, el uso racional de medicamentos y las tecnologías, el planteamiento y contribución para solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan. Por ello es de utilidad que el enfoque de la mercadotecnia acompañe todo proceso que lleva en su esencia una mirada hacia la población, para lograr modificaciones y cambios en los comportamientos individuales, grupales y organizacionales, y a la vez involucrar

a los aliados y los actores sociales en función de lograr la respuesta social organizada que requieren las políticas públicas.⁽⁵⁾

Desconocerla, ignorarla o mitificarla como herramienta para emplear con fines de lucro, sería un desacierto en estos tiempos, sobre todo por las sofisticadas estrategias que emplean las transnacionales para comercializar lo que no es beneficioso para la salud. Los resultados que obtienen en provecho propio y en detrimento del bienestar, se ven reflejados de manera clara en la situación epidemiológica actual y por ello, señalando el camino del beneficio de su empleo, si se utiliza desde un enfoque social, tanto para propiciar estilos de vida saludables, como para acercar los servicios de salud a las personas que lo requieren y mejorar la calidad de estos.

La salud universal debe tener un enfoque asistencial, en cuanto garantice accesibilidad, pero los gastos que representa atender a enfermos que pudieran no serlo, no son desestimados. Por esto es necesario pensar que la cobertura, cuando de salud se trata, debe considerar también el empleo de recursos para promover la salud de toda la población, con énfasis en la prevención de la vulnerabilidad, como alternativa idónea para prevenir la enfermedad y, de esta forma, contribuir a reducir los costos sanitarios.

También, la salud universal requiere necesariamente de la participación de todos los sectores de la sociedad, esa es la esencia de la denominada respuesta social organizada o el llamado más reciente de Salud en todas las Políticas,⁽⁵⁾ pues se requiere amplificar escenarios donde hacer salud y actores para impulsarlo. La cuarta línea estratégica de la OMS referente a la cobertura universal plantea: “Establecer mecanismos intersectoriales de coordinación y fortalecer la capacidad de la Autoridad Nacional de salud para ejecutar con éxito políticas públicas que aborden los determinantes de la salud”.⁽⁶⁾

La mercadotecnia social se considera, por tanto, entre las tecnologías gerenciales que constituyen por sí, factores desencadenantes del enfoque intersectorial.⁽⁷⁾ A la vez, como estrategia de cambio, analiza el papel preponderante del ambiente, político, social y económico, y de manera obligada, fuera de la institución sanitaria para la explicación, análisis y solución de los problemas y en igual medida, hace visualizar el papel que desempeñan otros sectores en cada uno de estos espacios y tiempos. Se precisa valorar las fortalezas y dificultades, las oportunidades y amenazas, y por consiguiente trabajar en la elaboración de una estrategia que permita conjugar el medio y los individuos en armonía con el comportamiento que tribute a la salud y el bienestar. El enfoque social de la mercadotecnia permite, entonces, involucrar como aliados a los actores sociales en función del bienestar de la población, para lograr la participación que se requiere en la definición e implementación de políticas públicas que impacten de manera positiva en la salud.⁽⁸⁾

Mercadotecnia y servicios de salud universal

Entre las líneas estratégicas que se proponen orientar la transformación de los sistemas de salud para avanzar hacia la cobertura universal, la primera de ellas plantea: “Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades” y dentro de esta propone la “transformación de la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades”.⁽⁶⁾

Lo cierto es que, con o sin cobertura universal, la mercadotecnia tiene demostrada sus posibilidades de empleo para optimizar la calidad de los servicios en general, aunque solo se hará referencia a los de salud.

La intangibilidad, inseparabilidad y variabilidad de quién, cómo, cuándo y dónde se ofrece, caracterizan los servicios. Si el usuario, en este caso paciente, no se siente satisfecho, pues los recursos humanos y materiales invertidos, no logran su propósito esencial, que es satisfacer una necesidad.

Debido a ello, los servicios requieren un cuidadoso diseño e implementación y por eso se reafirma con más fuerza, que deben responder al enfoque centrado en el usuario y a la vez, resultar satisfactorio para quien lo ofrece. Además, está demostrado, que cuando el prestador del servicio se encuentra insatisfecho, el cliente también lo estará. Todo servicio del que se hace uso, se adquiere por lo que ofrece, no por lo que es en sí, sino por sus funciones, beneficios, valor que proporciona y hasta por el estatus social que representa su adquisición. Disponibilidad, competencia y derivado de ello la credibilidad, trato cortés sustentado en sensibilidad, se encuentran dentro de las expectativas del paciente en relación con el profesional sanitario que le ofrece el servicio.⁽⁹⁾

El lugar de servicio debe ser accesible, de ahí entra la necesaria cobertura universal, pero luego que esta exista, también los usuarios deben tener la posibilidad de acudir de manera fácil al lugar donde se ofrece y en los horarios que se realiza; debe resultar seguro, desde la perspectiva física y también psicológica, que en el caso de salud implica entre otras, la privacidad; ambas se pueden constituir como barreras, que aunque se logre la cobertura, no se haga el uso óptimo de esta y por ende, se gasten y no se inviertan los recursos.⁽¹⁰⁾

La accesibilidad geográfica tiene una importancia tal que se ha llegado a una nueva disciplina, el Geomarketing, como resultado de la combinación de la Geoepidemiología y Geoestadística. El avance de la tecnología y los sistemas de información facilitan que también se puedan mapear la oferta, la demanda, y la competencia de los productos y servicios de salud. Las demarcaciones de la división geográfica y política entre comunidades son importantes para el control

y manejo de epidemias, endemias y pandemias. El geomarketing resulta útil para diseñar programas y ofertar servicios cercanos a los usuarios, definir políticas sanitarias y buscar mayor bienestar biopsicosocial de las personas que cohabitan un mismo espacio geográfico.

En los esfuerzos por lograr la salud universal, la ubicación geográfica, como espacio que ocupa una persona y sus pares en un tiempo definido, muestra perfiles culturales similares, que se ponen de manifiesto en los hábitos, costumbres y patrones de comportamiento similares. Con esta información, de manera oportuna y lo más exacta posible, se podrán ubicar los servicios y realizar las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades que conduzcan a un bienestar sostenible de la población. También, permite identificar a las personas que sufren algún tipo de padecimiento en salud y facilitar así los procesos de promoción y prevención. El análisis de la ubicación del sistema de salud que existe en el lugar, permite situar los hospitales, clínicas y consultorios médicos (públicos o privados) dentro de una misma área geográfica.

Ubicar y mapear la demanda en función del perfil definido previamente mediante la investigación, permite identificar la necesidad de servicios de salud específicos (pediatría, ginecología, geriatría y otros), así como estimar el radio de acción de la oferta, para conocer su área de influencia y afluencia; esto se refiere a: de dónde vienen los pacientes, cuánto tiempo están empleando para llegar al punto de atención y el gasto que representan en su traslado, todas ellas variables de importancia para que disminuir al máximo las barreras de accesibilidad.^(11, 12)

La relación idónea entre oferta y demanda implica adecuar el perfil de los pacientes con base en los datos demográficos, epidemiológicos y la ubicación exacta del lugar donde viven con el número de instalaciones de salud, así como la capacidad exacta de estas para atender a los usuarios. El servicio privado muchas veces resulta mejor valorado por el público por las denominadas amenidades, relacionadas con el confort y decoración, pero lo cierto es que iluminación y funcionalidad siempre tienen que estar presentes.

Si se hace un alto para analizar el medio ambiente en los servicios de salud, se observa que este resulta muy importante. En primer lugar, por el valor que se le confiere a la imagen del personal de salud en relación con su competencia avalada por sus conocimientos, su experiencia y su rigor en la práctica médica, lo cual, además, le atribuye credibilidad. No menos primordial es el hecho de que el personal de salud esté siempre disponible y presto a ofrecer su servicio con amabilidad, cortesía y respeto demostrando la sensibilidad que debe caracterizarlo y que se espera de él.

La existencia de la cobertura universal en relación con la accesibilidad a los servicios de salud, no lleva implícita la calidad de este y, por consiguiente, los

recursos que se invierten pueden no obtener el resultado que corresponde, si no logra satisfacer y a la vez, comprometer al paciente. También es necesario establecer una adecuada relación entre oferta y demanda, pues los tiempos de espera pueden conducir a la insatisfacción del paciente e inclusive a que no acuda al servicio; mientras que, a la vez, pueden ser resultado de la sobrecarga de trabajo del prestador y por consiguiente su insatisfacción, con repercusión en la atención al paciente.

Específicamente en los servicios de salud, los elementos señalados, tienen una importancia superior a la de otros servicios que se ofrecen, porque las personas son muy receptivas por tratarse de su propia vida y del cuidado de su salud. Esos elementos diferenciadores de la calidad son expresados de manera cotidiana por los pacientes; pueden encontrarse en las encuestas de opinión o en las entrevistas que se realicen, y, es obvio que conforman la imagen que se tiene de este; se convierten en argumentos promocionales o no de la unidad de salud, porque están en la base de la decisión del paciente y de si acude o no a recibir el servicio a ella. Está documentado en estudios realizados que el denominado “pláceme”, es un importante componente de la calidad cuando es valorado por los usuarios y que cuando existen discrepancias entre las expectativas y percepciones no resulta satisfecho.

Las instituciones de salud, en muchos países, realizan encuestas a los pacientes para determinar sus necesidades, satisfacciones e insatisfacciones. Los médicos, técnicos y demás trabajadores de la salud se capacitan para aprender como ejercer sus prácticas de forma más efectiva, teniendo como centro de atención al paciente.

Si bien la competencia lleva a la búsqueda de la calidad para lograr las ventajas competitivas que garanticen los clientes, específicamente en los servicios de salud, la calidad tiene que ser una premisa y está asociada a cuestiones éticas. No se puede pensar en una instalación de salud que no ofrezca un servicio de calidad desde el punto de vista técnico y profesional. La atención a la salud pública de manera prioritaria por los gobiernos y los fondos destinados a ella, tienen que estar en correspondencia, si se quiere lograr la cobertura universal y a la vez que esta sea con la calidad requerida para que tenga impacto en la situación de salud.

De manera particular, en los servicios de salud, está demostrado que la relación médico-paciente o trabajador de la salud-comunidad, tiene una gran importancia para la aceptación de un programa de salud o del tratamiento del paciente y para su efecto; entre otras razones, porque permite al médico disponer de la información adecuada para su diagnóstico. En segundo lugar, por el compromiso del usuario en seguir las orientaciones y el tratamiento de la forma que se lo indicaron, así como por la confianza que deposita en el personal que presta el servicio de salud que corresponda. Si de promoción de salud se

trata, la relación personal cobra aún mayor importancia, porque el profesional de la salud tiene una gran potencialidad para ser un líder de opinión.

Un aspecto interesante a valorar es el relacionado con la imagen de los servicios médicos que tiene la población, pues estudios realizados en México apunta que tiende a ser sobrestimada y que el nivel de confianza de los que acuden a los servicios privados no es tan alto como pudiera esperarse, mientras que los que acuden a los servicios públicos lo hacen porque no tienen otra opción, no por la confianza que inspiran. La falta de recursos y la excesiva burocracia han sido los principales problemas de las instituciones estatales de salud identificados por la población mexicana. Las mejores comodidades durante la atención provistas por los servicios privados se presenta como el principal rasgo diferenciador de la satisfacción con los servicios.⁽¹³⁾

Lo anterior hace pensar que esta situación puede ser general y no particular. Por tanto, se debe valorar la necesidad de que los esfuerzos que se realicen en función de ampliar la cobertura, deben centrarse en aquellos que resultan esenciales para mejorar la salud de la población por los prestadores de los servicios y aumentar la cultura sanitaria de los usuarios para que sirvan realmente como jueces de calidad. Si bien la calidad percibida por los usuarios constituye un indicador de cómo se desarrolla el proceso de prestación del servicio, generalmente la capacidad evaluativa de estos por la denominada “asimetría en la información”, hace que la valoración vaya dirigida más hacia el “placemen” y la relación humana que se establece, y no por la dimensión técnica, que de las establecidas por Donabedian, debe constituir la piedra angular para valorar los servicios de salud, y esa tiene que ser evaluada por los profesionales y gerentes sanitarios.⁽¹⁴⁾

Mercadotecnia social y cultura de salud de la población

Entre las ya enunciadas líneas estratégicas propuestas para orientar la transformación de los sistemas de salud y avanzar hacia la cobertura universal, la primera de ellas plantea: “Implementar programas para el empoderamiento de las personas, incluso actividades de promoción, prevención y educación que permitan aumentar el conocimiento de su estado de salud, de sus derechos y obligaciones. La participación de las personas y las comunidades es fundamental para la cobertura universal de salud, las personas deben estar empoderadas para tomar decisiones informadas acerca de su salud, la de su familia y la comunidad”.⁽⁴⁾

Los programas antes señalados, encaminados a incrementar la cultura en salud, deben incluir intervenciones para propiciar cambios de conductas basadas en lo mejor del pensamiento y la experiencia de varias disciplinas, que lleguen

más allá de las estrategias básicas que se fundamentan en el conocimiento y aborden otros diversos factores que influyen en el comportamiento humano. Se debe aprender a utilizar de manera más efectiva, el amplio espectro de la mercadotecnia social y las tecnologías de la comunicación para lograr en la población que sus hábitos de consumo y estilos de vida tributen a su bienestar.

En muchas ocasiones, las personas saben lo que deben hacer para mantenerse sanas, pero no siempre practican lo que saben; el conocimiento no siempre es igual al comportamiento y tampoco asegura el cambio de conductas. Existen comportamientos en la población que para que se modifiquen o abandonen requieren de una acción social adecuada ya que afectan segmentos específicos de la sociedad que son particularmente vulnerables.⁽¹⁵⁾

El acceso a información veraz y fidedigna, y a entornos favorecedores a la salud, se integran también a los componentes de la cobertura universal, que abarca no solo las conductas favorecedoras, sino la posibilidad tan necesaria del diagnóstico oportuno de las enfermedades; este no depende solo de que el servicio se encuentre accesible, sino que las personas sientan la necesidad de acudir al médico aun sin encontrarse enfermas, porque son capaces de identificar signos de alerta, perciban que requieren un examen de salud oportuno para prevenir la enfermedad y por consiguiente demanden el servicio.

La salud universal, tiene que prever la posibilidad de dar respuesta adecuada a las demandas generadas por el incremento de la cultura sobre la salud, para ello es válido el empleo de estrategias con enfoque de mercadotecnia social que permitan orientar cuáles son los servicios requeridos y cuál es el nivel de atención correspondiente.

Investigación de mercados. Segmentación vs fragmentación

Para diseñar e implementar estrategias de mercadotecnia tanto de servicios como de cambios de comportamiento, la investigación de mercados es fundamental, ya que permite conocer la identidad y la historia de vida de las personas: sexo, edad, escolaridad, condición étnica, situación migratoria y nivel socioeconómico. Además, identificar sus conocimientos, las percepciones, actitudes, hábitos y conductas. De esta forma permite determinar aquellos grupos vulnerables y establecer perfiles de vulnerabilidad. En esa segmentación, las mujeres juegan un rol fundamental para el cuidado de la salud.

La vulnerabilidad, es un indicador de iniquidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política; guarda estrecha relación con los determinantes de la salud, por ello no se trata solo de prevenir la enfermedad, sino también de prevenir la vulnerabilidad en salud. Por tanto, se

requiere de estrategias y herramientas que orienten al desarrollo hacia el bienestar de la población, que actúen en función de reducir la vulnerabilidad. Las estrategias de mercadotecnia social permiten abordar la prevención dirigida a las "vidas que transcurren en el riesgo", considerando los aspectos relacionados con las condiciones sociales en que viven los grupos vulnerables. La información epidemiológica, unida a la segmentación derivada de la investigación de mercado, permitirá elaborar estrategias preventivas dirigidas a las poblaciones en situaciones de vulnerabilidad a las enfermedades.⁽¹⁶⁾

Las estrategias de mercadotecnia social toman en cuenta los contextos ambientales y socioculturales donde se inscriben las personas, así como las normas y valores sociales, por eso hay que incluir el estudio de los mismos en la investigación, para posteriormente facilitar el desarrollo de la capacidad para afrontar o resistir situaciones problemáticas y su exposición a los factores de riesgo; el manejo de recursos por personas y grupos en situación de vulnerabilidad mediante el desarrollo personal y grupal; la apropiación de las herramientas necesarias para abandonar situaciones en desventaja, estructurales o coyunturales.⁽¹⁷⁾

Actuar para pensar diferente

El empleo de la mercadotecnia no será la solución para superar los múltiples obstáculos que implica la implementación de nuevas formas de organización de los servicios de salud, pero sí puede contribuir a rebasar barreras que se derivan de la poca disponibilidad de recursos técnicos y económicos, de la nueva forma de los profesionales de la salud de enfrentar esta situación de forma tal que se logre optimizar el empleo de estos y cambiar la forma de afrontar el reto, tanto en los prestatarios como en los usuarios, que al referirse a la cobertura universal a la salud, lo es toda la población.

Lo más importante entonces, será la modificación en la forma de pensar de los gerentes, profesionales sanitarios y la población, para otorgar y hacer uso adecuado del derecho universal de la inclusión social, el acceso y la cobertura universal de salud, siempre desde la perspectiva del paciente, pero sustentada en los saberes de los que tienen la debida preparación para diseñarla e implementarla con el rigor técnico que requiere.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Alocución de la Dra. Margaret Chan, Directora General, ante la 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 23 de mayo de 2012. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/address-to-the-sixty-ninth-world-health-assembly>
2. Schremmer J, et al. Extensión de la cobertura de asistencia sanitaria: articulaciones potenciales entre los regímenes obligatorios de seguridad social y los mecanismos de protección social basados en la comunidad. *Revista Internacional de Seguridad Social*. 2009;62(1):25-45. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6223886>
3. Gil GC. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): una revisión crítica. *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*. 2018;140(1):107-118. Disponible en: https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/revista_papeles/140/ODS-revision-critica-C.Gomez.pdf
4. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52 Consejo Directivo de la OPS. 65ª Sesión del Comité Regional, 2013. Documento Oficial 345. Washington DC: OPS; 2013. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es
5. Lizano VM. Salud en todas las políticas. *Revista Costarricense de Salud Pública*. 2017;26(2):97-98. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v26n2/1409-1429-rcsp-26-02-97.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, 19-21 de octubre 2011, Río de Janeiro, BR. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf
7. Castell-Florit SP. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. *Revista Cubana Salud Pública*. 2007;33(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200009&lng=es
8. Suárez LN. El enfoque intersectorial y el empleo de la mercadotecnia como herramienta gerencial. En: Castell-Florit SP, editor. *Intersectorialidad en salud. Fundamentos y aplicaciones*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2010. pp. 145- 56.
9. Suárez LN. *Marketing en salud. Una perspectiva teórico-práctica*. Colombia: CATORCE. 2001.
10. Fenton JJ, et al. The cost of satisfaction. A national study of patient satisfaction, health care utilization, expenditures, and mortality. *Arch Intern Med*. 2012;172(5):401-11. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2011.1662>
11. Pérez RLA. Geomarketing en salud para ubicar oferta de servicios médicos de valor. Caso: Proyecto de investigación para ubicar una nueva oferta hospitalaria. *Revista Salud Uninorte*. 2008;24(2):319-340. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-55522008000200015&script=sci_arttext

12. Remoaldo APC, et al. Geographical information systems: The past, present and future. Portugal: Universidad de Minho. Instituto de Ciencias Sociales. 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/1822/58703>
13. Priego ÁHR, et al. Implicación y conocimiento en la actitud hacia el consumo de servicios de salud. El caso de los derechohabientes de la Clínica médico familiar Casa Blanca del ISSSTE. Salud en Tabasco. 2005;11(1-2):344-51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/487/48711208.pdf>
14. Donabedian A. Aspectos de la administración de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica. 1987.
15. Suárez LN. Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin fronteras en la promoción de la salud. Revista de comunicación y salud. 2011;1(1):107-118. Disponible en: <https://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/download/158/104>
16. Suárez LN. El consumo y la salud. Colombia: CATORCE; 2010.
17. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007

Capítulo VIII

Mercadotecnia sanitaria y enfoque intersectorial

La actual complejidad y el carácter universal de los problemas de salud, dificulta identificar y definir las fronteras donde estos comienzan y terminan, tanto en su origen o causa, como en la forma de poder resolverlos, que cada vez requieren de estrategias coherentes y holísticas, que aúnen el desarrollo de diversas disciplinas científicas y actores de la sociedad.

Intersectorialidad en salud

El sector salud tiene la encomienda de propiciar el bienestar físico, psíquico y social del hombre, pero si bien existe consenso en cuanto al rol curativo, no siempre se encuentra claridad en lo relacionado con la responsabilidad en la definición de políticas públicas que tributen a la salud y menos aún, de la puesta en práctica y control de las mismas con la participación ciudadana y de los distintos sectores de la sociedad. La salud, considerada como un producto social, requiere una respuesta social organizada que permita obtener sinergia por la integralidad de las acciones e intervenciones, para lograr el bienestar de la población, salvando contradicciones entre intereses, poderes, puntos de vistas, políticas, grupos sociales y necesidades de los diferentes actores sociales que intervienen en el proceso denominado intersectorialidad, visto como proceder organizado y sistemático, solucionador de problemas, pero con un enfoque preventivo que accione sobre sus causas.⁽¹⁾

La intersectorialidad se presenta entonces como solución y problema, por consiguiente, una tarea primordial de la salud pública, consiste en preparar a las fuerzas de poder y las fuerzas sociales para obtener un abordaje integrador, pues solo de esta forma se podrán lograr las transformaciones que se requieren en la manera de asumir y dar solución a los problemas que determinan o influyen en el bienestar de la población.

Mercadotecnia sanitaria y su enfoque social

El tránsito del enfoque biologicista al social en salud lleva aparejado un cambio en la forma de pensar y actuar de los directivos, profesionales y trabajadores sanitarios, así como de la sociedad en su conjunto. Es conocido que todo cambio de ideas y comportamientos, requiere de tiempo para poder solidificarse, a lo que puede contribuir la mercadotecnia en su enfoque social, como estrategia que permita facilitar tal proceso. Los enfoques tradicionales, centrados en la información y educación, resultan cada vez más estrechos, se requiere de otras ciencias y tecnologías que permitan afrontar de manera adecuada los actuales problemas de salud.

Toda ciencia y tecnología no es innecesaria, y la mercadotecnia en su enfoque social, es una estrategia de cambio de observación obligada fuera de la institución sanitaria para la explicación, análisis y producción social de la salud. Constituye una herramienta con amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria que abarca la promoción de salud y fomentar estilos de vida saludables; acercando los servicios a las personas que lo requieren y mejorando la calidad de estos; fomentar el uso racional de medicamentos, contribuyendo a solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan.⁽²⁾

Puede ser aplicable para dar respuesta a las líneas estratégicas que orientan la transformación de los sistemas de salud, para avanzar y sustentar las muchas aristas que conforman la salud universal, incluyendo el empoderamiento de las personas, la promoción, prevención y educación, con el propósito de aumentar la cultura sanitaria, el conocimiento de sus derechos y obligaciones para que puedan tomar decisiones que tributen a su propio bienestar, el de su familia y la comunidad. El empleo de la mercadotecnia contribuye a superar los múltiples obstáculos que conlleva la implementación de nuevas formas de organización de los servicios de salud, a superar barreras y enfrentar el reto, tanto en los prestatarios como en los usuarios, para que puedan hacer uso del derecho que les corresponde.

Cuando se incluye la mercadotecnia social en la formación académica y en los procesos de capacitación de los profesionales y directivos sanitarios, se ofrece el conocimiento y desarrollo de habilidades de una tecnología que permite la comprensión de la salud como resultado de determinantes sociales y económicos, su relación con el bienestar y la calidad de vida y derivado de ello el papel de toda la sociedad en su construcción.

Conocer la mercadotecnia, su enfoque social y posibilidades de aplicación a la gestión sanitaria, lleva a pensar en la necesidad de considerar los aliados y los opositores, valorar las amenazas y oportunidades que se encuentran en un contexto dado, las dificultades y las fortalezas que tiene el sistema de salud. Así,

será posible trabajar en la elaboración de una estrategia que permita conjugar el medio y los individuos en armonía con el comportamiento que tribute a la salud y el bienestar, realizando a la vez abogacía, como espacio en el que se persuade y se hace ver el rol que cada sector de la sociedad tiene que desempeñar para lograr el propósito deseado.

Mercadotecnia e intersectorialidad en salud

Utilizar la mercadotecnia en su enfoque social como herramienta en la gestión sanitaria, facilitará por tanto el poder lograr la integración y la integralidad en la solución de los problemas de salud, que constituyen la esencia del enfoque intersectorial. Su empleo puede contribuir a que tanto en el sector salud como coordinador de las acciones, como en los sectores involucrados, se posicione la idea y la práctica que la salud es una responsabilidad social y por tanto corresponde velar por ella.^(3, 4)

El enfoque intersectorial, por lo general se encuentra en la literatura reducido al ámbito nacional o local, pero según criterio y experiencias de la autora, puede ser extrapolado a las estrategias que tienen un enfoque global e involucran a todas las instancias que a nivel internacional se encuentran integradas en la solución de un determinado problema de salud. Ello se pone de manifiesto, de manera evidente, en la prevención y control del tabaquismo con el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la Organización Mundial de la Salud,⁽⁵⁾ ya que impulsa a los gobiernos a afiliarse a políticas públicas que promuevan un mundo libre de tabaco, convocan la movilización social para involucrar los grupos de influencia y recursos; la participación comunitaria; la educación y comunicación; incluye la legislación y la economía, así como a los servicios de salud; promulgar medidas de control por parte de las autoridades gubernamentales y lograr que la sociedad civil se convierta en su controlador.

Desde los organismos internacionales es posible instar a la planeación global y la acción local, bajo la premisa que la integralidad, coherencia y complementariedad de las acciones, aumentan la sinergia y hacen más fácil, tanto para los individuos como para la sociedad, los cambios que se requieren. Es este entonces un claro ejemplo de cómo problemas globales requieren de esta perspectiva para luego hacerse realidad en cada contexto a partir de involucrar los sectores de la sociedad y a la vez adherirse al enfoque que ofrecen las estrategias de mercadotecnia social.

Para modificar la imagen actual del tabaco y del tabaquismo se requiere modificar normas sociales y construir a nivel social, la necesidad del cumplimiento de la legislación para promover ambientes libres de humo, ello por supuesto, no lo puede lograr solo el sector salud, quién si tiene la

responsabilidad de ofrecer tratamientos adecuados con programas de cesación y deshabituación, para todos los que desean dejar de fumar.

Aumentar los impuestos, para que con el incremento de precios, el producto sea cada vez menos accesible, aparejado de campañas impactantes en los medios de comunicación social que enfatizan en los beneficios de no fumar; la prohibición de publicidad y promoción, el establecimiento de lugares de trabajo libres de humo, advertencias en los paquetes, prohibición de venta a menores de edad y ley contra el contrabando, escapan de las posibilidades de actuación por el sector salud. Solo de esta manera, se puede alejar el tabaco de la vida cotidiana, de todos los trayectos donde interactúa la población, desde los niños hasta los adultos y a la vez para que vaya perdiendo su imagen de aceptación social y poder crear un ambiente favorecedor a una sociedad libre de tabaco.⁽⁶⁾

Al ejemplo anterior, se pueden sumar la alimentación no saludable derivada entre otros del posicionamiento logrado por la comida chatarra, el abuso en el consumo de sal y grasas, que requieren respuesta de la misma magnitud que el tabaco para revertir las tendencias peligrosas en los hábitos alimenticios y otros como la necesaria higiene personal y ambiental en prevención del dengue y el cólera; la intersectorialidad y la mercadotecnia en su enfoque social, pueden unirse en función de lograr los cambios de comportamiento en la población y la participación de los diferentes sectores y actores de la sociedad para producir el bienestar de la población.

Experiencias en Cuba

La experiencia en Cuba en la aplicación de la mercadotecnia al enfoque intersectorial en salud es de corto tiempo y poca amplitud, siendo las principales en el Programa de prevención y control del tabaquismo, el Programa para el uso racional de medicamentos, así como el Programa de cultura alimentaria, iniciadas desde la década del 80 del pasado siglo. En la actualidad, un proyecto interesante lo constituye el mercadeo social del condón en Cuba para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el sida.

En el aspecto formativo, en 1997 se incorpora la mercadotecnia como curso de posgrado, integrándose a la vez a los programas de los diplomados de Economía de la Salud, Dirección de Salud y Dirección de los Servicios de Salud, en la entonces Facultad de Salud Pública, hoy Escuela Nacional de Salud Pública. En el año 2000, comienza a ofrecerse un diplomado en Mercadotecnia que permitió formar un grupo de profesionales de la salud en la referida disciplina y posibilitó la difusión de los cursos entre los directivos y profesionales del sistema nacional de salud. Las maestrías de Salud Pública y Economía de la Salud

iniciadas en la ENSAP en el curso académico 2001, incluyeron la asignatura de Mercadotecnia y como tema en la Maestría de Promoción de Salud.

Estudios realizados, fundamentalmente mediante la consulta a informantes clave y grupos de expertos, para determinar competencias y desempeño de los directivos del sistema nacional de salud, permite considerar que la mercadotecnia deviene en una herramienta necesaria para afrontar de manera exitosa los nuevos retos, donde el cambio en la forma de pensar de todos los actores que intervienen en la salud, requiere del instrumental que ella posibilita.⁽⁷⁾

Consideraciones finales

Entre las lecciones aprendidas con la pandemia del coronavirus, en todos los países, se encuentra la necesidad de la participación de todos los sectores de la sociedad para enfrentarla, porque la producción de la salud tiene que ser producto de la participación de toda la sociedad, tanto los sectores económicos como los sociales y la población en general. La búsqueda de solución para los problemas de salud desde la perspectiva que ofrece la aplicación de mercadotecnia social y la psicología, hizo notar también la importancia de estas ciencias.⁽⁸⁾

La necesidad hizo que aun sin tener definido conceptualmente que se aplicaba la mercadotecnia, en su enfoque social fue la estrategia de cambio adecuada para hacer mirar, de manera obligada, fuera de la institución sanitaria y hacia el medio social, con el propósito de encontrar la explicación y del escenario existente y lograr la producción social de la salud que se requería, para enfrentar la situación epidemiológica que se presentaba.⁽⁹⁾ Esa mirada hacia fuera, resultó precisamente el enfoque intersectorial, que en el caso de Cuba fue clave para obtener los resultados que permitieron su control.⁽¹⁰⁾

La importancia de la participación social se mostró como el bastión fundamental para avanzar en la prevención y control del coronavirus, y debe ser una lección⁽⁹⁾ aprendida en tiempos de pandemia, que, si se toma de patrón para otras situaciones epidemiológicas, similares o parecidas, que se presenten, pueda conducir a evitar o contrarrestar las consecuencias destructoras que ha dejado en cada persona, familia, comunidad y país, tanto en el orden económico como social y psicológico.

Las características de la enfermedad y su difusión, requirió, además de la preparación de condiciones excepcionales de los sistemas de salud para enfrentarla. Fue necesario salir al medio social y propiciar una serie de medidas de carácter intersectorial y de participación ciudadana, que de conjunto, permitieran afrontar la pandemia con el menor número posible de enfermos, para que no colapsara el sistema de salud por la cantidad de camas y

equipamiento que se necesitaría. Cuba, puso en marcha ese enfoque en su estrategia y los resultados fueron palpables. Queda como reto, ser capaces de aplicar ese enfoque en toda situación de salud que lo requiera.

Todo lo anterior pone de manifiesto que desde la salud pública no se visualiza de forma adecuada los problemas de salud como responsabilidad de todos los que de una forma u otra se encuentran insertados en el tejido social, ya sean los diferentes sectores de la sociedad, como la propia población. La mercadotecnia aplicada a la salud, con un enfoque social y ético, se convierte en una herramienta útil para que los encargados de la salud pública conozcan cómo ejercer el liderazgo, convoquen la intersectorialidad, coloquen en la agenda los problemas de salud y su solución, ganando aliados y eliminando opositores, apoyándose en sus fortalezas y buscando las oportunidades.

Incluir la mercadotecnia social en la formación académica y en los procesos de capacitación de los profesionales y directivos sanitarios, puede contribuir a posicionar su empleo de manera general en los programas y servicios de salud y muy en particular en el enfoque intersectorial.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin fronteras en la promoción de la salud. *Revista de comunicación y salud*. 2011;1(1):107-118. Disponible en: <https://www.revistadecomunicacionysalud.es/index.php/rcys/article/download/158/104>
2. Suárez LN. *Marketing en salud: una perspectiva teórico práctica*. Colombia: CATORSE. 2004.
3. Suárez LN. *Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria*. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2007.
4. Suárez LN. Mercadotecnia y gestión sanitaria. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2002;28(2):201-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662002000200008&script=sci_arttext
5. Organización Mundial de la Salud. *Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco*. 2003. WHO. Reimpresión actualizada 2003-2005. Geneva: WHO Document Production Service. 2006. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/80175/sa56r1.pdf>
6. Suárez LN. *El tabaquismo. Paradojas, controversias, mitos y realidades*. La Habana: Editora Política. 2015.
7. Suárez LN, et al. Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2016; 42 (1):115-128. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2016/csp1611.pdf>

8. Calatayud FM. La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estud. Psicol. Natal.* 2011;16(1):23-30. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/8835kWFMW3FKv45J8ySDMzM/?lang=es>
9. Suárez LN. La Pandemia del coronavirus: validando la aplicación de la mercadotecnia social a la salud. *Infodir.* 2021;34:e893. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/893>
10. Castell-Florit SP. Universal doesn't just apply to health care, but to every sector's action taken to protect the population health. *Medicc Review.* 2020;22(2):21-23. DOI: <https://doi.org/10.37757/mr2020.v22.n2.6>

Mercadotecnia y vigilancia en salud

La relación entre información y mercadotecnia, de una u otra forma, ha sido tratada en varios de los capítulos de este libro, como también ha sido señalada la realización de investigaciones cuando resulta necesario complementar la información disponible o simplemente, cuando se requiere obtener otra adicional. La vigilancia en salud, como área de trabajo de la epidemiología, constituye una fuente de información insuperable para la definición de los problemas de salud, que por su magnitud, requieren ser abordados con estrategias de mercadotecnia.

Investigación de mercados y vigilancia en salud

En mercadotecnia, la información constituye el elemento inicial para tomar decisiones, por eso se necesita conocer acerca del producto o servicio a promover y el medio en que se encuentra este. Cuando de salud se trata, la primera información a consultar es aquella que suministra el sistema de vigilancia en salud.

En ocasiones ha sido identificada la estrecha relación que existe entre la investigación de mercados y la información que suministra la vigilancia en salud, porque esta última es la que caracteriza la población y el medio, es la que describe las características que es necesario conocer para elaborar una estrategia de mercadotecnia, ya sea para un programa o servicio de salud.⁽¹⁾ Si bien es cierto que no es la única información que resulta necesario obtener, es la que define la magnitud y por tanto el alcance de la estrategia que hay que proyectar, además indica que otras informaciones, con relación a los consumidores y usuarios o al medio ambiente y entorno en que estos se desenvuelven, se debe obtener mediante la investigación.

Todo salubrista debe conocer el valor que tiene la vigilancia en salud y las posibilidades que le ofrece para su gestión, ya que facilita el proceso de toma de decisiones y la optimización de estas sobre la base de una información objetiva por ser obtenida con método científico. Es, sin lugar a dudas, la que permite lograr la eficacia y eficiencia de los sistemas de salud.⁽²⁾ Es el gerente sanitario el que tiene que saber proporcionar los indicadores que le resultan de mayor utilidad para poder construir, sobre esa base científicamente argumentada, las

estrategias con enfoque de mercadotecnia que le permitirá optimizar la gestión de programas y servicios de salud con enfoque de cliente, esto es, desde la perspectiva del consumidor sanitario.

La vigilancia en salud aportará al gerente cuáles son los problemas de salud que requieren cambios de comportamiento, modificaciones en el ambiente físico o social, dónde están las principales insatisfacciones de los usuarios con los servicios sanitarios, entre otros. Es esencial en la prevención de enfermedades y también constituye una herramienta de utilidad en la distribución de recursos en los sistemas de salud, así como en la valoración de la eficiencia de los programas y servicios. Cuando el gerente sanitario dispone y realiza uso adecuado de la información, puede identificar a tiempo las enfermedades transmisibles que con carácter emergente o reemergente se presenten, conocer los estilos de vida, las condiciones del ambiente y todos aquellos elementos que constituyen factores de riesgo para la salud.

Asimismo, el profesional de la mercadotecnia tiene que saber que dispone de una información de bajo costo, confiable y oportuna, que le permite orientar su derrotero cuando tiene la encomienda de encontrar la vía de lograr cambios de comportamientos en salud o acercar servicios a los usuarios. Es por eso, que tanto gerentes como trabajadores sanitarios, deben conocer la relación existente entre el enfoque de mercadotecnia aplicado a la salud y la vigilancia.

Vigilancia en salud

La vigilancia epidemiológica aplicada al estudio de las enfermedades de grupos humanos, comenzó a principio de los años 50 del pasado siglo XX, basada en la llamada política médica de Alemania después de la Segunda Guerra Mundial. La conceptualización de vigilancia epidemiológica fue introducida por el Centro de Enfermedades Transmisibles del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos en 1953 y el Instituto de Epidemiología y Microbiología de Praga.⁽³⁾

Entre las primeras definiciones se encuentra la que la identifica como la recolección, consolidación y análisis de los datos sobre enfermedades específicas, así como la diseminación de la información a los que necesitan conocerla. Otros autores la definen como “el estudio epidemiológico de una enfermedad considerada como un proceso dinámico que abarca la ecología del agente infeccioso, el hospedero, los reservorios y los vectores, así como los complejos mecanismos que intervienen en la propagación de la infección y en el grado de dicha propagación”.⁽⁴⁾

Años más tarde, Fossaert y colaboradores,⁽⁵⁾ conceptualizaron la vigilancia epidemiológica como el conjunto de actividades que permiten reunir la

información indispensable para conocer, en todo momento, la conducta o historia natural de la enfermedad, detectar o prever cualquier cambio que pueda ocurrir por alteraciones de los factores condicionantes, con el fin de recomendar de forma oportuna, sobre bases firmes, las medidas eficientes indicadas que llevan a la prevención y control de la enfermedad.

Autores cubanos definen la vigilancia en salud pública,^(3, 6, 7) como el seguimiento, recolección sistemática, análisis e interpretación de datos, sobre eventos de salud o condiciones relacionadas para ser utilizadas en la planificación, implementación y evaluación, de programas de salud pública. Incluye, como elemento básico, la diseminación de dicha información a los que necesitan conocerla, para lograr una acción de prevención y control más efectiva y dinámica, en los diferentes niveles del sistema de salud.

La Organización Mundial de la Salud define la vigilancia epidemiológica, como la comparación y la interpretación de información obtenida de programas ambientales y de monitoreo en salud, así como de otras fuentes adecuadas, con el fin de proteger la salud humana, a través, de la detección de cambios adversos en el estado de salud de las poblaciones, las cuales se pueden deber a factores ambientales peligrosos, todo ello con el fin de proporcionar la información necesaria para una intervención efectiva.⁽⁴⁾

En estas definiciones se puede observar cómo se incrementa la importancia que se le atribuye al medio en que se encuentra el individuo hasta colocarlo, de forma clara y explícita, en el lugar que le corresponde. También, la información sobre ese medio constituye la base de la toma de decisiones de los salubristas, así como instrumento para actuar con intervenciones que permitan dar solución a los problemas. La mercadotecnia, como tecnología gerencial deviene en una de las diversas formas de intervenir sobre el individuo, la comunidad y el medio.

En múltiples ocasiones se lee o escucha acerca de la importancia de que los profesionales y, en especial, los gerentes, tengan pensamiento epidemiológico, o lo que también puede denominarse en términos gerenciales, pensamiento prospectivo. El pensamiento epidemiológico se define como aquel que pretende introducir el interés colectivo, el punto de vista comunitario o público en la respuesta que la sociedad ofrece a los problemas de salud, en una actitud de búsqueda e investigación permanente de las situaciones que generan o mantienen los problemas de salud.⁽⁴⁾

No obstante, en la actualidad hay una tendencia a no utilizar el concepto de vigilancia epidemiológica, teniendo en cuenta que la información relacionada con la vigilancia integra no solo datos de daños y factores de riesgo, sino incorpora elementos vinculados con los recursos, las estrategias y políticas, así como otros componentes en el campo de la salud pública, propios del sector o inherentes al estado de salud de la población en general.

La evaluación epidemiológica en sí, ha ido transitando de igual manera que su conceptualización. Los países con sistemas de salud más avanzados han diseñado sus sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles, con sus subsistemas de vigilancia específicos, adaptado a las enfermedades prevalentes. En Cuba, por ejemplo, se incluyen las infecciones respiratorias agudas (IRA), y las enfermedades diarreicas agudas (EDA), hepatitis, meningitis meningocócica, parálisis flácida, tuberculosis, sida, lepra y otras. También se incorporan el sistema de vigilancia alimentaria y nutricional, microbiología de los alimentos, toxicológica, calidad del agua y la vigilancia relacionada con el programa de control de vectores, entre los más importantes.^(6, 7)

De los sistemas de vigilancia epidemiológica, se transita a los denominados sistemas de vigilancia en salud, como concepto y práctica más completa que permite una mayor integración de la información y del nivel de análisis de esta. Su utilización permite lograr un mayor beneficio para la toma de decisiones, con base científica, a los diferentes niveles de dirección en salud y a la tendencia mundial de descentralización de la gestión.

El objetivo de un sistema de vigilancia en salud es dar una respuesta mucho más eficiente a la situación sanitaria del país, de ahí que se requiera ampliar el enfoque de vigilancia en salud pública a proyectos que sean capaces de brindar el conocimiento oportuno y relevante de la situación de salud existente y prospectiva, y así aumentar la capacidad resolutoria de los decisores. Es en este momento del desarrollo donde la mercadotecnia se inserta, como otras tecnologías gerenciales, para propiciar la forma más adecuada de enfrentar los problemas detectados con un enfoque preventivo y de promoción de salud.

Vigilancia y mercadotecnia como herramientas gerenciales

En los resultados que se obtienen en salud tiene un papel fundamental la vigilancia, pues es esta la que permite el pensamiento prospectivo al gerente y le posibilita reforzar el enfoque preventivo y de participación en lo que a la salud se refiere. La base informativa que sustenta la dirección y planeación estratégica la suministran los sistemas de vigilancia, que permitirán la toma de decisiones de los gerentes y el diseño de programas de intervención para evitar problemas y preservar las situaciones favorecedoras a la salud de la población.

La vigilancia, es una herramienta que proporciona aumento de la capacidad resolutoria y es importante que a nivel local se comprenda la gran utilidad que tiene, máxime cuando es desde el nivel primario de atención, donde se obtiene la mayor cantidad de información y se realiza el análisis de la situación de salud que permite integrar todos los actores sociales en función de lograr el mayor

bienestar para la población. Sin embargo, la falta de conocimientos sobre el papel que juega y las dificultades que limitan el uso, son las razones que permiten aseverar la necesidad del posicionamiento de la vigilancia como herramienta gerencial en salud en cualquier contexto y más aún en los países en vías de desarrollo.

En primer lugar, la vigilancia de salud debe ser realizada con un enfoque de equipo de salud, entendiéndola como un proceso de búsqueda activa y observación continúa que contribuye a la efectividad de las acciones de salud; ^(7,8,9) comprende desde la recolección hasta su diseminación, así como el seguimiento y control de los problemas vinculados a la salud. La interacción mantenida con dichos fenómenos y el objetivo de explicar sus causas, permitirá actuar sobre ellos y darle solución a tiempo. La observación, atenta y cuidadosa de la población y el entorno, permitirá conocer con mayor certeza el proceso salud-enfermedad y los factores asociados al mismo.

Algunos autores consideran que la práctica de la salud pública se puede comprender en cuatro actividades básicas: vigilancia, investigación, servicio y capacitación. La información resultante de la vigilancia, debe ser útil para detectar las principales áreas o problemas relacionados con los servicios, los objetivos donde desarrollar investigaciones epidemiológicas y la identificación de necesidades de capacitación.⁽¹⁰⁾

En la atención primaria de salud, la vigilancia permite el conocimiento de las incidencias agudas y relevantes y el análisis de la situación de salud en la población de un territorio. Su uso como herramienta para la toma de decisiones es fundamental para que sean más efectivas las acciones destinadas a la solución de los eventos sanitarios que afectan a la población y aumentan la capacidad resolutoria a nivel local. Es interesante determinar la identificación del conocimiento, habilidades, y percepción que tienen los gerentes de salud en el nivel de atención primaria sobre vigilancia y su utilidad en la toma de decisiones, así como conocer las causas de los problemas y actuar para eliminar, disminuir o controlar los efectos negativos para la salud de la población y su satisfacción con los servicios brindados.

En todos los niveles de atención, pero con mayor importancia en el nivel local, que es donde se detectan y solucionan la mayor cantidad de los problemas, es necesario lograr que la vigilancia forme parte de la cultura organizacional y la mercadotecnia puede resultar de gran utilidad para lograr tal propósito si se elabora una adecuada estrategia para el posicionamiento de esta y se consideran los profesionales sanitarios como grupos metas a alcanzar.

El proceso de vigilancia en salud tiene tres elementos esenciales:⁽⁷⁾

- Observación y recolección continuada de datos e información sobre problemas relacionados con la salud.

- Agrupamiento, análisis y evaluación ordenada de dichos datos.
- Difusión de los resultados a los que necesitan conocerlos, en especial para la toma de decisiones.

Es precisamente a través de la difusión de los resultados y de la importancia que se les confiera a estos elementos, que se logrará que los encargados de la observación y recolección de los datos, así como su análisis y evaluación, comprendan el importante papel de la función que realizan y la asuman como suya, se apropien de ella, la internalicen y mantengan una conducta que responda a un pensamiento epidemiológico y prospectivo. Una vez logrado este primer propósito, la mercadotecnia deviene a la vez como herramienta necesaria para la proyección de programas tendentes a lograr los cambios de comportamiento que se requieren cuando se encuentran ante situaciones tales como, detección y control de brotes o epidemias o de eventos nuevos o desconocidos, no esperados, anticipando situaciones emergentes donde se requiere el empleo de estrategias de penetración rápida para lograr cambios de comportamientos inmediatos.⁽¹⁾

En otras situaciones como la determinación de la historia natural de la enfermedad, donde hay que evaluar la incidencia, prevalencia geográfica y estacional de las enfermedades, es posible conformar estrategias que se dirijan, de forma diferente, a los públicos metas particulares, para lograr en el corto, mediano o largo plazos los cambios que se requieren para transformar la situación de salud y también cuando se trata de controlar, prevenir y erradicar enfermedades. También la investigación de mercados sanitarios y los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud, pueden ser de utilidad cuando se realiza la evaluación de las medidas de control implementadas y en el monitoreo de cambios y tendencias futuras de los agentes patógenos.

Otra de las funciones de la vigilancia, en que la mercadotecnia deviene como una estrategia interesante, es en los cambios en la práctica médico-sanitaria donde el rol protagónico del paciente se hace cada vez más necesario, pero ello implica un cambio en la forma de pensar y actuar no solo de este, sino también del profesional sanitario que siente que pierde la hegemonía que caracterizó tradicionalmente esta relación. Un área de investigación-acción, es la relacionada con los servicios de salud donde la investigación del mercado sanitario, desde la perspectiva del paciente y del trabajador sanitario, permite que los servicios de salud traigan aparejado a la satisfacción del trabajador sanitario, la satisfacción de la población.

Farmacovigilancia y mercadotecnia en el uso racional de medicamentos

Un ejemplo interesante de cómo se puede relacionar la vigilancia epidemiológica con la mercadotecnia se puede encontrar en la vigilancia nutricional como base para elaborar programas dirigidos a grupos específicos para mejorar sus hábitos alimentarios; la vigilancia ambiental y estrategias centradas en la eliminación de los desechos contaminantes dirigido al sector industrial como grupo meta o la vigilancia vectorial y un programa con carácter intersectorial y enfocado a toda la población para eliminar las enfermedades provocadas por los roedores.

El ejemplo que se tomará refiere cómo a partir de la información que se obtiene de la vigilancia del uso de los medicamentos, farmacovigilancia, se elaboró en Cuba el Programa para el uso racional de los medicamentos.⁽¹¹⁾

El medicamento es un bien social que se utiliza con el objetivo de prevenir una enfermedad, recuperar la salud y aliviar algún síntoma, esto es, mantener la salud de las personas. La mayoría de los medicamentos traen asociados al efecto terapéutico deseado, riesgos de efectos negativos, algunos de gravedad que pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente. Muchos medicamentos tienen un rango muy estrecho entre la dosis terapéutica y la dosis tóxica, por lo que requieren para su uso la orientación y vigilancia del médico para consumir la dosis exacta.

El consumo de medicamentos por parte de la población es la medida real de la exposición de la población a los fármacos (los volúmenes de producción, ventas, dispensación o prescripción son medidas aproximadas). Para salud pública es importante poder caracterizarlo en la búsqueda de soluciones a los problemas que representa. Por las razones ya expuestas existe cada vez mayor interés en conocer la magnitud y características del consumo inadecuado de medicamentos, su impacto en la salud de la población, entender los factores que determinan este comportamiento por parte de los pacientes, así como evaluar las intervenciones que permitan mejorar la situación.⁽¹²⁾

Los estudios de utilización de medicamentos centrados en el consumo buscan aportar información sobre diferentes aspectos. La automedicación, la aparición de efectos indeseados, la selección incorrecta y no justificada del medicamento, conducen al uso irracional, donde los riesgos son mayores que los beneficios.

Un estudio realizado en Cuba en 1998,⁽¹⁴⁾ permitió conocer problemas relacionados con la producción, almacenamiento, comercialización, prescripción y consumo de medicamentos. Entre los principales problemas que se detectaron se encontraban los siguientes: la falta de actualización a los productores,

comercializadores y prescriptores, solicitar y prescribir medicamentos por complacencia, automedicación en diferentes modalidades, compartir medicamentos que han beneficiado a familiares o amigos, repetir el empleo ante síntomas supuestamente similares, recomendación y hasta presión de personas no profesionales, entre otros. La falta de disponibilidad de algunos medicamentos llevó incluso a su expendio por personas inescrupulosas y al uso indebido por la población.

Con la información obtenida se conformó el programa que enlazaba acciones administrativas y procedimientos, que propician el marco jurídico y laboral que se requiere para hacer un uso racional de medicamentos, con una campaña de comunicación social dirigida a los grupos metas seleccionados que constituyen los eslabones esenciales de la cadena del medicamento.

El propósito fue lograr un uso racional de los medicamentos, lo que requirió del sistema sanitario establecer una política farmacéutica basada en medicamentos esenciales; esto garantizaría la coherencia entre los eslabones de la cadena del medicamento, a partir de la relación armónica entre ellos y un concepto integrador de lo racional, que resulta diferente para el sistema sanitario, el productor, el distribuidor, el farmacéutico, el médico y el paciente.

Como las medicinas son adquiridas y usadas, es el resultado de una decisión individual del médico y del paciente, pero además refleja la interacción de factores sociales, económicos y sanitarios, que influyen en la toma de decisiones. En el programa se definieron las responsabilidades de cada uno de los integrantes y quedaron señaladas las que se encuentran reglamentadas y avaladas por el marco jurídico correspondiente, de la forma siguiente:⁽¹³⁾

- El productor se responsabiliza con garantizar los medicamentos esenciales que cumplan con las buenas prácticas de producción farmacéutica que le permita al consumidor tener seguridad, confianza y credibilidad en el producto, evitando introducir en el mercado farmacéutico preparaciones de eficacia dudosa. Estas responsabilidades se controlan a partir de la entidad administrativa correspondiente encargada del registro sanitario.
- El distribuidor, debe garantizar la disponibilidad de los medicamentos esenciales correspondientes a cada nivel de atención en base a la oferta de la industria médico farmacéutica.
- El médico, deberá prescribir aquel fármaco que, dentro de las alternativas existentes, sea el más efectivo, seguro y a un costo razonable para el paciente y para el sistema de salud. Deberá propiciar que el consumidor conozca las propiedades beneficiosas y los riesgos de los medicamentos o de las estrategias terapéuticas.

- El comercializador, farmacéutico, solo ofrecerá al consumidor el medicamento prescrito. Para los medicamentos no controlados, en el proceso de dispensación, las propiedades beneficiosas y los riesgos de los medicamentos que adquiere y de las estrategias terapéuticas asociadas a su consumo.

Estas acciones se complementaron con una campaña de comunicación social dirigida a todos los eslabones de la cadena del medicamento, con énfasis en la población en general en su carácter de consumidor y paciente, para que los medicamentos utilizaran de forma correcta, acorde a lo prescrito por el médico en base a su problema de salud correctamente diagnosticado.

La campaña de comunicación social tuvo un carácter eminentemente persuasivo, carácter sistemático y alcance nacional, respondiendo a los siguientes objetivos:

Objetivo general: Desarrollar acciones que propicien el uso racional de medicamentos.

Objetivos específicos:

1. Ofrecer información a la población para que esté informada sobre beneficios y riesgos de los medicamentos y la utilización de medicina natural y tradicional.
2. Actualizar a los prescriptores y dispensadores sobre el uso de grupos farmacológicos más utilizados a nivel primario para elevar la calidad de la prescripción.
3. Informar a productores y distribuidores el conocimiento básico sobre las características de los principales grupos farmacológicos que producen y distribuyen.

Destinatarios:

- Productores y distribuidores.
- Dispensadores.
- Prescriptores.
- Población general.
- Población en riesgo.

Las acciones de comunicación dirigidas a productores, distribuidores y dispensadores o comercializadores, se realizaron mediante talleres de capacitación y la entrega de materiales impresos. Las acciones estuvieron dirigidas a los prescriptores mediante la inclusión del tema en cursos de superación posgraduadas, talleres, publicaciones impresas y en línea. Se difundieron videos, así como materiales promocionales. Todas esas acciones tenían el propósito de mantenerlos actualizados y elevar los valores éticos.

Las acciones dirigidas a la población se realizaron de forma directa, a través de los prescriptores y comercializadores y por los medios de comunicación social. El propósito fue concientizar sobre los beneficios y riesgos asociados al uso de medicamentos y aumentar los conocimientos de las relaciones medicamento-salud-magnitud de riesgo. Se insistió en la necesidad del medicamento, la dosis exacta, y evitar la automedicación; este se desarrolla, aun en la actualidad, por la prensa, la radio, y la televisión; se acompañada de carteles, plegables y otros impresos en instituciones sanitarias y farmacias.

Las acciones a la población en riesgo, niños, madres, embarazadas y ancianos se centran, en la mayor sensibilidad de sufrir los efectos indeseables del uso no racional de medicamentos. Se utiliza la comunicación cara a cara por los profesionales sanitarios y también por la prensa, radio, televisión y se acompaña de carteles, plegables y otros impresos en instituciones sanitarias y farmacias.

La campaña dirige su atención en medicamentos, solo cuando son necesarios y en la dosis exacta y de forma puntual en los siguientes aspectos:

- Los medicamentos deben ser indicados por el médico.
- La automedicación es un riesgo para la salud.
- La automedicación es un riesgo mayor cuando se trata de niños, embarazadas y ancianos.
- Los medicamentos pueden ser peligrosos.
- Los medicamentos almacenados pueden constituir un peligro para la salud, por su fecha de vencimiento, estar expuestos al calor y la humedad, entre otros.
- Consumir medicamentos no significa tener más salud.
- Es una violación de la ética médica solicitar y facilitar recetas por complacencia.
- Los medicamentos que se adquieren fuera de la farmacia no ofrecen ninguna garantía.
- La medicina natural y tradicional no es una alternativa de la pobreza, sino una opción terapéutica en el mundo desarrollado.

Para evaluar los efectos de la campaña y el programa, nuevamente se debe utilizar la información proveniente del fármaco y la vigilancia con la información que se recibe, procesa y analiza de forma sistemática, primero por el Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología y al extinguirse por la Dirección Nacional de Medicamentos del Ministerio de Salud Pública. A esta información se adicionan los estudios de perfil del consumidor, con encuestas y grupos focales, que permiten realizar las correcciones al programa y su perfeccionamiento.

Un programa que logre la combinación adecuada de la vigilancia y una estrategia de mercadotecnia social, permitirá transitar hacia el uso racional y óptimo de ese bien esencial para garantizar la salud de la población.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Marketing en salud: una perspectiva teórico práctica. Colombia: CATORSE. 2004.
2. Suárez LN. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Revista Cubana de Salud Pública. 2002;28(2):201-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21428208.pdf>
3. Fariñas RAT, et al. Una reflexión histórica sobre la vigilancia en salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2009;35(2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2009.v35n2/o12/es>
4. Ravka K. The epidemiologic surveillance programs. J Hyg Epid Microb Immunol. 1964; (8):137-168. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14184871/>
5. Fossaert H, et al. Sistemas de vigilancia epidemiológica. Bulletin OPS. 1974;76(6):572-85. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10777?locale-attribute=es>
6. Corral MA, Pría BMC. Estratificación de territorios según condiciones de vida como expresión de las desigualdades sociales en salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2017;33(3):370-383. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252017000300010&script=sci_arttext
7. Rodríguez MD. Vigilancia de la salud pública, un instrumento para la eficiencia y sostenibilidad del sistema de salud cubano. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2014;52(3):286-289. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032014000300001&script=sci_arttext&lng=pt
8. World Health Organization. Communicable disease surveillance and response systems: guide to monitoring and evaluating. No. WHO/CDS/EPR/LYO/2006.2. World Health Organization: 2006. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69331/WHO_CDS_EPR_LYO_2006_2_eng.pdf
9. Heymann DL, Guénaél RR. Global surveillance of communicable diseases. Emerging infectious diseases. 1998;4(3):362-365. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2640271/pdf/9716946.pdf>
10. Najera E. Investigación y desarrollo profesional: La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud. 1990;131-131. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-368678>
11. Soriano VM, et al. Promoción racional de medicamentos, una necesidad de estos tiempos INFODIR; 2016;4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75152003000100005&script=sci_arttext
12. Camaño F. et al. Condicionantes de la prescripción en condicionantes de la prescripción en atención primaria. Atención Primaria. 2001;27(1):43-48. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)78772-0](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)78772-0)

13. Calatayud FM. La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. *Estud. Psicol. Natal.* 2011;16(1):23-30. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/8835kWFMW3FKv45J8ySDMzM/?lang=es>
14. García MAJ, et al. Consumo de medicamentos referidos por la población adulta de Cuba, año 2007. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2009;25(4):5-16. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21252009000400002&script=sci_arttext

Mercadotecnia y tecnologías gerenciales

La literatura contemporánea en gerencia enfatiza en las denominadas tecnologías gerenciales, herramientas y estrategias que, puestas en práctica por los gerentes y profesionales, permiten una mejor gestión y por consiguiente un mejor resultado en el trabajo.

Tecnologías gerenciales

Orlando Carnota Lauzán, en su libro *Tecnologías Gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud*, publicado en el 2005,⁽¹⁾ hace un exhaustivo recorrido por el tema con énfasis en las posibilidades de aplicación a la gestión sanitaria, el que se tomará como referente para su análisis. La mercadotecnia es considerada como una de ellas, pero al no ser tratada por el autor constituyó un reto resaltar su papel y la importancia de establecer la relación entre la mercadotecnia y las tecnologías que en su texto aborda.

Es esa la razón de ser y el hilo conductor del presente capítulo, en el que se hará un recorrido para establecer la relación de la mercadotecnia en la esfera de la salud con aquellas tecnologías gerenciales contemporáneas de mayor aplicación en estos momentos y fundamentalmente de posibilidades de empleo en la salud. Algunas permiten que vayan de la mano, otras que se adelanten y otras que las sigan. Lo importante es que transiten juntas para lograr los propósitos que se plantean lograr.

Las identificadas y estudiadas tecnologías que pueden ser aplicadas a la gerencia son válidas para los sistemas y servicios de salud. La literatura actual pone de manifiesto las posibilidades que ofrecen; la preparación por vías formales o autopercepción de los profesionales sanitarios, permitirá su empleo en la esfera de la salud. Su evaluación conducirá al desarrollo y perfeccionamiento ⁽²⁾

Empoderamiento

El empoderamiento guarda estrecha relación con la participación, concebida en su esencia de trabajar con las personas y para las personas, no en utilizarlas en función de un propósito, por muy bien intencionado que este resulte, aspecto

al que en otras publicaciones se ha hecho referencia por el saldo negativo de la también denominada falsa pseudoparticipación. La participación tiene una de sus manifestaciones en la institución sanitaria, cuando se trata de trabajar en equipos. También se describen otras modalidades como es la participación de los miembros de la comunidad en los problemas que les atañen, ya sea en la identificación, como en la solución de estos.⁽³⁾

Participación, en términos de empoderamiento, se refiere a dotar a las personas de información, en primer lugar, para que a partir del conocimiento que adquieran, puedan decidir con plena conciencia de lo que representa la opción que asumen, pero a la vez, hay que ofrecerles las posibilidades de que puedan tomar decisiones en lo que han sido dotados de conocimientos; como es obvio, esto constituye una esfera de interés para ellos participar, así como también lo es para los que asumen la tarea de informarlos.

El empoderamiento y su relación con la participación,⁽⁴⁾ tienen en su esencia lograr modificaciones y cambios en los comportamientos individuales, grupales y organizacionales; es por esa razón que tiene gran importancia analizar esta tecnología cuando se está estudiando la mercadotecnia desde una perspectiva social en la esfera de la salud. La mercadotecnia incluye, como una de las formas de lograr la modificación de comportamientos, la participación de agentes de cambio que propicien incentivar, motivar y hacer partícipes, de forma verdadera y con conocimientos, de la nueva conducta que se pretende lograr, a los denominados por Kotler adoptantes objetivos y también conocidos como receptores, grupos meta o público diana.⁽⁵⁾

El empoderamiento pretende que las personas posean los conocimientos para el análisis que les permita tomar decisiones fundamentadas y desarrollen las habilidades requeridas para dar solución a los problemas que pueda presentarles la nueva conducta adquirida. También, procura que se sientan comprometidos con la idea y práctica adoptada para que puedan mantenerla en el tiempo, esto es, hacerla suya y por tanto duradera. Este tema, en lo referente a los cambios de comportamiento relacionados con la salud es bien complejo y a la vez interesante. Por ejemplo: puede parecer que es ajeno trabajar en función de que un fumador logre empoderarse de una nueva forma de comportarse, esto es, de ser un no fumador, pero si se analiza detenidamente se observa cómo se convierte casi en una premisa para propiciar el cambio.

Al respecto, es el hecho de que se ha logrado mediante la información persuasiva que un fumador, aquejado también por sus consecuencias en la salud, se anima a dejar de fumar y este decide someterse a tratamiento y terapia de rehabilitación y al final, deja de fumar. Sin embargo, su inserción en el medio no le resulta nada fácil, pues sus amigos y compañeros de trabajo, también fumadores, le hacen ver que en realidad lo que se ha “aflojado” y se ha dejado llevar por los demás, que “ellos sí son fuertes”. A la vez, los sitios y momentos de

reunión son para fumar y comienza a sentirse fuera de contexto. Esta justo en el momento en que la recaída es más fácil de asumir que continuar en su estatus de exfumador si no se encuentra empoderado de su nueva condición, de la conducta que ha asumido y con la que se siente identificado.

La idea y con posterioridad, la conducta asumida, van a ponerse a prueba con el grupo y con el medio social, de ahí la importancia que la decisión tomada sea lo suficientemente sólida como para que pueda mantenerse, aun cuando el ambiente en que se encuentre inmerso no resulte favorecedor.

Otro ejemplo se puede identificar con las personas viviendo con VIH-sida y las posibilidades de su inserción social, pasando por encima de la estigmatización a la que se pueden ver sujetos, si no se encuentran empoderados en la forma de asumir su enfermedad y vivir con ella, tal como puede hacerlo un diabético y un hipertenso, donde la diferencia se encuentra, de manera esencial, en la forma en que los demás valoran una y otra enfermedad.

Una experiencia interesante en Cuba fue documentada en el estudio realizado para conocer la utilización del condón en los hombres que tienen sexo con hombres HSH. Mediante la técnica de los grupos focales para obtener información sobre el tema de referencia, se pudo apreciar que las opiniones sobre la relación con sus parejas se expresaban sin tener preocupación sobre los juicios de valor que pudieran emitir las personas que lo rodeaban en su vida personal y laboral. Una importante cifra de HSH se encontraban empoderados, teniendo como explicación el hecho de que son promotores de salud y se encuentran vinculados a proyectos relacionados con la prevención del VIH-sida, donde se ha realizado un serio trabajo para lograr tales fines.⁽⁶⁾

Las sociedades de alcohólicos anónimos, o de drogadictos, pretenden lograr el empoderamiento de los que eran adictos mediante el apoyo grupal que afiance la nueva forma de pensar y de actuar facilitando se mantenga la conducta de abstinencia lograda. Cuando se revisa el trabajo que realizan las organizaciones de consumidores, para que las personas logren a partir de estar informadas tomar decisiones de compra racionales, también buscan empoderar al consumidor en su rol. Se trata de una denominación para un proceder que se ha realizado desde hace muchos años, pero que en la actualidad ha cobrado fuerza por los resultados que permite alcanzar al ser utilizada con enfoque científico.⁽⁷⁾

En este punto es el momento también de detenerse para analizar la dimensión social, más que la individual, del empoderamiento, ya que en los temas que tocan la salud, ya sea en la fase preventiva como curativa, el medio ambiente tiene importancia vital. Es por eso que la familia, la comunidad, la escuela y la institución sanitaria, también tienen que disponer de la información y la potestad para decidir, con una base científica y argumentada y que a la vez tribute al bienestar individual y colectivo. Los actores sociales sean individuos o

grupos, pueden empoderarse en el rol que deben ejecutar. Así, en el sector salud, se puede hablar de empoderamiento como tal a nivel social y de los trabajadores que laboran en estos.

El enfoque intersectorial de la salud requiere que los gerentes sanitarios sean capaces de jugar el rol que le corresponde a nivel social, en todo lo relacionado con el consumo, el medio ambiente y el impacto que estos tienen en la salud y el bienestar de la población. El cambio que requiere en la forma de pensar y actuar de los gerentes sanitarios, al transitar de un paradigma curativo al preventivo, implica que tiene que saber insertarse en el medio social, y actuar con él y desde él, involucrando a todos los sectores. Pero el empoderamiento en el sector de la salud, también requiere que se empoderen los trabajadores de cada una de las instituciones sanitarias, lo que lleva implícito el conocimiento del rol que juegan en relación con sus pacientes, con la población sana y que, además, tienen a nivel social.

La literatura cataloga los servicios de salud como altamente intensivos en personalidad,⁽⁸⁾ lo cual también es extensivo y aún en mayor medida a los programas sanitarios. Esto quiere decir, que el profesional sanitario, en cualquiera de sus especialidades, se ve obligado a personalizar su trabajo en función del usuario o cliente, en mayor medida que en otras esferas y actividades, como ya ha sido señalado en otros capítulos. Es por esto que resulta necesario un conocimiento profundo de la población con la que se va a actuar, porque el profesional sanitario es un agente de cambio y como tal, tiene que sentirse empoderado para poder lograr que se contagien aquellos en los que necesita lograr cambios de actitudes y comportamientos relacionados con la salud o con la forma de recibir los servicios sanitarios que se les ofrece.

El compromiso, es un elemento fundamental a lograr en los programas de mercadotecnia en salud. Para lograr la adopción o modificación de una idea y que se haga suya por el individuo, se requiere trabajar en función de lograr que se comprometan, para que después se adopte una actitud y con posterioridad una práctica. Cuando las adopciones se asumen sin comprometerse, sino por cumplimiento, generalmente tienen solo un carácter momentáneo o circunstancial, pues tan pronto dejan de estar presentes las regulaciones que obligan a ello, desaparecen también las conductas adoptadas.

Es conocido que hay casos que justifican el cumplimiento obligatorio, como por ejemplo las prohibiciones de venta de alimentos en las calles en situaciones de epidemia de cólera o de microvertebrados que propician insectos y roedores, y con ello el dengue o la leptospirosis. La adopción por cumplimiento no está reñida con la adopción convencida que lleva al compromiso, pero no en todos los casos es el camino más acertado para lograrlo.

Estos ejemplos, hacen pensar en que el empoderamiento del sector salud permitirá obtener resultados a partir de que se logre a la vez que otros sectores

también hagan suyas y asuman las acciones que están relacionadas con el bienestar de la población. De esta forma, se pone en evidencia cómo los programas de cambios de comportamiento deben enlazar de manera adecuada dos tecnologías gerenciales: la mercadotecnia y el empoderamiento.

Pero a la vez se puede realizar un análisis de esta relación desde otra perspectiva. Para que el empoderamiento, como otras tecnologías gerenciales forme parte de la cultura organizacional, también puede convertirse en idea a promover mediante programas con enfoque de mercadotecnia. Fomentar la participación, tanto de la comunidad y sus líderes, como de los trabajadores sanitarios, es esencial para lograr que unos y otros se empoderen. El enfoque centrado en el usuario por el que aboga todo programa de mercadotecnia en la esfera de los servicios de salud, lleva implícito el empoderamiento de ambos, clientes y proveedores.

Es por esto que resulta necesario un conocimiento profundo de la población con la que se va a actuar, porque el profesional sanitario es un agente de cambio y como tal tiene que sentirse empoderado para lograr que se contagien con este, aquellos en los que necesita lograr cambios de actitudes y comportamientos relacionados con la salud o con la forma de recibir los servicios sanitarios que se les ofrece. Lograr el compromiso es esencial para propiciar las modificaciones para los que se diseña una estrategia de mercadotecnia. Hacer suya la idea que se está promoviendo, sea en el ámbito de la institución sanitaria o en lo referente a los hábitos y comportamientos que tienen que ver con su salud, es una de las principales metas a lograr para después propiciar la aceptación o modificación de las prácticas promovidas.

Es interesante, que en el desarrollo del empoderamiento como tecnología gerencial a insertar en la cultura organizacional de las instituciones sanitarias, la estrategia de mercadotecnia puede resultar una opción a emplear. Es decir, promover la idea y la práctica del empleo de las tecnologías gerenciales, como forma de lograr mejores resultados y optimizar recursos, puede ser un propósito no solo para lograr que el empoderamiento se inserte en la cultura organizacional de las instituciones sanitarias, sino todas las tecnologías actuales a las que se hará referencia en otros momentos del presente capítulo.

El grupo meta serían tanto los gerentes del sistema de salud como los trabajadores, quienes a la vez se convertirían en agentes de cambio para lograr que también se empoderen los otros sectores que de una forma u otra tributan a la salud y la población sana y enferma, de forma individual y como grupo en la comunidad. Esos tres grupos han sido señalados por Carnota Lauzán⁽¹⁾ cuando menciona las tres dimensiones del empoderamiento en los sistemas de salud, ya que observa hacia dentro y fuera del sistema, pero establece una clara relación de cómo interactúan y a los efectos del enfoque de mercadotecnia se ve en esa condición también, ya que abarca lo interno y el medio.

Se puede plantear entonces, que para lograr que el empoderamiento se convierta en una tecnología gerencial en los sistemas de salud y forme parte de la cultura organizacional, la mercadotecnia puede actuar como tecnología que facilite su posicionamiento como idea y práctica. Una vez logrado este propósito, se convierte en una oportunidad para que los sistemas de salud proyecten y pongan en ejecución programas de mercadotecnia aplicada a programas y servicios, que permitan los cambios de conducta relacionados con la salud de la población, y el mejor uso y satisfacción con los servicios que se ofertan.

La informática médica

La informática médica⁽⁹⁾ puede parecer que nada tiene que ver con la mercadotecnia como tal, pues se está hablando de dos tecnologías bien diferentes en apariencia. Sin embargo, cuando se analiza que en la informática médica se pueden nominar dos grandes esferas, la producción de nuevos conocimientos en el campo de la salud y la transformación cualitativa de los procesos gerenciales asociados al sector salud, entonces se observa que no se encuentran tan distantes.

En primer lugar, al analizar la informática médica, es claro que generar nuevos conocimientos en el campo de la salud implica, en algunos casos, lograr el posicionamiento de ideas y prácticas que tienen que ver con el comportamiento de la población; en otros, se relacionan con los trabajadores sanitarios, pues no solo se puede pensar en aquellos cambios que tienen que ver con un estilo de vida saludable, sino también con prácticas sanitarias, como puede ser el empleo de nuevas tecnologías o más aún, con la nueva concepción de la salud y la inserción de la institución sanitaria en el medio social para lograr el bienestar de la población.

Autores de trabajos sobre el tema⁽¹⁰⁾ señalan cómo la informática médica, bien concebida, diseñada y aplicada, puede añadir valor a los servicios de salud. Este enfoque hace pensar, que la informática aplicada a la esfera de la salud puede ser analizada como un producto, entre cuyas ventajas competitivas, se encuentran las facilidades que ofrece tanto al personal de salud, como a los usuarios de los servicios sanitarios.

La denominada integración extendida o interempresarial, ofrece una serie de facilidades al paciente y al profesional sanitario, al permitir que el primero pueda obtener turnos referidos para diagnóstico o consulta de especialidad, desde la atención primaria, policlínico en el caso de Cuba, a la secundaria, el hospital de referencia. Mientras, el médico puede acceder a la historia clínica, facilitando el análisis de cada paciente a partir de los antecedentes que en dicho documento se refieren. Estas facilidades, para cliente y proveedor del servicio, añaden valor,

puede hablarse de un valor agregado para ambos, que aumenta a la vez de la satisfacción, como es obvio, su ventaja competitiva. Es superior a la integración interna que ya de por sí ofrece esas mismas facilidades dentro de una institución.

Las historias clínicas automatizadas, como centro de los sistemas integrados de salud, ofrecen grandes ventajas en todos los casos y más aún cuando existe un sistema nacional de salud, lo que apuesta por la excelencia con la evidencia de los resultados notables alcanzados en países como Canadá y Reino Unido.⁽¹⁾ Son numerosas las ventajas que ofrecen las historias clínicas automatizadas, pero resulta indudable que tienen que ir acompañadas de la inversión de grandes recursos para su implementación y aseguramiento, aparejados de actividades de capacitación para el manejo adecuado por todos los profesionales vinculados al proceso.

La tecnología informática, como otras tecnologías gerenciales, necesita ser estudiada, y saber cuándo y cómo aplicarla. La mercadotecnia puede apoyar en este proceso como en las demás tecnologías, haciendo comprender a los usuarios y proveedores cuáles son sus posibilidades y cuándo las limitaciones precisan a su no utilización, cómo se puede hacer mejor el confort y en rentabilidad un servicio, y cuándo el caos generado por la mala utilización de la tecnología puede convertirse en el propio competidor.

Gestión de la información y el conocimiento

La gestión de la información, se entiende como el proceso de organizar, evaluar, presentar, comparar los datos y generar información en un determinado contexto, de forma veraz, oportuna, significativa, exacta, útil y que esté disponible en el momento que se necesite. Es el insumo fundamental para una gestión eficiente, efectiva y de calidad y por ello constituye uno de los desafíos de los sistemas de salud contemporáneos. Se encuentra en la base del proceso de formación y perfeccionamiento del capital humano —principal recurso para el desarrollo de los sistemas y servicios de salud— y debe ser incluida en las agendas para su mejora continua.⁽¹¹⁾

La información, se basa en datos, considerados como el conjunto de hechos discretos y objetivos sobre determinados acontecimientos. Es la reseña, representación o concepción sobre algo, es la apreciación derivada de la observación, lectura o instrucción. La información elaborada y presentada en un contexto determinado genera entendimiento. Mientras que el conocimiento es algo inherente al ser humano, no es sinónimo de datos, ni tampoco de información. Este viene dado por la facultad que tienen las personas de identificar, estructurar y sobre todo utilizar la información para obtener un resultado. El conocimiento, por tanto, es un proceso de construcción social, y su

gestión en las distintas instituciones se manifiesta de forma diferente; en una misma organización pueden coexistir diferentes formas de expresión de la gestión del conocimiento.

La gestión de la información se encamina al manejo y sistematización de la información, documentos, informes, soportes, flujos, metodologías y publicaciones en favor de los objetivos estratégicos de la organización; mientras que la gestión del conocimiento es el proceso mediante el cual esta organización emplea su inteligencia colectiva y se orienta al manejo del capital humano, para obtener el máximo provecho en favor de dichos objetivos estratégicos.

Como actores fundamentales en el proceso de gestión de la información se encuentran las personas, ya sea como gestores o usuarios. Un volumen importante de información que se genera, procesa, presenta y utiliza en el sector de la salud es para acciones de la atención médica a pacientes y familiares, monitoreo y estudios epidemiológicos, temas de docencia e investigación, control administrativo y dirección, con tareas de planificación, ejecución, control y medición de los resultados de los planes y programas de salud. Esta tecnología gerencial tiene en su esencia, que las organizaciones conviertan la capacidad que como tal tienen de aprender en una ventaja competitiva, pues quien se apropia de más conocimientos y en un menor tiempo, tiene la posibilidad de ser mejor.⁽¹⁾

Igual que con otras tecnologías, lo importante de la gestión del conocimiento, es que se integre a la cultura organizacional de las instituciones sanitarias y en la misma forma que con las ya enunciadas, la mercadotecnia actúa en una doble dirección: como estrategia para lograr el posicionamiento en esa cultura y como estrategia institucional una vez lograda, para ser más competitivo en el mercado.

También, la aplicación de las posibilidades que ofrece la investigación de mercados facilita que pueda segmentarse el personal y trazar una estrategia corporativa hacia dentro y fuera de la organización, la primera para captar los clientes internos y la segunda para los clientes externos.

La gestión del conocimiento como tecnología, también está muy relacionada con el cambio y en esa misma medida se enlaza con el enfoque de mercadotecnia, pues esta última siempre está enfocada a lograr modificaciones y transformaciones a partir de promover ideas y comportamientos que, en la medida que cada miembro de la organización lo hace suyo, se logra la apropiación global, que es cuando forma parte de los valores que tiene un grupo o una organización social de cualquier tipo.

Lo importante en las llamadas “organizaciones inteligentes” u “organizaciones que aprenden”, es que el aprendizaje y el conocimiento son categorías compartidas, que se aprende de cada uno de los integrantes de la organización, que la experiencia propia se socializa y se torna compartida, que se aprende de la historia pasada de la propia organización y de otras, pero sobre todo, que se aprende para no repetir los errores pero si los aciertos. También, la lentitud se

elimina, pues en el mundo actual, la competitividad asocia rapidez a la cantidad y calidad del conocimiento que las organizaciones son capaces de apropiarse.

Para lograr que en la cultura de la organización se incorpore como propio ese comportamiento de cada uno de sus miembros y de la entidad como un todo, es necesario que se internalice la filosofía de actuación que lo permita y ese proceso no resulta fácil de lograr, no obstante, una vez alcanzado, por lo general, se hace sostenible porque gratifica a todos los que lo comparten.

La referenciación competitiva

La gestión de la información y el conocimiento, y la referenciación competitiva (*benchmarking*), guardan relación en cuanto a que ambas son formas de aprendizaje, pero la referenciación sale de la institución al medio para ver cómo funcionan los terceros que en cierta medida resultan parecidos, de ahí que se hable de la tecnología que va dirigida a saber “aprender de otros”.⁽¹²⁾ Pero como toda tecnología, su aprendizaje no se limita a adquirir información y conocimientos, sino también a desarrollar las habilidades que ofrecen la posibilidad de saber identificar no solo los aciertos de otras organizaciones, sino las posibilidades reales de que su aplicación, adaptada a otras condiciones, provoque el mismo resultado en cuanto a calidad, eficiencia y su relación con los costos.

Es importante lograr, con una estrategia de mercadotecnia, que los profesionales y gerentes sanitarios aprendan a aprender, no solo de lo que ocurre en su propio sector, lo que de por sí constituye un gran avance, sino que aprendan de otras experiencias que tienen grandes posibilidades de aplicarse en la esfera de la salud.⁽¹³⁾ En lo referente a los procesos de formación académica, los estudios de caso y ejercicios que se emplean en las diferentes formas organizativas de formación en mercadotecnia en la Escuela Nacional de Salud Pública y en instituciones en que la autora se encuentra o ha estado como docente, tienen el enfoque de enseñar a valorar y aprender experiencias, que en el propio contexto o en otros, tienen puntos de referencia para asumir, tanto para la toma de decisiones en el mercado sanitario, como la elaboración de estrategias con enfoque de mercadotecnia para ser más competitivos.

En los orígenes de la mercadotecnia aplicada a los cambios de comportamiento en salud,⁽⁸⁾ se encuentra que los primeros programas se les denominaron de “contra marketing” a las estrategias agresivas de las transnacionales. Se puede considerar que esta es también una forma de referenciación, pero en el orden de ser capaces de aplicar las mismas estrategias que han logrado el posicionamiento de productos nocivos a la salud, pero en

este caso para lograr el posicionamiento del no consumo de esos mismos productos.

Tal vez ambos planteamientos puedan resultar atrevidos, el relacionado con el considerar en los procesos docentes los ejercicios y casos, y en el mercadeo de la salud las estrategias consumistas, pero si se analizan las bases que sustentan el *benchmarking* o referenciación competitiva, se puede comprender, que como toda tecnología, tiene múltiples posibilidades y enfoques que puede adoptar.

La tercerización

La tercerización en general se encuentra en la literatura con su nombre en inglés, *outsourcing*, tiene en su esencia lo que el propio término significa, acudir a otras fuentes externas; es una de las más utilizadas de todas las tecnologías gerenciales contemporáneas.⁽¹⁾ Sin embargo, cuando se hace referencia a esta tecnología con relación a la mercadotecnia y su aplicación a la esfera de la salud, se refiere a una perspectiva diferente a aquellas con que se analizan las anteriores. El enfoque en este caso es a la conveniencia de tercerizar los servicios de solicitud de elaboración de estrategias, programas y campañas de mercadotecnia, solicitando a entidades especializadas su elaboración, puesta en práctica, monitoreo y evaluación.⁽¹⁴⁾

Uno de los problemas que se confronta en el sector salud, por lo general en todos los países, es que sus profesionales no cuentan con la preparación suficiente como para hacerle frente a este requerimiento de los tiempos actuales y que cuando existen los conocimientos, el tiempo de que disponen no es el suficiente como para poder hacerse cargo de este empeño.

La preparación académica de los profesionales y gerentes sanitarios en mercadotecnia y su aplicación a la salud, constituye un reto del milenio, pero como todo proceso de formación requiere de un tiempo que la salud pública no tiene la posibilidad de esperar.

Si se analizan los elementos que deben considerarse en el momento de decidir si se pueden tercerizar los servicios de mercadotecnia para aplicar a instituciones y programas de salud, se pueden tomar en consideración aquellos que señala Carnota Lauzán: económico, estratégico y social.⁽¹⁾ En el orden económico, resulta necesario valorar lo que representa contratar a terceros, algo que hasta el momento lo están haciendo los propios trabajadores y ahora tendría que pagar un servicio, que por demás resulta costoso en términos monetarios. Pero el cálculo no puede limitarse a considerar el salario pagado por el no pagado, es necesario ir más allá y tener en cuenta que si las estrategias están mal

diseñadas los resultados no serán los requeridos y por consiguiente no se puede hablar de una adecuada relación costo-beneficio.

En general, las empresas contratan estos servicios a instituciones de punta, precisamente por la especialización que ello requiere, pero cuando de salud se trata, está demostrado que a la par con los equipos de las entidades especializadas tiene que estar presente el profesional sanitario para poder definir bien claro, que es lo que se quiere lograr en comportamientos y como se tiene que decir en términos de idea a “vender”. Una opción interesante es capacitar personal de salud y especializarlo para que sea capaz de brindar ese servicio dentro del sector y a la vez, preparar, de forma general, a los gerentes y profesionales para que incorporen a su filosofía de actuación la mercadotecnia y puedan ser partícipes del proceso de conformación de estrategias, programas y campañas de mercadotecnia aplicados a la salud.

En este orden, el aspecto estratégico se cruza con el económico por cuanto resulta necesario definir, de forma clara, la política de qué se quiere lograr de inmediato, en el mediano o largo plazos. Por lo que se sugiere, que a la decisión de preparar personal puede ir aparejada la de contratar para aquellos cambios que resulte necesario lograr de inmediato y que se conviertan a la vez en un proceso de aprendizaje para el personal y la institución como tal. En lo social, el análisis transcurre a la inversa de como sucede en las instituciones, pues se trata no de conocer cómo se sienten aquellos cuya actividad se va a tercerizar, sino cómo se sienten los que se deben preparar para no tener que tercerizar la actividad en la cual se capacitan y entrenan.

Tercerizar o no tercerizar la mercadotecnia es una pregunta con varias respuestas en el sector salud. El criterio de la autora va dirigido a no hacerlo y si se hace, enfrentarlo de manera compartida. Las estrategias de mercadotecnia en la esfera sanitaria, como se refieren a conocimientos, actitudes, valores y comportamientos relacionados con la salud, tienen un alto grado de especialización y además tienen que estar enmarcadas dentro de criterios éticos.

Un ejemplo al respecto puede ser el diseño de una estrategia de mercadotecnia para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-sida. En primer lugar, hay que partir del conocimiento de la situación epidemiológica para definir la magnitud del problema, dónde se decide la epidemia en términos de grupo poblacional y territorio. Esta información tiene que ser ofrecida y analizada por especialistas en epidemiología, pues son ellos los que conocen la segmentación y selección de los grupos metas, la estrategia en cuanto alcance e intensidad, así como tiempo de respuesta requerido.

Si se sigue esta línea de análisis, se entra en el plano de los componentes del programa, cómo sinergia el efecto de las acciones, cuáles primero y cuáles después para lograr el resultado deseado. Lo más adecuado es lograr que los profesionales sanitarios se preparen para enfrentar la tarea de construir sus

propias estrategias de cambio de comportamiento con enfoque de mercadotecnia y si se terceriza la actividad mediante la solicitud del servicio a una institución especializada, esto conlleva a participar de conjunto con ella y de hecho se pierde el sentido de la tercerización para convertirse en un proceso de contratación cuya finalidad debe ser el aprendizaje.

Referencias bibliográficas

1. Carnota LO. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/tecnologias-gerenciales/>
2. Vidal LMJ, Castell-Florit SP. Gestión de la información y el conocimiento en el entorno social del sistema de salud cubano. En: Vidal LMJ. Dirección en Salud. Selección de textos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2012. Disponible en: <https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/203>
3. De Vos, Pol, et al. Participación y empoderamiento en la atención primaria en salud: desde Alma Ata hasta la era de la globalización. Medicina Social/Social Medicine. 2009;4.2:127-134. Disponible en: <https://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/314>
4. Acuña GIM, et al. El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40(3):353-361. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v40n3/spu05314.pdf
5. Kotler P, Keller LK. Marketing management. 12ª ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall. 2006.
6. Suárez LN. Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(13):950-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000500013&script=sci_arttext
7. Suárez LN. El consumo y la salud. Colombia: CATORSE; 2010.
8. Suárez LN. Marketing en salud: una perspectiva teórico-práctica. Colombia: CATORSE. 2004.
9. Delgado RA, Vidal LMJ. Informática en la salud pública cubana. Revista Cubana de Salud Pública. 2006;32(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000300015&script=sci_arttext
10. Vidal LMJ, et al. Búsqueda temática digital: Gestión de la información y el conocimiento. Revista Educación Médica Superior. 2012;26(3):474-484. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/56/46>
11. Vidal LMJ, et al. Propuestas de innovación para la gestión de información y el conocimiento en salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2017;43(4):564-585. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76860>
12. Martínez TN. La referenciación competitiva en la evaluación de la calidad de enfermería. Revista cubana de enfermería. 2016;32.2:281-289. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192016000200015&script=sci_arttext&tlng=pt

13. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. 2ª ed. La Habana: Lazo Adentro; 2017.
14. Mejía MH, et al. Outsourcing en servicios de salud: Una estrategia clave en la administración. Código Científico Revista de Investigación. 2023;4(E2):65-82. DOI: <https://doi.org/10.55813/gaea/ccri/v4/nE2/196>

Enfoque social de la mercadotecnia en servicios y programas de salud

Los problemas que se presentan en la actualidad, tanto en los servicios como en los programas de salud, reclaman en su casi totalidad, cambios de actitudes y conductas en proveedores y pacientes, usuarios o la población en general.

Servicios y programas de salud: problemas actuales y soluciones

En ocasiones, estos propósitos se logran y en otros, no resulta posible alcanzarlos, en dependencia de diversos factores, entre los cuales, se encuentra que los profesionales sanitarios no disponen de los conocimientos y habilidades necesarias para estudiar las causas que los generan y a partir de ese diagnóstico el diseño e implementación de estrategias que faciliten los cambios deseados.⁽¹⁾

Dentro de los actuales problemas que se presentan, hay algunos que tienen un carácter local, propios de la institución, región o país, pero hay un cuantioso número de ellos que tienen un carácter global. Si se revisa la literatura actual relacionada con la problemática de la planificación familiar, el embarazo en los adolescentes, abuso de drogas, alcohol y tabaco, la difusión del sida, la nutrición, el uso racional de medicamentos, entre otros, se encuentra con la paradoja de la necesidad de enfrentar los problemas de salud pública a nivel mundial y con un medio social no favorecedor al cambio deseado en las actitudes y comportamientos.⁽²⁾

La autora considera una premisa esencial para el éxito en cambios sociales, la disponibilidad de la sociedad para adoptar ese objetivo concreto que se requiere modificar. De ahí que los programas y campañas de información y persuasión en salud por lo general no son eficaces, pues requieren de una estrategia muy bien construida con el requisito técnico y desarrollado de forma adecuada, donde el elemento educativo solo es un componente y no el todo.⁽³⁾

El fracaso de las estrategias educativas se debe, entre otros, a que la “población diana” o “público meta”, puede resultar difícil de alcanzar por la complejidad de la información que se ofrece y en ocasiones por su tecnicismo, el poco interés de la audiencia y la implicación en el tema, la incompatibilidad de la

información emitida con las actitudes previas de la audiencia, el medio no favorecer a la conducta a promover, por citar los más importantes.

La literatura enumera y resume estos factores que diluyen el impacto de la comunicación de masas, en los referidos a la audiencia, mensaje, los medios y los relacionados con el mecanismo de respuesta para poner en práctica las intenciones de la campaña. También se ha comprobado que las personas evitan las informaciones que le son desagradables y que, a la vez, la comprensión de los mensajes resulta diferente en dependencia de las creencias y valores de los receptores.

Lo importante de poder tener identificados esos factores señalados, es que precisamente es posible diseñar estrategias que los tengan en consideración y por ende, tener una alta probabilidad de éxito en el propósito que se pretende lograr.

El análisis de los estudios realizados por diversos autores, permite a Kotler⁽⁴⁾ identificar como factores que condicionan el éxito de una campaña de información orientada a los medios de comunicación y que en experiencia de la autora considera que los mismos pueden aplicarse a todo programa que pretenden lograr cambios de comportamiento.

Entre estos factores, la coherencia es fundamental, tanto en lo que se refiere a que no se presenten mensajes contradictorios a los objetivos a través de canales y medios diferentes, como que los mensajes tengan correspondencia con el medio social en que se desarrolla el programa. Si se plantea la relación nociva entre fumar y la salud y los profesionales de la salud fuman, no hay coherencia. Si los padres abogan por el respeto en la familia de los hijos a los padres y los hijos ven que se maltrata a los abuelos, no hay coherencia.

Otro factor interesante, es la denominada posibilidad de llevar a vías de hecho la conducta propuesta, que algunos autores denominan canalización de las actitudes y conductas en una u otra dirección. Un ejemplo ilustrativo lo constituye el hecho de promover el consumo de vegetales y que estos no se encuentran disponibles en la oferta o sus precios no son favorecedores a su adquisición. Para que se dé la posibilidad o la canalización, tiene que suceder a la inversa. Si se aboga por la higiene y limpieza de la ciudad y no se encuentran contenedores donde poner los desechos, también es una situación de no posibilidad de llevar a vías de hecho lo que plantean los mensajes educativos y el medio ambiente externo.

Es recomendable utilizar varias estrategias de comunicación, incluyendo la directa, cara a cara, lo que posibilita el complemento de los mensajes por fuentes y canales diferentes, para de esta forma poder llegar al público meta por todas las vías posibles de actuar sobre ellos. Dentro de estas estrategias, se incluyen las que no son de comunicación pero que si actúan de forma favorecedora a la conducta a lograr o al cambio en determinadas conductas.

El precio favorecedor o no y la disponibilidad del producto, forman parte de las denominadas barreras que, de acuerdo a los intereses del programa o campaña, se colocan o eliminan en dependencia de los propósitos a lograr.

Cuando se trata de propiciar un comportamiento, es importante que en la estrategia se incluyan todos los elementos que lo faciliten. Si se quiere propiciar una conducta favorecedora al bajo consumo de azúcar, además de informar sobre sus ventajas en los programas de educación y comunicación social, se debe trabajar en la presencia de productos agradables en sus propiedades organolépticas y que su contenido de azúcar sea bajo. La presencia de minidosis en la gastronomía en sustitución de las azucareras, la difusión de recetas para la elaboración de los alimentos en el hogar con dosis de azúcar adecuadas, constituye ejemplo de acciones que se pueden realizar.

Los alimentos enlatados o que se ofertan en la gastronomía y la alimentación social, son de vital importancia para adecuar y educar el paladar de las personas, por eso es muy necesario involucrar a los fabricantes de alimentos en todo proyecto que pretenda formar o modificar hábitos y comportamientos alimentarios de la población. Es importante considerar todo lo relacionado con los alimentos que se ingieren en los primeros momentos de la vida; cuando la familia y muy en particular la madre, emplea cantidades no adecuadas de azúcar en los alimentos de los infantes, o los productos que fabrica la industria, por ejemplo, las compotas, contienen más de la requerida, pues contribuyen a que se acostumbre a ello y se mantenga en sus hábitos alimenticios toda la vida.

Estos aspectos señalados para cambios de comportamiento en conductas de salud, resultan también válidos para lograr una adecuada relación entre los servicios de salud y sus usuarios, pues si se valora lo relacionado con la coherencia, esta tiene que estar dada entre lo que se dice que ofrece y lo que en realidad el usuario encuentra en el servicio y puede referirse tanto al tipo de servicio, su diversidad, como a la calidad del mismo.

La información que se da a la población en general por los medios de comunicación social y a los usuarios en particular, en las propias instituciones sanitarias sobre lo que un determinado servicio ofrece y sus horarios, así como los profesionales que lo atenderán, es muy importante para adecuar las expectativas a la realidad y que estas no se encuentren ni por encima, ni por debajo de lo que se ofrece, pues ello permite una adecuada relación entre la necesidad del usuario y las posibilidades de su satisfacción.

Es frecuente que un usuario llegue a un servicio sanitario y no encuentre información sobre el horario de atención al público, no esté señalizado el lugar de consulta y mucho menos diga el nombre del profesional que lo debe atender. Los usuarios no conocen la experticia de quien lo atiende, especialidad, años de servicio, estudios realizados, si es docente o investigador. Sin embargo, en la práctica del medio artístico y cultural, cuando una persona escucha o ve un

programa televisivo, además de los créditos que se dan al inicio y final, siempre acompañan las presentaciones una información que le hace saber quién está viendo o escuchando.

El por qué no es usual en la práctica sanitaria, es consecuencia, entre otros, de la poca importancia que se les atribuye a estos aspectos, sin considerar siquiera que la sensibilidad del usuario de este tipo de servicio lo hace aún más necesario que en otras esferas de la vida social.

Lo planteado con anterioridad, se puede analizar también desde la posibilidad de canalización de la conducta que se desea lograr, pues si el medio no resulta favorecedor, tanto proveedores como usuarios no podrán lograr el comportamiento deseado. La privacidad en la relación del médico con el paciente, es un elemento muy vinculado a que las condiciones externas del servicio resulten o no favorecedoras, a que el paciente se sienta “cómodo” y pueda brindar toda la información que el médico necesita para poder ofrecer un diagnóstico con mayor grado de certeza.

Por último, el empleo de varias estrategias comunicativas y de orden económico y legal, también resulta factible de aplicar cuando a los servicios de salud se refiere y la información que es necesario ofrecer a proveedores y usuarios, pues es conocido que no todos se informan de igual forma y por los mismos canales, por lo que no debe centrarse en uno solo si se quiere lograr que la información llegue a todos.

Pero lograr el éxito no está solo en dependencia de considerar estos factores que han sido señalados, la teoría de cómo hacer una estrategia y un programa, requiere de conocimientos y es ahí donde la mercadotecnia social llega como una tecnología capaz de facilitar y poder lograr los resultados que se pretenden, es por eso que se considera de gran importancia que los profesionales sanitarios dominen la base conceptual que la sustenta.

Base teórica del enfoque social de la mercadotecnia

La mercadotecnia social, es una tecnología que tiene como propósito elaborar estrategias para programas que faciliten incrementar la aceptabilidad de ideas o prácticas sociales en un grupo meta. Es empleada en la solución de problemas relacionados con la salud, la promoción de adopción de conductas que favorecen el bienestar, así como de utilización de servicios de salud. Se ha comprobado que es una estrategia apropiada para el planeamiento y ejecución de intervenciones, que tienen el propósito de propiciar o modificar conductas en general y dentro de ellas las que están relacionadas con la salud.

Las estrategias de mercadotecnia social, pretenden el cambio de comportamiento con la acción de una serie de elementos fundamentales, tal cual

se realiza una intervención de cualquier naturaleza, considerando que están insertadas en el medio social con sus complejidades. Estos cambios de comportamiento, tienen su soporte en modificaciones a lograr en los conocimientos, sentimientos, actitudes y percepciones de los individuos que constituyen el grupo meta y proporcionarles los recursos para producir y mantener el cambio.

Una estrategia de mercadotecnia social diseña, elabora y ejecuta programas orientados a aumentar la aceptación de una idea o práctica social en uno o más grupos meta. Para llegar a elaborar los programas se realizan estudios de mercado, que permiten el conocimiento profundo de la población sobre la que se quiere actuar, sus características y comportamientos en la situación de consumo y poder entonces llegar a la identificación de grupos metas para establecer la relación entre las necesidades y su satisfacción, siempre sustentado en el principio ético y en la convicción de que contribuirán a los mejores intereses de los individuos y de la sociedad.⁽²⁾

La investigación, es un punto fundamental en la elaboración de estrategias de cambio de comportamiento, ya sea como usuarios de servicios o receptores de programas de salud. En todos los casos, se requiere conocer las características fundamentales de las personas que integran los grupos meta, sus creencias, actitudes y valores, para lo que es necesario estudiar las características sociodemográfico, perfil psicológico, conducta que mantienen de forma individual y en grupo, entre otras. Con base en esta información objetiva y obtenida de forma científica, se agrupa la población en grupos homogéneos, proceso que se denomina segmentación del mercado y que es válido en los programas que se trabajan desde la perspectiva de salud pública, tanto o más, como pueden resultar necesarios en enfoques lucrativos de aplicación de la mercadotecnia.

Es interesante que los gerentes y profesionales sanitarios, en amplia mayoría, no utilicen la información epidemiológica como forma imprescindible de segmentación en los programas de salud y que los que lo hacen, por lo general no se percatan de que lo están haciendo. Clasifican los grupos de riesgo, pero no tienen en cuenta, en muchos casos, sus peculiaridades como segmento para las acciones de intervención a realizar con ellos.

La investigación que se realice, también tiene que abarcar los denominados grupos de influencia, esto es, aquellos que de una forma u otra pueden estar a favor o en contra del cambio propuesto, ya que ellos pueden afectar los resultados, en tal magnitud, que de no disponer de esta información al inicio puede hacer que se preparen programas y se inviertan recursos, que con posterioridad, no puedan siquiera ponerse en práctica, por no contar con la anuencia o el apoyo de los decisores.

Philip Kotler y Eduardo L. Roberto, en su libro *Marketing Social*,⁽⁴⁾ definen como elementos clave de las campañas de cambio social, los siguientes: causa, agente de cambio, adoptantes objetivo, canales, estrategia de cambio. Según criterio de la autora, estos elementos son válidos para todo programa de cambio de comportamiento en salud y aunque algunos de ellos pueden parecer obvios se considera acertado realizar un breve análisis.

La causa es la razón por la cual se estima necesario promover o modificar un comportamiento social, pero para que la causa sea considerada el móvil para la elaboración de un programa, tiene que tener magnitud como problema y ser identificado como tal. Dentro de las múltiples áreas que debe atender una determinada instancia de salud, lo que ha sido identificado como problema tiene características de tal relevancia que hacen considerarlo como tal.

Es por esta razón, que programas que son elaborados con carácter nacional, no son acogidos con igual relevancia en todas las localidades, porque en unas sí se encuentra entre las principales prioridades, pero en otras no resulta así. Aparece de nuevo la importancia de la información epidemiológica como elemento central en el momento de definir los programas y sus estrategias, teniendo como principio que los problemas locales deben ser abordados con estrategias locales y dejar las estrategias de carácter global para aquellos que su magnitud así lo requiere.

En general, en la literatura sobre el tema hay coincidencia en los principios que aplica la mercadotecnia social y que para el sector salud se pueden resumir en los siguientes:

- Propiciar productos, programas y servicios de salud para satisfacer las necesidades identificadas y sentidas de los beneficiarios o resultado de investigaciones que así lo demuestran.
- Utilizar un enfoque para planear proyectos que contengan abogacía, entrenamiento y otras vías que permitan fundamentar la implementación de productos, programas y servicios de salud que responden a problemas identificados y fundamentados por los profesionales sanitarios.
- Monitorear y ajustar los programas con base en la regular retroalimentación a partir de estudios de los beneficiarios, grupos de influencia y el medio ambiente social y económico.

Es importante considerar, que si se trata de productos a promover, estos son mejor aceptados cuando la población y los líderes de opinión tienen una visión de aceptación y el beneficio está definido de forma precisa. Cuando no se encuentran presentes estas condiciones, es mucho más oportuno lograr la aceptación de los decisores y después avanzar, pues de lo contrario o no se dispone de los recursos requeridos para realizar el proyecto o estos se utilizan de manera inadecuada al no poder hacer uso de todos los canales requeridos o emplear los menos efectivos al no obtener aprobación para su utilización.

Cuando se analiza la situación referente al problema del tabaquismo, que por su magnitud requiere de estrategias globales, ha sido necesario trascender a lo que puede ser la voluntad política de determinados estados para llegar a un convenio marco que precise a todos los gobiernos a concertar acciones para enfrentar la epidemia tabáquica desde un contexto internacional, ya que los efectos de la globalización no permiten que sea tratado de otra forma.⁽³⁾ El protocolo de Kyoto,⁽⁵⁾ es otro ejemplo de problema global que solo podía ser enfrentado con consenso internacional, por citar algunos de los más relevantes.

De igual manera, resulta importante la clara definición de los beneficiarios del programa. Un programa de mercadotecnia social, provee a los consumidores, que son los beneficiarios del mismo, de perspectivas y prácticas mejores que las que ya tienen, pero si ello no es así, o no es percibido por los beneficiarios, también conocidos en la literatura como adoptantes objetivo,⁽⁴⁾ resultará muy difícil obtener el cambio que se pretende. En esos casos, es necesario un programa de gran intensidad, fundamentalmente cuando se requiere de cambios de comportamiento inmediatos, como puede ser la presencia de un brote de cólera y conductas higiénicas adecuadas en proveedores y usuarios.

Cuando posee esas características, unido al componente educativo de los programas, tienen que marchar los de orden legal y lograr que los cambios transiten del cumplimiento por obligación a la concienciación. Hay otros, en los que se puede lograr la llamada penetración por contagio, por ejemplo, cuando se trata de propiciar que las mujeres se realicen la citología o Papanicolaou, también la mamografía, pruebas que están sujetas a tabúes en unos casos y a temor infundido en otros, pues lograr que líderes comunitarias, mujeres de prestigio social e influencia, sean las primeras y se difunda esa actuación, puede propiciar la adquisición de la conducta en los restantes miembros del grupo meta, por la denominada adopción por contagio.⁽⁴⁾

Ir de la obligación a la adopción consciente, o de la comprensión a partir de la información bien fundamentada, dependerá de la idea y conducta a promover, del grupo meta, del medio ambiente en que se desarrolla el programa, los grupos de influencia relacionados, por citar los más importantes. Teoría y práctica, ciencia y arte, se dan de la mano para que el profesional o directivo de salud sepa adoptar la decisión de mercado más adecuada para lograr el éxito en la aplicación de su programa.

Las conductas, actitudes y prácticas de las personas y su relación con el ambiente, siempre tienen que ser tomados en consideración en este tipo de análisis. Los elementos del ambiente más importantes son las tradiciones, religión, estructura social y también el lugar físico. Ellos motivan o no una conducta saludable. Ambiente personal, social, del profesional de la salud, tales como: estándares, normas, protocolos, programas preventivos, proyectos

locales, infraestructura adecuada, estatus social y otros elementos, pueden ser inhibidores o motivadores para promover el cuidado de la salud.⁽⁶⁾

El entorno en el enfoque social de la mercadotecnia aplicada a la salud

El enfoque de mercadotecnia requiere del denominado proceso de gestión que consiste en analizar el entorno, investigar la población de adoptantes objetivo, definir el problema o la oportunidad del programa, diseñar las estrategias, planificar los programas y sus posibles combinaciones y organizar, poner en práctica, monitorear y evaluar, el programa en ejecución. En este orden también resulta necesario considerar los recursos financieros, materiales, de equipamiento y mano de obra.⁽²⁾

La primera etapa de la elaboración de una estrategia de mercadotecnia es el análisis del entorno, ello permite obtener elementos fundamentales para definir la estrategia, como por ejemplo, el alcance, que se encuentra determinado por la magnitud del problema que se quiere eliminar y el cual está condicionado por ideas y comportamientos de una población o grupos y que han sido conocidos con todo rigor por la investigación de mercado realizada. La investigación de mercados en salud o mercados sanitarios, está inserta en la propia concepción de investigación en sistemas y servicios de salud⁽²⁾ de ahí la importancia de tener clara conciencia que una y otra marchan de la mano hacia el propósito de lograr el mejor funcionamiento de los servicios y programas de salud.

La segunda etapa, tiene como propósito imprescindible investigar el grupo meta, ya que se requiere conocer sus necesidades. La segmentación, es la que permite definir con claridad qué hacer y cómo hacerlo con cada segmento en particular para encontrar la respuesta certera a los satisfactores de cada grupo y por tanto, lograr el posicionamiento de la idea y conducta que se está promoviendo.

La tercera etapa, es la de definir objetivos específicos, medibles y alcanzables, y con base a ello, diseñar la estrategia y el plan de acción para su consecución. Los objetivos también son denominados metas y es importante considerar la factibilidad de su materialización. En el análisis de la posibilidad de la obtención de los objetivos, un punto esencial lo constituye la distribución del presupuesto, entre los diferentes instrumentos alternativos que la organización utilizará para alcanzar sus objetivos en el segmento o segmentos de los grupos meta. Esta distribución de acciones y recursos se corresponde con los componentes del programa también denominadas herramientas y manejadas en la literatura como las 4 Pes de la mercadotecnia: producto, precio, promoción y portador o punto de venta o distribución.

El producto, es la oferta realizada a los grupos meta y como se ha señalado puede tratarse de un producto físico, una idea o un servicio y dentro de ellos, una amplia gama de posibilidades, desde propiciar la adquisición de un medicamento, adopción de un comportamiento o uso de un servicio, hasta lo contrario, la desestimulación del consumo de un producto nocivo a la salud o de una práctica no beneficiosa. El precio, es lo que cuesta que los grupos meta adquieran un producto, adopten una idea, asuman una práctica o se conviertan en usuarios de un servicio. Es también toda molestia o incomodidad que han de soportar por ello. El portador, también denominado punto de venta o canal, son los medios por los que el producto físico o social es entregado a los grupos meta. La promoción, aquellos medios por los que el producto se da a conocer entre los grupos meta, ya sea de forma masiva o personalizada.⁽⁷⁾

En todos los casos, pero muy en particular en lo referente al sector salud, el personal que vende, ofrece, facilita la entrega del producto o comunica acerca de él, tiene un papel muy importante.

Todos los elementos descritos, tienen que ser enlazados de forma cuidadosa considerando las características del producto y a quienes va dirigido. Vuelve a ser interesante la reflexión acerca de que no hay una fórmula preestablecida para lograr la combinación adecuada del denominado marketing mix o mezcla de mercadotecnia. Cada especialista o directivo, encargado de elaborar la estrategia en la que entrelaza los distintos elementos, tiene que tomar muy en cuenta la investigación, la experiencia de otros proyectos similares y las características más relevantes del contexto en el que trabaja. Tomando en cuenta esos factores, se debe diseñar la estrategia para poner a prueba y ajustar, a partir del seguimiento y monitoreo sistemático.

Después que la estrategia es diseñada, se procede a la planificación de los programas de mercadotecnia social. Por ejemplo, un programa puede comprender diversas acciones, algunas de las cuales, fundamentalmente las referentes a la comunicación y promoción, se llevan a licitación para encontrar la mejor opción, tal es el caso de la elección de la agencia publicitaria o del grupo de especialistas en la materia para llevar la estrategia de comunicación, el diseño y presentación de los anuncios para los distintos medios a utilizar: carteles, vallas, cuñas radiales y spot televisivos, así como la selección de los medios adecuados: radio, televisión y otros para comunicación selectiva y personal. En la actualidad, las redes sociales y su mejor empleo, dada las posibilidades de acceso a Internet, constituyen un aspecto esencial a considerar en todo lo referente a la difusión de información, siempre tomando en cuenta las características de los grupos meta.

Es necesario definir un cronograma de ejecución, en el que todas las acciones se enlacen de manera adecuada y permitan la sinergia que ofrece como principal ventaja las estrategias de mercadotecnia social. Definir si las acciones legales

deben preceder o ser precedidas de las educativas, son decisiones a tomar por el encargado de dirigir la estrategia y velar porque se cumpla lo programado, también será su responsabilidad. Si no se presenta la adecuada coordinación de las acciones, los efectos pueden ser nulos o inclusive resultar contraproducente para el objetivo que se pretende lograr.

La cuarta etapa y final, en el proceso de gestión de mercadotecnia social, es la de organizar los recursos, poner en marcha las alternativas, controlar la actuación y evaluar los resultados de la puesta en práctica. La evaluación es fundamental, por lo que resulta tan necesario la información objetiva que permita medir el impacto social.

Para medir el impacto se hace necesario tomar de nuevo el tema de la importancia de la investigación como base del enfoque social de la mercadotecnia en los programas y servicios de salud. Es a partir de ella, que se conocen las características de los grupos meta, se diseña, planifica, organiza y controla el programa y finalmente se miden sus resultados. El impacto, se valora a partir de la comparación de la situación inicial con la actual, conociendo si los objetivos y metas fueron alcanzados y al final rediseñando el programa para su perfeccionamiento.

Como en todo proceso de dirección, la información, argumentada con enfoque científico, constituirá un elemento de gran valor para la acertada toma de decisiones en cada una de las etapas por las que transita el proceso de gestión.

Estrategias de mercadotecnia social

Cuando se habla de la utilización de una estrategia de mercadotecnia social,⁽⁸⁾ se está pensando no en una estrategia para copiar, sino en una para crear o modificar; no en una solución mágica para los problemas, sino en la consecución de un proceso, objetivo y argumentado con base a la investigación científica, que permita alcanzar el éxito. Toda causa social tiene un objetivo a alcanzar, el que como es obvio implica lograr cambios en las personas, en sus conocimientos, actitudes, conductas y valores. Solo el enunciarlo, caracteriza la magnitud y alcance que ello implica.

Así, se puede plantear una campaña de cambio social, penetrar solo en el componente cognitivo y de esta forma tener como objetivo propiciar información sobre un aspecto determinado. Sin embargo, la mayoría de las campañas tienen mayores pretensiones, van orientadas a la acción, en este caso, ya tiene un costo para el individuo y tendrá que valerle, además de la información, de recompensas e incentivos, que movilicen para adoptar esa nueva actitud o inclusive la conducta. En otras ocasiones, la pretensión puede ser aún

mayor y se trata entonces de cambiar creencias y valores. De manera gradual, la magnitud del propósito lo va haciendo más complejo y la estrategia de abordarlo también.

Para elaborar una estrategia de mercadotecnia social, hay que tomar decisiones técnicas y decisiones propias de mercadotecnia.⁽⁸⁾ Las decisiones técnicas, están relacionadas con los aspectos gerenciales, tales como: costo, efectividad, eficiencia, eficacia, entre otros. Hay que tomar decisiones de mercadotecnia, porque representan la interrelación entre el producto, idea o servicio y cómo hacerlo atractivo o aceptable para el consumo, para que los grupos meta lo adquieran, se apropien de él.

Decisiones de mercadotecnia

Se presentan a continuación los elementos principales a considerar en este tipo de decisiones, tomando como base las ya definidas herramientas de que hace uso.⁽²⁾

Decisión 1: El producto

Hay que comenzar por valorar todas las alternativas en que el producto o servicio puede presentarse y consumirse, tomando en consideración diferentes elementos, tales como:

- Disponibilidad.
- Costo.
- Hábitos de consumo.
- Efectividad en el tiempo, de acuerdo con la premura que se requiere resolver el problema y la rapidez con que actúa.

Cada país tiene una situación particular que debe ser estudiada y conocida. También resultan importantes las diferencias entre zonas geográficas, asentamiento poblacional, grupos étnicos, entre otros, por la presencia de elementos culturales y sociales que condicionan hábitos y costumbres específicas en cada uno de ellos.⁽⁹⁾

Si se hace referencia al tema de la alimentación, por ejemplo, el elemento cultural es esencial en la definición de la estrategia de mercadotecnia social. La cultura alimentaria y la tradición de comer algún alimento, inclusive la forma de consumirlo, es muy importante. En algunos casos resulta necesario promover el cultivo, porque no hay cultura de consumo debido a que no hay cultura de producción. Hay otros en los que hay que hacer modificaciones en la dieta para apoyar la estrategia que se prevé, debido a la presencia de alimentos que inhiben las funciones de absorción y síntesis y de los que existe un hábito arraigado de consumir.

Cuando la decisión del producto, está relacionada con la salud, deben tomarse en cuenta los siguientes elementos:

- Considerar que el producto que se promueva no devenga posteriormente en la presencia de otro problema de salud.
- El hábito de consumo es fundamental, tanto del producto como de la forma en que se acostumbra a consumir.
- En la decisión del producto hay que diseñar la presentación, considerando la frecuencia de consumo o dosis en que el programa define el consumo.
- Considerar las características físicas del producto, tales como color y significación cultural que tiene.
- El atractivo del envase promueve la aceptación del producto. Es importante que las instrucciones, resulten claras, precisas y en lugar visible.
- Las condiciones del punto de distribución o venta revisten un interés particular.
- El impacto tiene que evaluarse con base al consumo o no consumo del producto que se desea promover o desestimular.

Decisión 2: El mercado

En este momento de la toma de decisiones hay que considerar dos aspectos:

- Conocimiento de la distribución del problema, su magnitud y alcance.
- Costo y expectativas de efectividad de la intervención, esto es, como se expresa la relación del costo y el beneficio.

La decisión de mercado hay que tomarla con base a los resultados de investigaciones existentes o realizadas, pues sin un claro conocimiento de ello no se puede con posterioridad definir la estrategia de mercado.

Si se considera para el análisis el tabaquismo, hay que partir del conocimiento de la situación de salud, si este es un factor de riesgo asociado a las principales causas de muerte y si está relacionado con la morbilidad. También hay que obtener la prevalencia de fumadores, saber si es alta o no, si se considera un riesgo atribuible poblacional con base a la definición de la Organización Mundial de la Salud al respecto. Finalmente, se debe conocer el consumo de los productos manufacturados del tabaco y su valoración con base a las estadísticas nacionales en su cronología y a las internacionales para su comparación.

Con estas tres informaciones ya es posible definir la magnitud del problema, pero resulta también necesario definir su alcance, por lo que hay que precisar estas informaciones con relación a si es un problema nacional o localizado en alguna región, quiénes son los que más fuman y qué fuman, la edad de iniciación al tabaquismo, entre otros. Definida la magnitud y alcance, la relación costo-beneficio podrá analizarse sobre una base científica y de hecho se optimizará,

permitiendo identificar, además, el posible impacto en función de las estrategias que se adopten.

En los programas de mercadotecnia social que tienen que ver con conductas de salud, está comprobada su pobre efectividad sino se involucran a los trabajadores de la salud, líderes de opinión, entre otros.

Decisión 3: La estrategia

La elaboración de la estrategia es el punto medular del programa de mercadotecnia social, pues es con base a ella que se definirá el plan de acción a seguir y es obvio que condiciona los resultados. La elaboración de la estrategia implica haber definido con anterioridad, de forma clara el producto y su mercado, ellos constituyen la base sobre la cual se sustenta la estrategia.

En este punto se debe definir:

- Presencia del sector público y privado, verticalidad o integridad.
- Tiempo de duración del proyecto.
- Grupos meta o adoptantes objetivo.
- Técnicas a emplear.
- Mezcla de mercadotecnia o *marketing mix*.

Decisión 4: Estrategia de comunicación

La estrategia de mercadotecnia social está basada en la comunicación, diseño y pruebas de mensaje, entre otros. La investigación debe proporcionar la comprensión de la cultura, actitudes, economía, resistencia, logística para obtener la conducta deseada y el resultado de la combinación de programas de acción y mensajes.

Los mensajes deben ser interesantes, comprensibles, motivadores, con posibilidad de aplicación práctica, creativos, que permitan realizar la imagen que se pretende posicionar.

La selección de los medios también se hace con base en los resultados de la investigación, al conocer los hábitos de audiencia.

Técnicas a emplear

En los programas de mercadotecnia social siempre hay dos aspectos a considerar:

- Invitar a participar en el programa a los beneficiarios en función de hacer viable la intervención.
- Hacer comprensivo y sistemático el análisis y solución del problema.

Para proyectar las estrategias, se requiere hacer uso de diversos métodos y técnicas, en dependencia de ello se consideran como fundamentales las siguientes: tecnológica, económica, político legal, educativa y de mercadotecnia social.⁽⁴⁾ Toda estrategia, empleada por sí sola, puede ser efectiva en determinadas condiciones y ante situaciones específicas, pero no se puede pensar en una fórmula única ni en una receta mágica, cada caso requiere su estudio y análisis particular y sobre esa base, proyectar la más adecuada.

Los programas de mercadotecnia social⁽⁴⁾ desarrollan una estrategia que incluye la abogacía, el reforzamiento y una mejor comunicación para promover el cambio de conducta. La abogacía tiene el propósito de llevar al razonamiento y concientización en las decisiones a los diferentes niveles, tanto internacionales como nacionales y locales. OMS, UNICEF, Banco Mundial, líderes políticos nacionales de salud, otros jefes y decisores, para hacer entender la importancia del problema y la potencial solución.

El programa de reforzamiento comprende el entrenamiento, cambios en política de dirección e implantación de servicios, consejo, diagnóstico, tratamiento distribución y suministro del producto. La conducta beneficiaria incluye la apropiación y la utilización del servicio, ampliación del servicio, mejor prevención y acción curativa en la familia y la comunidad, entre otras. Para cada problema hay que determinar el plan de abogacía, valorando la presencia de las organizaciones internacionales, nacionales y locales que serán apoyo al programa.

En el nivel nacional, las políticas de soporte y los altos niveles de dirección son esenciales para la iniciación y continuidad de cualquier programa, así como para determinar el costo y la efectividad que puede tener. Hay que identificar también los centros de poder político.

La definición del impacto del problema en la salud pública, es básico para la determinación de propiciar o no la acción intersectorial y para integrar el soporte y acción del sector público y privado. Hay que definir a quién se implica y por qué, pues hay que convencerlo no solo del papel que tiene en la solución del problema, sino como se puede beneficiar de la solución.

Entre las acciones a realizar en todo programa, se encuentran las siguientes:

- Hacer política a través de conferencias, exhibiciones, filmaciones, folletos, así como revistas, periódicos, radio, televisión y redes sociales.
- Trabajar con los profesionales de la salud a través de seminarios, talleres, cursos de actualización, proyectos educativos multimedios, grupos específicos en redes sociales (Facebook, Instagram, entre otros) series monográficas, sociedades científicas y el estudio curricular.
- Ejecutar proyectos con maestros para llegar a través de ellos a los estudiantes y las familias.
- Desarrollar programas escolares para jóvenes.

- Utilización de centros para que las personas puedan solicitar la información que deseen (oficinas, teléfonos, carro móvil, etcétera).
- Eventos y conferencias internacionales para movilizar la opinión pública mundial.

El programa de mercadotecnia social, requiere una dirección que se encargue de lo concerniente al tiempo y recursos humanos y financieros, los que serán balanceados en función de definir e instrumentar un efectivo programa, especialmente de actividades de comunicación en salud.

Investigación y programas de mercadotecnia social

Al plantear en el punto anterior la información que se requiere para diseñar de manera adecuada la estrategia de mercadotecnia social, se pone de manifiesto la importancia de la investigación científica antes y durante este proceso, así como el monitoreo y evaluación que permitirán conocer si se logra el impacto deseado. La investigación de mercado, es un punto inicial obligado y es recomendable valerse de especialistas en el tema, ya que hay que definir de forma correcta quiénes deben ser encuestados, porque debe buscarse información en aquellas personas que pueden propiciar la de mejor calidad.⁽⁹⁾

También, hay que definir la cantidad de personas que deben ser encuestadas, pues depende de la variabilidad de los datos y del nivel de confianza aceptable. Mientras mayor es la variabilidad de los datos y mayor el nivel de confianza requerido, mayor será la muestra. El tamaño de la muestra se estima mediante fórmulas y técnicas estadísticas.

El diseño de la muestra se determina por la representatividad requerida para los resultados de la encuesta de mercado. Así se trabajará con muestreos aleatorios cuando se requiere una alta representatividad y propositiva, por ejemplo, cuando basta disponer de indicativos.

El instrumento a utilizar estará en dependencia de la información a obtener, lo importante es que mida lo que se requiere conocer, por ello deberá ser construido y previo a su utilización, validado. Además, debe precisarse la forma en que se aplicará, esto es, si es autorregistro o entrevista, si se hace personalmente, por correo electrónico o teléfono y si de manera individual o en grupo. También se valora el empleo de técnicas cualitativas si se considera oportuno y se dispone del personal adecuado y recursos para ello.

En todo este proceso, entra a jugar un papel importante el presupuesto de que se dispone, pues algunas técnicas e instrumentos son más costosos que otros, pero siempre hay que considerar que los gastos en esta etapa permiten optimizar la distribución de los recursos de las restantes. Una investigación que

no proporcione la información requerida conllevará a una estrategia mal diseñada y por consiguiente, a incurrir en gastos sin resultado alguno.

En el diseño del programa de investigación, es importante considerar el uso de la información secundaria, pues es a partir de conocer la disponible que debe determinarse si resulta necesario obtener otra. Ello abarata costos y agiliza el inicio del proceso de gestión de mercadotecnia social.⁽¹⁰⁾ Es muy importante la agudeza y habilidad del equipo encargado del programa de mercadotecnia social, pues en la información del comportamiento cotidiano, por lo general se obtienen elementos de gran valor para el diseño y ejecución del programa.

Se puede obtener mucha información útil solo con escuchar, sentir, preguntar y volver a preguntar, revisar la información en las redes sociales por Internet, para captar lo que dicen y piensan, lo que sienten y desean, lo que esperan y prefieren, los grupos poblacionales a los que se quiere llegar con una estrategia de mercadotecnia social.

Elaboración de un programa de mercadotecnia social

Con el propósito de facilitar la elaboración de un programa de mercadotecnia social aplicado a la esfera de la salud, se relacionan a continuación las preguntas que es importante formular y responder, así como los puntos fundamentales que este debe contener.

Preguntas antes de realizar un programa de mercadotecnia social:

- ¿Cuál es el problema de salud al cual me quiero dirigir?
- ¿Cuáles son las acciones que mejor responderán a ese problema?
- ¿A quién se le pide que actúe o qué participe?
- ¿Qué es lo que la audiencia o grupo meta espera y quiere obtener al adoptar este nuevo comportamiento?
- ¿Por qué la audiencia meta cree que lo que le ofrecemos es real y verdadero?
- ¿Qué es lo que la competencia ofrece? ¿Estamos ofreciendo algo que la audiencia desea más?
- ¿Cuál es el mejor momento y el mejor lugar para captar miembros de la audiencia y que estén con la mayor disposición de recibir el mensaje?
- ¿Qué tan frecuente y de quién necesitan recibir el mensaje?
- ¿Cómo puedo integrar una variedad de intervenciones, de manera coordinada para que logren influenciar en el comportamiento?
- ¿Tengo los recursos para llevar a cabo la estrategia? Si no, ¿entonces, dónde busco aliados?

Secuencia de etapas en la elaboración de un programa de mercadotecnia social

La elaboración del programa requiere cumplir con las etapas siguientes:

1. Análisis de la situación. En este primer paso hay que hacer la pregunta: ¿dónde estamos? Para dar respuesta a esta será necesario lo siguiente:
 - Diagnóstico del problema: descripción y magnitud del problema, sus efectos en la población.
 - Revisión de los esfuerzos pasados y similares: detectar los puntos fuertes y débiles, revisar antecedentes de campañas para el tema de salud que se está retomando.
 - Análisis DAFO: proceso de análisis de los elementos del ámbito interno (fortalezas y debilidades) y externo (oportunidades y amenazas) que potencialmente pueden favorecer o poner el riesgo el cumplimiento de los objetivos del programa.
2. Planeación del programa. La pregunta a realizar es: ¿dónde queremos llegar? Para dar respuesta se requiere:
 - Establecer la justificación, supuesto, objetivos y metas del programa orientados específicamente al propósito del proyecto.
 - Hacer el presupuesto y estrategias de financiamiento.
 - Definir la audiencia a la que se quiere dirigir el programa:
 - Primaria:* aquellos que se quiere cambien su comportamiento de riesgo y adopten el deseado.
 - Secundaria:* aquellos que influyen a la audiencia primaria.
 - Terciaria:* aquellos que toman las decisiones, individuos que intervienen en la política, posibles financieros y de logística.
 - Conocer las características de la audiencia en cuanto a sus comportamientos, intereses y actitudes a través de: cuestionarios, encuestas, grupos focales, entrevistas personales.
 - Conocer la competencia existente, todo aquello que hace que la audiencia meta no realice el cambio deseado, prefiera hacer otra actividad.
3. Creación de las estrategias de mensajes. La pregunta en este paso será: ¿cómo vamos a llegar? Para lo que es necesario definir dónde será:
 - En la escuela: medios impresos (folletos, murales, carteles, trípticos, pláticas, talleres).
 - En los centros de entretenimiento nocturno: carteles, postales, calcomanías en los baños.
 - En centros de salud: educación entre pares.

- En medios de comunicación masiva: menciones y cápsulas en la radio, testimonios vivenciales en la televisión.
 - En internet: sitios web, redes sociales.
4. Implementación del programa. Este paso comprende la promoción y distribución de los materiales a través de los canales escogidos, como pueden ser:
- Distribución de los materiales impresos en las pláticas, talleres, seminarios.
 - Colocar carteles, murales, fotos en los lugares acordados.
 - Transmitir los programas de la radio y la televisión en los horarios cuando la audiencia meta está usando esos medios.
 - Colocar mensajes en sitios web y difundir información por las redes sociales.
 - Distribuir calcomanías, postales, lápices, bolígrafos y otros, en las calles, centros comerciales, cines, etcétera.
5. Monitoreo y evaluación. Es un proceso activo que permite encontrar las fortalezas y debilidades y en caso necesario, redefinir el proyecto. Se establece un método de monitoreo y evaluación, que identificará las áreas de éxito y las de mejora dentro del plan que permite determinar que se ha logrado en base a las metas y los objetivos establecidos al principio del plan. Al evaluar los procesos de implementación del programa es necesario definir qué es lo que se hizo bien y qué necesita mejorarse. También hay que conocer de qué manera el programa ha afectado las creencias, actitudes y el comportamiento de la audiencia meta.
6. Retroalimentación para redefinir el programa. Según los resultados del monitoreo y la evaluación, se podrá enfocar a modificar todo aquello que necesita mejora, pero también todas aquellas personas que participaron para lograr que el proyecto fuera exitoso, necesitan saberlo, por lo que asegúrese de agradecer a:
- Miembros que participaron en el programa-campaña.
 - Patrocinadores (si es que los hubo).
 - Miembros de la comunidad que ayudaron en la campaña.
 - Comunicadores de la campaña, etcétera.

Guía para elaborar el programa de mercadotecnia social

Siguiendo los pasos señalados con anterioridad, la confección del documento puede redactarse de la forma que a continuación se relaciona:

1. *Introducción.* Debe reflejarse experiencias anteriores relacionadas con la problemática que se presenta, tanto nacional como internacional, si ha sido

ya enfrentada con otras estrategias y los elementos conceptuales relacionados con el tema.

2. *Diagnóstico*. Para realizar el análisis debe hacerse uso de las investigaciones que han permitido conocer el problema y señalar si es necesario realizar otras investigaciones y estudios de mercados.
3. *Objetivos*. Puede presentar un solo objetivo general o tener también objetivos específicos.
4. Descripción del medio ambiente de mercadotecnia. Según la investigación de mercado.
En este punto se especifica lo siguiente:
 - Población destinataria. Afectada y beneficiada. Segmentación del mercado. Grupo meta.
 - Políticas públicas. políticas de salud. Aliados y opositores. Puede construir una matriz DAFO.
 - Caracterización socioeconómica. Nivel de ingresos, acceso a los medios de comunicación, infraestructura comercial, de servicios, de programas.
5. *Estrategia de mercadotecnia*. Se describen de forma detallada los aspectos siguientes:
 - Justificación. Decisiones técnicas y de mercadotecnia; análisis del costo y la efectividad, eficiencia y eficacia; situación de salud; impacto previsto.
 - Segmentación del mercado, selección del mercado meta y posicionamiento.
 - Mezcla de mercadotecnia: producto; servicio e idea; precio: costo; distribución y comunicación, promoción.
 - Combinación de elementos de mercadotecnia: económica, político legal, tecnológica, educativa
 - Evaluación. Proceso; impacto.
6. *Presupuesto*. De acuerdo a los requerimientos que exige la institución que patrocina o financia el proyecto.
7. *Bibliografía*. Acorde a las normas de Vancouver u otra reconocida.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. 2005. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34(1):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100013&script=sci_arttext
2. Suárez LN. Marketing en Salud: una perspectiva teórico-práctica. Colombia: CATORSE. 2004.
3. Suárez LN. Tabaco o salud: una decisión social. Revista Horizonte Sanitario. 2004; 3(2):12-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305279>
4. Kotler P, Roberto LE. Marketing social. Madrid; Díaz de Santos. 1992.

5. Kotler P, Andreasen A. Strategic marketing for non profit organization. New Jersey; Prentice Hall. 1992.
6. Kotler P. Dirección de marketing. New Jersey: Prentice Hall. 1992.
7. Manoff RK. Social marketing. New imperative for public health. New York: Proeger Publisher. 1985.
8. Fernández CC, Dahnke GL. La comunicación humana. Ciencia social. México: McGraw-Hill. 1986.
9. Buchanan DR, et al. Social marketing: a critical appraisal. Health promotion International. 1994;9(1):49-57. DOI: <https://doi.org/10.1093/heapro/9.1.49>
10. Beerli PAJ, et al. El marketing como herramienta para incrementar la eficacia de los planes de salud pública. Informe SEPAS 2008. GacSanit. 2008;22(Supl 1):S27-36. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76072-2](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76072-2)

Estrategias de mercadotecnia en servicios y programas de salud

La mercadotecnia es, sin lugar a dudas, una herramienta de la gerencia, tal es así que cuando se valoran las fortalezas de una institución con alto desempeño, se toma en consideración cómo se utiliza y la importancia que se le confiere para la toma de decisiones.⁽¹⁾ En lo referente a los servicios, constituye también una posibilidad de acercar usuarios a la institución a partir de considerar a los prestadores de servicios como clientes internos y reorientar los servicios con base en las necesidades de la población.⁽²⁾

No quedan distantes de necesitar de estrategias de mercadotecnia, los programas de cambios de comportamientos para promover salud, dado que está documentado que las estrategias educativas por sí solas, no logran los resultados que se requieren para crear y modificar hábitos y conductas saludables.⁽¹⁾ Sin embargo, la falta de conocimientos y habilidades constituye la razón fundamental por la que estas herramientas no se emplean en la gestión sanitaria, unido a ciertos mitos en lo referente a identificar la mercadotecnia con comercializar en salud, lo que hace pensar en la no posibilidad de empleo en la salud pública.⁽²⁾

Estos aspectos han sido tratados de manera amplia en capítulos anteriores de este libro. En el presente capítulo se presentan instrumentos que pueden ser empleados en el análisis de las instituciones y programas de salud para diagnosticar el grado de aplicación de las estrategias de mercadotecnia, su repercusión en los resultados del trabajo de la institución y por ende en la calidad de unos y otros.

Estrategias de mercadotecnia en salud y su evaluación

La necesidad de partir de un diagnóstico de la situación existente en el sector salud, ya sea como sistema en el caso de Cuba o como sector público y privado en otros contextos, ofrece una primera aproximación para fundamentar las potencialidades de la utilización de la mercadotecnia, ya que es el paso inicial en función de trazar una estrategia que permita lograr el posicionamiento de la mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria.

Pero para hacer un diagnóstico es necesario disponer de instrumentos que permitan, mediante su aplicación, llegar a obtener la información requerida. Aunque se identificaron algunos empleados en otros países, se consideró importante realizar un estudio que permitiera la construcción de estos y que posibilitaran conocer en qué momento se encuentran con relación a la aplicación de la mercadotecnia y que pudieran ser empleados tanto en el contexto de Cuba como en aquellos donde coexisten el sector privado y el público, así como poder también establecer comparaciones entre unos y otros y también en el tiempo.⁽²⁾

Estos instrumentos que se elaboraron, tienen el propósito de ser herramientas de diagnóstico para los gerentes, funcionarios y profesionales sanitarios, a partir de cuyo empleo les resultaría posible disponer de una fotografía de la situación existente y trazar estrategias sobre la base de los resultados que se obtengan de la investigación. También se pueden emplear en los procesos de formación académica para realizar estudios de mercado, sobre cuyos resultados poder elaborar también estrategias, pero con propósitos de aplicación de conocimientos y desarrollo de habilidades.

Disponer de instrumentos para la investigación, permite además fomentar la práctica, que en esta esfera también resulta posible realizar estudios que pueden ser clasificados como investigaciones de sistemas y servicios de salud con sus peculiaridades y utilidad, como fuera explicado en capítulos anteriores.⁽¹⁾

Los instrumentos y su proceso de construcción

El proceso de construcción de los instrumentos se realizó como parte del Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba.⁽²⁾

El primer paso en el proceso de construcción consistió en definir las áreas fundamentales en que podía dividirse la aplicación de la mercadotecnia en el sector salud. Como resultado de la consulta a expertos se definieron dos grupos: instituciones de todos los niveles y los programas de salud.

Se diseñaron por tanto dos cuestionarios adaptados del instrumento elaborado para el Análisis de mercadotecnia no lucrativa para un autoestudio organizacional⁽³⁾ y del instrumento para autoevaluar el servicio de las empresas, elaborado por Leopoldo Alandeti del equipo del Management Program Harvard Business School y exdirector de L.A y Asociados, consultor de calidad en el servicio y profesor de Estrategias de Mercadeo, el cual lo presentó en su artículo: Pasión por el servicio: ¿quién da más?⁽⁴⁾

Los instrumentos elaborados fueron aplicados y rediseñados hasta comprobar su comprensión. Este proceso transitó por varias etapas del estudio hasta comprobar que medían las áreas fundamentales de interés en lo referente

a las estrategias de mercadotecnia en las condiciones del sistema nacional de salud de Cuba.⁽⁵⁾ Para corroborar la validez interna del instrumento se empleó otra técnica, la observación, utilizando el procedimiento de registro de la conducta de forma participante, entrenando investigadores que se encontraban vinculados al sistema nacional de salud en las áreas y actividades que se realizaba el autodiagnóstico en la investigación.

La observación se realizó con dos guías diseñadas a partir de los instrumentos de autodiagnóstico y que tienen como propósito central corroborar la información obtenida en estos. El instrumento de autodiagnóstico y la guía de observación, permiten tener una valoración general de las instituciones y a la vez encontrar las áreas con mayor dificultad. Una y otra pueden servir para confirmar la fiabilidad de los resultados.

Como instrumento de diagnóstico, la guía de observación puede ser utilizada por los investigadores para la valoración de una institución o programa que sea solicitada. Cuando es la propia institución quien asume la investigación para hacer su diagnóstico, empleará los instrumentos de autodiagnóstico. Sin embargo, tanto en uno como en otro caso pueden ser empleados ambas técnicas e instrumentos como forma de corroborar la información obtenida.

Es interesante que, con el instrumento de autodiagnóstico en la investigación realizada, se constata la severidad con que la mayoría de los directivos realizaban la evaluación y cómo se interesaban en calificarse y utilizarla para conocer los puntos deficientes, aún sin considerar la alternativa de tomar como base los resultados para elaborar una estrategia.

Derivado del estudio realizado se puede atribuir confiabilidad a los resultados que se obtienen con la aplicación de los instrumentos, pero se considera que se presenta una cierta tendencia a su sobrevaloración, pues aunque el instrumento es anónimo y los evaluadores seleccionados lo respondieron y colocaron en un sobre, siempre resulta posible que se les cree la duda que pueda ser identificado. Esta limitante no se presentará, cuando los propios directivos realicen el trabajo o lo soliciten, pues en ese caso el interés primordial de evaluarse parte de la propia institución.

Los resultados obtenidos con la observación y el autodiagnóstico no presentan diferencias notables, aunque son más severas las evaluaciones de los observadores. Realizado el análisis por los expertos que valoraron los resultados, se consideró como algo natural y cuya limitante conocida permite a los investigadores que lo utilicen aplicando ambas técnicas, tomando una de ellas como criterio externo para corroborar los resultados y disponer del conocimiento de un margen de error.

Descripción y forma de aplicación de los instrumentos

Los instrumentos tienen igual estructura y forma de evaluación, lo que permite la comparación de unos y otros con precisión; para realizar la observación, el personal se entrena con el propósito de reducir al máximo la variabilidad. En la investigación realizada, todos los observadores eran profesores de mercadotecnia y participaron en la construcción y comprobación de las guías.

Instrumento para el diagnóstico de la utilización del enfoque de mercadotecnia en las instituciones de salud

El instrumento de diagnóstico para las instituciones de salud permite tener una valoración general de la entidad y a la vez encontrar las áreas con mayor dificultad. Puede emplearse para ser administrado como un autodiagnóstico o como guía de observación. Se compone de 20 ítems cada uno de los cuales se evalúa en una escala ordinal de 6 puntos, desde 0 hasta 5 puntos, según la situación que se describe: nunca (0), casi nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), habitualmente (4) y siempre (5).

Las situaciones descritas se corresponden con lo que la teoría describe con relación a la aplicación de la mercadotecnia en la esfera de los servicios y abarca las categorías que se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Categorías analizadas en el diagnóstico para las instituciones de salud

CATEGORÍA	ÍTEM
Calidad con enfoque de usuario	1, 3
Organización con enfoque usuario	2, 13
Proceso con enfoque usuario	5, 9, 10, 12, 20
Resultado / satisfacción de usuario	4
Condiciones materiales	8
Quejas	6, 11
Valoración de mercadotecnia	14
Satisfacción de usuario	16, 18
Satisfacción de trabajadores	7, 17, 19
Capacitación de trabajadores	15

La puntuación total, es la suma de puntos obtenidos y permite ubicar la institución que se está evaluando en cuatro grupos que ofrecen una valoración y recomiendan que hacer al respecto para mantener o mejorar la situación encontrada.

- De 90-100 puntos. La institución tiene un enfoque centrado en el usuario y satisface las necesidades de estos. Debe perfeccionar aquellos aspectos en que no obtuvo la mayor puntuación.
- De 80-89 puntos. La institución toma en consideración que el usuario es su razón de ser, pero tiene muchos aspectos en los que debe mejorar. Se le recomienda revisar literatura y capacitarse en estos temas.
- De 70-79 puntos. La institución no ofrece un servicio de calidad porque no toma en consideración los trabajadores que ofrecen el servicio y los usuarios. Debe centrarse en la solución de los problemas y revisar su razón de ser.
- Menos de 70 puntos. La institución está frente a un serio problema en la calidad de los servicios. Debe buscar apoyo en los especialistas para poder darle solución en breve.

En el primer estudio realizado en el año 2004,⁽²⁾ se aplicó el instrumento de la utilización del enfoque de mercadotecnia en las instituciones de salud, en la modalidad de autodiagnóstico, a 10 directivos de unidades que prestan servicio a población: hospitales, policlínicos, hogares de ancianos e impedidos, y clínicas estomatológicas, que pertenecen a seis municipios de Cuba seleccionados de forma no aleatoria por un muestreo de conveniencia; también se le aplicó a 10 directivos de hospitales e institutos de subordinación provincial de cuatro provincias del país elegidos de igual forma; así como a 10 directivos de unidades de subordinación nacional.

La muestra total tenía un máximo previsto de 100 unidades a evaluar, pudiendo evaluar 101 con modificaciones en los grupos definidos debido a la variación en cuanto a la cantidad de unidades de subordinación en cada territorio, así como a las posibilidades de que el instrumento fuera respondido por el director o vicedirector de la unidad en el periodo previsto para su aplicación.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- El 43,10 % de las instituciones obtuvo puntuaciones menores de 70, por lo que se considera que están frente a un problema de calidad en los servicios que ofrecen.
- El 13,70 % obtuvo entre 70 y 79 puntos, cuyo diagnóstico es que no ofrecen un servicio de calidad, al no considerar de forma adecuada a trabajadores y usuarios.
- Entre 80 y 89 puntos se encuentran el 25,80 % de las instituciones, con un diagnóstico que refleja que los usuarios son la razón de ser de estas, pero que tienen muchos aspectos en los que deben mejorar.

- Solo el 17,20 % se agrupan entre 90 y 99 puntos, con un diagnóstico que revela que tienen en cuenta a los usuarios y satisfacen sus necesidades.
- Ninguna institución obtuvo 100 puntos y solo una institución 99 puntos.

Es interesante que ningún sujeto evaluara los ítems en la categoría de “siempre”, solo se encuentran 26 no respuestas a algunos de los ítems. En la categoría de “nunca” el mayor número de respuestas evaluadas fue “la falta de conocimiento por parte de los trabajadores que no se relacionan de forma directa con los pacientes” y “la repercusión de su trabajo en la calidad de los servicios”.

En la categoría “casi nunca”, la mayor frecuencia corresponde al ítem que valora el entrenamiento y la formación en el manejo de las relaciones humanas de los trabajadores que ofrecen los servicios, mientras que en la categoría de “pocas veces”, la mayor frecuencia de respuestas se encuentra en el ítem que valora la relación directa entre directivos y usuarios.

Los ítems mejor evaluados fueron los que se refieren a la definición de la misión y visión, la institución estar orientada a la satisfacción de las necesidades y la relación de la calidad de los servicios con los indicadores de salud.

Instrumento para el diagnóstico de la utilización del enfoque de mercadotecnia en los programas de salud

De la misma forma que el instrumento de diagnóstico para las instituciones, este permite tener una valoración general de la aplicación a los programas de salud del enfoque y estrategias de mercadotecnia, detectando las áreas con mayor dificultad en general. Puede emplearse también de forma autoadministrada para hacer un autodiagnóstico o como guía de observación.

Se compone de 20 ítems cada uno de los cuales se evalúa en una escala ordinal de 6 puntos desde 0 hasta 5 puntos, según la situación que se describe se presenta nunca (0), casi nunca (1), pocas veces (2), algunas veces (3), habitualmente (4) y siempre (5)

Las situaciones descritas se corresponden con lo que la teoría describe con relación a la aplicación de la mercadotecnia social en programas de cambios de comportamiento en salud y abarca las categorías que se exponen en la tabla 2.

La puntuación total se obtiene también de la suma de puntos obtenidos y permite ubicar la institución que se está evaluando en cuatro grupos que ofrecen una valoración y recomiendan que hacer al respecto para mantener o mejorar la situación encontrada.

Tabla 2. Categorías que se analizan en el diagnóstico para los programas de salud

CATEGORÍA	ÍTEM
Relación de: comportamientos, calidad de vida, indicadores salud	1, 4
Organización del trabajo	2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 13
Investigación sobre necesidades e impacto	6, 18
Satisfacción de trabajadores	11, 17, 19
Capacitación de trabajadores	15
Criterios de usuarios y trabajadores	12, 20
Aplicación de mercadotecnia	14
Satisfacción de usuarios	16

Los grupos se clasifican de la siguiente forma:

- De 90 a 100 puntos. La Institución tiene un enfoque de mercadotecnia social en los programas de salud, debe perfeccionar aquellos aspectos en que no obtuvo la mayor puntuación.
- De 80 a 89 puntos. La Institución no toma en consideración que los cambios de comportamiento en salud tienen que abordarse con enfoque de mercadotecnia. Tiene muchos aspectos en los que debe incorporar este enfoque. Se le recomienda revisar literatura y capacitarse en estos temas.
- De 70 a 79 puntos. La Institución no obtiene los cambios de comportamiento que se requieren porque no toma en consideración los trabajadores que realizan este trabajo ni la población a la que se dirige. Debe considerar la necesidad de este enfoque y revisar su razón de ser.
- Menos de 70 puntos. La Institución está frente a un serio problema pues no enfrenta correctamente los programas de salud. Debe buscar apoyo en los especialistas para poder darle solución en breve.

En la investigación realizada se previó aplicar a cinco directivos que se encontraban vinculados a los programas de salud, al área de higiene y epidemiología y promoción de salud del nivel municipal, provincial y nacional, siguiendo el mismo criterio de selección que para las instituciones. La muestra total prevista comprendía 50 sujetos y fueron aplicados 58 instrumentos.

Los resultados obtenidos son los siguientes:

- El 13,80 % diagnosticó que la institución tiene un enfoque de mercadotecnia social en los programas de salud y debe perfeccionar aquellos ítems en que no obtuvo la máxima puntuación.
- El 33,60 % diagnosticó que su institución no toma en consideración que los cambios de comportamiento en salud tienen que abordarse con enfoque de mercadotecnia. Debe capacitarse el personal directivo al respecto.
- El 18,80 % consideró que la institución no obtiene los cambios de comportamiento requeridos porque no toma en cuenta los trabajadores que realizan este trabajo ni a la población a que se dirige. Recomiendan que la institución revise su razón de ser.
- La tercera parte de las instituciones, 33,60 %, fueron diagnosticadas como que están frente a un serio problema, pues no enfrentan correctamente los problemas de salud y deben buscar apoyo de especialistas.

En este instrumento ningún ítem obtuvo la categoría de “siempre” y a diferencia del que evalúa las instituciones, todos los ítems tuvieron “no respuestas”, siendo los ítems 13 (aplicación de la mercadotecnia a la planeación estratégica) y 6 (indicadores de evaluación) los de mayor frecuencia. El ítem mejor evaluado fue el 11, que mide la atención a las quejas de los subordinados por los directivos.

Los instrumentos y su aplicación

Diez años después, en el 2014, se aplicó el instrumento en el municipio Santiago de Cuba.⁽⁶⁾ El universo estuvo constituido por directivos, funcionarios y profesionales (8171 personas) que se encontraban en ese momento ejerciendo sus funciones en unidades de salud emplazadas en este municipio. La selección de la muestra respondió a estar activo en su actividad y que aceptara participar.

Para el diagnóstico se realizó un muestreo intencional en las unidades de salud municipales y provinciales radicadas en el municipio de Santiago de Cuba, tomándose cinco individuos de cada unidad (cinco directivos, funcionarios o profesionales, para responder las encuestas, y uno de los directivos para responder el autodiagnóstico). Se tuvo en cuenta, para la muestra propositiva y de conveniencia, que los profesionales de la salud estuvieran involucrados en las políticas de salud (competencia cultural esperada) donde se desarrollan las situaciones que se estudian, o sea capaces de proporcionar información (competencia cultural esperada) sobre las situaciones que se estudian de acuerdo a las circunstancias concretas que interesan en el estudio.

Se aplicaron y procesaron 114 instrumentos en unidades de base, municipales y provinciales que prestan servicio a población, seis encuestas fueron eliminadas por no ser respondidas en su totalidad, no se corresponden con el total de las unidades por presentar determinadas dificultades para el proceso del diagnóstico en el momento de la planificación. El Hospital Psiquiátrico Provincial Gustavo Machín, que se encuentra en el municipio Songo-La Maya, se incluyó como excepción por ser el único hospital provincial fuera del municipio correspondiente a la capital de la provincia.

El diagnóstico fue realizado por el personal capacitado en la temática, con anterioridad se había coordinado con las direcciones de las unidades; los instrumentos se aplicaron en un local de la unidad y previamente, en todos los casos, se explicó con precisión y lenguaje comprensible la investigación. Se siguió la metodología y se emplearon los instrumentos que se utilizaron de la investigación realizada en el año 2004.⁽²⁾

De manera adicional, fue empleado el instrumento de autodiagnóstico como guía de observación y se realizó mediante una observación directa no participante y estructurada, en las instituciones de salud incluidas durante uno o tres días de trabajo. Fue llevada a cabo por miembros del equipo de investigación con un grado de entrenamiento en las actividades que se observaron (se le brindó información verbal acerca de la mercadotecnia, se les suministró bibliografía para la revisión del tema, participación en la realización de la observación acompañados de la persona adiestrada, para comprobar las habilidades alcanzadas y unificar estilos y criterios de todos los observadores). Cuando el observador presentó alguna duda, escribió textualmente lo que observó y con posterioridad, se hizo un análisis conjunto para unificar criterios al respecto.

El uso de la guía que apoyó las observaciones, fue coordinado con las direcciones de las unidades. Con el empleo de esta técnica, se obtuvo la información desde afuera y se realiza la observación de las actividades en el momento en que ocurren del personal relacionado con la conducción de la institución, servicio o programa, usuarios del servicio o sus representantes y proveedores del servicio. A la vez, amplía el espectro de utilidad de los instrumentos.

Los resultados obtenidos en el autodiagnóstico para la utilización de la mercadotecnia en las instituciones de salud fueron los siguientes:

- El 16,6 % se agrupan entre 90 y 99 puntos, con un diagnóstico que revela que tienen en cuenta a los usuarios y satisfacen sus necesidades. Ninguna institución obtuvo 100 puntos y solo una institución 97 puntos.
- El 41,6 % obtuvo entre 80 y 89 puntos, por lo que se encuentran en las instituciones, con un diagnóstico que refleja que los usuarios son la razón de

ser de estas, pero que tienen muchos aspectos en los que deben mejorar y necesitan capacitarse en este tema.

- El 33,3 % obtuvo entre 70 y 79 puntos, cuyo diagnóstico es que no ofrece un servicio de calidad, al no considerar de forma adecuada a trabajadores y usuarios.
- El 8,3 % de las instituciones obtuvo puntuaciones menores de 70, por lo que se considera que están frente a un problema de calidad en los servicios que ofrecen.

Se consideró interesante, que los encuestados en su mayoría evaluarán los ítems en la categoría de “habitualmente”, siguiéndole la categoría “siempre”. En la categoría de “algunas veces”, la mayor frecuencia corresponde a los ítems que valoran la disposición de un sistema de recolección de información para investigar las necesidades de salud de la población (25 %) y que los usuarios/pacientes que acuden a la institución se sienten parte de esta y se convierten en sus promotores por la calidad de la atención recibida (33,3 %).

Con los resultados de la guía de observación a la aplicación de la mercadotecnia en las instituciones los resultados son los siguientes:

- Ninguna institución estuvo entre 90-100 puntos.
- El 8,3 % entre 80-89 puntos.
- El 29,1 % entre 70-79 puntos.
- El 62,5 % de las instituciones obtuvo menos de 70 puntos.

Lo anterior sugiere que las instituciones no ofrecen un servicio de calidad, que no hay visión para desarrollar una gerencia estratégica e integral de los procesos que conduzca a la optimización de los servicios y que contribuya al logro de los objetivos de las instituciones de salud con efectividad, eficiencia y calidad, procurando la satisfacción de los usuarios-pacientes.

Es interesante destacar, que los resultados de la observación muestran que los directivos sobrevaloraron el autodiagnóstico de su institución. El análisis de la observación indica que en la puntuación alcanzada influyeron los ítems que alcanzaron la categoría de “nunca”, “casi nunca” y “pocas veces”. La mayor frecuencia en orden decreciente, corresponde a los ítems sobre la utilización en la planificación estratégica de la mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria, existencia de un sistema de recolección de información que permita observar a la institución desde afuera, investigando la atención del paciente y su grado de satisfacción, existencia de mecanismos y métodos operativos para que los trabajadores actúen por convencimiento de la importancia de la calidad y que los trabajadores que no se relacionan de forma directa con el usuario-paciente, también conocen que su trabajo repercute en la calidad de los servicios.

Ambas investigaciones, en momentos diferentes y transcurrido un periodo de tiempo de 10 años, demuestran que los instrumentos permiten establecer un

diagnóstico de la aplicación del enfoque de mercadotecnia en la institución, comparar los resultados y, con base a ello, posible valorar el grado de comprensión que tiene el gerente o funcionario que responde el cuestionario de la situación existente al respecto.

En relación la utilización de la mercadotecnia como estrategia en programas de salud, evaluada a través del instrumento de autodiagnóstico de utilización de estrategias de mercadotecnia, los resultados fueron los siguientes:

- El 25 % se autoevalúan entre 90 y 99 puntos, con un diagnóstico de que tienen un enfoque de mercadotecnia social en los programas de salud.
- El 25 %, obtuvo entre 80 y 89 puntos, por lo que se encuentran con un diagnóstico que refleja que no se toma en consideración que los cambios de comportamiento en salud tienen que abordarse con enfoque de mercadotecnia.
- El 29,1 % obtuvo entre 70 y 79 puntos, cuyo diagnóstico es que no obtienen los cambios de comportamiento que se requieren, porque no toman en consideración los trabajadores que realizan este trabajo, ni la población a la que se dirige.
- El 20,8 % con puntuaciones menores de 70, por lo que se considera que están frente a un serio problema, pues no enfrentan correctamente los programas de salud.

En este instrumento, la mayoría de los ítems obtuvo la categoría de “siempre” y “habitualmente”, la mayor frecuencia para la categoría “siempre” corresponde con la definición en la misión y visión, del logro de hábitos y comportamientos en la población que se correspondan con la salud y el bienestar, el considerar que la salud es un producto para satisfacer las necesidades del usuario-paciente y que el cambiar creencias y costumbres logrará mejorar los indicadores de salud. La categoría “nunca” la mayor frecuencia (16,6 %), indica que la planificación estratégica no se realiza teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la mercadotecnia como herramienta de la gerencia social. En la categoría “algunas veces”, se autoevalúan con mayor frecuencia que los usuarios-pacientes no se sienten parte de la institución y no se convierten en promotores de la institución por la calidad de la atención recibida (45,8 %) y que el personal que trabaja directamente en la atención a los usuarios-pacientes se mantiene en su puesto de trabajo y no manifiesta deseos de cambiar de labor (41,6 %).

Los resultados obtenidos de la guía de observación a la aplicación de la mercadotecnia en los programas de salud, se presentan a continuación:

- El 12,5 % entre 90-100 puntos.
- El 12,5 % entre 80-89 puntos.
- El 20,8 % entre 70-79 puntos.
- El 54,1 % de las instituciones obtuvo menos de 70 puntos.

Lo anterior evidencia que es muy baja la aplicación de las estrategias de mercadotecnia para desarrollar los programas con énfasis en los cambios de comportamiento en la población, no considerando al receptor del programa, impactando de manera negativa en los indicadores de salud. Es interesante destacar, que los resultados de la observación muestran que los directivos sobrevaloraron su auto diagnóstico en los programas de salud.

La observación de la utilización del enfoque de mercadotecnia en los programas de salud, indicó que en la puntuación alcanzada influyeron los ítems que alcanzaron la categoría de “casi nunca” o “nunca”; la mayor frecuencia para “nunca” corresponde a los ítems siguientes: los programas se diseñan tomando en consideración las características de la población objetivo y de esta forma desarrollar los programas considerando los criterios de los usuarios/pacientes y del personal sanitario, disposición de un sistema de recolección de información para investigar las necesidades de salud de la población y que la planificación estratégica tiene en cuenta la mercadotecnia como herramienta de la gerencia sanitaria.

Para la categoría “casi nunca”, incide la disposición de un sistema de recolección de información para investigar las necesidades de salud de la población y no realizar la planificación estratégica teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la mercadotecnia. En la categoría “pocas veces”, la mayor frecuencia coincide con la disposición de un sistema de recolección de información que investigue la atención del paciente y el tener un contacto directo con los usuarios-pacientes para valorar directamente la satisfacción con el servicio que se ofrece.

En la categoría “algunas veces” incide el reconocimiento de la importancia de los cambios de actitudes y conductas de hábitos nocivos, como una premisa para la calidad de vida, el reconocer que calidad es igual a satisfacción de los usuarios-pacientes, permanencia del personal que trabaja directamente en la atención a los usuarios/pacientes en su puesto de trabajo sin manifestar deseos de cambiar de labor. La capacitación del personal que ofrece directamente los servicios incluye el manejo de las relaciones con el usuario-paciente, y el análisis y solución en conjunto de las dificultades que se presentan en los servicios que se ofrecen, tomando en consideración los criterios de los que intervienen en este proceso.

Según los resultados de la observación, de la aplicación de la mercadotecnia a los programas de salud, se puede decir que también tiene problemas, pues las instituciones no los enfrentan de forma satisfactoria, es limitada e ineficiente la capacidad institucional para la ejecución de los programas de salud, lo que conspira contra la calidad de la atención. La realización del autodiagnóstico permitió a los directivos conocer la puntuación alcanzada y el diagnóstico a

partir de esta, mostrando interés por conocer la puntuación obtenida y las deficiencias.

La guía de observación aplicada, tanto a las instituciones como a los programas de salud, evalúa en una categoría inferior al autodiagnóstico, esto indica que los directivos se sobrevaloran en la actividad que desempeñan, no realizando un análisis crítico de la institución.

Al comparar los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de autodiagnóstico y guías de observación, resulta evidente que es baja la introducción y aplicación del enfoque de las estrategias de mercadotecnia en programas e instituciones de salud, y que si estas se aplican no son de carácter sistémico, ya que no responden a conocimientos y habilidades al respecto. Sin embargo, si existe consenso en cuanto a la necesidad de ser aplicada para lograr calidad y también rentabilidad en servicios y programas de salud, por lo que se considera que es favorable la relación costo-beneficio de su aplicación.

Valoración integral de los instrumentos

Los instrumentos están diseñados de forma tal que resulta posible realizar análisis de correlaciones entre ítems, grupos de ítems de la institución o programa evaluado y además comparar estos resultados con los obtenidos con las guías de observación, si se requiere de estos análisis en el desarrollo de la investigación. La descripción de frecuencias y porcentajes de por sí ya ofrece información relevante, pero puede ser enriquecida con otros procesamientos estadísticos de mayor complejidad.

Además de servir un instrumento de comparación y validación de los resultados del otro en cada una de sus categorías, también permiten conformar un diagnóstico general a partir de determinar la puntuación promedio que se obtiene. En el estudio realizado, describiendo la información con frecuencias y porcentajes, resultó posible llegar a la valoración que a continuación se presenta:⁽⁶⁾

El instrumento de autodiagnóstico para evaluar la aplicación de la mercadotecnia en los programas de salud, obtuvo una valoración promedio de 71,7 puntos, por lo que se considera que los programas no obtienen los cambios de comportamiento que se requieren al no considerar al receptor del programa, ni ser conformado con los criterios de los profesionales sanitarios. La guía de observación aplicada a seis expertos obtuvo una valoración grupal de 60 puntos, que lo ubica en una categoría inferior; así, se considera que la institución tiene problemas pues no enfrenta correctamente los programas de salud.

La comparación de los resultados obtenidos en el instrumento, en su forma de autodiagnóstico y observación, permite considerar que el autoadministrado posibilita obtener resultados certeros, aunque en general los sujetos sobrestiman

su valoración cuando están diagnosticando una actividad en la que se encuentran involucrados.

El instrumento de autodiagnóstico para evaluar el enfoque de mercadotecnia en las instituciones de salud, en este caso las que ofrecen servicios a la población, obtuvo una valoración grupal de 72,48 puntos, por lo que se ubica en la misma categoría de los programas; esto significa que no ofrecen un servicio de calidad porque no toman en cuenta a los trabajadores y usuarios. No fue posible aplicar la guía de observación prevista para los expertos, pero con base al resultado de la aplicación de esta en los programas, puede estimarse que la puntuación se encuentra en ese entorno o algo menor.

En general, los resultados obtenidos en la aplicación de los instrumentos de autodiagnóstico, permiten conocer que es muy baja la aplicación de las estrategias de mercadotecnia en programas e instituciones de salud y que si estas se aplican es con carácter puntual y más bien de forma intuitiva, pero no sustentada en conocimientos y el desarrollo de habilidades al respecto.

Como se pudo corroborar con el estudio realizado en el municipio Santiago de Cuba,⁽⁶⁾ los instrumentos permiten una aplicación más flexible, pueden emplearse también como observación por expertos y, de esta forma, valorar los resultados y obtener un diagnóstico más certero de la situación existente. A la vez, pueden ser útiles para elaborar una matriz DAFO y trazar una estrategia que permita solucionar los problemas que se detecten, y capacitar a profesionales y directivos en aquellos aspectos que lo requieren.

Instrumentos

A continuación, se presentan cada uno de los instrumentos con su plantilla de evaluación en las tablas 3, 4, 5 y 6.

Tabla 3. Instrumento para el autodiagnóstico de la utilización del enfoque de mercadotecnia en las instituciones de salud

Marque en la columna el valor que considere se corresponde con la situación existente en su institución. Responda con toda sinceridad y en relación con la realidad, no como usted considera que debe ser.

Escala de valores: nunca: 0 puntos; casi nunca: 1 punto; pocas veces: 2 puntos; algunas veces: 3 puntos; habitualmente: 4 puntos; Siempre: 5 puntos

Situación	1	2	3	4	5
1. En la institución se reconoce conscientemente que calidad es igual a satisfacción de los usuarios y pacientes					

2. La institución tiene definida su misión y visión en función de mejorar la satisfacción de los usuarios-pacientes con el servicio o los programas de salud					
3. La institución está orientada en función de satisfacer las necesidades del usuario-paciente					
4. Existe clara conciencia de que a más altos niveles de servicio se logrará más alto nivel de satisfacción a largo plazo y mejorarán los indicadores de salud					
5. Los servicios que ofrece la institución se diseñan tomando en consideración la funcionabilidad del servicio y la facilidad de ejecución en la prestación					
6. La institución dispone de un sistema de recolección de información que permiten ver a la institución desde afuera investigando la atención del paciente y su grado de satisfacción					
7. En la institución existen mecanismos y métodos operativos que aseguran que los trabajadores actúen por convencimiento de la importancia de la calidad y no por la imposición					
8. La institución se preocupa profundamente por mantener en sus más altos niveles los aspectos relacionados con el lugar donde se ofrecen los servicios, considerando las características de cada uno de ellos y la necesidad de privacidad en la relación médico-usuario-paciente					
9. Todos los trabajadores de la institución conocen claramente sus responsabilidades y la relación que tienen con el cumplimiento de la misión y poder transitar hacia la visión					
10. Los trabajadores que no se relacionan directamente con el usuario-paciente, también conocen que su trabajo repercute directamente en la calidad de los servicios que ofrece la institución					
11. Si un usuario-paciente se queja, la gerencia toma en cuenta este planteamiento y analiza cuidadosamente todos los aspectos que pueden estar relacionados con el mismo para valorar lo que pueda mejorarse para evitar la insatisfacción					
12. En el último año la institución ha realizado modificaciones en la forma de ofrecer el servicio a la población considerando los criterios de los usuarios-pacientes y del personal que labora en esta					
13. La planificación estratégica se realiza teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria					
14. La Gerencia considera que las técnicas que Mercadotecnia pueden ser de utilidad en la Institución, tanto en la proyección de los Servicios como en la ejecución de los Programas de Salud					

15. La formación, entrenamiento y capacitación del personal que ofrece directamente los servicios a la población incluye el manejo de las relaciones con el usuario-paciente, la comunicación interpersonal, entre otros					
16. Los usuarios-pacientes que acuden a la Institución se sienten parte de la misma y se convierten en promotores de la Institución por la calidad de la atención recibida					
17. El personal que trabaja directamente en la atención a los usuarios-pacientes se mantiene en su puesto de trabajo y no manifiesta deseos de cambiar de labor					
18. La Gerencia mantiene contacto directo con los usuarios-pacientes para valorar directamente la satisfacción con el servicio que ofrece					
19. En la Institución existe una clara conciencia que la satisfacción de los trabajadores que ofrecen el servicio es una premisa de la calidad total y de la satisfacción de las necesidades del usuario					
20. Las dificultades que se presentan en los servicios que se ofrecen se analizan y solucionan de conjunto, tomando en consideración los criterios de los que intervienen en el proceso					

Calificación

Sume los puntos obtenidos y obtendrá la calificación que le permitirá diagnosticar si en la institución se trabaja con un enfoque de mercadotecnia, sea de manera consciente o no:

- De 90-100 puntos. La institución tiene un enfoque centrado en el usuario y satisface las necesidades de los mismos, debe perfeccionar aquellos aspectos en que no obtuvo la mayor puntuación.
- De 80-89 puntos. La institución toma en consideración que el usuario es su razón de ser, pero tiene muchos aspectos en los que debe mejorar. Se le recomienda revisar literatura y capacitarse en estos temas.
- De 70-79 puntos. La institución no ofrece un servicio de calidad porque no toma en consideración los trabajadores que ofrecen el servicio y los usuarios. Debe centrarse en la solución de los problemas y revisar su razón de ser.
- Menos de 70 puntos. La institución está frente a un serio problema en la calidad de los servicios. Debe buscar apoyo en los especialistas para poder darle solución en breve.

Tabla 4. Guía de observación sobre la utilización de la mercadotecnia en las instituciones y programas de salud

Valore según su observación marcando en la columna el valor que considere se corresponde con la situación existente

Escala de valores: Nunca: 0 puntos Casi Nunca: 1 punto Pocas Veces: 2 puntos Algunas Veces:3 puntos Habitualmente: 4 puntos Siempre: 5 puntos.

Situación	1	2	3	4	5
1. En la institución se reconoce conscientemente que calidad es igual a satisfacción de los usuarios y pacientes					
2. La institución tiene definida su misión y visión en función de mejorar la satisfacción de los usuarios-pacientes con el servicio o los programas de salud					
3. La institución está orientada en función de satisfacer las necesidades del usuario-paciente					
4. Existe clara conciencia de que a más altos niveles de servicio se logrará más alto nivel de satisfacción a largo plazo y mejorarán los indicadores de salud					
5. Los servicios que ofrece la institución se diseñan tomando en consideración la funcionabilidad del servicio y la facilidad de ejecución en la prestación					
6. La institución dispone de un sistema de recolección de información que permiten ver a la institución desde afuera investigando la atención del paciente y su grado de satisfacción					
7. En la institución existen mecanismos y métodos operativos que aseguran que los trabajadores actúen por convencimiento de la importancia de la calidad y no por la imposición					
8. La institución se preocupa profundamente por mantener en sus más altos niveles los aspectos relacionados con el lugar donde se ofrecen los servicios, considerando las características de cada uno de ellos y la necesidad de privacidad en la relación médico-usuario-paciente					
9. Todos los trabajadores de la institución conocen claramente sus responsabilidades y la relación que tienen con el cumplimiento de la misión y poder transitar hacia la visión					
10. Los trabajadores que no se relacionan directamente con el usuario-paciente, también conocen que su trabajo repercute directamente en la calidad de los servicios que ofrece la institución					
11. Si un usuario-paciente se queja, la gerencia toma en cuenta este planteamiento y analiza cuidadosamente todos los aspectos que pueden estar relacionados con el mismo para valorar lo que pueda mejorarse					

para evitar la insatisfacción					
12. En el último año la institución ha realizado modificaciones en la forma de ofrecer el servicio a la población considerando los criterios de los usuarios-pacientes y del personal que labora en esta					
13. La planificación estratégica se realiza teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria					
14. La gerencia considera que las técnicas que mercadotecnia pueden ser de utilidad en la institución, tanto en la proyección de los servicios como en la ejecución de los programas de salud					
15. La formación, entrenamiento y capacitación del personal que ofrece directamente los servicios a la población incluye el manejo de las relaciones con el usuario-paciente, la comunicación interpersonal, entre otros					
16. Los usuarios-pacientes que acuden a la institución se sienten parte de la misma y se convierten en promotores de la Institución por la calidad de la atención recibida					
17. El personal que trabaja directamente en la atención a los usuarios-pacientes se mantiene en su puesto de trabajo y no manifiesta deseos de cambiar de labor					
18. La gerencia mantiene contacto directo con los usuarios-pacientes para valorar directamente la satisfacción con el servicio que ofrece					
19. En la Institución existe una clara conciencia que la satisfacción de los trabajadores que ofrecen el servicio es una premisa de la calidad total y de la satisfacción de las necesidades del usuario					
20. Las dificultades que se presentan en los servicios que se ofrecen se analizan y solucionan de conjunto, tomando en consideración los criterios de los que intervienen en el proceso					

Calificación

Sume los puntos obtenidos y obtendrá la calificación que le permitirá diagnosticar, con base en su observación, si en la institución se trabaja con un enfoque de mercadotecnia, sea de manera consciente o no.

- De 90-100 puntos. La institución tiene un enfoque centrado en el usuario y satisface las necesidades de los mismos, debe perfeccionar aquellos aspectos en que no obtuvo la mayor puntuación.
- De 80-89 puntos. La institución toma en consideración que el usuario es su razón de ser, pero tiene muchos aspectos en los que debe mejorar. Se le recomienda revisar literatura y capacitarse en estos temas.

- De 70-79 puntos. La institución no ofrece un servicio de calidad porque no toma en consideración los trabajadores que ofrecen el servicio y los usuarios. Debe centrarse en la solución de los problemas y revisar su razón de ser.
- Menos de 70 puntos. La institución está frente a un serio problema en la calidad de los servicios. Debe buscar apoyo en los especialistas para poder darle solución en breve.

Tabla 5. Tabla instrumento para el autodiagnóstico de la utilización del enfoque de mercadotecnia en los programas de salud

Responda marcando en la columna el valor que considere se corresponde con la situación existente en su Institución. Responda con toda sinceridad y en relación con la realidad, no como Ud. considera que debe ser.

Escala de valores: Nunca: 0 puntos Casi Nunca: 1 punto Pocas Veces: 2 puntos Algunas Veces: 3 puntos Habitualmente: 4 puntos Siempre: 5 puntos.

Situación	1	2	3	4	5
1. En la institución se reconoce conscientemente que calidad es igual a satisfacción de los usuarios y pacientes					
2. La institución tiene definida su misión y visión en función de mejorar la satisfacción de los usuarios-pacientes con el servicio o los programas de salud					
3. La institución está orientada en función de satisfacer las necesidades del usuario-paciente					
4. Existe clara conciencia de que a más altos niveles de servicio se logrará más alto nivel de satisfacción a largo plazo y mejorarán los indicadores de salud					
5. Los servicios que ofrece la institución se diseñan tomando en consideración la funcionabilidad del servicio y la facilidad de ejecución en la prestación					
6. La institución dispone de un sistema de recolección de información que permiten ver a la institución desde afuera investigando la atención del paciente y su grado de satisfacción					
7. En la institución existen mecanismos y métodos operativos que aseguran que los trabajadores actúen por convencimiento de la importancia de la calidad y no por la imposición					
8. La institución se preocupa profundamente por mantener en sus más altos niveles los aspectos relacionados con el lugar donde se ofrecen los servicios, considerando las características de cada uno de ellos y la necesidad de privacidad en la relación médico-usuario-paciente					
9. Todos los trabajadores de la institución conocen claramente sus					

responsabilidades y la relación que tienen con el cumplimiento de la misión y poder transitar hacia la visión					
10. Los trabajadores que no se relacionan directamente con el usuario-paciente, también conocen que su trabajo repercute directamente en la calidad de los servicios que ofrece la institución					
11. Si un usuario-paciente se queja, la gerencia toma en cuenta este planteamiento y analiza cuidadosamente todos los aspectos que pueden estar relacionados con el mismo para valorar lo que pueda mejorarse para evitar la insatisfacción					
12. En el último año la institución ha realizado modificaciones en la forma de ofrecer el servicio a la población considerando los criterios de los usuarios-pacientes y del personal que labora en esta					
13. La planificación estratégica se realiza teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria					
14. La gerencia considera que las técnicas que mercadotecnia pueden ser de utilidad en la institución, tanto en la proyección de los servicios como en la ejecución de los programas de salud					
15. La formación, entrenamiento y capacitación del personal que ofrece directamente los servicios a la población incluye el manejo de las relaciones con el usuario-paciente, la comunicación interpersonal, entre otros					
16. Los usuarios-pacientes que acuden a la institución se sienten parte de la misma y se convierten en promotores de la Institución por la calidad de la atención recibida					
17. El personal que trabaja directamente en la atención a los usuarios-pacientes se mantiene en su puesto de trabajo y no manifiesta deseos de cambiar de labor					
18. La gerencia mantiene contacto directo con los usuarios-pacientes para valorar directamente la satisfacción con el servicio que ofrece					
19. En la Institución existe una clara conciencia que la satisfacción de los trabajadores que ofrecen el servicio es una premisa de la calidad total y de la satisfacción de las necesidades del usuario					
20. Las dificultades que se presentan en los servicios que se ofrecen se analizan y solucionan de conjunto, tomando en consideración los criterios de los que intervienen en el proceso					

Calificación

Sume los puntos obtenidos y obtendrá la calificación que le permitirá diagnosticar si en la institución se trabaja con un enfoque de mercadotecnia social, sea de manera consciente o no.

- De 90-100 puntos. La institución tiene un enfoque de mercadotecnia social en los programas de salud, debe perfeccionar aquellos aspectos en que no obtuvo la mayor puntuación.
- De 80-89 puntos. La institución no toma en consideración que los cambios de comportamiento en salud tienen que abordarse con enfoque de mercadotecnia. Tiene muchos aspectos en los que debe incorporar este enfoque. Se le recomienda revisar literatura y capacitarse en estos temas.
- De 70-79 puntos. La institución no ofrece obtiene los cambios de comportamiento que se requieren porque no toma en consideración los trabajadores que realizan este trabajo ni la población a la que se dirige. Debe considerar la necesidad de este enfoque y revisar su razón de ser.
- Menos de 70 puntos. La institución está frente a un serio problema pues no enfrenta correctamente los programas de salud. Debe buscar apoyo en los especialistas para poder darle solución en breve.

Tabla 6. Guía para la observación de la utilización del enfoque de mercadotecnia en los programas de salud

Responda marcando en la columna el valor que considere se corresponde con la situación existente en la Institución observada.

Escala de valores: Nunca: 0 puntos Casi Nunca: 1 punto Pocas Veces: 2 puntos Algunas Veces: 3 puntos Habitualmente: 4 puntos Siempre: 5 puntos.

Situación	1	2	3	4	5
1. En la institución se reconoce conscientemente que calidad es igual a satisfacción de los usuarios y pacientes					
2. La institución tiene definida su misión y visión en función de mejorar la satisfacción de los usuarios-pacientes con el servicio o los programas de salud					
3. La institución está orientada en función de satisfacer las necesidades del usuario-paciente					
4. Existe clara conciencia de que a más altos niveles de servicio se logrará más alto nivel de satisfacción a largo plazo y mejorarán los indicadores de salud					
5. Los servicios que ofrece la institución se diseñan tomando en consideración la funcionabilidad del servicio y la facilidad de ejecución en la prestación					

6. La institución dispone de un sistema de recolección de información que permiten ver a la institución desde afuera investigando la atención del paciente y su grado de satisfacción					
7. En la institución existen mecanismos y métodos operativos que aseguran que los trabajadores actúen por convencimiento de la importancia de la calidad y no por la imposición					
8. La institución se preocupa profundamente por mantener en sus más altos niveles los aspectos relacionados con el lugar donde se ofrecen los servicios, considerando las características de cada uno de ellos y la necesidad de privacidad en la relación médico-usuario-paciente					
9. Todos los trabajadores de la institución conocen claramente sus responsabilidades y la relación que tienen con el cumplimiento de la misión y poder transitar hacia la visión					
10. Los trabajadores que no se relacionan directamente con el usuario-paciente, también conocen que su trabajo repercute directamente en la calidad de los servicios que ofrece la institución					
11. Si un usuario-paciente se queja, la gerencia toma en cuenta este planteamiento y analiza cuidadosamente todos los aspectos que pueden estar relacionados con el mismo para valorar lo que pueda mejorarse para evitar la insatisfacción					
12. En el último año la institución ha realizado modificaciones en la forma de ofrecer el servicio a la población considerando los criterios de los usuarios-pacientes y del personal que labora en esta					
13. La planificación estratégica se realiza teniendo en cuenta las posibilidades que ofrece la mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria					
14. La gerencia considera que las técnicas que mercadotecnia pueden ser de utilidad en la institución, tanto en la proyección de los servicios como en la ejecución de los programas de salud					
15. La formación, entrenamiento y capacitación del personal que ofrece directamente los servicios a la población incluye el manejo de las relaciones con el usuario-paciente, la comunicación interpersonal, entre otros					
16. Los usuarios-pacientes que acuden a la institución se sienten parte de la misma y se convierten en promotores de la Institución por la calidad de la atención recibida					
17. El personal que trabaja directamente en la atención a los usuarios-pacientes se mantiene en su puesto de trabajo y no manifiesta deseos de cambiar de labor					

18. La gerencia mantiene contacto directo con los usuarios-pacientes para valorar directamente la satisfacción con el servicio que ofrece					
19. En la Institución existe una clara conciencia que la satisfacción de los trabajadores que ofrecen el servicio es una premisa de la calidad total y de la satisfacción de las necesidades del usuario					
20. Las dificultades que se presentan en los servicios que se ofrecen se analizan y solucionan de conjunto, tomando en consideración los criterios de los que intervienen en el proceso					

Calificación

Sume los puntos obtenidos y obtendrá la calificación que según su observación, le permitirá diagnosticar si en la institución se trabaja con un enfoque de mercadotecnia social, sea de manera consciente o no.

- De 90-100 puntos. La institución tiene un enfoque de mercadotecnia social en los programas de salud, debe perfeccionar aquellos aspectos en que no obtuvo la mayor puntuación.
- De 80-89 puntos. La institución no toma en consideración que los cambios de comportamiento en salud tienen que abordarse con enfoque de mercadotecnia. Tiene muchos aspectos en los que debe incorporar este enfoque. Se le recomienda revisar literatura y capacitarse en estos temas.
- De 70-79 puntos. La institución no ofrece obtiene los cambios de comportamiento que se requieren porque no toma en consideración los trabajadores que realizan este trabajo ni la población a la que se dirige. Debe considerar la necesidad de este enfoque y revisar su razón de ser.
- Menos de 70 puntos. La institución está frente a un serio problema pues no enfrenta correctamente los programas de salud. Debe buscar apoyo en los especialistas para poder darle solución en breve.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Marketing en salud: una perspectiva teórico-práctica. Colombia: CATORSE; 2004.
2. Suárez LN. Mercadotecnia en el sistema nacional de salud de Cuba. 2005. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34(1):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100013&script=sci_arttext
3. Suárez LN. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Revista Cubana de Salud Pública. 2002; 28(2): 201-223. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662002000200008&script=sci_arttext

4. Alandete L. Pasión por el servicio: ¿quién da más? Harvard Deusto Business Review. 1998; (85):72-84. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=63226>
5. Suarez LN, et al. Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014- 2015. Revista Cubana de Salud Pública. 2016; 42 (1):115-128. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v42n1/spu12116.pdf>
6. Góngora GLH, et al. Aplicación de la mercadotecnia social en los servicios y programas de salud en Santiago de Cuba. Medisan. 2016; 20(4): 490-497. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192016000400009&script=sci_arttext&tlng=en

Cambios de comportamiento en salud

Problemas globales requieren estrategias globales y problemas locales estrategias locales; esta máxima exige también del análisis holístico y, a la vez, de la flexibilidad de pensamiento que requiere el enfoque científico de la salud y la enfermedad; por eso, ha sido retomado en el presente capítulo.

Lo global y la acción local en los cambios de comportamiento en salud

Cada problema global, tiene que ser analizado desde la perspectiva local en que se está presentado; a la vez, los problemas locales deben valorarse considerando el medio en que estos se desarrollan.

Las epidemias del tabaquismo y del VIH-sida siguen cobrando vidas en todo el planeta, con variaciones en dependencia de la magnitud y las características particulares de cada país y localidad en que se presenta. Son dos ejemplos de problemas globales que pueden ser analizados en un escenario particular. Asimismo, hay elementos para diferenciarlas, como su forma de transmisión, pero hay similitudes en lo social y lo cultural. Por ejemplo, el mito de la libertad individual ha sido un argumento que constituye una importante amenaza para las acciones educativas y legales en ambas estrategias de prevención y control. Educación, comunicación e información son también aspectos que deben encontrarse en todo programa que pretenda reducir el tabaquismo o la infección por VIH-sida.

Sin embargo, mientras que en las estrategias de mercadotecnia social para reducir el tabaquismo se aboga por que no esté disponible un producto, el cigarrillo, tanto en presencia física como que su precio sea elevado, en los de prevención del VIH-sida es necesario que el condón esté disponible, a precio accesible y posea la mayor calidad. Se pudiera decir que para reducir el tabaquismo hay que educar y colocar barreras, mientras que para reducir el VIH-sida, hay que educar y eliminar barreras para el uso del condón.

Como en toda estrategia dirigida a propiciar cambios de comportamiento, el camino es largo y solo la investigación permite transitar con menos costos y mejores resultados. Por esta razón, en este capítulo se presenta la valoración de dos estrategias que pueden representar una experiencia interesante para los que

se aproximan al estudio y la práctica de la mercadotecnia en su enfoque social en función de la salud.

Programas de prevención y control del tabaquismo

El tabaquismo se ha insertado en la agenda de aquellos que tienen responsabilidad con la salud de los pobladores del planeta, en los inicios del siglo XXI, aunque desde más de 50 años antes se conocía, con basamento científico, la nocividad del consumo de tabaco para la salud.

Definición de políticas: la decisión entre el tabaco o la salud

Es interesante reflexionar en torno a la definición de las políticas y estrategias relacionadas con el consumo de tabaco, con el propósito de lograr que sean efectivas y den respuesta al propósito de reducir la presencia del tabaquismo, como factor de riesgo, en las principales causas de muerte en la situación de salud actual. Es necesario analizar si existe coherencia de lo que se promulga en el discurso con el medio ambiente físico, económico y social, porque ese es el entorno en que se desenvuelve el individuo, el escenario en que vive y aprende a comportarse como ser social.

Resultarán de utilidad definir interrogantes en la organización de los argumentos que aporten los elementos esenciales para definir toda política y estrategia con relación al consumo de tabaco, ya se trate de un enfoque global, regional, nacional o simplemente local; es decir, que sirvan de base para la toma de decisiones, tanto de los organismos internacionales, como de los gobiernos, ya sea a nivel nacional o en los territorios. Todo lo anterior fundamenta la necesidad de que los programas de prevención y control del tabaquismo se elaboren con una estrategia de mercadotecnia social, por ser la más idónea para lograr los cambios que se necesitan.

Esa estrategia requiere del diseño y la ejecución de una investigación que permita dar respuesta a dos interrogantes fundamentales. La primera: ¿constituye el tabaquismo un problema de salud?, y la segunda: ¿se encuentra la sociedad en condiciones de enfrentarlo? La respuesta a estas preguntas es el eje conductor de la investigación que se presenta, realizada por la autora⁽¹⁾ y que, de esta manera, ofrece también las posibilidades de utilizar la metodología propuesta cuando se va a realizar una propuesta de programa para cambios de comportamiento en general y, en particular, en salud.

El análisis se realizó, en un primer momento, sobre la situación internacional con relación al tabaquismo y, posteriormente, la de un país, lo que permitió organizar la información de todos los supuestos en función de la definición de políticas y estrategias que posibiliten la prevención y control, donde los aspectos

de orden social ocupen el lugar que les corresponde. La magnitud del tabaquismo, el impacto sobre la situación epidemiológica y el cuadro de salud, permiten definir qué alcance deberá tener el programa y con qué intensidad deben ejecutarse sus acciones, así como la relación entre los componentes educativos, legales, económicos, de tratamiento y de rehabilitación, para obtener los decrecimientos requeridos, en prevalencia de fumadores y consumo de tabaco, que impacten en la morbilidad y mortalidad.

Es necesario señalar que junto con las intenciones de mejorar la situación de salud de la población, coexisten otros intereses que posibilitan la promoción y publicidad de los productos manufacturados del tabaco, las agresivas estrategias de mercadotecnia de las transnacionales tabacaleras y los precios preferenciales a los productos del tabaco, que lo hacen ser un producto rey en relación con otros cultivos, que obviamente requieren más atenciones culturales y son menos lucrativos.

La investigación, el problema y los objetivos

Resultó, por consiguiente, necesario profundizar en todos aquellos elementos de carácter social que rodean el problema “tabaquismo” y el medio ambiente en el que se encuentra insertado, las principales fuerzas que en una u otra medida son aliadas u opositoras, las dificultades, las amenazas, las fortalezas y las oportunidades en la lucha contra el tabaquismo y que, por tanto, se encuentran relacionadas con la disyuntiva personal y social de decidir entre el tabaco o la salud.

La investigación tuvo como objetivo general, valorar los aspectos relacionados con la decisión tabaco o salud con un enfoque social, y como objetivos específicos los siguientes:

- Identificar si el tabaquismo constituye un problema de salud.
- Determinar si la sociedad se encuentra en condiciones de enfrentar la lucha contra el tabaquismo.

A partir de los resultados obtenidos se pudo definir la estrategia, global o local, en prevención y control del tabaquismo.

Métodos utilizados

Los métodos recomendados son: el análisis de información secundaria, revisión bibliográfica, criterio de expertos y la confección de una matriz DAFO. En los casos en que no se dispuso de resultados de encuestas y estudios sobre consumo de cigarrillos y otros productos manufacturados del tabaco, fue necesario realizar estudios de prevalencia e incidencia, conocer el consumo per cápita y los conocimientos, actitudes y prácticas, esto es, las diversas formas de consumirse.

Las estadísticas de mortalidad y morbilidad, asociada y atribuible, son esenciales para disponer del cuadro epidemiológico y definir la magnitud del problema en relación a la situación de salud. Para validar la metodología que se propone, un grupo de expertos nacionales o internacionales, construyeron las estrategias fundamentales para el abordaje del tabaquismo. También se sugirió aplicar la técnica de construcción de una matriz DAFO, con profesionales sanitarios vinculados al tema y que tenían conocimientos sobre mercadotecnia y su aplicación a la salud, para poder definir las dificultades y amenazas que resulta necesario considerar en la definición de la estrategia, potenciando las fortalezas y las oportunidades.

Resultados del estudio realizado

Sobre la definición del problema, objetivos y metodología ya señalada, se realizó el estudio que permitió obtener los resultados que a continuación se presentan. Se elaboró la caracterización internacional y nacional de la situación del tabaquismo, la definición de políticas y estrategias para la prevención y control, el diagnóstico de la implementación de la estrategia en un país, seleccionando Cuba, con sus dificultades, amenazas, fortalezas y oportunidades, así como las controversias y paradojas que rodean la situación del tabaquismo en este caso en particular, lo que lo hace aún más complejo.

En todos los resultados obtenidos se evidencia la influencia de los aspectos de orden social que se encuentran relacionados con el tabaquismo, la transmisión del hábito de generación en generación y la aceptación social a la conducta de fumar.

Magnitud del tabaquismo en Latinoamérica

La situación a nivel mundial, evidencia, de manera clara, que el tabaquismo constituye un problema de salud, el que es aún mayor en los países en vías de desarrollo, y en América Latina y el Caribe. Se puede entonces hablar de una pandemia, provocada por la adicción al tabaco en todo el mundo. Referente al consumo, este descendió en los países desarrollados, pero la situación se agrava en los países en desarrollo, donde la incidencia del consumo ha aumentado, especialmente entre los jóvenes.⁽²⁾

Se estima que el tabaco es responsable del 14 % de las muertes de los adultos de 30 años o más en la región. Además, el tabaco es el único factor de riesgo común a los cuatro principales grupos de enfermedades no transmisibles: cardiovasculares, respiratorias crónicas, el cáncer y la diabetes, las cuales son responsables del 80 % de las defunciones en la región, 35 % de ellas prematuras (antes de los 70 años de edad). Los números que crecen en fumadores activos y pasivos, engrosan anualmente la lista de seis millones de personas que mueren

por causas atribuibles al tabaquismo, y de las cuales, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, más de 600 000 pierden la vida por respirar humo ajeno.

En las Américas, existen 127 millones de fumadores. En promedio, el 17 % de la población adulta consume tabaco, aunque la prevalencia por país, según datos de 2013, varía de casi el 39 % en Chile al 7 % en Barbados y Panamá, indica el informe. Es imperativo y urgente proteger a todas las poblaciones de la epidemia de las enfermedades relacionadas con el tabaco, mediante la aplicación plena de las medidas del Convenio Marco para el Control del Tabaco, y solo si se actúa en el presente será posible tener en el futuro una generación libre de tabaco y evitar para el año 2030, 10 millones de muertes, de las cuales, aproximadamente 7 millones corresponderán a los países en desarrollo.

Los efectos del uso del tabaco representan un costo para los sistemas de salud de América Latina de alrededor de 33 mil millones de dólares, equivalente al 0,5 % de su producto interno bruto (PIB). La recaudación impositiva por la venta de cigarrillos no llega a cubrir ni siquiera la mitad de estos gastos.

La aplicación plena del Convenio Marco para el Control del Tabaco ayudará a los países a alcanzar la meta mundial de una reducción relativa del 30 % de la prevalencia del consumo de tabaco en las personas mayores de 15 años, para 2025, y contribuirá sustancialmente a reducir el 25 % las defunciones prematuras por enfermedades no transmisibles para ese año.

Lo ya descrito con relación a la morbilidad y mortalidad, está determinado por el consumo de productos manufacturados del tabaco y la prevalencia de fumadores. Aunque existen particularidades en regiones y países, el tabaquismo es considerado un problema de salud a nivel mundial y por supuesto en Latinoamérica, su carácter de pandemia traspasa las fronteras nacionales para tomar dimensiones globales y resulta necesario enfrentarlo con estrategias que se encuentren en correspondencia con el grado de extensión y magnitud que actualmente tiene. La situación en el año 2024 no es la misma, pero continúa siendo un problema de salud.

Resulta necesario, entonces, analizar si la sociedad se encuentra en condiciones de enfrentar la epidemia tabáquica, e incluso considerar si le atribuye el carácter de epidemia y pandemia que realmente tiene.

Disposición social para la prevención y el control del tabaquismo en Latinoamérica

Propiciar cambios, y modificar hábitos y comportamientos que se relacionan con la salud, requieren de la disponibilidad de la sociedad para ello. Si se encuentra la sociedad a favor, las barreras serán pocas y el resultado requerido se obtendrá en menor tiempo y con menos recursos. Sin embargo, si ocurre lo

contrario, se necesitará un gran esfuerzo, encaminado inicialmente a lograr que el entorno resulte favorable para el cambio que se quiere lograr.⁽³⁾

Los argumentos a analizar entonces, son los referentes al papel de la industria tabacalera en la economía, las políticas públicas relacionadas con la salud y los recursos humanos y materiales disponibles, por citar los más importantes. El análisis del cumplimiento del Convenio Marco para el Control del Tabaco, como primer tratado de salud pública internacional jurídicamente vinculante, desarrollado bajo los auspicios de la OMS, permite una valoración al respecto. Las partes tienen la obligación de ponerlo en práctica plenamente, promulgando legislación nacional, tanto en áreas de reducción de la oferta como de la demanda. Varios países de las Américas han avanzado en la implementación de políticas de control del tabaco dirigidas a reducir el sufrimiento y las muertes por esa causa, pero aún queda mucho camino por recorrer para frenar el avance de un producto que mata a alrededor de un millón de personas por año en la región.

El Informe sobre el control del tabaco en la región de las Américas 2016, de la Organización Panamericana de la Salud, presenta el panorama más actualizado de la epidemia de tabaquismo en los 35 estados miembros de la OPS, a diez años de la entrada en vigor del Convenio Marco para el Control del Tabaco. El incremento de los impuestos al tabaco es la estrategia más eficaz para reducir su demanda, ya que los precios elevados inducen a abandonar el consumo y evitan que se empiece a fumar. Sin embargo, se trata de la medida que menos ha progresado. Chile es el único país de la región, donde los impuestos a los cigarrillos representan más del 75 % de su precio de venta al por menor. Otros países han avanzado en incrementos de los impuestos, aún sin llegar a este nivel, como ha sucedido en Argentina, Jamaica y Perú.

Los espacios libres de humo, las advertencias sanitarias gráficas grandes, la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco y el aumento de impuestos, son las cuatro medidas del Convenio Marco para el Control del Tabaco que la OMS ha seleccionado como *best buys* —u opciones altamente costo-eficaces— para reducir no solamente el consumo de tabaco, sino también la carga de enfermedades no transmisibles.

En las Américas, 30 de los 35 estados miembros de la OPS-OMS han ratificado el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Sin embargo, su implementación muestra avances desiguales; 17 países son totalmente libres de humo de tabaco en lugares públicos y de trabajo cerrado y en el transporte público; exigen el uso de advertencias sanitarias gráficas de al menos el 50 % de las superficies principales, incluyendo todas las características indicadas por el convenio y sus directrices; 16 países y 13 países han aumentado los impuestos al

tabaco desde 2012. Cinco países han prohibido completamente toda forma de publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco; ocho países ofrecen servicios de ayuda para abandonar el tabaco, con disponibilidad de una línea telefónica gratuita, consejería y terapias de sustitución nicotínica con cobertura total de costos. En resumen, solo seis países de la región, han aplicado cuatro de las seis medidas de reducción de la demanda conocidas como medidas MPOWER, en su nivel más alto de aplicación, y once partes no han aplicado aún ninguna de esas medidas.

El análisis de la información descrita, permite valorar si resulta posible enfrentar el tabaquismo con la magnitud que tiene como problema de salud, quiénes son los aliados y los opositores, y con qué recursos cuentan, hacia dónde se deben centrar los esfuerzos, en fin, qué estrategia emplear para que la sociedad pueda aceptar el cambio en una conducta que se ha considerado normal y cotidiana en el transcurso de varios siglos. Hay que incluir en ese análisis, que el tabaco es un producto agrícola muy lucrativo, con base en una serie de ventajas derivadas de subsidios, tarifas y restricciones proteccionistas que posibilitan precios preferenciales en el mercado y proporcionan amplias ganancias a los productores. La industria tabacalera es también una importante fuente de trabajo en muchos países, en América Latina se destacan Brasil, Cuba y Argentina, entre otros.

Estudios realizados en países productores evidencian que, aunque las ganancias producidas por el cultivo de tabaco son elevadas, el análisis integral del fenómeno muestra pérdidas mayores cuantificadas en términos de mortalidad, morbilidad, gastos en atención a la salud, discapacidad, calidad de vida y años de vida útil perdidos, así como reducción de la productividad, ausencias laborales, incendios, degradación de los suelos, deforestación, contaminación ambiental, entre otros.⁽²⁾

Los costos económicos del tabaquismo están en relación con el contexto económico, social y demográfico de cada país. Al experimentar una transición epidemiológica, el impacto económico del tabaco es mayor, debido al incremento en el consumo y prevalencia, así como al aumento de la mortalidad y morbilidad atribuibles al tabaquismo.^(4,5)

Las razones económicas que sustentan la producción de tabaco pueden ser replanteadas a nivel mundial, valorando la situación de salud como el elemento esencial de esa relación costo-beneficio. La producción de otros bienes, puede generar un nivel de empleo de fuerza de trabajo similar a la que ahora se destina a la industria tabacalera.⁽⁶⁾ Un enfoque de esta naturaleza, es el único viable para que los países productores puedan asumir cambios que posibiliten defender la salud sin actuar en detrimento de otros factores que también se reflejan en el bienestar de la población, por estar relacionadas con las fuentes de empleo y por consiguiente con el ingreso familiar y las condiciones de vida.

Es obvio, que los argumentos presentados permiten considerar la necesidad de producir cambios substanciales en el entorno, que posibiliten las modificaciones que se requieren con relación a esta conducta, asociada a un consumo que se ha comprobado desde la ciencia, es nocivo a la salud. En fin, en lo que respecta al análisis que se realizara, puede resumirse que es un esfuerzo para lograr la disposición de la sociedad, de manera global, para aceptar el cambio de comportamiento en una conducta, que de forma comprobada, es nociva a la salud y que tiene también la connotación de ser un problema global reafirmando la necesidad de una solución global.^(7, 8)

Sin embargo, a nivel internacional puede existir un convenio que respalde la lucha contra el tabaquismo y abogue por la prevención de la salud, y los países pueden tener un programa muy bien diseñado con una estrategia adecuada a las condiciones locales, pero la clave está en ponerlo en práctica, ejecutarlo. Los documentos deben preceder la acción y acompañarla, modificándose a partir de los resultados que se obtengan. No hay otra fórmula para disminuir prevalencia, incidencia y consumo y por consiguiente mejorar la salud de la población. La respuesta a la pregunta entonces es: en Latinoamérica no existe total disponibilidad de la sociedad para prevenir y controlar el tabaquismo, aunque de manera particular pueden encontrarse diferencias entre los países.

Estrategias para prevenir y controlar el tabaquismo en Latinoamérica

Para los países en desarrollo, el tabaquismo constituye un problema de mayor magnitud que en el mundo desarrollado, al sumarse a la situación de morbilidad y mortalidad asociada a la pobreza, la derivada de hábitos de consumo y estilos de vida irracionales, distorsionados y nocivos a la salud.

Para prevenir y controlar la epidemia tabáquica en los países en desarrollo, resulta necesario que la proyección de estrategias se realice con base en las premisas siguientes:

- La existencia del Convenio Marco para el Control del Tabaco^(9, 10) como documento que traza la política y estrategia internacional consecuente, para facilitar a las instancias sanitarias actuar con los gobiernos para combatir el tabaquismo.
- Los gobiernos y la sociedad, con base en el Convenio Marco para el Control del Tabaco, desarrollen una política firme y eficaz, basada en el binomio educación-legislación.
- La prevención del tabaquismo, sea considerada como la medida de mayor impacto potencial para reducir la morbilidad y mortalidad evitables.

La aprobación del mencionado convenio resultó crucial para la lucha contra la epidemia tabáquica, como oportunidad que debe ser utilizada de forma

adecuada, ya que facilita el proceder a nivel local. La estrategia de prevención y control del tabaquismo contiene el enfoque de una estrategia de mercadotecnia social; esta puede resumirse en los puntos siguientes:

- a) Desarrollar programas nacionales, multisectoriales, ejecutados por coaliciones con estatus legal y fondos específicos, gerenciados por el sector salud, e integrados a programas de salud pública.
- b) Utilizar la estrategia de mercadotecnia social, por ser una herramienta eficaz para la adopción y modificación de conductas de salud, ya que, al integrar elementos educativos, legales, de tratamiento y rehabilitación, con una evaluación constante, permite sinergizar los efectos y obtener mayores resultados con menor costo y en más breve plazo.
- c) Educar y aumentar barreras de accesibilidad al producto. Enfatizar el carácter esencialmente educativo de los programas y la necesidad de una legislación específica y nacional.
- d) Desarrollar la estrategia del sector salud en la prevención y control del tabaquismo con base en la atención primaria, ya que constituye el eslabón fundamental para obtener resultados.
- e) Incluir acciones de prevención y control del tabaquismo en todos los programas de salud que lo permiten.
- f) Programar acciones comunitarias, así como en los centros laborales y educacionales, ya que contribuyen al desarrollo y formación de conductas y hábitos saludables y por consiguiente a la prevención y control del tabaquismo.
- g) Instrumentar la educación a niños y adolescentes, por vías formales y no formales, tanto en la nocividad del tabaquismo, como en el saber resistir las presiones del medio social.
- h) Desarrollar campañas educativas por los medios de comunicación social, así como utilizar la comunicación selectiva y personal para grupos en riesgo y priorizados.
- i) Disponer de centros de referencia, dedicados al estudio de la nicotino-dependencia y encargados de capacitar al personal de salud para el tratamiento y rehabilitación de los fumadores.
- j) Capacitar y facilitar las herramientas e instrumentos para desarrollar el trabajo de prevención y control al personal de salud, ya que su apoyo resulta esencial para prevenir y controlar el tabaquismo.
- k) Incluir programas específicos en universidades y escuelas de ciencias de la salud, para preparar a los médicos, estomatólogos, psicólogos, enfermeras y

otros profesionales sanitarios, en la prevención y el tratamiento de la adicción tabáquica.

- l) Disponer de información epidemiológica que posibilite elaborar una estrategia de prevención y control e instrumentar la vigilancia epidemiológica para realizar ajustes y corregir la estrategia y plan de acción.
- m) Definir indicadores para el monitoreo y seguimiento de los resultados y evaluar el impacto de los programas en el corto, mediano y largo plazos.

Magnitud del tabaquismo en Cuba

Siguiendo la línea de análisis empleada para estudiar el tabaquismo a nivel global y de los países en vías de desarrollo, se presentan los resultados del estudio tomando como país Cuba, comenzando por diagnosticar que peso tiene como factor de riesgo en la situación de salud, en el momento que se realizara el estudio.

De las 10 primeras causas de muerte, ocho de ellas tienen una asociación muy fuerte con esta adicción, lo cual constituye un reto para la población y las autoridades de salud. Aunque no siempre resulta posible establecer de manera exacta según la propuesta de Allan López, la fase en que se encuentra un determinado país en relación con la evolución de la epidemia tabáquica,⁽¹¹⁾ lo cierto es que el modelo resulta de utilidad para enmarcar el momento de acuerdo con el patrón de consumo de tabaco en la población y en función de ello establecer la estrategia adecuada para el logro de su erradicación.

Estudios indicativos⁽⁸⁾ realizados antes de 1970, reportan cifras superiores al 60 % en la población total, por lo cual después de esta información, siempre ha sido considerada alta la prevalencia del tabaquismo en Cuba; aunque la primera encuesta nacional, realizada por el Ministerio de Comercio Interior, en 1978, refiere que el 68,9 % de la población de 17 años y más fumaba; con posterioridad, el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna realiza, en el año 1980, una encuesta nacional, en la que se obtuvo una prevalencia del 52,9 %. Ello pone de manifiesto que hasta el inicio de la década del 80 del pasado siglo, el país se encontraba en la primera fase de la epidemia.

La elevada prevalencia y consumo per cápita anual de cigarrillos, que ubicaba a Cuba en los primeros lugares a nivel regional y mundial, hacen que se inicien acciones nacionales con carácter sistemático y enfoque intersectorial, en la segunda mitad de la década mencionada del pasado siglo. En el año 1984 se encuentra una prevalencia de 42,2 % y el consumo per cápita anual de cigarrillos era de 2470; en 1988 la prevalencia desciende a 40,1% y el consumo per cápita anual de cigarrillos a 2106. Son fumadores 47,3 % de los hombres y 25,5 % de

las mujeres, por lo que es posible considerar que el inicio del programa antitabaco se enmarca en la segunda fase de la epidemia.⁽¹²⁾

En el año 1995, fumaba el 36,8 % de la población cubana, 48,1 % de los hombres y 26,3 % de las mujeres, por lo que a pesar de las acciones que se realizaban, la epidemia continuaba en la segunda fase y no se obtenían los resultados requeridos.⁽¹³⁾

A escala nacional, se estimó que en el año 2001 existían 2 047 714 fumadores de 17 años y más, lo que representó una prevalencia de 31,9 %, con un decrecimiento en la prevalencia general tanto en hombres (41,4 %) como en mujeres (23,0 %). La iniciación global en el grupo de edad de 20 a 24 años fue 22,2 % y la prevalencia en adolescentes que han consumido cigarrillos alguna vez de 25 %. Sin embargo, se obtuvieron cifras superiores en estudiantes de 13 a 15 años de edad (29,9 %).

La edad de inicio en el tabaquismo, no presentó cambios en su tendencia en el periodo 1984-1990. El 76,7 % de los fumadores comenzó a fumar antes de los 19 años, siendo esta cifra superior en los hombres que en las mujeres. En 1995, los estudios evidenciaron que lo hacía el 75 %, revelando un discreto aumento de la edad de inicio. No obstante, en el año 2001 la cifra de iniciación antes de los 19 años vuelve a ser 76,0 % y en el 2010 la media global de inicio es los 17 años.

En el año 2001, referente al sexo, se encontró que cuatro de cada 10 hombres fumaban (41,4 %), en relación con el 48,1 % en 1995; en tanto dos de cada 10 mujeres, el 23,0 %, en relación con el 26,2 % en 1995. El grupo de edad con mayor prevalencia de fumadores en el año 2001 fue el de 40-49 años, seguido del de 30-39 años.⁽¹⁴⁾

En la propia encuesta, se encontró la mayor frecuencia de fumadores en los niveles de primaria y secundaria básica, mientras que la menor frecuencia fue en los universitarios, situación que se mantuvo hasta el año 2010. La ocupación tuvo la mayor prevalencia de fumadores en obreros con 42,9 %, seguida de la de trabajadores de servicio con 40,2 % y la de trabajadores dedicados a la dirección con 37,6 %. En las cifras de 2010, la mayor prevalencia se desplaza a los trabajadores de más altos ingresos, los que laboran en empresas mixtas y reciben salario tanto en pesos cubanos (CUP), como en pesos cubanos convertibles (CUC) y los que lo hacen por cuenta propia.

El estado civil mostró un dato interesante en el año 2001, pues globalmente y en ambos sexos, se observó mayor proporción de fumadores en personas divorciadas con un 38,1 %. El 46,6 % de los fumadores encuestados estaban en la etapa de falta de motivación para el abandono del cigarrillo, aunque los intentos de dejar la adicción fueron de 1,6 como promedio. Las mujeres se mostraron más dispuestas a abandonar el cigarrillo que los hombres.

También en ese año y posteriormente en el año 2010, el deseo de dejar de fumar fue declarado por seis de cada 10 fumadores. Las mujeres excedieron a los hombres, en 7 %. La tercera parte, 31,0 % de los fumadores, no había realizado intentos de abandono al momento de ser encuestados.

Tomando como base esas cifras, entre 78 países miembros de la Organización Mundial de la Salud, Cuba ocupaba el lugar 28 en prevalencia global de tabaquismo.

También en el año 2001, el consumo per cápita anual fue estimado en 1314 cigarrillos, representando de nuevo disminución en relación con años anteriores. Tal como describe la literatura, aproximadamente a los 25 años transcurridos desde el inicio de la epidemia, se transita a la tercera fase. Hasta el año 2001, desde el inicio del Programa de prevención y control del tabaquismo, se logró una tendencia a la disminución de prevalencia y consumo, discreta, pero sostenida.

En los seis años transcurridos de 1995 al 2001, la prevalencia descendió al 4,9 % (36,8 % vs 31,9 %) y el consumo per cápita anual de cigarrillos 5,81 % (1395 vs 1314); situación que no se presenta en el período de 2001 al 2009 porque el consumo se incrementó un 17,8 %. La prevalencia global en el año 2010 se reduce a 23,7 %, siendo por sexo, 31 % en los hombres y 16 % en las mujeres. Por primera vez se ofrecen cifras por color de la piel, observando que fuman más las personas negras (31 %), que las blancas (22 %) y mulatas (24 %).

Los datos referidos, incluyen de nuevo tanto la zona urbana como la rural, información que no resultaba disponible desde las cifras que sirvieron de línea de base para la conformación de las primeras estrategias cubanas de prevención y control. Aunque se observa un descenso del 8 % en relación con las cifras nacionales del año 2001, representa decrecimientos inferiores al 1 % anual.

En el año 1990 el maestro fue referido como patrón imitativo para fumar por el 83,2 % de los encuestados, mientras que los padres por el 56,9 %, las madres por el 34,7 %, y los amigos solo por el 31,3 %.

En la encuesta nacional realizada en el año 1995,⁽¹³⁾ la prevalencia de fumadores en el personal de salud es de 25 % en los médicos y 29 % en enfermeros, con decrecimiento en relación con estudios anteriores. Los maestros, sin embargo, evidencian aumento comparativo, ya que presentan una prevalencia del 30 %.

Estudios realizados en hospitales han obtenido cifras superiores, pues se detectó entre médicos y enfermeros una prevalencia de 33 % y 47 % respectivamente. Un estudio realizado en la atención primaria encontró prevalencias de 38,4 % enfermeros, 35,6 % médicos y 33,3 % estomatólogos.

Aunque en encuestas nacionales los médicos, enfermeros y maestros fuman con frecuencias inferiores a las de la población general, estas son consideradas altas, si se tiene en cuenta su papel de educadores y modelos sociales. Algunos

estudios locales, permiten encontrar peculiaridades en los territorios que corroboran la importancia de estudiar cada contexto para diseñar estrategias y planes de acción acorde con sus características.

Los argumentos citados, permiten considerar que el tabaquismo constituye un problema para la salud de los cubanos y que modificar la situación existente, en cuanto a la morbilidad y mortalidad, requiere de la atención prioritaria, posibilitando la disminución de los fumadores mediante la prevención que facilite la reducción de la iniciación y la cesación, con el apoyo del tratamiento y la rehabilitación a los que ya fuman.⁽⁸⁾ La información disponible permite afirmar, que el tabaquismo constituye un problema de salud en Cuba y a la vez trazar una estrategia de mercadotecnia social, priorizando los grupos vulnerables y de riesgo, enfatizando en el papel de los patrones imitativos en la iniciación.

Disposición social para la prevención y control del tabaquismo en Cuba

En el estudio realizado se procedió a la obtención de información para la construcción de la matriz DAFO sobre las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades para la lucha antitabáquica en Cuba con profesionales, funcionarios y dirigentes que recibieron el curso de Mercadotecnia en Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública, en el periodo 1997-2003. Esto posibilitó el enriquecimiento de la información obtenida por otros métodos, en cuanto al análisis de la estrategia de prevención y control del tabaquismo en Cuba y poder definir los requerimientos para lograr un ambiente favorecedor a los objetivos propuestos.

Debilidades

- Elevada prevalencia de fumadores en la población, en los trabajadores de la salud, artistas y otros líderes de opinión, propicia la aceptación social del tabaquismo, la imitación de los adolescentes y jóvenes, otorga poca credibilidad a los mensajes que informan sobre la nocividad y frenan a la vez las medidas y acciones tendentes a su reducción.
- Creencia, bastante generalizada, entre los gerentes sanitarios, que los problemas de salud se solucionan con programas educativos, aunque la práctica ha demostrado que resultan poco efectivos.
- Desconocimiento y no aplicación de estrategias de mercadotecnia social en la transformación de conductas nocivas a la salud
- No evidencia que el sector salud sitúe en la agenda de análisis de las políticas relacionadas con el consumo, las afectaciones que implica a la salud el consumo irracional, la distorsión en la satisfacción de las necesidades, los consumos nocivos, por citar los más importantes.

Amenazas

- Estrategias de mercadotecnia de las tabacaleras cubanas y mixtas.
- Desconocimiento por las autoridades sanitarias de la magnitud de las estrategias de mercadotecnia para propiciar el consumo de tabaco y sus implicaciones en el comprometimiento de las nuevas generaciones.
- Insuficiencia de una legislación que respalde las acciones de prevención y control.
- No cumplimiento de la legislación establecida.
- Contribución de las ventas de cigarrillos al equilibrio de las finanzas internas del país.

Fortalezas

- Salud, área priorizada en Cuba.
- Sistema nacional de salud, accesible a toda la población.
- Sistema de atención primaria con la cobertura del médico de familia a toda la población, permite actuar en el ámbito educativo, de tratamiento y rehabilitación.
- Preparación del personal de salud para ofrecer tratamiento y rehabilitación a los fumadores.

Oportunidades

- Poseer una población alfabetizada.
- Acceso a los medios de comunicación social.
- Alta electrificación en el país.
- Elevada tenencia de equipos de radio y televisión y existencia de dos canales educativos.
- Priorización del tabaquismo en las estrategias de la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Sanitaria Panamericana, y la aprobación del Convenio Marco.
- Colocado el tabaquismo como un tema prioritario en la agenda de los ministros de salud por la OPS-OMS.

Ante la situación descrita y siguiendo la estrategia empleada, resulta entonces posible dar respuesta a la pregunta formulada: ¿Está la sociedad cubana en condiciones de enfrentar la lucha contra el tabaquismo? El estudio realizado permite concluir que no totalmente; análisis de la matriz DAFO permite trabajar para la conformación de una estrategia y plan de acción que aproveche las fortalezas y oportunidades, para contrarrestar las amenazas y debilidades, en aras de evitar que el tabaquismo siga siendo causa de invalidez y muerte para los cubanos.

Tabaquismo en Latinoamérica y en Cuba

El estudio realizado permitió arribar a las siguientes conclusiones:

- a) Existe evidencia científica para afirmar que el tabaquismo es un factor de riesgo asociado a las principales causas de muerte en Cuba, los países de desarrollo y a nivel mundial.^(15,16)
- b) El carácter de pandemia del tabaquismo y el constituir el factor de riesgo evitable con menos recursos, permite considerar la necesidad de centrar los esfuerzos en la prevención para no difundir la terrible epidemia.
- c) La posición relevante del tabaco como cultivo, por sus precios preferenciales en el mercado, hacen que sea muy lucrativo y requiera un enfoque global para modificar su posición actual. El Convenio Marco será el documento que facilite la actuación de los gobiernos y la sociedad civil, cuando se logre concientizar en los decisores.
- d) Los cambios de conducta asociados al consumo de productos nocivos a la salud, como el caso del tabaco, constituyen un problema individual, pero requieren que la sociedad en general asuma el problema y se prepare para enfrentar el cambio. La modificación de conductas de salud, como problemas globales, requieren enfoques globales, ya que la globalización impacta también en los estilos de vida y estos cada vez más se difunden de manera similar en todas las latitudes.
- e) La estrategia de mercadotecnia social aplicada a la salud, resulta la herramienta más adecuada para el abordaje de la prevención y control del tabaquismo, para lograr un cambio social que posibilite modificaciones en hábitos de consumo individuales.
- f) El arraigo del tabaquismo, su inserción en la vida cultural, en el folklore y hasta en las luchas sociales y políticas en el caso de los cubanos, hacen que la sociedad no se encuentre preparada para asumir el cambio y, por consiguiente, sea necesario trabajar sobre los actores sociales para que se conviertan en aliados de la lucha contra el tabaquismo y no en opositores.
- g) En el orden individual, el efecto a largo plazo de la nocividad a la salud, la asociación al placer, el carácter adictivo, entre otros, hacen que el cambio que se requiere en el orden cognoscitivo, actitudinal y conductual, resulte muy complejo y que la transmisión del hábito en el escenario social donde se desenvuelve el individuo, sea un elemento fundamental.
- h) El cigarrillo constituye una droga lícita, lo que resulta como causa y consecuencia de la aceptación social de que aún goza.

Como conclusión general del estudio realizado, se consideró, que existen evidencias científicas que la decisión entre el tabaco o la salud, independientemente de ser una decisión individual, es también una decisión de la sociedad, pues mientras esta no asuma una posición a favor de la salud, que se traduzca en políticas públicas saludables, el tabaquismo se continuará transmitiendo de generación en generación, formará para de los hábitos de consumo, será una forma lícita de drogadicción, considerada como un aspecto vital para el desarrollo económico.

El trabajo realizado ofrece argumentos para que se pueda trabajar en función de los aspectos que posibiliten que la decisión de la sociedad en torno al tabaco o la salud, pueda ser tomada a favor de la salud; para ello se requiere que los programas tengan en su base una estrategia de mercadotecnia social.

Los datos que sustentan la investigación presentada no corresponden a la situación actual, pero resulta interesante, que aunque han transcurrido más de 15 años de elaborada esa matriz, si se hiciera en el 2023, la situación no sería muy diferente. La esencia se circunscribe a presentar, cómo se puede abordar la elaboración de una estrategia tomando como referente los estudios que den respuesta a las dos preguntas iniciales planteadas.

La estrategia de mercadotecnia social

El estudio realizado pone de manifiesto en primer lugar, que la investigación de mercados, como base para la elaboración de estrategias de mercadotecnia social en programas de salud es, en cierto sentido, similar a toda investigación de mercados; a la vez, tiene particularidades que la hacen diferente y que requiere que sean los profesionales sanitarios los que la realicen, con el apoyo del personal especializado que se requiera, pero siempre desde la perspectiva epidemiológica y de salud pública.⁽²⁾

Otro punto de interés es que mientras no se conoce el problema y su magnitud, y la disposición de la sociedad y los individuos para el cambio que se pretende lograr, no resulta posible definir los grupos meta o receptores y las estrategias a seguir con cada uno. También se demuestra, que las herramientas de mercadotecnia para la formación o modificación de ideas, actitudes y conductas se sustenta en las variables o herramientas de la mercadotecnia; el conocimiento que puede proporcionar la información, educación y comunicación tiene que incluir el costo individual o social que representa asumir determinado comportamiento; se basa en el placer o la necesidad y que la disponibilidad, accesibilidad, condiciones del medio físico, económico o social resultarán favorecedoras o no a la conducta que se desea promover.

Es válido señalar que la estrategia de mercadotecnia, además del propósito o dimensión social que se ha constatado, tiene una base ética y conlleva también a optimizar los recursos que se invierten en promover salud.

El mercadeo social del condón en la prevención y control del VIH-sida

Dado que las relaciones sexuales en que no se usa protección son las que contribuyen a la diseminación del VIH, el aumento del uso del condón ha sido la intervención fundamental empleada en las estrategias de los programas de prevención y control del sida a nivel mundial y también en Cuba.^(17, 18)

Definición de políticas: relaciones sexuales protegidas

En Cuba, el Programa nacional de prevención y control del VIH/sida⁽¹⁹⁾ y el Plan estratégico nacional para ITS-VIH-sida, 2001-2006,⁽²⁰⁾ se integran con la respuesta multisectorial ampliada para la atención de la epidemia. Como otros países, se ha recibido para estos programas apoyo financiero y material a través del Fondo mundial de lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis, mediante el fortalecimiento de la respuesta multisectorial.⁽¹⁷⁾ Este Programa incluye entre sus objetivos, el aumento del uso del condón en la población en riesgo y en los jóvenes.

Desde el inicio de la epidemia, el uso del condón se consideró como parte del componente de prevención y control del VIH/sida, pero no se acompañaba, en todos los casos, con una estrategia de mercadotecnia social para propiciar el aumento del uso.

Existen experiencias de la aplicación de la mercadotecnia en su enfoque social a cambios de comportamiento en salud, tanto para desestimar la adquisición y consumo de productos como el tabaco, alcohol y drogas, como para propiciar comportamientos que se apoyen en la adquisición de productos, alimentos bajos en grasa, consumo de frutas y vegetales o el uso del condón, como ya ha sido señalado en otros capítulos. Hay experiencias de algunos países en el empleo de estrategias dirigidas a incrementar la accesibilidad y demanda del condón tomando como base el mercadeo social que han resultado exitosas.⁽²¹⁾

Una estrategia de mercadotecnia social para lograr incorporar el uso del condón en las relaciones sexuales, tiene que seguir los mismos componentes que en toda estrategia de esta naturaleza se requiere. Esto es, que se combinen el producto, servicio o idea a promover con un precio adecuado, hacerlo disponible eliminando o minimizando las barreras de accesibilidad y darlo a conocer, persuadir su adquisición, siempre considerando sus diferentes públicos o grupos

meta. Si se obtiene la combinación adecuada se logra el posicionamiento del producto, servicio o idea a promover.

El indicador de posicionamiento de todo producto es las ventas, en el caso de las ideas, los conocimientos, la opinión y la actitud pueden ser indicadores, pero el más efectivo es la conducta. La investigación de mercados permite obtener los elementos necesarios para la fundamentación de la estrategia y posteriormente el seguimiento y monitoreo en función de realizar los ajustes requeridos para lograr y mantener el posicionamiento.

La estrategia de mercadotecnia social a emplear para promover el uso del condón, pretende lograr el posicionamiento de una idea, conducta sexual protegida, con un producto tangible, el condón. Aunque se trata de un producto que se comercializa no persigue fines de lucro, de ahí que se enmarque en un propósito eminentemente social.

Toda estrategia de mercadotecnia social para aumentar el uso del condón deber sustentarse en los elementos siguientes:⁽²²⁾

- Disponibilidad de condones en el país en cantidades que cubran las necesidades y satisfagan la demanda de la población.
- Accesibilidad nacional, geográfica, que permita la adquisición fácil del producto.
- Accesibilidad económica, precios que hagan posible su adquisición por los grupos meta.
- Reducción de barreras reales, sociales y psicológicas.
- Garantizar calidad de fabricación y protección debida con almacenamiento adecuado.
- Información, educación y comunicación a productores, proveedores, comercializadores, distribuidores y población sobre el manejo y uso correcto del condón.

En resumen, se puede considerar, que si se dispone de condones de alta calidad, en cantidades suficientes, distribuidas en todo el país, en lugares, horarios y precios accesibles, informando y educando sobre la ventaja de una relación sexual protegida, se propicia la adquisición del condón y su uso en las relaciones sexuales.

La estrategia de mercadeo del condón, en el proyecto en Cuba que se va a analizar, se centra en el manejo logístico del condón mediante la disponibilidad del producto, en los puntos de venta tradicionales (farmacias) y los que han sido denominados no tradicionales: bares cafeterías, discotecas, centros nocturnos y de recreación, seleccionados sobre la base de ser lugares que propician las relaciones sexuales de riesgo. También se introdujo un condón con la marca VIVE, el que fue presentado con una imagen de mayor calidad y confort que los

que se ofertaban con anterioridad y en el que se concentró la campaña de comunicación y promoción.

La organización no gubernamental *Population Services International (PSI)*, con experiencia en esta actividad, se encargó del mercadeo social de condones VIVE. También se acompañó el proyecto de la distribución gratuita de condones por la vía del Ministerio de Salud Pública y sus dependencias a nivel nacional.

Esa es la esencia de una estrategia de mercadotecnia o mercadeo social para el uso del condón y, por consiguiente, serán los criterios por los que se realizará su evaluación.

Evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón

La propuesta de cómo realizar una investigación, para evaluar la estrategia de mercadotecnia social para promover el uso del condón, fue elaborada y puesta a prueba en Cuba en el año 2004^(22, 23) por un equipo multidisciplinario, teniendo el objetivo de identificar la calidad y disponibilidad de condones, accesibilidad económica y geográfica, uso y barreras, conocimientos, actitudes y prácticas en la población, productores, proveedores y comercializadores.

La metodología consistió en un estudio transversal, para obtener una instantánea de la situación existente en el momento de la toma de información.⁽²³⁾

La disponibilidad del producto, se evaluó mediante los indicadores de adquisición para la distribución mayorista y minorista, comercialización minorista en los canales tradicionales y no tradicionales, así como la venta y distribución gratuita de condones masculinos, lo que permitió, además, conocer la accesibilidad geográfica. El precio se evaluó de acuerdo al real y a la percepción de los consumidores; estos datos permitieron obtener la accesibilidad económica al producto.

Las barreras se identificaron como todos aquellos elementos objetivos que impedían la accesibilidad geográfica o económica, así como las psicológicas y sociales que de manera subjetiva son percibidas por los consumidores. La calidad del condón fue evaluada de acuerdo a lo que establece la norma ISO 4074⁽²²⁾ y otros documentos normativos internacionales, tanto en almacén como en los puntos de venta o de entrega gratuita. Se midieron también los conocimientos de distribuidores, comercializadores y población sobre la calidad y su preservación mediante el almacenaje adecuado.

La comunicación, por los conocimientos, actitud y uso que autonotifican los encuestados, los conocimientos y actitudes se obtuvieron por autonotificación; el posicionamiento se midió mediante el indicador de venta, así como el uso autonotificado por la población encuestada. Se utilizaron como técnicas la encuesta de distribución, entrevista, los grupos focales, la observación, el criterio de expertos y la revisión documental, empleando la estrategia metodológica de

la triangulación. A continuación, serán explicados cada uno de ellos con el propósito de que la metodología pueda ser utilizada por otros investigadores del tema.

Encuesta de distribución. Se realizó una encuesta de distribución para conocer el porcentaje de cobertura por tipo de establecimiento (punto de venta) del condón de mercadeo social y las demás marcas, así como el nivel de existencias, conocimiento y actitudes de los trabajadores del sector comercial con relación al producto. Se encuestaron los vendedores y la muestra fue seleccionada de la red nacional o local a estudiar, ya sean farmacias o los puntos de venta, que en Cuba se denominaron no tradicionales. El criterio de selección fue definido por el investigador tomando como base la representatividad requerida de los resultados.

Reportes de compra, distribución gratuita y venta. La revisión documental permitió analizar los reportes de venta. Se tomaron las estadísticas de distribución y venta de condones del año de referencia.

Los reportes de venta permiten analizar cómo estas se han comportado por regiones, los cambios con relación a años anteriores, en qué medida se han cumplido las proyecciones y planes. En el caso de Cuba, que durante mucho tiempo solo fueron ofertados en farmacias, permite comparar los puntos de venta tradicionales y no tradicionales, entre otros.

Para conocer el comportamiento de la distribución gratuita se realizaron entrevistas al personal del Ministerio de Salud Pública en diferentes niveles, empleando un cuestionario que permitió conocer el manejo logístico del condón. Fueron entrevistados los médicos, enfermeras y educadoras que laboran en la atención primaria de salud y que atienden las consultas especializadas de salud sexual y reproductiva, ITS, VIH, sida.

Calidad de los condones. Desde la compra hasta la comercialización, se elaboró un instrumento con una escala que ofrece una puntuación para cada uno de los parámetros de calidad del condón establecidos internacionalmente. Dado que estos parámetros pueden variar en el tiempo, debido al perfeccionamiento de la calidad del producto, los investigadores deben actualizar los ítems que la componen con base a lo que se encuentre establecido en el momento que realizan la investigación.

Monitoreo y evaluación

El monitoreo y la evaluación del mercadeo social se realiza a partir de los datos que este debe ofrecer, valorando la rapidez de respuesta y su calidad.

Perfil del consumidor

Los conocimientos, actitudes y prácticas de los consumidores se analizaron a partir de la construcción y validación de instrumentos según la revisión de otros internacionales calibrados. Posteriormente, se realizó la revisión de forma y contenido, a través de expertos y pilotaje. El perfil del consumidor se conformó por la encuesta, grupos focales y entrevista a informantes clave.

Principales resultados de la investigación

Los resultados de la evaluación de la estrategia de mercadotecnia social del condón en Cuba, en 2004, permiten corroborar si se da respuesta a las cuestiones de orden metodológico planteadas para la investigación de mercados en la esfera de la salud y a la vez se obtienen elementos para perfeccionarla sobre una base objetiva y científica. Aunque la información que se presenta no ofrece datos actuales, el propósito es presentar la metodología aplicada para que pueda ser replicada por otros investigadores, valorando sus aciertos y desaciertos. ^(24, 25, 26)

Disponibilidad y accesibilidad

En Cuba se compran condones masculinos con el fin de mercadeo social para la venta y también la distribución gratuita. Las marcas de venta en moneda nacional, pesos cubanos, eran Twinlotus, de fabricación China, al precio de 0,15 pesos cubanos y los VIVE, fabricados en Korea a 1,00 CUP, ambos en estuches de tres condones. También se distribuía la marca Romantic en pesos cubanos convertibles (CUC) en estuche de tres condones a un precio de 0,80 CUC y los aromatizados a 1,10 CUC. El condón VIVE era el empleado en la estrategia de mercadeo social.

Los condones gratuitos se distribuyeron en el sistema nacional de salud a través del médico de familia, las consultas especializadas de ITS, ginecología y obstetricia, así como planificación familiar. En las áreas de salud, se utilizaba el "Carrito por la vida", y otras actividades educativas de diferentes tipos con grupos de riesgo y vulnerables, que realizaba el entonces denominado Centro de Prevención de las ITS/sida y sus filiales en los territorios.

Las cifras del plan de compra de condones masculinos pusieron de manifiesto el cumplimiento y sobrecumplimiento de lo previsto, tanto para la venta como la distribución gratuita. Sin embargo, se pudo constatar que no se disponía, en ese momento, de una estrategia escrita y consignada en un documento oficial. En el año 2004 se distribuyeron 2 861 474 condones. La estimación del indicador del consumo per cápita de condones masculinos nacional en la población de 15 a 35 años, fue de 23,04 condones. La valoración de la relación de la distribución de condones realizada en el año 2004, tomando como base la prevalencia e

incidencia de VIH/sida y la población masculina de 15 a 35 años por provincia; en cuanto a la distribución gratuita, muestra que estos indicadores no fueron tomados como criterios ya que no existe correspondencia con los per cápita distribuidos.

El condón masculino de mercadeo social fue distribuido en siete de los 169 municipios del país, 4,14 %, y 223 puntos de venta, de ellos 117 no tradicionales y 106 tradicionales, que representan el 2,6 % y 2,35 % del total posible en la red de distribución.

A la información anterior se le une el hecho de que el condón Twinlotus, de fabricación China, poseía una imagen de baja calidad en la población cubana; de ahí que centrar la campaña en el condón de mercadeo social VIVE contribuyó a su posicionamiento en detrimento de Twinlotus, lo que pudo crear insatisfacción en la población que no pudo acceder a VIVE, dado el limitado número de puntos de venta que lo distribuyeron. Derivado de lo anterior, la marca que se encontraba disponible en el mercado de todo el país, pudo ser rechazada.

En una estrategia de mercadotecnia social, lo que interesa es que aumente la venta del producto, condón masculino, ya sea del que se promueve o de otro, por tanto, en un contexto como el de Cuba y con la poca disponibilidad de la marca VIVE con relación a Twinlotus, se creó una demanda insatisfecha en la población meta. Todo ello pone de manifiesto, que no existió una estrategia adecuada para el mercadeo de condones en función de fomentar las relaciones sexuales protegidas, ya que se promocionaba el condón que tiene menor disponibilidad y accesibilidad, tanto en cantidad como en puntos de venta y precio, aunque sí lo era, en relación con el producto que se ofertaba, esto es, el condón VIVE, que era el centro del mercadeo social.

Encuesta de distribución

La encuesta de distribución permitió conocer la proporción de cobertura por tipo de punto de venta, nivel de existencias, conocimiento y actitudes de los trabajadores del sector comercial con relación al producto. Se realizaron 200 entrevistas en 100 farmacias, la mayoría trabajaba todos los días, mientras una proporción menor lo hacía durante 24 h. De las visitadas, 97 vendía condones masculinos desde hacía más de un año y tres no. Entre las que en el momento del estudio los vendían, 63 ofertaban la marca Twinlotus y 34, Twinlotus y VIVE.

El día de la visita a las farmacias, 29 % de estas estaban ofertando ambas marcas, 59 % solo Twinlotus y 2 % tenía solo la marca VIVE. El 9 % no tenía condones en almacén y el 6 %, menos de 50 en stock, que fue el indicador definido como mínimo. El 10 % de los vendedores evaluó la disponibilidad como regular y el 1 % como deficiente, lo que coincidió con la situación real encontrada en las unidades visitadas. Se visitaron todos los puntos de venta no

tradicionales, para un total de 52. El 96,2 % todos los días y el 80,1 % eran bares o cafeterías. El 90,4 % del total declaró vender condones. El 9,6 % de los establecimientos estaban cerrados, en reparación o lo habían vendido hacía mucho tiempo.

El día de la visita a estos puntos, 17,3 % no tenía condones en almacén y 13,5 % tenían menos de 50 en stock. El 5,8 % de los vendedores evaluó la disponibilidad como regular y 7,7 % de deficiente, lo que resultó también coincidente con la situación real encontrada en las unidades visitadas. La disponibilidad de condones en las unidades visitadas, se puede catalogar de aceptable, aunque se puso de manifiesto que el condón VIVE requería una mayor representatividad en el mercado, pues era identificado en las encuestas y grupos focales como la marca más conocida y aceptada.

En la atención primaria, en consultas especializadas y consultorios de médico de familia, se encontró que el 100 % de los visitados declaró recibir condones. El 78,1 % consideró que eran suficientes y el 93,8 % disponía de condones el día de la visita. La distribución se dirigió en primer lugar a los jóvenes 71,9 %; hombres que tienen sexo con otros hombres 59,4 %; personas viviendo con VIH 56,3 % y que se entregaban a cualquier persona fue declarado por el 43,8 %.

Aunque en la distribución gratuita la disponibilidad fue de 93,8 % en el período y lugares donde se realizó el trabajo, también se conoció de dificultades por desabastecimiento en algunos territorios y que aunque esta se realizaba siguiendo criterios epidemiológicos, no existía, como ya fue señalado, un documento rector que definiera la estrategia a seguir. Esta información corroboraba la ya obtenida por otras vías.

Conocimiento, actitudes, uso del condón y barreras: perfil del consumidor

Se estudió la población joven y los grupos vulnerables; los hombres que tiene sexo con hombres estudiados, todos refirieron haber tenido relaciones sexuales y el 77 % declaró no usar condón en su primera relación sexual. De los que refirieron tener parejas inestables, 74,7 % dijo haber usado siempre el condón, el 16,9 % en ocasiones y el 8,4 % nunca. Referente al uso de condón en relaciones estables de hombres que tiene sexo con hombres, 49,1 % declaró haber usado condón siempre, 24,1 % casi siempre y 26,7 % nunca.

Como puede apreciarse, la primera relación sexual constituye un elevado riesgo en este grupo, ya que casi 80 de cada 100 hombres que tiene sexo con hombres no usó el condón; en las relaciones estables, 25 de cada 100 lo usa en ocasiones o no los usa, lo que considerando la inestabilidad y la elevada cantidad de parejas que declaran tener en un año, ese concepto de estabilidad debe estar valorado sobre la base de los criterios que ese grupo asume al respecto.

El condón de mercadeo social de la marca VIVE resultó, como era de esperar, la más conocida entre los hombres que tiene sexo con hombres, 69,1 %, le sigue Twinlotus con 17,1 %.

En la encuesta realizada a la población joven se encontró que el 24,7 % declaró usar condón siempre en sus relaciones sexuales. El 58.5 % dijo encontrar condones siempre que los van a comprar y el condón de mercadeo social de la marca VIVE era conocida por 63.1 % de los encuestados, mientras que Twinlotus por 18.4 %.

Referente a las primeras relaciones sexuales sostenidas, 36.3 % de los hombres y 26.3 % de las mujeres dijeron haber usado condón. Las relaciones inestables fueron declaradas por 28.4 % de los encuestados, mientras que 52 % afirmó tener relaciones estables.

En la encuesta realizada a los vendedores de puntos de venta tradicionales y no tradicionales, se encontraron percepciones que resultaron interesantes en relación con la actitud de los compradores de acuerdo a la edad, género y forma de adquisición. Sobre la base de esta información, pudiera pensarse que los compradores que van a los puntos de venta no tradicionales se sienten menos inhibidos que los que acuden a las farmacias.

Grupos focales e informantes clave

Se coordinó un total de 14 grupos focales cuya composición fue definida por sexo, grupos de edad y mixtos, tomando como base la guía elaborada para tales propósitos y conducidos por un moderador y con un relator. Se realizó un entrenamiento previo de los que tuvieron este rol para reducir al máximo la variabilidad. Las informaciones de mayor relevancia se presentan a continuación.

El grupo de riesgo hombres que tiene sexo con hombres, usaba el condón masculino y denotaban su dominio y empleo en forma correcta, lo han incorporado a la actividad sexual como juego que les produce placer y, en algunos casos, incluso refieren que “ante la no disponibilidad del condón mantengo juegos sexuales y no tengo penetración para evitar el riesgo”. Además de cómo colocarlo y retirarlo de forma correcta, conocían como identificar la calidad previa a su uso y la forma adecuada de guardarlo para evitar el deterioro.

En grupo focal con travesti, se apreció toma de conciencia en el uso del condón y también conocimiento de su manejo, tanto en la relación sexual como en su selección y protección para mantener la calidad. Es interesante que este grupo manifestara gran preocupación por no transmitir el VIH-sida e infestarse. Refirieron varios que “cuando en alguna relación casual me proponen no usar el condón la rechazo, al menos con penetración, pues sé que es una persona viviendo con sida y que por eso no le importa”.

En grupos con población joven, 15 a 35 años, mixta de hombres y mujeres, no siempre se habló del tema de la sexualidad de forma espontánea, los más jóvenes fueron los más desinhibidos “compro los condones o le pido a mi mamá que me los compre”, fue una frase repetida tanto por jóvenes varones como hembras, generalmente estudiantes.

Referente al aprendizaje sobre el uso, los jóvenes refieren: “mi mamá me enseña cómo utilizar el condón, también he recibido clases sobre el tema de protección”, “en el tecnológico los profesores me dan información”, “las cosas que dan por la televisión nos instruyen y nos dan información”, “mis padres me ayudan a tener información”, “en la escuela también nos dan clases, y en libros que dicen cómo usarlo” y “yo no aprendí con nadie, yo aprendí por el prospecto que trae el producto, y después con la práctica”.

Sin embargo, cuando se trata de parejas estables fue frecuente encontrar frases como: “yo antes me protegía, ahora no porque tengo una pareja estable”, “mi primera relación no fue protegida”. Tanto las mujeres como hombres heterosexuales con parejas estables no refieren aceptación y uso del condón porque entonces se “está dudando de la pareja y puede traer problemas” aunque algunas mujeres señalaron cierta duda con que su pareja le fuera totalmente fiel también dijeron “no lo exijo para evitar problemas”.

Un número importante de jóvenes, aun conociendo sobre los temas de las infecciones de transmisión sexual, no practican medidas de protección, por creencias vinculadas al machismo, insuficiente información calificada y falta de comunicación con los padres o personal profesional competente. Más de la mitad de las primeras relaciones sexuales fueron desprotegidas.

El grupo de riesgo hombres que tiene sexo con hombres, incluido los travestís, si bien al parecer eran los más informados, puede decirse que no se ha realizado un estudio a profundidad de sus requerimientos para realizar un sexo protegido; ejemplo de ello es que no se comercializaba, en la red farmacéutica, lubricantes de base acuosa que no dañen el látex del condón. Esta situación no es privativa de homosexuales, pues mujeres de las que participaron en el estudio, señalaron dificultades con “alergias al látex” al parecer vinculadas a peladuras, producidas por una lubricación insuficiente. En todos los grupos se percibió y expresó la necesidad de conocer e intercambiar con personal calificado y de manera abierta estos temas.

Un grupo no despreciable de jóvenes de las edades más tempranas, 13 a 15 años, señalaron dificultades para adquirir los condones en la red farmacéutica, lo que resultó coherente con lo planteado por vendedoras en entrevistas realizadas por el equipo de investigación, que dijeron tener indicaciones de no vender a “niños”. Por tal razón debe ser revisado ese concepto e indicación cuando se trata de adolescentes. Los jóvenes de menos de 20 años señalaron considerar alto el precio del condón.

Se demostró la presencia de barreras en la utilización del condón, ya sea porque consideran que disminuye placer, es incómodo o crea desconfianza en la pareja estable, así como en la actitud de compra, ya que se continúa comprando “con pena” por una parte de los consumidores, fundamentalmente en farmacias, según información obtenida de los vendedores.

Los jóvenes, son los más desinhibidos al momento de adquirir los condones y abordar el tema. Aún los temas ligados a la sexualidad continúan siendo un tabú en una amplia mayoría de la población. Se comprobó que los esfuerzos en la divulgación de mensajes de salud, no llegan a la juventud en la magnitud requerida.

Se exploró la percepción sobre la disponibilidad de condones y resultó interesante que en los municipios capital de provincia y donde se oferta el condón VIVE, se planteó por los participantes en los grupos focales y por las entrevistas a informantes claves que “hay disponibilidad en mi municipio, pero en otros municipios alejados de la capital no hay condones” y “trato de comprarlos cuando vengo al municipio de la capital o se lo encargo a amigos”.

Sobre los puntos de venta no tradicionales lo califican como “positivos, ya que permiten mayor accesibilidad y están abiertos todo el día”. Otros participantes refirieron que “algunos tienen aspecto desagradable”, “no son lugares agradables para ir a comprarlos por las personas normales, son más bien para la marginalidad por el propio lugar en sí, por las personas que los frecuentan y el ambiente que se crea”. Las cafeterías de los centros de estudios de nivel medio y superior fueron identificadas como los lugares de mayor aceptación para la compra por los estudiantes.

Otro aspecto interesante es el hecho que en algunos de los puntos no tradicionales de la capital del país, aparecieron anunciados los condones masculinos con el nombre de *profilácticos de goma*, por lo que pueden no ser identificados por la población. En ocasiones al lado le han colocado la palabra “condones”. Los administradores refieren que “tengo que ponerle ese nombre porque es el que aparece en la factura y si hacen una inspección y no está de esa forma pueden sancionarme”.

La distribución de condones gratuitos, tuvo una utilización mayoritaria para consultas de planificación familiar, en ninguno de los grupos de jóvenes estudiados han recibido condones gratuitos, excluyéndose los hombres que tiene sexo con hombres y travestís.

Indicadores de disponibilidad y calidad de condones

En la evaluación sobre la disponibilidad y calidad de los condones, como elementos esenciales de la estrategia de mercadeo social en el programa

nacional de prevención del sida, Guía para el monitoreo y evaluación, de ONU/sida,⁽¹⁷⁾ se considera tres indicadores fundamentales:

- Condones disponibles en todo el país.
- Condones disponibles en el comercio al por menor.
- Calidad de los condones.

La valoración según el marco de referencia para el monitoreo y la evaluación de programas de prevención del sida, presenta cuatro grupos de elementos a valorar:

- Insumos, recursos, condones.
- Productos, servicios, información, educación, comunicación (IEC), puntos de venta de condones y actividades de promoción y publicidad.
- Resultado, comportamiento de riesgo, venta de condones y uso.
- Impacto: incidencia.

Sobre esta base, se resumen a continuación los resultados de la investigación realizada y estos pueden ser considerados para cualquier análisis sobre la evaluación de la estrategia de mercadotecnia social de otros productos tangibles.

Condones disponibles en todo el país. Insumos

Se cumplieron las cifras previstas en los planes de compra tanto para la venta como para la distribución gratuita, pero al no existir una cifra estimada de necesidades y demandas no puede valorarse si es adecuada o no. Resultados:

- Los condones gratuitos son distribuidos en todas las provincias, municipios y áreas de salud del país.
- Los condones VIVE tienen una distribución muy limitada y la promoción que se realiza sobre su calidad y confort genera una demanda insatisfecha.
- El indicador per cápita nacional de condones en la población cubana de 15 a 49 años de edad, en el año 2004 fue estimado en 23,07 unidades. Este indicador obtenido permitió valorar la distribución territorial atendiendo a criterios de población y prevalencia de la infección de VIH/sida, encontrando falta de correspondencia entre estos.
- Los resultados obtenidos en la encuesta mediante autnotificación del uso del condón por la población en edad fértil y en riesgo, hacen pensar que la cantidad de condones vendidos y de entrega gratuita, no satisfacen de manera total las necesidades de tener relaciones sexuales protegidas por la población.

Condones disponibles en el comercio al por menor. Servicios

De acuerdo con el indicador definido, la proporción de locales de venta al por menor, puntos de venta tradicionales, farmacias, y no tradicionales seleccionados

en la muestra a estudiar, que cuentan con abastecimiento de condones al momento de la encuesta presentaron los siguientes resultados.

- En los puntos de venta tradicionales, farmacias, encuestadas, 9 % no tenía condones y 6 % tenía un *stock* igual o menor a 50 unidades.
- Los puntos de venta no tradicionales fueron encuestados todos en los municipios seleccionados, de ellos el 17,3 % no tenía condones y 13,5 % un *stock* igual o menor a 50 unidades.
- Más de la mitad de la población joven encuestada refiere encontrar condones siempre que va a comprarlos.
- La disponibilidad en el momento de la encuesta, permitió además conocer problemas puntuales en determinados municipios derivados de situaciones de existencia en el almacén suministrador o de transporte, entre otros.
- El no funcionar el sistema de monitoreo, no permite comparar la situación encontrada con una línea de base.
- El seguimiento de las ventas por tipo de condón y punto de venta permite perfeccionar el sistema de distribución para garantizar la disponibilidad, aspecto este que se conoció no se controla.

El estudio realizado ofreció una instantánea de la situación existente en el momento de la toma de información, de febrero a mayo del año 2005, por lo que puede ser un referente para la realización de evaluaciones en otros momentos y sus resultados constituyen la primera línea de base para comparación y análisis.

Calidad de los condones

De acuerdo con la documentación revisada, los condones que se venden y distribuyen de forma gratuita, cumplen con los parámetros internacionales de calidad técnica, presentando deficiencias en lo referente a la información al consumidor aquellos que vienen como muestras gratis.

- Las condiciones de almacenaje a nivel central son adecuadas, aunque en el proceso de empaque el embalaje llega deteriorado. Sin embargo, en los almacenes provinciales no son adecuadas, fundamentalmente por falta de climatización.
- El almacenaje en los puntos de venta tradicionales, farmacias, generalmente reúne las condiciones mínimas, no siendo así en los no tradicionales, donde al calor y la humedad se unen el estar almacenados con otros productos, en muchas ocasiones alimenticios percederos y no envasados.
- A la situación descrita, se adiciona la falta de conocimientos de los proveedores, distribuidores y la población sobre las condiciones requeridas para el almacenamiento del condón.

Actividades de promoción y publicidad

Los resultados encontrados en el estudio ponen de manifiesto que las actividades promocionales y de publicidad se realizaban de acuerdo a lo previsto. Centrar estas actividades en la marca VIVE, con poca representatividad nacional, contribuyó a una demanda insatisfecha en la población y también actuó en detrimento de la marca Twinlotus con mucha mayor accesibilidad, tanto en cantidad como en alcance geográfico y precio.

Resultado, comportamiento de riesgo, venta de condones y uso

Según las encuestas y técnicas cualitativas, el conocimiento y uso del condón, en los hombres que tiene sexo con hombres y travestís, resultó superior al de la población general, aunque aún una cifra importante mantenía relaciones inestables sin protección.

La venta de condones estaba en correspondencia con la oferta y en algunos territorios era superior la demanda a la oferta.

Algunas conclusiones

Una evaluación del mercadeo de condones debe dar respuesta a las preguntas claves que sustentan la estrategia, por lo que, aunque la información ya ha sido ofrecida como parte de los resultados, resulta esclarecedor señalarla de nuevo. Estas preguntas son las siguientes:

- ¿Existe una política nacional sobre el mercadeo social de condones?
- ¿Hay disponibilidad continua de condones en todo el país? ¿Encuentran los consumidores condones disponibles oportunamente y en lugares y a precios accesibles?
- ¿Cuáles son las barreras en el uso del condón?
- ¿La calidad de todos los condones se mantiene hasta llegar al consumidor?

La investigación realizada da respuesta a estas y permite concluir que la metodología de evaluación, y los instrumentos diseñados y utilizados, permiten evaluar la estrategia y pueden ser tomados como referencia para otros estudios de esta naturaleza. La estrategia de mercadeo social del condón masculino, constituyó la primera experiencia de esta naturaleza en Cuba, y ha sido reelaborada en base a la situación de la epidemia, el perfil de los consumidores y el mercado cubano.

Los condones que se distribuyen para la venta y entrega gratuita son de alta calidad avalada; no obstante, el almacenamiento inadecuado en los territorios y puntos de ventas no tradicionales puede deteriorarlos y llegar al consumidor sin la calidad requerida, con las consecuencias negativas sobre la seguridad en la

relación sexual y posterior falta de credibilidad en su efecto protector, situación que se ha ido solucionando.

No se puso de manifiesto una cultura de calidad sobre el condón en proveedores, distribuidores y comercializadores, por lo que fue considerado como grupo meta en momentos posteriores de la estrategia y se han elaborado materiales específicos para ellos.

El programa de mercadeo social del condón se realiza con la marca VIVE, que representa el 3,4 % del total de condones que se distribuyeron en el año 2004, generando una demanda insatisfecha en la población al no tener respaldo en la oferta, tanto en cantidad como en cobertura geográfica.

Las ventas de condones en general y en particular del condón de mercadeo social VIVE, denotan posicionamiento de la marca. Sin embargo, las prácticas sexuales protegidas mediante el uso del condón no denotan igual posicionamiento, tanto en los hombres que tiene sexo con hombres, como en la población joven estudiada.

El indicador per cápita medio nacional de condones masculinos en la población cubana de 15 a 49 años de edad, en el año 2004 estimado en 23,07 unidades, valorado con relación a la proporción de parejas inestables de hombres que tiene sexo con hombres jóvenes y parejas estables jóvenes que pueden requerir condón también como medio anticonceptivo, hace pensar en que la cantidad de condones ofrecidos no cubre las necesidades.

Una nueva evaluación empleando la metodología

En el año 2012,^(27, 28) se realizó una investigación evaluativa, para estimar el desarrollo de las acciones de la estrategia del mercadeo en La Habana. Se aplicaron técnicas cualitativas y cuantitativas, empleando algunos de los instrumentos diseñados y validados en el 2004; la fuente de información fue también la población, los coordinadores del mercadeo, vendedores y almaceneros de puntos de venta tradicionales y no tradicionales.

El estudio realizado, al ser comparado con la línea de base ya construida, permitió identificar los avances y brechas en ese momento, en la capital del país, lo que permitiría perfeccionar la estrategia y orientar la búsqueda de información al respecto en otros territorios del país.

Entre los principales avances se encuentran los conocimientos a un nivel adecuado en los que se encargan de la gestión de mercadeo, y los vendedores y jefes de almacén de los puntos de venta, tanto los tradicionales como los no tradicionales, lo cual se debe entre otras razones, al cumplimiento de las acciones de información, educación y promoción del uso del condón planificadas con buena organización, calidad y alcance en la población.

Muy importante fue constatar que existe un incremento en el uso del condón en los grupos estudiados, principalmente en las relaciones sexuales ocasionales, lo cual fue detectado como un problema importante por su relación con la posibilidad de contraer el VIH. Los condones de mercadeo social en este periodo fueron el Vigor y Vigor Max y al igual que el VIVE, poseen los requisitos de calidad establecidos, buena aceptación y posicionamiento de las marcas en la población.

En las farmacias, la oferta, cobertura y distribución de los condones se ha mantenido estable, por lo que la población y los dependientes entrevistados consideraron que tienen excelente disponibilidad, lo que no sucedió de igual forma en la evaluación del 2004.

Como brechas se pueden señalar, que los puntos de venta no dispusieron de materiales educativos para la promoción del condón y aunque la oferta ha sido estable en las farmacias, no ha sido de igual forma en los puntos de venta no tradicionales derivado de que persisten dificultades en la distribución y el abastecimiento. Ello puede deberse al criterio expresado, que existe cierto desinterés de los directivos de comercio y gastronomía por la comercialización de condones en sus establecimientos por no obtener ganancias de esta venta.

Aunque ha mejorado, aún se mantiene baja percepción y pobre uso del condón en las relaciones estables, las personas se protegen menos en ellas y perciben más el riesgo a infectarse de ITS-VIH cuando son relaciones sexuales ocasionales, es una percepción en ambos sexos, pero más reforzada en las mujeres, que no creen en la necesidad de usar condón principalmente si están casadas o acompañadas, no se sienten empoderadas para negociar el sexo protegido con su pareja, lo cual puede ser resultado de que es débil el trabajo educativo dirigido a las mujeres para fomentar el uso del condón como medio de protección de las ITS/VIH/sida. No se han presentado grandes modificaciones al respecto si se compara con la evaluación del 2004 y la del 2010.

De forma numérica, resulta interesante que según la investigación realizada en Cuba por el Centro de Estudios de Población y Desarrollo de la Oficina Nacional de estadísticas (ONE) en el 2011, mientras tres de cada cuatro personas (70,8 %) casadas-unidas o con pareja estable tuvieron relaciones sexuales desprotegidas, tres de cada cuatro personas con parejas ocasionales se protegieron. Al igual en sus resultados, confirman la existencia de comportamientos sexuales diferenciados entre géneros, que en esta ocasión señalan una mayor vulnerabilidad a las mujeres.

La investigación de la ONE, estableció una comparación en los años 2001, 2005, 2006, 2009 y 2011, y confirmó que se ha incrementado paulatinamente el uso del condón en las relaciones sexuales ocasionales entre las personas de 15 a 34 años. El mayor número de usuarios continúa concentrándose en las

poblaciones más jóvenes. Los resultados de esta investigación coinciden con la preferencia de este grupo poblacional en el uso del condón.^(27, 28)

Estrategias de mercadotecnia social para lograr relaciones sexuales protegidas

Lograr que las relaciones sexuales sean cada vez más protegidas es el propósito fundamental de los programas de prevención y control del VIH/sida, de ahí que se aúnen esfuerzos y recursos para lograr que se frene la epidemia.

Todas las epidemias no pueden ser abordadas con programas similares y todos los escenarios tienen sus particularidades. La mercadotecnia social ofrece alternativas de estrategias diferentes no sólo por ser públicos diferentes, sino por abordar problemáticas o manifestaciones distintas de un mismo problema. Es por esto, que la experiencia ha demostrado, que aunque existan estrategias globales porque el VIH/sida constituye un problema global, cada país tiene que enfrentarlo desde su contexto, de la magnitud de la epidemia y a partir de investigaciones particulares de la población y su medio externo.

Si bien la disponibilidad del condón es fundamental para lograr protección en las relaciones sexuales, pues la abstinencia no siempre resulta posible y para algunos grupos es obvio que es más difícil que para otros, hay elementos de orden social y cultural que requieren ser estudiados de forma cuidadosa, tanto en la proyección de la estrategia como en la valoración que se haga de su desarrollo mediante el monitoreo y también del impacto en los momentos que resulte factible de evaluar. La falta de conocimientos sobre las posibilidades que ofrece la mercadotecnia social para los programas de cambio de comportamiento en las relaciones sexuales, es un denominador común cuando se valoran los lentos efectos de los programas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y del VIH/sida; sin embargo, los progresos se hacen sentir y ya no se encuentra una experiencia que no aborde con estas herramientas en sus programas, aunque sea de forma discreta.

Los problemas parecen concentrarse en el desarrollo de las estrategias, fundamentalmente por la falta de conocimientos y habilidades de ponerlas en práctica; ahí es donde juega un doble papel la investigación, para encontrar los puntos críticos y a la vez los argumentos para solucionarlos. La experiencia de la evaluación del programa en Cuba que ha sido presentada, evidencia la utilidad de la mercadotecnia al insertarse como estrategia y a la vez la necesidad de que la investigación acompañe todo el proceso para producir los resultados necesarios.

Otros estudios realizados, en estudiantes de medicina de la provincia de Pinar del Río⁽²⁴⁾ y en el municipio especial Isla de la Juventud,⁽²⁶⁾ muestran resultados y formas de evaluar los cambios de comportamiento en relación con las prácticas sexuales.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Tabaco o salud: una decisión social. Revista Horizonte Sanitario. 2004;3 (2):12-21. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5305279>
2. Alcaraz VO. Economía del control del tabaco en los países del Mercosur y Estados asociados: Bolivia. Organización Panamericana de la Salud, 2006. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/2810/Economia%20del%20Control%20del%20Tabaco%20en%20los%20Países%20del%20Mercosur%20y%20Estados%20Asociados-Bolivia.pdf?sequence=1>
3. Baco Mundial, OPS-OMS. La epidemia de tabaquismo. Los gobiernos y los aspectos económicos del control del tabaco. 2000. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240077485>
4. Suárez LN. Paradojas, controversias, discurso y realidad del tabaquismo en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2011;37(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000100010&script=sci_arttext
5. Reynales LN, et al. Costos de la atención médica atribuibles al consumo de tabaco en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Salud Pública de México. 2006;48(Supl. I):S48-64. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000700007
6. Gálvez GAM, Suárez LN, et al. Costos de la atención a la salud asociados al tabaquismo en la ciudad de La Habana, 2008. En: Investigaciones en servicios de salud en el sistema sanitario cubano. 2001-2010. Parte I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
7. World Health Organization. Tobacco and poverty: a vicious circle. No. WHO-EM/TFI/089/E. 2004. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/116428/EMRPUB_2004_EN_773.pdf
8. Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. No. WHA56. 1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/80175/sa56r1.pdf>
9. Suárez LN. El tabaquismo. Paradojas, controversias, mitos y realidades. La Habana: Editora Política; 2015.
10. Organización Mundial de la Salud. Convenio marco de la OMS para el control del tabaco. 2003. WHO. Reimpresión actualizada 2003-2005. Geneva: WHO Document Production Service; 2006.
11. Blanco A, et al. Diez años del convenio marco de la OMS para el control del tabaco: avances en las Américas. Salud pública de México. 2017;59:117-125. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59suppl1/117-125/>

12. Ezzatti M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *Lancet*. 2003;362:847-52. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14338-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14338-3)
13. Mackay J, et al. *The Tobacco Atlas*. 2da. ed. UK: American Cancer Society & World Lung Foundation; 2006.
14. Suárez LN. Mercado y consumo de cigarrillos en Cuba y la decisión entre tabaco o salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2014;40(3):331-44. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2014.v40n3/331-344/es>
15. Instituto Nacional de Higiene y Epidemiología. Encuesta nacional de factores de riesgo. La Habana: INHEM; 1995.
16. Varona PP, et al. Factores asociados a etapas de cambio de comportamiento en fumadores cubanos. *Rev. Panam Salud Pública*. 2003;14(2):119-24. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n2/a07v14n2.pdf>
17. Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Encuesta Nacional de factores de riesgo. Informe técnico. La Habana: INHEM; 2012.
18. ONUSIDA. Programas nacionales de SIDA. Guía para el monitoreo y evaluación. ONUSIDA/00.17E. Ginebra: ONUSIDA; 2000.
19. ONUSIDA-OMS. Situación de la epidemia de SIDA. *NLM: WC 503.41*. Ginebra: ONUSIDA/OMS; 2004.
20. Ministerio de Salud Pública (CUB). Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 1997.
21. Ministerio de Salud Pública (CUB). Plan estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006 de la República de Cuba. Resolución ministerial 110. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2001.
22. Suárez LN. Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin fronteras en la promoción de la salud. *Revista de Comunicación en Salud*. 2011; 1 (1):101-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3648915>
23. Suárez LN. Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2013;39(Suppl. 13):S950-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662013000500013&script=sci_arttext
24. Suárez LN, Hernández RA, et al. Informe final Objetivo N° 3. Evaluación independiente Proyecto Fortalecimiento de la respuesta nacional multisectorial para la prevención y atención de la epidemia del VIH/SIDA en Cuba. Escuela Nacional de Salud Pública. Ciudad de La Habana: ENSAP; 2005.
25. Suárez LN, et al. Conocimientos, actitudes y uso del condón masculino en la prevención del VIH/SIDA en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas. Pinar del Río. Cuba. Curso 2006-2007. *Revista Horizonte Sanitario*. 2009;8(1):7-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845131001.pdf>
26. Suárez LN. Comunicación en estrategias de mercadeo social del condón masculino para la prevención del VIH/SIDA en Cuba. *Revista de Comunicación y Salud*. 2014; 4:69-83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4956182>
27. Suárez LN, Aguilar RLA. Mercadeo Social y prevención del VIH/SIDA. Isla de la Juventud. Cuba. 2013. *Revista Horizonte Sanitario*. 2014; 13(2). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845287002.pdf>

28. Bolaños GMR, et al. Evaluación de las acciones de información, educación y promoción del uso del condón en la Habana. Memorias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud 2012. La Habana 3-7 de diciembre de 2012 [CD-ROM]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2012.
29. Bolaños GMR, et al. Avances y brechas en el mercadeo social del condón en La Habana. Rev. Cubana de Salud Pública. 2015;41(3):476-86. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v41n3/spu07315.pdf

Mercadotecnia y formación de recursos humanos en salud

El sector salud no escapa a las exigencias de los tiempos actuales, más aún en las condiciones de los países en vías de desarrollo donde los recursos son cada vez más escasos y se requiere de su máximo aprovechamiento para lograr una mayor eficacia, efectividad, eficiencia y equidad. Las instituciones de salud deben contar con profesionales de alta calificación, capaces de utilizar las diferentes tecnologías modernas, cuyo empleo está comprobado facilita la realización del trabajo con mejores resultados.

Conocimiento de la mercadotecnia como tecnología

La mercadotecnia como herramienta de la dirección y de aplicación en el trabajo, permite brindar servicios que cumplan con las exigencias de sus usuarios y de los propios trabajadores del sector. Los gerentes deben ser capaces de conducir la organización que dirigen hacia el alto desempeño y la excelencia, y los proveedores de servicios de realizar su trabajo con mayor satisfacción, así como lograr usuarios y clientes satisfechos.⁽¹⁾

Este reto demanda hacer más dinámicos los servicios de salud en la utilización de los recursos públicos y privados, nacionales e internacionales, para optimizar las inversiones, reducir costos, controlar los procesos y transitar hacia la salud universal, que implica cobertura y accesibilidad de la atención de salud.⁽²⁾ Resulta necesario, preparar a los profesionales de la salud en la utilización del enfoque de mercadotecnia en la producción, comercialización y promoción de medicamentos, suplementos vitamínicos, instrumental médico, medicina homeopática, entre otros. No menos necesario, es que los profesionales sanitarios estén conscientes del papel que juegan en el posicionamiento de estos productos en el mercado y sepan actuar sin ser manipulados por las transnacionales, que con métodos cada vez menos éticos, se encargan de ello.⁽³⁾

En otro orden, los actuales paradigmas de salud conllevan a la necesidad de un enfoque con base en la promoción de la salud, fomentar estilos de vida saludables y propugnar un consumo racional y adecuado, lo que requiere que los profesionales de la salud se encuentren capacitados para diseñar, ejecutar, y

evaluar programas y campañas con un enfoque de mercadotecnia social aplicada a la salud. La literatura revisada, pone de manifiesto la necesidad de incorporar a la formación académica de los gerentes, funcionarios y profesionales de la salud, la mercadotecnia en diversas modalidades, que permitan crear las bases para su introducción como herramienta de dirección, una tecnología gerencial y de trabajo en todas las posibilidades que ella ofrece.⁽⁴⁾

Resultados de estudios realizados en Cuba en los años 2004 y 2014,⁽⁵⁾ describen una situación en la que son pocos los trabajadores del sector salud que conocen la mercadotecnia y aun, los que poseen conocimientos, en su mayoría los considera insuficientes; especialmente, es bajo el desarrollo de habilidades para su implementación. En este sentido, se presentan resultados que apuntan hacia las consecuencias negativas de la no aplicación de estrategias de mercadotecnia en los servicios y programas de salud.

Es interesante la actitud positiva hacia el empleo de la mercadotecnia y el interés que despierta el conocimiento de esta, siendo superior en aquellos que han adquirido algún conocimiento; lo anterior se explica por ser en el proceso de formación académica donde adquieren, a la par de la información, las habilidades que les permite enfrentar su labor cotidiana desde otras perspectivas y solucionar los problemas de la práctica diaria a partir del manejo de alternativas hasta ese momento desconocidas. La situación de Cuba no difiere de la de otros países de la región en que se realizara un estudio similar.

Para dar respuesta a ello, la Escuela Nacional de Salud Pública, del Ministerio de Salud Pública en Cuba, tiene conformado una cartera de programas para la formación de profesionales, funcionarios y gerentes de salud, que recorre las diferentes modalidades de superación posgraduada. Esta ha sido diseñada y evaluada sobre la base de más de 15 años de experiencia y de la retroalimentación recibida de los estudiantes, así como de los resultados de investigaciones, en la que también fueron evaluadas por expertos todas las formas organizativas, en cuanto a su concepción metodológica y pedagógica.⁽⁶⁾ Estos programas, han sido aplicados y evaluados en seis países de América Latina: Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Panamá y Venezuela, lo que ha permitido su perfeccionamiento.

En el año 2004, el estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas de mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba,⁽⁷⁾ permitió obtener resultados, que aunque con carácter opinático, mostraron el interés de los que laboran en la esfera de la salud en apropiarse de la mercadotecnia como tecnología de trabajo en las diferentes esferas. Los resultados suministraron información sobre el contexto y dónde se encuentran las principales dificultades y amenazas para la implementación de este enfoque en la práctica, así como las oportunidades y fortalezas para vencer las actuales barreras.

Una de las fortalezas se encuentra en la potencialidad de la Escuela Nacional de Salud Pública para enfrentar el reto de capacitar a los profesionales, funcionarios y gerentes del sector salud, al disponer de un claustro de profesores preparado para ello y contar también con los programas de diversas modalidades, acompañados de la bibliografía básica y complementaria, accesible para el estudio, ejercitación y también multiplicación de la información. Todo lo anterior permite ofrecer respuesta a las oportunidades que se presentan a nivel nacional e internacional en cuanto a la necesidad que ya sienten los trabajadores del sector salud y los encargados de la formación de recursos humanos, de preparar de forma académica a los profesionales en mercadotecnia. Esto, a la vez, neutraliza las barreras derivadas de las amenazas y dificultades que también fueron encontradas en el estudio realizado en Cuba y que se corrobora con la literatura revisada de otros países e instituciones.⁽¹⁾

Programas para la formación académica curricular

Los programas que se presentan fueron elaborados sobre los argumentos ya señalados, evaluados por un grupo de expertos y rediseñados como respuesta a las observaciones realizadas a partir de un análisis de las competencias requeridas para los profesionales, funcionarios y directivos de salud.⁽⁶⁾ Las competencias fueron consideradas como una combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos. Así, los programas han sido conformados en un equilibrio donde se preparan a las personas con la información requerida y se les enseña a lograr resultados con lo que han aprendido.

La identificación de competencias constituyó el primer paso para establecer cuáles serían los objetivos y contenidos temáticos de la formación y cómo sería evaluada. Es por esto que se considera que los programas presentados están diseñados con base al enfoque de formación basada en la competencia, que adecua la teoría a la realidad y su forma de actuar en ella.⁽⁸⁾

En los servicios y programas de salud está demostrado que el factor humano desempeña un papel mucho más importante y decisivo para los resultados que en cualquier otra actividad de servicios. La relación que se establece entre el profesional sanitario y el usuario, tanto en su condición de sano o de enfermo, es decisiva para los resultados que puedan obtenerse.⁽⁹⁾ Hay aspectos de gran sensibilidad que determinan la satisfacción en la relación y que van desde el laboratorio clínico, las prácticas de enfermería y la propia atención médica y que no dejan de ser importantes, así como los que laboran en la recepción o el personal de aseguramiento de una institución sanitaria en cualesquiera de sus niveles de atención. Lo satisfecho que se encuentra un usuario con el servicio de

salud recibido, el cambio de comportamiento que con relación a los hábitos y actitudes que adopte, requiere que el profesional sanitario sepa cómo lograrlo.⁽⁹⁾

Por ello, los programas⁽⁶⁾ que se presentan para la formación de los recursos humanos en mercadotecnia, constituyen un factor importante para el éxito de las acciones de salud que se enmarcan en los actuales programas de cambios de comportamiento en salud. Lo anterior está condicionado a desarrollar una concepción integral basada en la competencia que tiene el profesional sanitario, que en su carácter de estudiante, no solo se apropie de los conocimientos y habilidades, sino además aprenda a aplicarlos y, de hecho los aplique, en su propio contexto como parte del proceso de formación.

En todas las formas organizativas, la teoría y la práctica transitan de la mano desde el primer encuentro entre profesor y alumnos. Los conocimientos se incorporan en cada clase y, como es obvio, si se regresa el último día a la primera ejercitación se realizaría con un mayor dominio, pero hace ver cómo se va avanzando en el análisis en la medida que se apropia de más conocimientos y es esa la esencia de la estrategia docente empleada.

Un elemento interesante a analizar, es que los ejercicios y estudios de caso han sido conformados para que se puedan convertir en una forma de referenciación competitiva (*benchmarking*), pues en ellos se describen situaciones reales o ficticias, pero que pueden responder a una realidad. De esa forma, el estudiante no solo aprende de lo que está analizando, sino que aprende a aprender de otros.

Las peculiaridades ya señaladas hacen que en la estrategia docente se trabaje en el desarrollo de habilidades y destrezas que, sustentadas en actitudes y valores, posibiliten poner en práctica los conocimientos adquiridos. De ahí que se pretenda, en los cursos cortos, los de diplomados y maestrías, así como en los diplomados de Mercadotecnia, el desarrollo de habilidades, actitudes y valores, con el propósito de lograrlos condicionado al tiempo que se dispone para el desarrollo de cada una de las formas organizativas.

Las habilidades que se plantea desarrollar, de manera general son las siguientes:

- Dominio para diseñar y ejecutar programas de mercadotecnia sanitaria.
- Utilización adecuada de la mercadotecnia como herramienta para facilitar el cambio.
- Manejo de las estrategias que concilien los criterios de calidad desde la perspectiva del usuario y del trabajador sanitario.
- Integración de criterios sociales y económicos en la toma de decisiones.

Las actitudes a propiciar son las siguientes:

- Compromiso hacia la utilidad del trabajo en equipo en la dirección de mercadotecnia.

- Compromiso social hacia el servicio prestado.
- Enfoque positivo hacia la innovación y creatividad.
- Dedicación al trabajo y valoración por los resultados.
- Comprensión y asimilación de los procesos de cambio y como valores se trabaja en los siguientes: respeto, veracidad, honestidad y solidaridad.

De manera general, los programas pretenden desarrollar las siguientes competencias:

En el ser:

- Desarrolle el pensamiento de que los servicios de salud deben centrarse en sus usuarios, internos y externos y que la mercadotecnia en su enfoque social permite lograrlo.
- Desarrolle el pensamiento de promover la salud y piense en el empleo de la mercadotecnia en su enfoque social para lograr el bienestar de la población.
- Desarrolle el pensamiento científico y piense en la importancia de prevenir en lugar de curar.
- Desarrolle la capacidad de trabajar en equipo.

En el saber:

- Reconozca las posibilidades de las estrategias, programas y campañas de mercadotecnia social en los servicios de salud, la promoción de la salud y sustentar científicamente su empleo.
- Reconozca las posibilidades de las herramientas de la mercadotecnia social en la aplicación a los servicios sanitarios y la promoción de la salud.
- Reconozca la necesidad de asimilar los procesos de cambio.

En el saber hacer:

- Adquiera competencias para diseñar e implementar estrategias, programas y campañas de mercadotecnia social en la promoción de la salud.
- Adquiera competencias para diseñar e implementar estrategias, programas y campañas de mercadotecnia para obtener satisfacción de prestadores y usuarios de los servicios de salud.
- Adquiera competencias para emplear de forma adecuada, las herramientas para promover salud, con innovación y creatividad.
- Adquiera competencias para integrar criterios sociales y económicos en los programas y campañas de mercadotecnia social en los servicios sanitarios y en la promoción de la salud.

En la comunicación:

- Mejore sus competencias para transmitir información científicamente argumentada, sobre los beneficios del empleo de la mercadotecnia social en

los servicios sanitarios, en la promoción de la salud, tanto en publicaciones como en eventos científicos.

- Mejore sus competencias para incidir en los comportamientos saludables en la población.
- Mejore sus competencias para lograr la satisfacción de prestadores y usuarios de los servicios de salud.
- Mejore sus competencias para transmitir, a los decisores de las políticas públicas, la importancia del empleo de la mercadotecnia social en la promoción de la salud.

Formas organizativas propuestas

El estudio realizado⁽⁴⁾ permitió identificar grupos que se inclinan por determinadas modalidades; esto quiere decir que se pudo segmentar el mercado y se elaboraron programas diferentes para ofertar y de esta forma satisfacer las necesidades de aprendizaje de los profesionales, funcionarios y gerentes de salud de actividades y niveles de atención y dirección diferentes. Posteriormente, según se han ido realizando, se han perfeccionado de manera general y adaptado a las particularidades de cada caso, según los criterios emitidos por docentes y estudiantes.

La segmentación obedece al interés, mayor o menor, en dominar la mercadotecnia, en dependencia del tipo de actividad que realizan y el nivel de atención en que se desempeñan, así como al tiempo de que disponen para su formación académica. Por consiguiente, han sido diseñados cursos de corta duración y de un perfil más amplio y menos profundo, y diplomados para gerentes o para aquellos que requieren de un mayor conocimiento de la mercadotecnia en sí para ejecutar sus funciones profesionales y dar respuesta a sus competencias.

Algunas asignaturas de los diplomados y las maestrías han sido adaptadas, considerando el perfil de salida de cada una de ellas y que respondan a los propósitos generales de los estudiantes al matricular una u otra. Los talleres, que se realizan de acuerdo a solicitud o previo a eventos, han constituido una excelente posibilidad de motivar a profesionales de salud de diversas disciplinas, en las posibilidades que ofrece la mercadotecnia como herramienta para emplearse y dar solución a los problemas que presentan.

La ejercitación práctica constituye el elemento que permite adecuar los programas a diferentes países, adaptándolos a las condiciones particulares de cada contexto. Ello también es válido para las discusiones grupales que se realizan.

La estrategia docente empleada, para el diseño y realización de los cursos, como también fue señalado, parte del concepto de vincular la teoría con la

práctica por aproximaciones sucesivas, aumentando la complejidad y exigencia en la labor práctica en la medida que aumenta el nivel de conocimientos. El trabajo de terreno o práctico, también difiere en la complejidad en dependencia de la forma organizativa que se ofrece y transita desde un perfil de proyecto de investigación o programa, hasta los elaborados de forma total cuando se trata de los diplomados específicos.

Para todas las modalidades se ha confeccionado un material bibliográfico impreso y digitalizado que sirve como documento base con los conceptos esenciales para el manejo de la mercadotecnia; este también contiene ejercicios y estudios de caso para el desarrollo de habilidades. Estos materiales son remplazados según se identifican otros con mayor grado de actualización. Se dispone de ellos en formato digital lo que permite que los egresados puedan poseer también material de consulta en su labor cotidiana en el momento de aplicación de los conocimientos y poner a prueba lo aprendido al tener que enfrentar la realidad.

Todas las modalidades están previstas para ser ofertadas en línea, desarrollando las actividades prácticas y empleando las alternativas que las diferentes plataformas ofrecen, lo que permite la opción a distancia de forma total y en otras con encuentros presenciales para debatir puntos de interés con el profesor.

A continuación, se presentan los programas para cada una de las formas organizativas y los fundamentos que los sustentan. Como se ha señalado, estas ofertas han sido probadas en la práctica y modificadas como resultados de la investigación.

Curso corto: Mercadotecnia en salud

Total de horas: 60 h. De estas, lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y gerentes de la salud.

Objetivo general: al concluir el curso, los participantes estarán en capacidad de manejar los conceptos fundamentales de la mercadotecnia empresarial, esto es, su aplicación a productos y servicios de salud, así como conocer el marco conceptual de la mercadotecnia social, sus potencialidades como estrategia de cambio en programas y campañas de salud.

Curso: Mercadotecnia en salud. Diplomado Economía de la Salud

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: funcionarios y gerentes de salud.

Objetivo general: propiciar los conocimientos requeridos para diseñar estrategias de mercadotecnia en los productos, servicios y programas de salud que posibiliten el cumplimiento de la dimensión social y económica que ofrece la mercadotecnia como estrategia y herramienta.

Contenidos temáticos:

1. Conceptos fundamentales.
2. Mercadotecnia de productos de salud.
3. Mercadotecnia de servicios de salud.
4. Estrategias en función de la calidad de los servicios.
5. Mercadotecnia social.
6. Gestión de programas de mercadotecnia en salud.

Evaluación del curso: los profesores evaluarán a los estudiantes durante la fase presencial según la forma que sea pertinente al contenido del curso y a los objetivos de este. La evaluación de la fase no presencial depende de la inclusión de los contenidos recibidos en la presentación y defensa del trabajo orientado.

Curso: Mercadotecnia en salud. Diplomado Gestión Descentralizada en Sistemas Locales de Salud

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y directivos de los sistemas locales de salud.

Objetivo general: propiciar los conocimientos requeridos para diseñar estrategias de mercadotecnia en los servicios de salud que posibiliten un enfoque centrado en el usuario y propicie el rol activo de los individuos y actores sociales en función de la salud en el nivel local.

Contenidos temáticos:

1. Conceptos fundamentales.
2. Mercadotecnia de servicios de salud.
3. Estrategias en función de la calidad de los servicios de salud desde la perspectiva del prestador y consumidor sanitario.
4. Consumo y salud.
5. Mercadotecnia social.
6. Aplicación de la mercadotecnia a los programas de salud.

Evaluación del curso: los profesores evaluarán a los estudiantes durante la fase presencial según la forma que sea pertinente al contenido del curso y a los objetivos del mismo. La evaluación de la fase no presencial depende de la inclusión de los contenidos del módulo en la presentación y defensa del trabajo orientado.

Curso: Mercadotecnia en salud. Maestría en Salud Pública

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y directivos de la salud.

Objetivo general: presentar lo más relevante en el orden conceptual y de aplicación de la mercadotecnia como tecnología gerencial en la salud pública.

Contenidos temáticos:

1. Basamento teórico de la mercadotecnia.
2. Mercadotecnia empresarial.
3. Mercadotecnia social.
4. Investigación de mercados en salud.
5. Estrategias y programas de mercadotecnia social en salud.

Práctica de investigación: al finalizar la asignatura los estudiantes deberán entregar uno de los siguientes trabajos de investigación:

- Investigación de mercado sobre un producto relacionado con la salud.
- Investigación de mercado de servicios.
- Estudio de conocimientos actitudes y prácticas para fundamentar programas de salud con enfoque de mercadotecnia social.

Curso: Mercadotecnia en salud. Maestría Economía de la Salud

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y gerentes de la salud.

Objetivo general: proporcionar a los participantes la información que les permita conocer la utilización de la mercadotecnia, sus aplicaciones a la salud pública, en la administración y economía de la salud, así como la investigación de mercados de salud como instrumento para poder diseñar y evaluar programas con estrategia de mercadotecnia.

Al concluir, los participantes estarán en condiciones de:

- Aplicar los conceptos fundamentales de la mercadotecnia en la dirección de programas e instituciones salud.
- Utilizar la mercadotecnia en su enfoque social y sus potencialidades como estrategia de cambio.
- Diseñar estrategias, programas y campañas de salud con enfoque de mercadotecnia.
- Integrar la investigación de mercados en la evaluación de estrategias, programas y campañas, considerando su relación costo-beneficio como elemento esencial para la toma de decisiones.

Contenidos temáticos:

1. Paradigmas de salud, mercadotecnia y gestión sanitaria.
2. Mercadotecnia. Conceptualización.
3. Mercadotecnia de servicios de salud.
4. Mercadotecnia social como herramienta de cambio.
5. Investigación de mercados de salud.

Práctica de investigación: el curso concluye con la preparación y presentación de los estudiantes en equipos de un proyecto de estrategia de mercadotecnia

aplicada a un servicio o programa de salud que tenga impacto económico en la salud pública, para lo cual deberán investigar sobre la situación existente y las alternativas para su solución.

Curso: Mercadotecnia en salud. Maestría Promoción de Salud

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y directivos de la esfera de promoción de la salud.

Objetivo general: proporcionar a los participantes la información que les permita conocer la utilización de la mercadotecnia social, sus aplicaciones a la salud pública y en la promoción de la salud, así como la investigación mercadológica como instrumento para poder diseñar y evaluar programas con estrategia de mercadotecnia aplicada a la salud.

Contenidos temáticos:

1. Paradigmas de salud y gestión sanitaria en el siglo XXI.
2. Mercadotecnia social como herramienta de la promoción de la salud.
3. Evolución y desarrollo de la mercadotecnia y la mercadotecnia social. Aplicación a la salud.
4. Mercadotecnia social: Conceptos fundamentales.
5. Programas y campañas de mercadotecnia social y su aplicación a la salud.
6. Investigación mercadológica en salud.
7. El consumo y su relación con la salud.

Práctica de investigación: durante el curso se realizarán, en equipo, actividades prácticas con situaciones a solucionar en diferentes escenarios, ejercicios y estudios de casos, para desarrollar habilidades a partir del análisis y valoración de problemas de salud. También se emplearán las modalidades de taller y panel.

Los estudiantes tendrán que elaborar, durante el desarrollo de la asignatura, un proyecto de estrategia de promoción de salud con enfoque de mercadotecnia social, que incluya la investigación que lo fundamenta y su evaluación.

Curso: Mercadotecnia y gerencia en salud. Maestría Dirección de Salud

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: gerentes y sustitutos.

Objetivo general: alcanzar un dominio básico conceptual y metodológico de la mercadotecnia como tecnología de la dirección, de manera de facilitar la actuación del gerente ante los requerimientos de la institución sanitaria.

Contenido temático:

1. Enfoque de mercadotecnia en la dirección estratégica, por objetivos y valores.
2. Mercadotecnia como estrategia de cambio.
3. La ética como principio básico en el cambio de comportamiento.
4. Decisiones de dirección y decisiones de mercado.
5. Achatamiento estructural y enfoque de usuario.
6. Calidad y satisfacción de prestadores y usuarios.
7. Empoderamiento y enfoque social de la mercadotecnia sanitaria.
8. Nuevas tecnologías de la información. Mercadotecnia en Internet.
9. Mercadotecnia como herramienta de la dirección sanitaria.
10. Intersectorialidad y mercadotecnia en salud.

Práctica de investigación: al finalizar la asignatura los estudiantes deberán entregar un trabajo referativo donde empleen la mercadotecnia como herramienta de la dirección en salud.

Curso: Mercadotecnia en salud. Maestría Atención Primaria de Salud

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y gerentes de atención primaria de salud.

Objetivo general: propiciar un espacio para la presentación de lo más relevante en el orden conceptual y de aplicación de la mercadotecnia en su enfoque social en el nivel primario y su repercusión en la salud pública.

Contenido temático:

1. Basamento teórico de la mercadotecnia y su aplicación en la esfera de la salud.
2. Aplicación de la mercadotecnia a productos y servicios de salud en el nivel de atención primaria.
3. Las estrategias de mercadotecnia social en la atención primaria de salud.
4. Investigación de mercados en salud en la atención primaria de salud.
5. Segmentación de mercado y ciclo de vida.
6. Estrategias y programas de mercadotecnia en la atención primaria de salud.

Práctica de investigación: al finalizar la asignatura los estudiantes deberán entregar uno de los siguientes trabajos de investigación:

- Estudio para el diseño de programas de mercadotecnia en servicios de atención primaria de salud.
- Estudio para el diseño de programas con estrategias de mercadotecnia en programas de salud en la atención primaria de acuerdo al ciclo de vida.

Curso: Mercadotecnia sanitaria y salud del adulto mayor. Maestría Geriátrica

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y directivos de la esfera de atención al adulto mayor.

Objetivo general: al concluir el curso, los participantes estarán en condiciones de aplicar los conceptos fundamentales de la mercadotecnia a la problemática del envejecimiento y a los requerimientos de adulto mayor como usuario de servicios y programas de salud.

Contenido temático:

1. Estrategia de mercadotecnia como herramienta de la gestión sanitaria.
2. Mercadotecnia en servicios de salud desde la perspectiva del adulto mayor como usuario.
3. Mercadotecnia como estrategia de cambio: familia, sociedad e instituciones sanitarias.
4. Investigación de mercados para el diseño de estrategias de mercadotecnia en servicios y programas de atención al adulto mayor.
5. Diseño de programas con estrategias de mercadotecnia para el posicionamiento de la imagen del envejecimiento.

Práctica de investigación. Al finalizar el curso, los estudiantes deberán entregar uno de los siguientes trabajos de investigación:

- Estudio para el diseño de programas de mercadotecnia en servicios para la institucionalización del adulto mayor.
- Estudio para el diseño de programas con estrategias de mercadotecnia para el posicionamiento de la imagen del envejecimiento.

Curso: Mercadotecnia en salud. Maestría Psicología de la Salud

Total de horas: 60 h. De estas: lectivas: 20 h; prácticas: 40 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y directivos con formación en psicología y disciplinas afines.

Objetivos:

- Proporcionar a los participantes del conocimiento básico sobre la mercadotecnia social, la investigación de mercados y los procesos psicosociales que se desarrolla en el comportamiento de las personas.
- Aplicar la psicología en el diseño, implementación y evaluación de estrategias y campañas de mercadotecnia social en salud.

Contenido temático:

1. Mercadotecnia, psicología y salud pública.
2. Enfoque social de la mercadotecnia en servicios de salud.
3. Mercadotecnia social como herramienta de cambio.

4. Investigación de mercados de salud.
5. Aspectos psicológicos en la mercadotecnia social.

Práctica de investigación: los estudiantes tendrán que elaborar, durante el desarrollo del curso, un proyecto con un enfoque que emplee la psicología en una estrategia, programa o campaña de mercadotecnia social para dar solución a un problema de salud pública de su competencia profesional, que incluya la investigación que lo fundamenta y permite evaluarlo.

Estrategia docente de los cursos de las maestrías. La formación educativa para gerentes, docentes, investigadores y funcionarios en general se concibe como un sistema perfectamente integrado y armónico, donde el individuo va acumulando conocimientos y experiencias, al mismo tiempo que eleva su calificación profesional y su nivel científico. Para cumplir sus objetivos, el programa se estructura en temas cuyo eje conductor lo constituye la vinculación de la teoría a la solución de problemas de la práctica cotidiana en mercadotecnia de salud; esto se desarrolla mediante el trabajo referativo que se realiza en equipo, con el propósito de que los estudiantes ejerciten también esta capacidad y aprendan en la práctica la utilidad de realizar el trabajo de esta forma.

La estrategia docente se basa en la combinación de conferencias magistrales, complementadas de clases prácticas, ejercicios y estudios de caso, que motiven al estudiante en la búsqueda constante de respuesta a distintas interrogantes de la realidad en salud, estimulando la creatividad y el desarrollo del pensamiento científico.

Evaluación de los cursos de las maestrías. Los profesores evaluarán a los estudiantes durante la fase presencial según la forma que sea pertinente al contenido del curso y a los objetivos definidos en el programa de la maestría de que se trate. La evaluación de la fase no presencial depende de la presentación y defensa del trabajo investigativo o referativo, orientado en cada una de las maestrías. La calificación final es la integración de todas las evaluaciones con la del trabajo de terminación del curso.

Curso: Mercadotecnia en salud. Especialidad de Organización y Administración de Salud

Total de horas: 80 h.

Dirigido a: profesionales, funcionarios y gerentes de la salud.

Objetivo general: proporcionar a los participantes, la información que les permita conocer la utilización de la mercadotecnia en la gerencia en salud, su aplicación con otras técnicas, métodos y estilos de dirección actuales a la salud pública, tanto a sus programas como servicios, contribuyendo a optimizar la organización y el mejor uso de los recursos humanos, materiales y financieros.

Contenidos esenciales:

1. Paradigmas de salud, mercadotecnia y gestión sanitaria.
2. Mercadotecnia. Conceptualización.
3. Mercadotecnia de servicios de salud.
4. Mercadotecnia social como herramienta de cambio.
5. Investigación de mercados de salud.
6. Estrategias de mercadotecnia social aplicadas a programas y servicios de salud.

Estrategia docente: el desarrollo del curso será a través de la exposición del profesor mediante cátedra formal que dé paso a la discusión de los participantes. Se hará uso de técnicas didácticas propias para la aplicación práctica de los conocimientos y desarrollo de habilidades por lo cual se propicia la participación activa de los estudiantes.

Los contenidos temáticos se complementarán en las actividades prácticas con situaciones a solucionar en diferentes escenarios, ejercicios y estudios de casos, tanto en formato digital como videos. Se desarrollarán habilidades a partir del análisis y valoración de problemas de salud que permitirán visualizar, de forma concreta, la aplicabilidad de la mercadotecnia en su enfoque social a la salud y actuarán como referenciación competitiva (*benchmarking*). También, se emplearán las modalidades de taller, panel y seminario.

Los estudiantes tendrán que elaborar, durante el desarrollo de la asignatura, un proyecto de estrategia con enfoque de mercadotecnia para dar solución a un problema de salud pública de su competencia profesional, ya sea de servicios o programas de salud, que incluya la investigación que lo fundamenta y permite evaluarlo.

Evaluación: Para la aprobación del curso es necesario que los estudiantes hayan asistido y participado activamente en las dinámicas grupales, así como la presentación de trabajos. El proceso evaluativo es sistemático y se conforma de tres elementos:

- Trabajos prácticos en grupo con asesoría directa por el profesor para comprobación de formación de habilidades.
- Examen de comprobación de conocimientos.
- Trabajo final: proyecto de estrategia con enfoque de mercadotecnia social que será presentado en forma escrita y defendido en plenaria.

A continuación se presentan dos formas organizativas de diplomados en mercadotecnia: Gestión de mercadotecnia en salud y Mercadotecnia en salud, con cursos similares, pero con sus especificidades y fundamentalmente con un trabajo de terreno que responde a los objetivos específicos de cada uno.

Diplomado: Gestión de mercadotecnia en salud

Total de horas: 300 h. De estas: lectivas: 120 h; prácticas: 180 h.

Dirigido a: gerentes y profesionales de la salud.

Perfil del egresado: el egresado estará preparado para la aplicación de la mercadotecnia como herramienta de la dirección sanitaria y estrategias de cambio, así como para proyectar, evaluar y conducir programas de mercadotecnia aplicados a las diferentes áreas de la salud. Con base a los intereses particulares presentará su trabajo de terminación del diplomado.

Objetivo general: generar nuevas competencias en los gerentes de salud que los habilite para analizar y dar solución a los problemas de salud pública mediante el empleo de la mercadotecnia como herramienta imprescindible de la dirección en las actividades sanitarias.

Objetivos específicos:

- Desarrollar habilidades para la utilización de estrategias de mercadotecnia en las actividades de dirección que les permita manejar las constantes situaciones de cambio en la organización sanitaria y su entorno, con un enfoque participativo de carácter intra- e intersectorial.
- Lograr la incorporación de la mercadotecnia a los métodos, técnicas y enfoques actualizados de dirección que posibiliten la calidad y excelencia con la consecuente satisfacción de prestadores de servicios de salud.
- Generar una cultura de garantía de calidad en salud con una orientación centrada al usuario y garantizar el derecho ciudadano a la atención y protección a la salud.
- Demostrar la importancia de la investigación para la conformación de estrategias de mercadotecnia y la evaluación de los resultados de su aplicación.
- Adiestrar en la formulación y ejecución de programas de mercadotecnia dirigidas a productos, servicios y programas de salud.

Contenido temático: el plan de estudio se encuentra conformado por materias que constituyen la formación básica en la gestión de mercadotecnia aplicada a la salud; la ejercitación facilitará el desarrollo de habilidades, lo que posibilita la formación teórico y práctica del diplomante.

El programa se conforma de los siguientes cursos:

1. Gerencia en salud.
2. Mercadotecnia y habilidades del gerente.
3. Investigación de mercados de salud.
4. Mercadotecnia empresarial.
5. Mercadotecnia social.
6. Comunicación en salud.
7. Trabajo de terminación de diplomado.

Estrategia docente: para cumplir sus objetivos, el programa se estructura en cursos, cuyo eje conductor lo constituye la vinculación de la teoría a la solución de problemas de la práctica cotidiana de la mercadotecnia como herramienta de la dirección sanitaria, que se desarrolla mediante el trabajo de terreno.

Desde el primer curso, los alumnos identificarán un problema de salud en un nivel de atención y lo trabajarán en equipos para concluir con el trabajo de terminación del diplomado que presentarán. De acuerdo a cada una de estas problemáticas seleccionadas los trabajos a presentar pueden consistir en un programa de mercadotecnia de servicios, de productos de salud o de mercadotecnia social aplicado a un programa de salud, investigación de mercados de salud o programa académico para capacitar sobre un problema o área de trabajo específica.

El trabajo práctico para el desarrollo de habilidades se realizará en equipo con el propósito de que los estudiantes ejerciten también esta capacidad y aprendan en la práctica la utilidad de realizar el trabajo de esta forma.

El diplomado se realizará de forma presencial o híbrida, con una duración de 10 semanas de docencia en frecuencias semanales y la asignación de trabajos para el desarrollo de habilidades en el tiempo no presencial, con asesoría del profesor.

Evaluación: el proceso evaluativo se realizará durante todo el proceso docente de forma sistemática e integral y se conforma de tres elementos siguientes:

- Trabajo individual o en grupo, desarrollado en las clases y con la asesoría directa por el profesor para comprobación de formación de habilidades.
- Examen de comprobación de conocimientos por curso.
- Trabajo final del diplomado por equipos o individual, según se acuerde con asesoría por el profesor.

Diplomado: Mercadotecnia en salud

Total de horas: 300 h. De estas: lectivas: 120 h; prácticas: 180 h.

Dirigido a: profesionales de la salud relacionados con la proyección y ejecución de programas de salud, promoción de salud, medicamentos, servicios, docencia, entre otros.

Perfil del egresado: el egresado del diplomado de Mercadotecnia en salud, estará preparado para proyectar, evaluar y conducir programas de mercadotecnia aplicados a las diferentes áreas de la salud, así como la docencia y asesoría en esta esfera, ya que dispondrá de la información más actualizada en este campo.

Objetivo general: dotar a gerentes y profesionales de servicios y sistemas de salud, de los conocimientos y habilidades necesarias para la aplicación de la

mercadotecnia como herramienta imprescindible de la dirección y en las actividades de salud.

Plan temático: el plan de estudio se encuentra conformado por materias que constituyen la formación básica y que serán fundamentales para el complemento de la formación teórico-práctica. Comprende los siguientes cursos:

1. Gerencia social.
2. Política y legislación sanitaria.
3. Metodología de la investigación.
4. Investigación de mercados de salud.
5. Mercadotecnia empresarial.
6. Mercadotecnia social.
7. Comunicación y movilización social.

Estrategia docente: para cumplir sus objetivos, el programa se estructura en cursos, cuyo eje conductor lo constituye la vinculación de la teoría a la solución de problemas de la práctica cotidiana en mercadotecnia de salud, que se desarrolla mediante el trabajo de terminación del diplomado.

Cada curso cumple con un objetivo específico y a su vez, está interrelacionado con otros que, una vez aprobados, conforman el programa del diplomado. Desde el primer curso, los estudiantes identificarán un problema de salud en un nivel de atención y lo trabajarán en equipos para concluir con el trabajo de terminación del diplomado que presentarán para ser evaluado. Cada estudiante identificará un tema del programa de mercadotecnia empresarial o social del cual preparará una clase que impartirá al concluir el diplomado.

La estrategia docente se basa en la combinación de conferencias magistrales, complementadas de clases prácticas y actividades científicas, que motiven al estudiante en la búsqueda constante de respuesta a distintas interrogantes de la realidad en salud, estimulando la creatividad y el desarrollo del pensamiento científico. Se incluirán conferencias adicionales al curso con base a la identificación de necesidades para la formación como docentes y asesores, las cuales serán impartidas en los tiempos previstos para el trabajo de terminación de diplomado.

El trabajo práctico para el desarrollo de habilidades se realiza en equipo, con el propósito de que los estudiantes ejerciten también esta capacidad y aprendan en la práctica la utilidad de realizar el trabajo de esta forma.

El diplomado se realizará de forma presencial o híbrida, con una duración de siete semanas.

Evaluación: el proceso evaluativo es sistemático, con examen al concluir cada curso. Se acumulan créditos que le permiten optar por el título de Diplomado en Mercadotecnia en Salud, una vez que cumpla con la aprobación de cada uno de

los cursos, los requisitos de asistencia, así como con impartir una clase y la presentación, defensa y aprobación del trabajo de terminación del diplomado.

Los talleres brindan la posibilidad de en un corto periodo de tiempo, propiciar el interés en el tema y sentar las bases para estudios de forma autodidacta o formal. Se ofrecen previos o posteriores a eventos, o se ofertan para que en cualquier momento, las personas dispongan de esa opción, rápida en el tiempo y que tiene el propósito de dar a conocer el tema y motivar en su estudio.

Taller: Mercadotecnia en salud

Total de horas: 8 h presenciales en conferencias magistrales, discusión de casos y actividades propias del taller.

Objetivo: propiciar un dominio básico de los principios de la mercadotecnia en su enfoque social y el desarrollo de habilidades para el diseño y ejecución de estrategias de aplicación a la salud pública.

Permite apropiarse de los conocimientos teórico-metodológicos esenciales que se presentarán en forma de conferencias magistrales, lo que desarrollará en los participantes habilidades para construir de manera colectiva el por qué, el para qué y el cómo de la mercadotecnia en su enfoque social aplicado a la salud, vista desde la perspectiva nacional e internacional.

Contenido temático:

1. La salud como resultado del consumo.
2. Mercadotecnia social en función de la salud.
3. Mercadotecnia social herramienta de cambio de comportamientos en salud.

Desarrollo:

- Conferencia magistral: La salud como resultado del consumo.
- Los participantes se organizarán en grupos (tres a cinco miembros) y partiendo de los elementos teóricos expuestos elaborarán una lista de los principales problemas de la salud pública. Posteriormente se reúnen para llegar a una lista única. Se empleará técnicas participativas, lluvia de ideas y de consenso.
- Conferencia magistral: Mercadotecnia social en función de la salud.
- Trabajo en grupos: los participantes se reunirán en grupos para seleccionar algunos de los problemas y plantearse los objetivos que quisieran alcanzar para solucionarlos. Seleccionarán tres problemas en los que consideren factible emplear una estrategia de mercadotecnia social para su solución.
- Conferencia magistral: Mercadotecnia social: herramienta de cambio de comportamientos en salud.
- Trabajo en grupos: los participantes trabajarán en grupos en una propuesta de estrategia de mercadotecnia social para solucionar los problemas seleccionados, la cual será presentada en plenaria.

Taller: Mercadotecnia social y proyectos de salud

Total de horas: 8 h presenciales en conferencias magistrales, discusión de casos y actividades propias del taller.

Objetivo: propiciar un dominio básico de los principios de la mercadotecnia en su enfoque social y el desarrollo de habilidades para el diseño, y ejecución en programas y proyectos de salud.

Dirigido a: profesionales o estudiantes de áreas de la salud o de áreas administrativas y docentes, que deseen mejorar sus niveles de competitividad en aplicación de la mercadotecnia en su enfoque social a programas de salud.

Contenido temático:

1. Programas y campañas de mercadotecnia social y su aplicación a la salud.
2. Plan de mercadotecnia social.

Trabajo en grupos: los participantes se reunirán en grupos para seleccionar algunos de los problemas que consideren factible emplear una estrategia de mercadotecnia social para su solución y elaboraran una propuesta de proyecto.

La formación de recursos humanos en mercadotecnia en salud en Iberoamérica

Cuando a los profesionales de la salud se les habla sobre la mercadotecnia y sus posibilidades de aplicación en la actividad sanitaria, algunos la niegan, la mayoría la desconocen, pero lo cierto es, que todos los que tienen éxito en su labor, aunque no lo sepan, de forma tal vez hasta intuitiva, emplean sus herramientas. Es que el debate de las posibilidades de utilización de la mercadotecnia en las actividades denominadas no lucrativas, es algo que la propia vida se encargó de demostrar y que hoy constituyen verdades comprobadas, como se ha podido comprobar en la lectura de los capítulos precedentes.

Todo gerente de salud que quiere obtener calidad en sus servicios tiene que considerar tanto la perspectiva del cliente como del prestador; el que quiere lograr cambios de comportamientos que tributen a la salud busca cómo hacer atractiva la idea que promueve para lograr su posicionamiento. Ni los servicios de salud logran calidad de forma espontánea, ni las personas modifican sus estilos de vida solo con programas educativos. Las creencias y mitos sobre la aplicación de la mercadotecnia a la salud carecen de argumentos, pues está demostrado que la gerencia sanitaria no se encuentra exenta de este enfoque, ni solo es posible de aplicar a servicios privados; tampoco ofrecer un servicio de salud lleva implícita la calidad.⁽¹⁾

La mercadotecnia, en su enfoque social, se rige por principios éticos y tiene una amplia gama de aplicación a la salud, como ha sido también demostrada su

efectividad en los cambios de comportamiento de la población que se requieren para lograr su bienestar. Constituye una herramienta para la actividad sanitaria, que al apropiarse de ella, permite llevar al mercado medicamentos, instrumental médico y tecnologías con un enfoque racional, ofrecer y reorientar servicios, al conciliar los objetivos y propósitos de la institución con los del usuario-paciente, para así lograr ambos fines. Tiene también una amplia gama de aplicación en la promoción de la salud y para el fomento estilos de vida saludables, diseñar y poner en marcha programas de salud, así como contribuir a solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan.⁽¹⁰⁾

La gestión sanitaria tiene que orientarse cada vez más hacia el paciente, que como usuario de sus servicios; requiere que estos respondan a sus necesidades y demandas; que se elaboren estrategias, que si bien pueden ser instrumentos de cambio para orientarlos de forma adecuada, también han de ser diferentes de acuerdo a las características de los distintos segmentos que se encuentran en la población.

El manejo empresarial de la gestión de salud, no significa en medida alguna comercializarla, ni es ese el enfoque por el que se aboga, sino ofrecer una salud pública gratuita y equitativa, con total accesibilidad, optimizando los recursos para poder atender, de forma adecuada, a toda la población que lo requiera. La cultura y la ética de la calidad, como premisas indispensables de los servicios de salud, permiten mejorar la imagen de las instituciones públicas, con trabajadores motivados y comprometidos, eliminando barreras sociales y psicológicas de accesibilidad; a la vez que una población conocedora de los mismos y de cómo mejorar su salud, permite regular la demanda, optimizar los recursos y satisfacer a los usuarios.⁽⁵⁾

Desconocer la mercadotecnia, ignorarla o mitificarla como herramienta para emplear sin fines de lucro, sería un desacierto en estos tiempos en que se aboga por lograr la salud universal y a la vez por mejorar la salud de las personas a partir de estilos de vida y comportamientos que tributen a lograrlo. Es por ello de utilidad que acompañe todo proceso que lleva en su esencia una mirada hacia la población, para lograr modificaciones y cambios en los comportamientos individuales, grupales y organizacionales y a la vez involucrar a los aliados y los actores sociales en función de obtener la respuesta social organizada que requieren las políticas públicas.

Estudios realizados en seis países de la región iberoamericana (Colombia, Cuba, México, Nicaragua, Perú y Portugal) sobre qué conocen de la mercadotecnia los profesionales y gerentes de salud y cuál es la actitud hacia su aplicación, revelan que pocos la conocen y, de ellos, la mayoría los consideran insuficientes. A la vez, la mayor parte se adhieron a argumentos positivos hacia su empleo y consideran que es aplicable a la salud.^(11,12) Las respuestas, de manera general, ponen de manifiesto una actitud favorable hacia la aplicación de la

mercadotecnia a la salud, sin grandes diferencias entre países, y su empleo en los servicios de salud resultó favorecido en relación con su enfoque social.⁽¹³⁾

Lo anteriormente expuesto, corrobora lo que también se encuentra en los trabajos presentados en eventos científicos de la temática, en las memorias, reuniones de trabajo de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS) y en la experiencia de docentes de ciencias de la salud: son pocos los conocimientos sobre la mercadotecnia y en el imaginario social de los profesionales sanitarios, prevalece la creencia que es de uso exclusivo de la gerencia empresarial, aunque también tienen información que en algunas organizaciones no gubernamentales, las que trabajan en la prevención del VIH-sida, hay experiencias exitosas con el empleo del mercadeo social.⁽¹⁴⁾

Las categorías necesidad, demanda y oferta deben guardar estrecha relación; esto significa que las necesidades puedan demandar una oferta accesible y que la satisfaga, ya sea de un bien o producto, como de un servicio básico. No disponer de información es causa de la falta de conocimientos y no tener dónde adquirirlos, lleva a una demanda insatisfecha. Es este el mundo conceptual de la mercadotecnia y también puede ser la base para analizar lo que está sucediendo con los profesionales sanitarios de países de Iberoamérica en relación precisamente con su conocimiento y aplicación.

En los estudios presentados con anterioridad, la formación académica es tres veces inferior a la autodidacta. Esto puede ser el resultado de que la oferta curricular no responde a las necesidades y demandas de los profesionales sanitarios de la región, dado que la inmensa mayoría manifestó, en todos los países, tener interés en conocer acerca de la mercadotecnia, lo que apunta también hacia la presencia de una actitud favorable hacia su utilización.⁽¹²⁾

Estos resultados hacen pensar, que es la oferta en las universidades de ciencias de la salud la que puede dar respuesta, con la diversificación de modalidades, al interés que demuestran los profesionales y gerentes de salud, ya que manifiestan sentir la necesidad de adquirir conocimientos y habilidades de mercadotecnia y que, por tanto, existe una demanda potencial, tanto de manera presencial, como de forma virtual. Los resultados de los estudios realizados por un equipo de investigaciones de Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, y la carencia de investigaciones al respecto, llevaron a continuar la búsqueda de explicación en lo que ofrecen en la actualidad las universidades de ciencias de la salud, con la que inclusive tiene convenios de colaboración, cerrando el ciclo con un estudio cuyo objetivo es identificar las ofertas de modalidades de educación académica en mercadotecnia en salud en Iberoamérica.

Así, se realizó un estudio observacional descriptivo.⁽¹³⁾ Este consistió en la aplicación de un cuestionario enviado por correo electrónico y se hizo revisión documental por Internet de las ofertas de educación académica de

mercadotecnia en salud, así como de los convenios de colaboración de RIMS con universidades y las memorias de los eventos científicos realizados del año 2002 al 2015. El universo estuvo constituido por los representantes de RIMS que se encuentran asumiendo sus funciones, miembros de la Secretaría Ejecutiva y de la Junta Directiva, así como docentes relacionados con el tema en los países de Iberoamérica en que no existe representación de RIMS o no están asumiendo sus funciones.

Se empleó un muestreo no probabilístico por criterio de conveniencia. La muestra estuvo conformada por 39 sujetos: 15 representantes de RIMS que se encuentran asumiendo sus funciones, cuatro miembros de la Secretaría Ejecutiva, cinco miembros de la Junta Directiva y 15 docentes relacionados con el tema en los países de Iberoamérica en que no existe representación de RIMS o no están asumiendo sus funciones. Se envió el cuestionario por correo electrónico a los 39 sujetos en 20 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, Nicaragua, México, Panamá, Paraguay, Portugal, Perú, Uruguay y Venezuela. Respondieron el cuestionario 25 miembros de RIMS y 10 docentes (89,74 %) de 17 países de Iberoamérica, entre el 1ero. de octubre y el 10 de noviembre de 2015. Solo no se obtuvo información de Bolivia, El Salvador y Venezuela, que representa el 15 % de los países de la región, aunque de los 20 países se obtuvo información por las otras técnicas empleadas.

Las variables a las que se les dio respuesta mediante un cuestionario con preguntas cerradas dicotómicas y de alternativas múltiples, así como otras abiertas fueron: país, oferta de educación académica en mercadotecnia en salud, razones por las que no se oferta, modalidad y docentes formados. La información fue resumida por países, en frecuencias absolutas y porcentajes. Los principales resultados obtenidos muestran que de los 17 países que respondieron la encuesta, en el 88,23 % se realiza la oferta de alguna modalidad de mercadotecnia aplicada a la salud. Costa Rica y Guatemala declaran que no tienen.

La “falta de comprensión de la necesidad de ofertar diversas modalidades para formar profesionales y gerentes de salud en mercadotecnia”, se declaró por los encuestados como la principal razón de su no presencia en la educación académica en ciencias de la salud. Las modalidades que más se ofertan son: asignatura de maestría (24,39 %), cursos (19,5 %) y diplomados (17,07 %). Como asignatura de especialidad y taller (12,19 %), siendo las más bajas proporciones (7,31 %), las de entrenamientos y maestría específica en el tema (tabla 7).

Tabla 7. Oferta de mercadotecnia en salud según modalidad académica

Forma organizativa	Frecuencia	Porcentaje (%)
Curso	8	19,5
Diplomado	7	17,07
Maestría	3	7,31
Asignatura de maestría	10	24,39
Asignatura de especialidad	5	12,19
Taller	5	12,19
Entrenamiento	3	7,31

Cuando se analizan las diferentes ofertas que se realizan en los países, tanto las que ofrecen los encuestados como la revisión por Internet, se encuentra que es México el que ofrece todas las formas organizativas, siguiendo en orden Cuba, Colombia y Perú, con cinco formas organizativas; Brasil reporta cuatro de las opciones. Como maestría específica se declaran solo en México, la Maestría en comunicación y mercadotecnia en salud, por la Universidad del Valle, y la Maestría en comunicación y mercadotecnia en salud, de la Universidad Libre en Cali, Colombia.

La mayor frecuencia de ofertas se encuentra en cursos de maestrías en Cuba, Chile, Ecuador, España, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Portugal, seguida de cursos específicos en la temática (tabla 8).

Tabla 8. Oferta de cursos de maestría en mercadotecnia en salud según país y modalidad académica

País	Cur	Dip	Mae	ACM	AE	Taller	Total
Argentina	x	x					2
Bolivia				x			1
Brasil	x	x				x	3
Colombia	x	x	x	x	x		5
Chile		x		x			2
Costa Rica							
Cuba	x	x		x	x	x	5
Ecuador				x			1
El Salvador							
España	x		x			x	3
Guatemala							
Honduras							
Nicaragua				x			1
México	x	x	x	x	x	x	6

Panamá	x			x		x	3
Paraguay							
Portugal			x	x	x		3
Perú	x	x		x	x	x	5
Uruguay							
Venezuela				x			1
Total	8	7	4*	11*	5	6*	41
Porcentaje (%)	19,5	17,07	9,75	26,82	12,19	14,63	100

Legenda: Cur: curso; Dip: diplomado; Mae: maestría; ACM: asignatura de curso de maestría; AE: asignatura de especialidad.

*Se incluye información de la encuesta, la autora y revisión por Internet.

En la revisión de la información por Internet se encuentra, además, la presencia de ofertas variadas de agencias privadas comerciales en mercadotecnia comercial en salud para el sector privado, lo que no sucede en igual magnitud con las que se ofertan para el sector público y para la promoción de salud, aunque se identificaron algunas que no fueron reportadas por los encuestados.

Referente a la presencia de docentes, Guatemala y Uruguay, son los países que reportan que no tienen profesores preparados en la temática. De manera general, en los países de la región, el 88,23 % informa contar con docentes en mercadotecnia en salud.

Disponer de información sobre los conocimientos de la mercadotecnia y su aplicación a la salud, el interés y una actitud favorable a conocerla y aplicarla, de los estudios anteriores,⁽⁹⁾ permitieron identificar la correspondencia entre las necesidades sentidas, la demanda potencial y la oferta de formas organizativas, para darle respuesta a ambas, en los países de Iberoamérica, que es el área de acción de RIMS. Esto es útil para saber qué hacer y poder estrechar la brecha con la realidad, lo que está entre los propósitos de RIMS de promover el conocimiento, estudio y divulgación de la mercadotecnia en salud y de colaborar con los estados, gobiernos, universidades e instituciones afines de Iberoamérica en el desarrollo científico, tecnológico y social de la mercadotecnia en salud.⁽¹⁵⁾

Una valoración integral de la oferta declarada por los encuestados y la información que aparece en las páginas web de las universidades de ciencias de la salud de sus respectivos países, pone de manifiesto que no todos los representantes de RIMS y docentes, conocen lo que ofertan los centros de formación de pregrado y posgrado de su país en esas temáticas y se circunscriben a las instituciones a las que pertenecen o con la que tienen mayor relación. Lo anterior hace pensar que los resultados pueden tener sub registro, cuando la información tampoco se encontraba disponible en la web. También pone de manifiesto la necesidad de que se realice una buena difusión de

información y gestión del conocimiento para extender la formación de profesionales sanitarios y de docentes en la temática.

Resulta una opción interesante, que las universidades de ciencias de la salud, incorporen a sus diversas formas organizativas de formación posgraduada, en perfiles de salud pública, la mercadotecnia aplicada a la salud; lo anterior se justifica dada la importancia que tiene que sean los profesionales sanitarios los que amplíen su formación profesional en esta área del conocimiento, para que puedan contribuir al posicionamiento de esta como una ciencia que contribuye a la gestión sanitaria en los tiempos actuales.

Si bien no se obtuvo información de Bolivia y Venezuela, dado que en estos países no hay representantes de RIMS, las personas a las que se les envió la encuesta no la respondieron y en la revisión de las páginas web de las universidades no aparecen ofertas; sin embargo, la autora conoce que a inicios del presente siglo, se realizó un proceso de formación con una Maestría de Salud Pública en la Universidad “Juan Misael Saracho” de Tarija, Bolivia, en la que personalmente participara como docente, donde se incluía el curso de Mercadotecnia en salud y en la que se formaron profesionales de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Tarija. También, en la Caja de Seguro Social había especialistas que manejaban el mercadeo social del condón, específicamente en proyectos financiados por la ONG norteamericana Population Service International. Algo similar ocurre en Venezuela, país del que tampoco se pudo obtener información en el presente estudio.

En España, no se obtuvo información de la Escuela Andaluza de Salud Pública, institución que fue precursora en la educación académica en mercadotecnia aplicada a la salud y donde se identifican publicaciones en el tema por los docentes de esta. Aunque en los resultados se revela que no hay suficientes profesionales formados en mercadotecnia en salud que permita sustentar una oferta académica en esa disciplina, los que actualmente están fungiendo como tales, pueden generar un proceso de formación de capacidades en cascada en un breve periodo de tiempo, ya que disponen de programas y material bibliográfico para hacerlo.

Las opciones de cursos en línea, que abundan para la preparación en mercadotecnia comercial, no son utilizadas en la formación de la mercadotecnia en salud con enfoque social, constituyendo una alternativa interesante para acometer con los profesionales mejor preparados con que se cuenta en la región.

Es importante estrechar vínculos de intercambio con instituciones de Estados Unidos, ya que el Centers for Disease Control and Prevention (CDC), de Atlanta, Georgia y American Cancer Society (ACS) tienen experiencia docente en la temática de tabaquismo aplicando la mercadotecnia con enfoque social^(16,17) lo que puede constituir un importante referente para estrechar las brechas que aún quedan en la región.

Resulta interesante profundizar en el conocimiento de los programas que se ofertan en las diferentes formas organizativas, para analizar las similitudes y diferencias, los contenidos de estos y la bibliografía empleada, así como la experiencia en cuanto al posicionamiento de la mercadotecnia como herramienta en las diferentes aristas de la actividad sanitaria. La carencia de investigaciones en este campo limita la posibilidad de comparación de la información obtenida en el presente estudio y la convierte en un referente, que unida a los estudios realizados por el equipo de investigaciones de RIMS facilita la comprensión de las causas del insuficiente posicionamiento de la mercadotecnia en Iberoamérica, mostrando diferencias en algunos países.

El estudio realizado permitió concluir, que resulta insuficiente la oferta de educación académica en mercadotecnia en salud y la falta de difusión de las existentes, es un denominador común en Iberoamérica. Lo anterior se une a la no comprensión en el sector público de la necesidad de formar los profesionales sanitarios en mercadotecnia, para disponer de esta tecnología y accionar en la solución de los principales problemas de salud pública que se presentan en sus países.

Es importante y necesario investigar desde la perspectiva local, para identificar las brechas y sus causas, para la mayor utilización de la mercadotecnia y poder trazar estrategias en función de la formación académica de los profesionales de salud, de acuerdo a las características particulares de cada contexto. También lo es, difundir los resultados de aplicación de la mercadotecnia a la actividad sanitaria en revistas y eventos científicos de salud pública, ofrecer más información en la página web de RIMS y comercializar a precios diferenciados de promoción, los libros producidos por sus miembros. Estas opciones, constituyen alternativas importantes para darle visibilidad a la mercadotecnia y su utilidad, contribuyendo de esta forma a su posicionamiento en el ámbito no lucrativo de la salud.

Consideraciones finales

No es usual presentar en un libro los programas de formación académica en una materia determinada, no obstante, es interesante poder socializar el conocimiento en esta dirección, dado que la mercadotecnia aplicada a la salud es ciencia de corta historia y en la medida en que se conozca y se despierten necesidades de formación académica será necesario ampliar la oferta de diferentes formas organizativas, incluyendo la virtual, a la que resulta posible llevar cualesquiera de las que se presentan.

Disponer de programas, permite a los interesados en la docencia, contar con una base teórica avalada por la investigación y por la puesta a prueba en la

práctica de la formación académica de que dispone la Escuela Nacional de Salud Pública, al haber ofrecido estos programas en su sede en Cuba y en otros países de la región. Al público en general le permite obtener conocimientos sobre la temática. A la vez, el intercambio que puede producirse a partir de la publicación de los programas, es sin lugar a dudas, otra forma más de continuar en su perfeccionamiento.

Como puede observarse, la estrategia docente y la forma de evaluación es similar en todas las modalidades, porque responde a la concepción de formación basada en competencias, aprender haciendo y por aproximación, con discusiones colectivas e intercambio entre docente y estudiantes y entre estudiantes, así como la actividad práctica en la solución de problemas que pueden tener solución mediante la aplicación de la mercadotecnia. Los ejercicios y estudios de caso que acompañan el programa de formación y adiestramiento se complementan con el trabajo de terreno, que en los cursos cortos se limita a un trabajo referativo sobre una problemática de interés del estudiante, y en los cursos de diplomados y maestrías se vincula al objetivo.

En los diplomados de mercadotecnia el rigor es superior, porque es donde se está trabajando en la formación de docentes y asesores, o capacitando para el empleo de estrategias de mercadotecnia. En estos casos, el trabajo de terreno y a la vez la esencia de la evaluación, recae en la presentación y defensa de un trabajo individual que permita valorar el saber y saber hacer, en correspondencia con los objetivos trazados para cada forma organizativa.

Aunque todo proceso formativo debe estar en constante construcción y que los programas deben tener la flexibilidad de adaptarse a cada momento y las peculiaridades del entorno en que se desarrolla, los que se presentan tienen la maduración suficiente para ser aplicados en la formación posgraduada de recursos humanos en salud en Cuba y en otros países y de su implementación se derivarán las requeridas modificaciones para su permanente perfeccionamiento.

La no comprensión del valor de la mercadotecnia como herramienta gerencial en salud, también parece ser la causa de su no introducción en otras formas organizativas de la formación académica en la magnitud que se requiere y con las potencialidades que existen para hacerlo.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Marketing y salud: una perspectiva teórico- práctica. Colombia: CATORSE; 2004.
2. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. Revista Cubana Salud Pública. 2015;41(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662015000500010&script=sci_arttext&tlng=pt

3. García MAJ, et al. Consumo de medicamentos y su medición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2015; p106-106. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3648915>
4. Priego ÁHR. Evolución de la mercadotecnia aplicada a la salud. En: Priego ÁHR, Remoaldo P, editores. Mercadotecnia social en salud. México & Portugal: Colección Julián Mazurocana. Vida y salud social, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco & Universidad de Minho; 2012. p. 127.
5. Suárez LN, et al. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Revista Cubana de Salud Pública. 2002; 28(2):201-223. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662002000200008&script=sci_arttext
6. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
7. Suárez LN. Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34(1):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100013&script=sci_arttext
8. Pereda MS, et al. Técnicas de gestión de recursos humanos por competencias. 3ª. ed. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramon Areces SA; 2021.
9. Priego ÁHR, Suárez LN. Córdova HJA, Marketing salutogénico. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, Universidad Antonio Nariño. Colección "Julian Manzur Ocaña", Vida y Salud Social; 2021. Disponible en: https://rims.org.mx/wp-content/uploads/2022/02/Marketing_Salutogenico_final.pdf
10. Suárez LN. Mercadeo social como herramienta en función de la salud sexual en Cuba. Revista Cubana Salud Pública. 2013;39(1):950-60. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000500013
11. Suárez LN, et al. Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. Revista Cubana Salud Pública. 2015;42(1). Disponible en:
12. Suárez LN, et al. Actitud hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. Revista Horizonte Sanitario. 2016;15(1):8-18. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v42n1/spu12116.pdf>
13. Academic education in health marketing in Ibero-America. Revista Horizonte Sanitario. 2017; 16 (1): 8-14.
14. Suárez LN. Comunicación en estrategias de mercadeo social del condón masculino para la prevención del VIH/Sida en Cuba. Revista Comunicación y Salud. 2014;4:69-83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4956182>
15. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud: Testimonio Notarial, Tabasco, México: RIMS; noviembre 2011.
16. Kosir M, Gutierrez K. Globally lessons learned: Secondhand smoke mass media campaigns. United States: Global Dialogue for Effective Stop Smoking, Campaigns & Centers for Disease Control and Prevention; 2009.
17. Gutierrez K, Newcombe R y Globally lessons learned: Tobacco control digital media campaigns. United States: Global Dialogue for Effective Stop-Smoking, Campaigns & Centers for Disease Control and Prevention, 2012.

Conocimientos, actitudes y aplicación de la mercadotecnia a la salud

La mercadotecnia, en su enfoque social, constituye una herramienta con una amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria que ha tomado auge en los últimos años a nivel mundial, por su contribución para solucionar los distintos problemas de salud pública que se generan y tiende a incrementarse su incorporación en diferentes campos del quehacer humano.⁽¹⁾

Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud

La Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS) fue creada en el año 2001 como entidad no gubernamental, de carácter público y de derecho internacional. Tiene entre sus principales fines la cooperación con los estados, gobiernos, universidades e instituciones afines de Iberoamérica, en el desarrollo científico, tecnológico y social de la mercadotecnia y gerencia sanitaria.⁽²⁾ Mantiene relaciones de intercambio entre los países miembros, dispone de una página web para facilitar la difusión de información y organiza eventos locales e internacionales con el propósito de lograr la integración de todos los que en Iberoamérica tienen este eje común.

La aplicación de la mercadotecnia en la esfera de la salud en Iberoamérica, tanto en el cambio de comportamientos como en la esfera de los servicios y la realización de investigaciones para la proyección y evaluación de estrategias, programas, proyectos y campañas, ha permitido también el enriquecimiento teórico y disponer de resultados para extraer enseñanzas, compartir las experiencias exitosas, con el aporte de los profesionales vinculados a la temática desde la academia y los servicios. Sin embargo, los estudiosos del tema han podido constatar la dificultad de la difusión de modalidades académicas para su formación y más aún, el rechazo en unos casos y la indiferencia en mayor medida, a que se incluya en la malla curricular de maestrías de perfil de salud pública, incluso en cursos y diplomados.⁽³⁾

Estudio multicéntrico sobre la mercadotecnia en Iberoamérica

Realizar un estudio^(4,5) en los países miembros de RIMS, con sus propios recursos humanos y materiales, permitió obtener un diagnóstico de los conocimientos de los actores sociales, sobre la aplicación de la mercadotecnia en función de la producción social de la salud, sus actitudes al respecto, y el empleo de esta en programas y servicios de salud, para así disponer de información y elaborar una estrategia al respecto, bien fundamentada. Los resultados obtenidos constituyen un perfil de base para identificar avances y necesidades prioritarias, fortalecer las líneas estratégicas de actuación de la mercadotecnia en función de la salud y a la vez crear redes académicas nacionales e internacionales en mercadotecnia en salud.

El objetivo general para la investigación fue: caracterizar la aplicación de la mercadotecnia en países miembros de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- a) Identificar los conocimientos sobre mercadotecnia de profesionales y gerentes de salud.
- b) Identificar la actitud hacia la utilización de la mercadotecnia de profesionales y gerentes de salud.
- c) Describir la aplicación de la mercadotecnia en los países estudiados.

Se empleó una metodología sencilla, que sin apartarse del rigor científico, permitiera disponer de datos confiables, homogéneos y comparables. Fue un estudio observacional descriptivo, con el diseño de un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP). Se utilizaron métodos teóricos como la revisión bibliográfica y el analítico sintético y los empíricos tales como, cuestionario y escala de actitudes.

La investigación se complementó con la construcción de una matriz DAFO, grupos focales, consulta a expertos y entrevistas a informantes clave, con el propósito de triangular la información y dar mayor solidez a los resultados que se obtuvieron con el diseño CAP. La estadística descriptiva se utilizó en el procesamiento y análisis de la información que se obtuvo a través de los cuestionarios, resumiéndola en tablas y empleando indicadores de porcentajes para la interpretación de sus resultados, que permiten ser comparados entre países, al emplear igual metodología e instrumentos.

La captura de datos se realizó con instrumentos que fueron utilizados y validados en el estudio realizado en el año 2004, en Cuba y México⁽⁶⁾, y que son los siguientes: cuestionario de autorregistro sobre conocimiento, actitudes y prácticas, y escala para evaluar actitud hacia la mercadotecnia. En algunos casos

se modificaron algunas preguntas para adaptarlas al vocabulario de cada contexto; en el caso de Portugal se realizó la traducción al idioma portugués.

La fiabilidad de la escala de actitudes se determinó en un estudio anterior, mediante el Alfa de Cronbach o Modelo de las dos mitades, que permitió determinar el grado en que los elementos de la escala se relacionan entre sí, obtener un índice global de la replicabilidad y la consistencia interna de la escala en su conjunto; se identificaron los elementos que resultaron con dificultad, los que fueron excluidos de la escala, por lo que la fiabilidad de su aplicación está sustentada en los datos.⁽⁷⁾

Para garantizar la validez interna en lo referente a la captura de la información, todos los investigadores de los países se ajustaron a la metodología propuesta, con el propósito de homogeneizar, en gran medida, la toma de información y eliminar al máximo los sesgos que puedan introducirse por la variabilidad en la forma de recoger la información.

La población estudiada estuvo constituida por los gerentes, funcionarios, docentes y profesionales de salud de Colombia, Cuba, México, Nicaragua, Perú y Portugal.

Las unidades de observación fueron los gerentes, funcionarios, docentes y profesionales de salud de los referidos países conformada de la forma siguiente:

- 1300 profesionales de servicios públicos y privados, docentes, investigadores, administrativos y estudiantes de maestrías.
- De ambos sexos y edades desde 25 hasta más de 50 años.
- Egresados de diversas disciplinas: medicina, odontología, enfermería, psicología, biología, nutrición, tecnología.
- Especialistas, másteres y doctores en ciencia.

En el estudio se consideran las variables: sociodemográficas (edad, sexo, profesión, experiencia laboral, ocupación, nivel en la estructura), cultura de mercadotecnia (ideas, creencias, actitudes, valores), conocimientos de mercadotecnia (información sobre mercadotecnia: creída y real), necesidades de información, preparación y desarrollo de habilidades, actitudes hacia la mercadotecnia y la aplicación a la dirección sanitaria, utilización de la mercadotecnia como herramienta, costes de adopción de la mercadotecnia y fuerzas actuantes (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades), las cuales están definidas e identificados operacionalmente por un conjunto de indicadores.

Las actitudes se midieron de manera general, a partir de la opinión, con el cuestionario y de manera particular por el grado de aceptación, con la Escala de actitudes sobre la mercadotecnia, tipo Likert y de 37 ítems.

La recopilación de información en el trabajo de campo, tanto con métodos cuantitativos como cualitativos, fue realizada y detallada en los informes de cada uno de los países, permitiendo constatar que tenía la menor variabilidad y

sesgos. Igual se procedió para el procesamiento de la información de forma computacional, empleando igual modelo para entrada de datos y relación entre las variables. Se procesaron, de forma independiente, cada una de las técnicas empleadas para su posterior análisis, sobre la base de la triangulación de los resultados obtenidos en cada una de ellas. La información cuantitativa se presentó en tablas o gráficos.

La información cualitativa fue procesada mediante el análisis del discurso, para encontrar explicación a los resultados obtenidos de la información cuantitativa, permitiendo emitir juicios de valor y comparaciones con relación a los resultados obtenidos de forma cuantitativa y entre países.

Se tuvieron en cuenta como principios éticos, el respeto a la voluntariedad para participar en la investigación, así como la confidencialidad y el anonimato de los informantes. A cada sujeto que participó en el estudio se le solicitó su consentimiento después de explicarle el propósito del estudio y la razón de su participación.

Resultados generales

Se encuestaron en los seis países a 908 profesionales en servicios públicos y privados; docentes, investigadores, administrativos y estudiantes de maestrías; mujeres y hombres con edades que varían desde los 25 hasta más de 50 años; egresados de medicina, odontología, biología, enfermería, psicología, nutrición, tecnología, entre otras disciplinas; especialistas, másteres y doctores en ciencias.

En el análisis e interpretación de los resultados —que se muestran en frecuencias absolutas y relativas en cinco tablas —debe tomarse en cuenta las particularidades que caracterizan a los sujetos encuestados en cada uno de los países.

Predomina el sexo femenino, siendo los mayores porcentajes en Colombia, Portugal y Perú. El grupo de edad de mayor frecuencia es entre 31 y 50 años, con excepción de Colombia, donde se encuentra en los menores de 30 años. Se desempeñan en el trabajo asistencial y de docencia, con más de 10 años. En Colombia, Cuba y Nicaragua la mayoría son médicos; en Perú y Portugal enfermeros. Hay muy poca presencia de odontólogos. La totalidad de los encuestados de Colombia y Nicaragua y el 60 % de los de Perú, en el momento de la encuesta, se encontraban realizando estudios de maestría. En Cuba, México y Portugal se encontraban en su actividad laboral.

Una cifra importante de doctores en ciencias se encontró en Portugal (37 %), mientras que en los demás países no supera el 2 % y docentes y especialistas se encuentran en proporciones muy similares en todos los países.

Conocimientos sobre mercadotecnia

En los países encuestados, el 66 % afirma conocer la mercadotecnia, este porcentaje varía por país. La cifra más alta se presenta en Portugal (98 %) donde la mayoría de los entrevistados son docentes y doctores en ciencias y Perú (91 %), donde se entrevistaron docentes de una escuela de enfermería y alumnos de una maestría en Gestión de los Servicios de la Salud; mientras que en los porcentajes más bajos de conocimiento se encuentran Colombia con 31 %, donde participaron estudiantes que estaban iniciando maestrías (Administración en Salud o Gerencia de Servicios de Salud), o Cuba con 36 %, donde la mitad de los encuestados son docentes (tabla 9). Lo anterior lleva a afirmar que, a excepción de dos países, la mercadotecnia sí es conocida por la mayoría de los entrevistados.

Tabla 9. Conocimientos sobre mercadotecnia según país

País		Si	No	Total
Colombia	F	15	33	48
	%	31	69	100
Cuba	F	41	73	114
	%	36	64	100
México	F	210	173	383
	%	55	45	100
Nicaragua	F	18	11	29
	%	62	38	100
Perú	F	182	18	200
	%	91	9	100
Portugal	F	131	3	134
	%	98	2	100
Total	F	597	311	908
	%	66	34	100

Cuando autoevalúan sus conocimientos de mercadotecnia, no en todos los países lo han hecho de igual forma. El 10 % de los encuestados –de Colombia, Cuba, Nicaragua y Perú– los califican como suficientes y 70 % insuficientes. Donde principalmente se consideran insuficientes es en Perú (90 %) y en

Colombia (83 %). En este grupo llama la atención el porcentaje de “no respuesta” de Cuba (59 %), lo que hace pensar en la dificultad para evaluarse al respecto.

En México y Portugal, los conocimientos de mercadotecnia fueron evaluados con una escala distinta. Mientras, en México el 70 % los consideró básicos, 24 % intermedios y 6 % avanzados; en Portugal las cifras fueron: 68 %, 27 % y 2 %, respectivamente.

Al indagar sobre la forma en que los encuestados adquieren los conocimientos de mercadotecnia, la mayor parte (31 %), señaló que mediante conferencias; de manera autodidacta el 20 % y 14 % en eventos científicos. El 23 % del total adquieren los conocimientos de manera curricular. Al comparar estos resultados (65 % vs 23 %), se puede observar que es tres veces inferior la formación académica que la relacionada con el interés personal por el tema (tabla 10). Aunque en estos datos podría encontrarse que, quienes han recibido formación académica, a la vez han asistido a eventos, conferencias y se han superado de manera autodidacta, ya que no se dispone de esta información.

Tabla 10. Modalidad de adquirir conocimientos de mercadotecnia según país

	Colombia		Cuba		México **		Nicaragua		Perú		Portugal		Total*	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Conferencias	4	20	6	5	64	20	5	15	190	65	30	15	299	3
Autodidacta	4	20	24	21	56	18	15	46	2	-	98	48	199	20
Evento científico	3	15	10	9	14	5	5	15	80	27	25	12	137	14
Cursos presenciales	2	10	13	12	57	18	2	6	-	-	12	6	86	9
Asignatura maestría	4	20	-	-	47	15	3	9	10	4	19	9	83	9
Diplomado pregrado	0	0	7	6	25	8	2	6	-	-	9	4	43	4
Cursos en línea	0	0	-	-	10	3	1	3	-	-	2	1	13	1
Otros	3	15	-	-	40	13	-	-	10	4	9	45	62	6
No respuesta	0	0	54	47	-	-	-	-	-	-	-	-	54	6
Total	20	100	144	100	313	100	33	100	292	100	204	100	976	100

* El total de respuesta es mayor a la muestra porque algunos entrevistados han referido asistir a más de una modalidad.

** En México, la modalidad de “otros” incluye: asignatura en la licenciatura (24 tienen licenciatura en económico-administrativas) o en el bachillerato y experiencia laboral.

Necesidades de información, preparación y desarrollo de habilidades

A pesar de las carencias que los encuestados refieren en cuanto a información y destrezas relacionadas con la mercadotecnia, la inmensa mayoría (84 %) manifestó, en todos los países, estar interesado en conocer acerca de la mercadotecnia. Es una tendencia general, que alcanza 99 % en Perú, 92 % en Cuba, 89 % en Nicaragua, 79 % en Portugal, 78 % en México y 63 % en Colombia (tabla 11).

Tabla 11. Interés en conocer sobre mercadotecnia según país

	Colombia		Cuba		México		Nicaragua		Perú		Portugal		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Si	30	63	108	92	300	78	24	89	198	99	106	79	766	30
No	1	2	6	5	83	22	3	11	2	1	26	19	121	1
No respuesta	17	35	3	3	-	-	-	-	-	-	2	2	22	17
Total	48	100	117	100	383	100	27	100	200	100	134	100	909	48

La forma en que, a los encuestados, independientemente del país, les interesa conocer de mercadotecnia, en la mitad de los casos (50 %) es a través de cursos cortos; que en el caso de Portugal alcanza el 94 %, seguida de Perú con 62 % y Cuba el 49 %. En general, uno de cada cuatro encuestados prefiere los diplomados (24 %); y el 18 % señaló que podría ser a través de alguna asignatura o curso en diplomado o en maestría. Estos resultados sirven de base para la diversificación de ofertas de formación de los profesionales y gerentes de salud.

La forma más adecuada para recibir conocimientos sobre Mercadotecnia en salud para la mayoría de los encuestados (56 %) es la presencial; mientras que el 23 % prefiere que sea de manera semipresencial y 12 % de forma virtual. El hecho de que solo el 2 % señaló que puede conocer de manera autodidacta, sugiere la necesidad de que las universidades tomen en consideración el interés planteado por asistir a las aulas o pensar en la posibilidad de que la universidad imparta sus programas en las instituciones de salud públicas o privadas.

Una amplia mayoría (91 %) manifestó que quiere recibir información digitalizada sobre mercadotecnia en salud, lo que muestra la necesidad de difundir la página web de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud en los países, así como en los boletines que elabora la propia entidad. Colombia y Perú (100 % cada uno), seguido de México con el 91 %, son los que muestran

mayor interés. Dada la dificultad para acceder a la web, en el momento en que se realizó el estudio en un municipio de Cuba, esta pregunta no fue incluida en el cuestionario.

En términos generales, se puede observar que, en todos los países estudiados, los conocimientos en esta disciplina no son los que se deberían poseer, ya sea porque se consideran insuficientes o básicos. La falta de conocimientos del manejo de la mercadotecnia como estrategia de venta de productos y servicios de salud, es denominador común en una parte importante de los trabajadores sanitarios.^(8,9) Los directivos y profesionales de la salud pública necesitan poseer conocimientos de diversas ciencias y disciplinas para darle respuesta y el enfoque educativo.⁽¹⁰⁻¹³⁾

Los especialistas y directivos sanitarios desconocen las potencialidades que ofrece esta disciplina, puesto que no radica en la comercialización de la salud sino fundamentalmente en la optimización de los recursos en función de la calidad de los productos y servicios, la satisfacción del paciente y la obtención de mejores resultados de sus programas y por consiguiente en la salud de la población.⁽¹⁴⁾ Los resultados concuerdan con un estudio realizado en Venezuela, en el que se resaltó que la mercadotecnia es escasamente conocida por los profesionales de las diferentes ciencias de la salud, lo que requiere su incorporación a los diferentes programas de formación académica.⁽¹⁵⁾

Dado que el conocimiento acerca de la mercadotecnia es una autoevaluación y, por lo tanto, tiene una carga importante de subjetividad, será importante comparar posteriormente estos resultados con las preguntas que, de modo indirecto, valoran el conocimiento y se aproximan más a la realidad. Como se ha podido observar, al comparar lo que se ha denominado conocimiento creído con el conocimiento real, sustentado en la forma en que estos se adquieren, aunque solo constituye una aproximación mayor, se puede observar que es muy bajo el porcentaje de quienes han adquirido el conocimiento de la mercadotecnia por la vía académica y que es valorado por ellos mismos como insuficiente o básico.

Esta valoración, ratifica la importancia de que las universidades de la región, en las que se imparten ciencias de la salud y de la administración, pongan énfasis en ampliar y diversificar la oferta para la formación y actualización de los profesionales en esta disciplina. Los resultados obtenidos con relación a las necesidades de información, preparación y desarrollo de habilidades en mercadotecnia y el interés demostrado en satisfacerlas, es interesante, ya que se puede considerar la presencia de una demanda importante a las ofertas que desde la academia puedan realizarse.

Actitud hacia la utilización de la mercadotecnia

El interés en conocer acerca de la mercadotecnia apunta hacia la presencia de una actitud favorable hacia su utilización. Al explorar los motivos de ese interés en los países, se encuentran algunas formas diferentes de clasificar la información y las frecuencias se dispersan en las categorías de manera general, además de que se permitieron todas las respuestas que consideraba el encuestado. Las que obtuvieron el mayor porcentajes fueron “la Mercadotecnia es útil en la esfera de la salud” con 14 %, “optimiza los recursos” con 11 % y “aumenta la eficacia y la eficiencia” con 10 % (tabla 12).

Tabla 12. Motivo por el que les interesa conocer la mercadotecnia según país

	Colombia		Cuba		México		Nicara- gua		Perú		Portugal		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Útil en la esfera de la salud	25	11	73	16	206	14	14	14	-	-	72	14	390	14
Optimiza recursos	10	4	30	7	106	7	8	6	138	70	46	9	338	11
Aumenta la eficacia y la eficiencia	40	17	44	10	132	9	12	11	-	-	61	11	289	10
Es benéfica en el orden económico	40	1	33	7	109	8	10	8	-	-	39	7	231	8
Facilita obtener resultados	16	7	49	11	102	7	9	7	-	-	46	9	222	8
Permite tener en cuenta al usuario	8	4	25	6	123	9	7	6	-	-	47	9	210	7
Ayuda en el trabajo que realizo	6	3	32	7	111	8	9	6	-	-	34	6	192	6
Desarrolla habilidades	4	2	-	-	119	8	8	6	-	-	52	10	183	6
Mejora el desempeño	4	2	-	-	114	8	7	6	-	-	44	8	169	6
Es un conocimiento o más	24	11	53	12	96	7	8	6	-	-	6	1	187	6
Ofrece una perspectiva de trabajo innovadora	2	1	-	-	85	6	9	6	-	-	59	11	155	5
Herramienta	10	4	50	11	-	-	17	13	60	30	-	0	137	5
Facilita el trabajo con el personal	4	2	25	6	79	6	4	3	-	-	21	4	133	4

Es algo novedoso (está de moda)	35	15	31	7	40	3	3	2	-	-	5	1	114	4
Otra	0	0	-	-	5	-	-	-	-	-	2	0	7	0
Total **	228	100	445	100	1427	100	125	100	198	100	534	100	2957	100

*Perú clasificó solo en dos categorías.

**El total obedece a que los entrevistadores dieron múltiples motivos por los que les interesa conocer la mercadotecnia.

En estudios posteriores, sería recomendable la agrupación de variables y la ponderación de las mismas. Sin embargo, los resultados muestran que el interés se centra en apropiarse de una herramienta para emplearla en la gestión o el trabajo como profesional de salud, tal como lo presenta Perú. Aproximadamente uno de cada diez encuestados (13 %) manifestó no tener interés en conocer sobre mercadotecnia. Las causas también son múltiples y se encuentran dispersas; la principal es por el desconocimiento (33 %), 15 % considera que no ayuda al trabajo y un porcentaje igual que no es aplicable a la esfera de la salud.

Los porcentajes más altos que argumentan desconocimiento se encuentran en Cuba (67 %) y Colombia (52 %); mientras que en Portugal se concentra el 42 % que considera que no ayuda al trabajo. De manera general, independientemente del país y de la actitud del encuestado (favorable o no a la mercadotecnia) la mayoría (78 %), considera que es aplicable a la salud. La totalidad de la población encuestada en Perú respondió afirmativamente a su aplicabilidad, le siguió Nicaragua con el 83 % y el menor porcentaje (53 %) correspondió a Colombia (tabla 13).

Tabla 13. Aplicabilidad de la mercadotecnia a la salud según país

	Colombia		Cuba		México		Nicaragua		Perú		Portugal		Total	
	F	%	F	%	F*	%	F	%	F	%	F*	%	F	%
Sí	16	53	77	66	153	73	24	83	200	100	92	70	562	78
No totalmente	10	33	11	9	50	24	2	7	-	-	32	24	105	15
No	0	0	26	22	2	1			-	-	2	2	30	4
No sé	2	7			5	2	3	10	-	-	1	1	11	2
No respondió	2	7	3	3							4	3	9	1
Total	30	100	117	100	210	100	29	100	200	100	131	100	717	100

* El total obedece a que solo respondieron los que afirmaron conocer la mercadotecnia.

La escala de actitudes no fue aplicada en Cuba, se refiere solo a datos de cinco países. En la escala se encontró, que el factor I “mercadotecnia y éxito” fue el que obtuvo los valores en la escala más favorables; hecho que tiene relación con los obtenidos en el cuestionario que medía la actitud mediante la opinión, en la que la categoría que obtuvo los mayores porcentajes se refiere a “aumentar la eficacia y la eficiencia”.

El ítem “La mercadotecnia es mejor usarla en empresas privadas que públicas”, que denota una actitud favorable hacia su empleo en las instituciones de salud no privadas, concuerda con la respuesta en la encuesta, en que “la mercadotecnia es útil en la esfera de la salud” y que la mayoría (78 %), considera que es aplicable a la salud. De manera particular, la totalidad de la población encuestada en Perú respondió afirmativamente a su aplicabilidad, le siguió Nicaragua con el 83 % y el menor porcentaje (53 %) correspondió a Colombia. Esta información es también coincidente con el estudio realizado en Cuba en el año 2004.⁽⁶⁾

Si bien, en una investigación realizada en Colombia concuerda en que “la mercadotecnia es una herramienta útil para la promoción, educación y comunicación en salud” y “mejora las prácticas saludables de la población”, en el presente estudio, no resultó relevante el papel que se le concede a la mercadotecnia en estas aéreas de trabajo.⁽⁶⁾

Es posible también considerar la coincidencia con el estudio realizado en México empleando la misma escala, donde los egresados de estudios de posgrado tenían una actitud más positiva hacia el empleo de la mercadotecnia, pues aunque en este no se presentan los resultados considerando tal agrupación, se debe considerar que solo el 29 % de los encuestados estaban estudiando cuando se realizó el estudio. En ese momento, esta información también coincidió con otros hallazgos en estudios realizados.^(4, 9, 16, 17)

La relación de ser estudiante de posgrado y tener mejor puntuación en los factores, resultó coincidente cuando se compararon los resultados de la aplicación de esta escala en el mismo periodo de tiempo y condiciones entre Cuba y México. Trascendió interesante en este análisis, que el factor mercadotecnia social fue mejor evaluado en Cuba y los relacionados con mercadotecnia de servicios en México, coincidente con el énfasis que en los programas se le confiere a estas.⁽⁷⁾

Las respuestas a la escala, oscilan entre estar muy de acuerdo y algo en acuerdo, lo que pone de manifiesto una actitud favorable hacia la mercadotecnia, sin grandes diferencias en los valores obtenidos en los países. Se describen de manera general los valores obtenidos (promedio, desviación estándar y el coeficiente de variación) en cada uno de los factores por cada país (tabla 14).

Tabla 14. Valores promedio de los factores de la escala de medición de opinión sobre aplicación de la mercadotecnia a la salud según país

Factor	Colombia	México	Nicara- gua	Perú	Portu- gal	Prome- dio	Desviación estándar	Coeficiente de variación
						General		
I. Mercadotecnia y éxito	1,70	1,86	1,55	1,09	1,89	1,62	0,33	20 %
II. Orientación al usuario	1,30	1,44	1,31	1,15	1,50	1,34	0,14	10 %
III. Promoción	1,46	1,50	1,42	1,00	1,50	1,38	0,21	15 %
IV. Relación usuario proveedor de servicio	1,26	1,34	1,16	1,00	1,27	1,21	0,13	11 %
V. Satisfacción de necesidades de empleados	1,10	1,48	1,37	1,00	1,46	1,28	0,22	17 %
VI. La mercadotecnia social	1,50	1,53	1,36	1,00	1,45	1,37	0,22	16 %
VII. La calidad del servicio	1,45	1,42	1,09	1,02	1,44	1,28	0,21	16 %
VIII. Mercadotecnia y la organización	1,73	1,67	1,49	1,00	1,73	1,52	0,31	20 %
IX. La regulación de la mercadotecnia	1,96	1,89	1,84	2,32	2,31	2,06	0,23	11 %
XI. Herramienta de investigación	1,40	1,42	1,25	1,03	1,46	1,31	0,18	13 %
XII. La mercadotecnia como elemento de gestión	1,50	1,60	1,39	1,00	1,68	1,43	0,27	19 %

Criterios de interpretación: Muy de acuerdo=1,0; Muy desacuerdo=4,0.

El factor IV “Relación usuario-proveedor de servicios”, obtuvo la valoración promedio más favorable de todos los países (1,21), seguida de V “Satisfacción de necesidades de empleados” y VII “Calidad del servicio”, en ambas el valor fue de 1,28.

El factor IX “La regulación de la mercadotecnia”, obtiene puntuaciones más cercanas al desacuerdo debido a que incluye un ítem redactado a la inversa de las anteriores (“la mercadotecnia es mejor usarla en empresas privadas que

públicas”), por lo que también manifiesta una actitud favorable hacia la mercadotecnia. Exceptuando al factor IX, por lo antes expuesto, I “Mercadotecnia y éxito” obtiene la puntuación más cercana a algo en desacuerdo, con un valor promedio (1,62) que disminuye por el obtenido por Perú (1,09). Perú, es el país con valores más cercanos en todos los factores a la actitud favorable, mientras que Portugal, el menor, aunque también es favorable.

El análisis general de los factores en los países revela el mayor coeficiente de variación en los factores “I Mercadotecnia y éxito” y VII “Mercadotecnia y organización” con un coeficiente de variación de 20 % y una desviación estándar de 0,33 y 0,31, respectivamente. La mayor diferencia se encuentra entre Perú, con total acuerdo y Portugal, México y Colombia a la valoración algo de acuerdo, mientras que Nicaragua se mantiene en el valor intermedio.

El menor coeficiente de variación se obtuvo en el factor II “Orientación al usuario” (10 %) con una desviación estándar de 0,14. Se mantiene Perú siendo el país que presenta el valor más cercano a totalmente de acuerdo y México y Portugal más cercanos a algo de acuerdo, estando Colombia y Nicaragua en valores intermedios. Le siguen el factor IV “Relación usuario-proveedor de servicios”, y IX “La regulación de la mercadotecnia” con un coeficiente de variación de 11 % y una desviación estándar de 0,13 y 0,33, respectivamente (ver tabla 14).

Se describen por factor cada uno de los ítems y los valores obtenidos (el valor promedio, desviación estándar y el coeficiente de variación) (tabla 15).

De manera general, el ítem 22 con puntuación más favorable en todos los países es “Si los empleados se sienten estimulados tendrán un mejor desempeño” (1,09), el cual mide más una actitud positiva hacia la atención que ellos como personas pueden tener que a la mercadotecnia como tal, aunque el enfoque los considere como clientes internos; este es un conocimiento que no puede asegurarse que los encuestados posean. El coeficiente de variación es el menor (7 %) y la desviación estándar fue de 0,08.

El ítem 12 “Procuró estar consciente de que el usuario tiene derecho a elegir y como consecuencia a exigir” con coeficiente de variación de 9 % y desviación estándar de 0,12, tiene en todos los países valoraciones intermedias entre muy de acuerdo y algo de acuerdo. Le sigue el ítem 33 “Me interesa la calidad en todos los productos que creo” (1,16), aunque con mayor coincidencia en Colombia y México, con un coeficiente de variación de 10 % y desviación estándar de 0,11. El ítem 18 “Concibo a los usuarios como sujetos activos con opinión” tiene un coeficiente de variación de 11 % y desviación estándar de 0,14 y obtiene las mejores valoraciones en Perú y Portugal.

Tabla 15. Valores promedio de los ítems de la escala de medición de opinión sobre aplicación de la mercadotecnia a la salud según país

Factor	Ítem	Col.	Méx.	Nic.	Per.	Por.	Promedio	Desviación estándar	Coefficiente de variación
							General		
I. Mercadotecnia y éxito	3	1,70	1,79	1,62	1,00	2,27	1,68	0,45	27 %
	6	1,70	1,84	1,75	1,10	2,06	1,69	0,36	21 %
	11	1,80	2,09	1,68	1,00	1,65	1,64	0,40	24 %
	30	1,60	1,70	1,15	1,27	1,58	1,46	0,24	16 %
II. Orientación al usuario	12	1,50	1,49	1,50	1,22	1,39	1,42	0,12	9 %
	17	1,20	1,32	1,25	1,00	1,50	1,25	0,18	15 %
	23	1,30	1,52	1,18	1,25	1,62	1,37	0,19	14 %
III. Promoción	1	1,50	1,41	1,56	1,00	1,44	1,38	0,22	16 %
	35	1,30	1,30	1,18	1,00	1,44	1,24	0,16	13 %
	36	1,60	1,53	1,53	1,02	1,63	1,46	0,25	17 %
IV. Relación usuario proveedor de servicio	14	1,30	1,35	1,15	1,00	1,37	1,23	0,16	13 %
	18	1,30	1,33	1,25	1,00	1,13	1,20	0,14	11 %
	24	1,20	1,33	1,09	1,00	1,32	1,19	0,14	12 %
V. Satisfacción de necesidades de empleados	21	2,30	1,83	1,96	1,00	2,13	1,84	0,50	27 %
	22	1,10	1,20	1,03	1,00	1,11	1,09	0,08	7 %
	26	1,30	1,59	1,28	1,00	1,43	1,32	0,22	16 %
	33	1,10	1,29	1,21	1,00	1,20	1,16	0,11	10 %
VI. La mercadotecnia social	25	1,50	1,34	1,43	1,00	1,34	1,32	0,19	15 %
	27	1,70	1,56	1,50	1,00	1,39	1,43	0,27	19 %
	34	1,60	1,70	1,43	1,00	1,55	1,46	0,27	19 %
VII. La calidad del servicio	10	1,40	1,27	1,09	1,00	1,18	1,19	0,16	13 %
	32	1,50	1,56	-	1,05	1,70	1,45	0,28	19 %
VIII. Mercadotecnia y la organización	5	2,20	2,20	1,96	1,02	2,41	1,96	0,55	28 %
	9	1,30	1,37	1,25	1,00	1,39	1,26	0,16	12 %
	20	1,70	1,45	1,28	1,00	1,39	1,36	0,26	19 %
IX.	2	1,30	1,49	1,25	2,00	1,59	1,53	0,30	20 %

La regulación de la mercadotecnia	13	1,50	1,51	1,43	1,00	-	1,36	0,24	18 %
	31	3,10	2,69	2,84	3,96	3,03	3,12	0,49	16 %
X. Herramienta de investigación	8	1,50	1,54	1,34	1,07	1,61	1,41	0,22	15 %
	19	1,30	1,30	1,15	1,00	1,31	1,21	0,14	11 %
XI. La mercadotecnia como elemento de gestión	28	1,20	1,51	1,28	1,00	1,36	1,27	0,19	15 %
	37	1,80	1,69	1,50	1,00	2,00	1,60	0,38	24 %

Leyenda: Col.: Colombia; Méx.: México; Nic.: Nicaragua; Per.: Perú; Por.: Portugal.

Criterios de interpretación: Muy de acuerdo =1,0; Muy desacuerdo = 4,0.

El ítem 24 “La mercadotecnia puede usarse tanto dentro como fuera de una institución, tiene un coeficiente de variación de 12 % y una desviación estándar de 0,14 y las mejores valoraciones en Perú y Nicaragua. El ítem 10 “La calidad de los servicios hace la diferencia entre las instituciones de salud” (1,19), coincide en todos los países, menos en Colombia que presenta una buena valoración, con una desviación estándar de 0,16 y un coeficiente de variación de 13 %.

El ítem 31 “La mercadotecnia es mejor usarla en empresas privadas que públicas”, tuvo también coincidencia en su valoración negativa en todos los países, denotando una actitud favorable hacia su empleo en las instituciones de salud no privadas. Tiene una desviación estándar de 0,49 y un coeficiente de variación de 16 %.

Los ítems que se corresponden al factor “VI mercadotecnia social”, no obtuvieron buenas valoraciones en todos los países, lo que hace pensar en que aún es poco conocida la aplicación de ese enfoque en los programas de salud y en los servicios.

Los motivos que sustentan el interés en conocer sobre el tema, hacen pensar en la necesidad de difundir experiencias exitosas empleando la mercadotecnia tanto en servicios como en programas de comportamiento en salud. De esta forma, se podría incrementar la actitud favorable hacia el conocimiento de la mercadotecnia. Las particularidades de los resultados de cada país, en relación con la actitud hacia el conocimiento y aplicación de la mercadotecnia, permiten trazar estrategias que propicien una mayor aceptación, ofreciendo posibilidades de acceder, tanto a la formación curricular como a la información, a través de diferentes formas organizativas que resulten accesibles. La mejora continua de la calidad requiere del empleo de la mercadotecnia para facilitar la satisfacción de los usuarios de los servicios, así como la obtención de mejores resultados en los programas de salud dirigidos a la población.

La salud siempre se ha concebido como un derecho fundamental de todo ser humano y lógicamente no es fácil entender que se pueda mercadear o

industrializar, sin embargo, esto último es lo que está ocurriendo a partir de los cambios en los sistemas de salud de los países de la región, al masificar la cobertura en salud.⁽¹⁸⁾ En respuesta a esta situación se han presentado diversos rechazos a las privatizaciones de los servicios y a la idea de que en las empresas de salud se obtengan utilidades. Esto concuerda con la actitud desfavorable mostrada en los resultados de la encuesta aplicada a profesionales de la salud de los diferentes países.

Los resultados obtenidos llevan a reflexionar acerca de qué, cómo y para quién producir conocimientos en materia de mercadotecnia en salud. El conocimiento de la disciplina aún es limitado y básico; existe interés por reducir esta carencia ya que se considera una herramienta fundamental, sin embargo, se accede a ella de forma extracurricular, lo que reduce la profundidad en el conocimiento y en consecuencia su aplicabilidad. En la actualidad, está surgiendo una nueva generación de profesionales en salud, que ven la necesidad de profundizar en el conocimiento de la mercadotecnia porque desean identificar de mejor manera las oportunidades de mejorar la salud de la población, a través de la investigación sobre el comportamiento de los individuos y la elección adecuada de las estrategias, tácticas y acciones específicas para solucionar los problemas, ante recursos cada vez más escasos y el empobrecimiento de la población.

El conocimiento de los procesos de administración de mercadotecnia ayudará a preparar mejor el contenido de las actividades educativas; además, aportará nuevas razones para desarrollar programas en materia de salud.⁽¹¹⁾

Perspectivas y retos

El estudio realizado en países de Iberoamérica demuestra que es insuficiente el conocimiento de la mercadotecnia y sus posibilidades de aplicación a la salud, pero el interés demostrado en adquirirlo y la actitud positiva hacia su empleo, permitirá ampliar una oferta diversa y diferencias en la formación académica, que respondan a las necesidades del personal que labora en el ámbito de la salud pública. Lo anterior, pone en manos de las autoridades académicas de los países miembros de la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, información sustentada científicamente para ampliar las posibilidades de preparación en esta disciplina, de manera curricular, dentro o fuera de sus universidades, y así contribuir a mejorar la gestión sanitaria, la calidad de los servicios que se ofrecen, acercarse de manera certera a la cobertura universal y a la promoción de la salud.

Si bien este estudio ofrece un diagnóstico y aproximación a la situación en los países estudiados, aún es necesario explorar de manera más profunda las

actitudes hacia la aplicación de la mercadotecnia y llevar a cabo una valoración de su empleo en la actualidad. La aplicación de la mercadotecnia a los servicios de salud resulta favorecida con relación a su enfoque social en todos los países. A pesar de las limitaciones debidas a la falta de total uniformidad en los datos obtenidos y a la requerida profundización en el tema, los resultados obtenidos permiten conocer qué opinión se tiene sobre la mercadotecnia en la actividad sanitaria, las brechas para su mayor utilización y las causas que impiden obtener de ella los mayores beneficios.

Los investigadores de salud pública disponen de instrumentos que les permitirán conocer la actitud hacia la aplicación de la mercadotecnia en la actividad sanitaria y, sobre esta base, orientar la formación académica mediante estudios de posgrado, haciendo énfasis en aquellos aspectos que resulten de mayor importancia para lograr mejorar la situación de salud y el bienestar de la población.

Referencias bibliográficas

1. Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud: Testimonio Notarial, Tabasco, México: RIMS; noviembre 2011.
2. Suárez LN. Marketing y salud: una perspectiva teórico- práctica. Colombia: CATORSE; 2004.
3. Suárez LN. Academic education in health marketing in Ibero-America. Revista Horizonte Sanitario. 2017; 16(1):8-14. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592017000100008
4. Suárez LN, et al. Conocimientos y actitudes hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. Revista Cubana Salud Pública. 2015;42(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4578/457845131001.pdf>
5. Suárez LN, et al. Actitud hacia la mercadotecnia en salud en países de Iberoamérica. 2014-2015. Revista Horizonte Sanitario. 2016;15(1):8-18. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5376565>
6. Suárez LN. Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. 2005. Revista Cubana de Salud Pública. 2008; 34(1):1-11. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662008000100013&script=sci_arttext
7. García F, Priego ÁHR. El Rol en el sistema de salud y las actitudes sobre la mercadotecnia. El caso de directivos del sector salud. Revista Hitos de Ciencias Económico Administrativas. 2004;10(26):21-6. Disponible en: <https://revistahitos.ujat.mx/index.php/hitos/article/view/4410>
8. Priego AHR, A Córdova HJA, Suárez LN. Mercadotecnia al servicio de la salud: un enfoque multidisciplinario. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud: 2015.

9. Henao A.M, et al. El rol del profesional de la salud como docente universitario. Aquichan, 2016;10(1):34-42. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1604/2122>.
10. Priego ÁHR, et al. La mercadotecnia en el ejercicio profesional de la enfermería en Tabasco. Revista Científica Pensamiento Gestión. 2011;46. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-62762011000100004
11. Gotuzzo E, et al. Formación de investigadores en el contexto de proyectos colaborativos: experiencias en el Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2010;27(3): 419-427. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2010.v27n3/419-427/es>
12. Peñaloza PB, Prieto GC, Rodríguez VI. Mercadeo en Salud. Universidad Nacional de Colombia, Colombia, 2012, Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7708/1/599379.2012.pdf>
13. Priego ÁHR. Mercadotecnia en salud: Aspectos básicos y operativos. 3ª ed. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco & Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud, 2008.
14. Priego ÁHR. Mitos y realidades del marketing de servicios de salud. Revista Virtual Odontología Ejercicio Profesional. 2007;8(92):1608-33. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48707208>
15. Flores A, et al. La mercadotecnia y su utilidad para la salud pública: vender salud, consumir salud. Salud, Arte y Cuidado; 2009;2(2):43-7. Disponible en: http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/sac/sac0202/sac020210.pdf
16. Hernández GC, Maubert VCA. Fundamentos de marketing. México: Pearson Educación; 2009.
17. Hernández GC. Mercadotecnia social. En: Mercadotecnia y sociedad de consumo. México: Fontamara y Universidad Autónoma de Campeche; 2009.
18. Suárez LN. Mercadotecnia y gestión sanitaria. Revista Cubana de Salud Pública. 2002; 28(2): 201-223.

Del marketing al neuromarketing

La evolución de la ciencia ha dado origen a múltiples campos del saber que, de forma individual o en conjunto, ofrecen la posibilidad de abordar los problemas de la sociedad desde diferentes ángulos. Tecnologías consideradas novedosas, pero de aplicación generalizada en el diagnóstico médico, son entre otras, las resonancias magnéticas funcionales y las tomografías; estas, a la vez, resultan fundamentales para desarrollar la investigación neurocientífica y que se considera dan un vuelco a la visión tradicional de las ciencias sociales y del comportamiento, al poder emplearse en investigaciones de esta naturaleza.

Marketing y neuromarketing: lo común y lo diferente

En la actualidad, se da paso a una nueva cultura y a un nuevo enfoque de interés teórico y práctico para el estudio de las actitudes, y de la conducta individual y colectiva,⁽¹⁾ lo que permite enriquecer la investigación social, y sus posibilidades de aplicación; esto propicia comportamientos en el consumidor, al incluirse como técnicas en la investigación de mercado, las que ya han sido empleadas en la esfera comercial para favorecer la comercialización de los productos y servicios.

Mientras que una importante cifra de profesionales de salud no conoce sobre la mercadotecnia o marketing y sus posibilidades de aplicación, y aun aquellos que lo conocen no lo aplican,⁽²⁾ en el mundo comercial y también político, se avanza de manera acelerada con el empleo del neuromarketing.

La revisión bibliográfica y el procesamiento y análisis de la información obtenida que se presenta, tiene como propósito, hacer pensar en la necesidad de informar sobre el tema. También es necesario propiciar la investigación, para valorar si resulta o no necesario actuar, definiendo políticas públicas que protejan a la población sobre la aplicación del neuromarketing; se debe estudiar las posibles implicaciones para la salud pública, que puede tener en el orden ético su empleo, o si resulta una posibilidad de aplicación a programas y campañas de bien público, entre las que se encuentran aquellas que tienen como propósito cambios de comportamientos en las personas, para que su estilo de vida tribute al bienestar. Hasta el momento, son muy pocas las investigaciones encontradas.

La literatura sobre el tema utiliza, por lo general, la denominación de marketing y no mercadotecnia, lo que se explicó en el capítulo I de este libro; en este se hará uso del término marketing.

Los avances de la psicología y la neurociencia en el ámbito cognitivo y la comprensión sobre el funcionamiento del cerebro humano, han posibilitado que otras disciplinas y áreas del conocimiento formulen nuevas teorías. El marketing integra los conocimientos de diversas disciplinas, tales como: economía, psicología, sociología, antropología y economía, por citar las más importantes; con el desarrollo de la neurociencia y la neuropsicología, se dio paso a una evolución amplia del propio enfoque de marketing que condujo a lo que se conoce hoy con el nombre de neuromarketing.⁽³⁾

Visto de esta manera, el neuromarketing⁽⁴⁾ puede considerarse como una evolución y una nueva tendencia del marketing, que a la vez trae aparejado el desarrollo de metodologías novedosas en la comprensión del funcionamiento del cerebro, para buscar explicación a procesos clave en la toma de decisiones frente al consumo de productos y servicios, que permitan diseñar e implementar estrategias para el posicionamiento. Es considerada una disciplina moderna en la que convergen la neurociencia y el marketing.

La investigación sobre neuromarketing,⁽⁵⁾ aporta datos con una mayor precisión acerca de los deseos, gustos, motivaciones y necesidades de compra de los consumidores. De esta manera, es posible segmentar el mercado con mayor certeza y trazar una planeación estratégica más adecuada en relación con productos y servicios, su posicionamiento, precios, comunicación y canales. Presentado de esta manera, el neuromarketing permitirá optimizar el empleo de los recursos en función de la aplicación más certera de los proyectos, estrategias, campañas y programas a ejecutar, lo que para la gestión sanitaria sería beneficioso.

La neurociencia,⁽⁶⁾ aporta las explicaciones de la conducta en términos de actividades del encéfalo y cómo, a su vez, las células están influidas por el medio ambiente e incluso por la conducta de otros individuos. La neurociencia, desde la perspectiva del marketing, estudia las emociones de las personas a partir de sus hábitos de consumo y la reacción que tienen ante los distintos estímulos que brinda la publicidad. Muchas de las decisiones de los consumidores se centran en sensaciones netamente subjetivas y estas, a su vez, se encuentran ligadas con los estímulos sensoriales que se activan en el momento de consumo.

Utiliza la información sobre los procesos cerebrales frente a los estímulos en las decisiones de los consumidores, ya sea productos, servicios, campañas publicitarias; esto es, estudia la mente del consumidor en función de su conducta para hacer uso de ello.⁽⁷⁾ Su aplicación permitirá dar respuesta a algunas interrogantes relacionadas con el comportamiento del consumidor, aún sin resolver desde la teoría económica, pues a pesar de que el principio económico

de la utilidad esperada sostiene que las personas bajo situaciones de incertidumbre toman decisiones de forma racional a favor de la opción que les genere la máxima utilidad, se evidencia un distanciamiento entre este supuesto y la realidad de los consumidores.⁽⁸⁾

De lo anterior se puede considerar, que la manera más sencilla de definir el neuromarketing es: aplicación de las técnicas de la neurociencia, para la comprensión de la dinámica cerebral ante los estímulos del marketing.

Vale recordar que el marketing es la filosofía gerencial según la cual los objetivos organizacionales son alcanzados en la medida en que se identifiquen las necesidades y deseos de los consumidores o usuarios potenciales de los productos o servicios, y satisfacerlos a través de una oferta de valor superior a la competencia.⁽⁹⁾

Estas dos sencillas definiciones permiten comprender que el neuromarketing representa el encuentro y diálogo entre el conocimiento científico que aportan la neurología, la psicología y la psiquiatría, empleando varias tecnologías como: imagen por resonancia magnética funcional (IRMf), electroencefalografía (EEG), magnetoencefalografía (ME), estimulación magnética transcraneana (TMS) y estimulación transcraneal directa (tDCS). Unido a ellas, las tecnologías de la economía y marketing permiten estudiar las reacciones del cerebro ante ciertos estímulos o tareas. El IRMf y el EEG son, en gran medida, los métodos más utilizados en investigaciones de las ciencias de la conducta.⁽¹⁰⁾

El breve recorrido realizado sobre la conceptualización del marketing y el neuromarketing, permitirá comprender al lector sobre los elementos comunes entre ambas ciencias y las diferencias en sus formas de aplicación.

Investigar el comportamiento del consumidor

Si bien en el enfoque de marketing se tienen en cuenta las experiencias de los grupos meta, en el neuromarketing esas experiencias, según estudios realizados,^(11,12) se ven relacionadas en función de la emoción, la memoria y la atención. Partiendo de lo anterior, el neuromarketing se ha de considerar como una disciplina en evolución del marketing, puesto que involucra el proceso de una toma de decisión del consumidor que va más allá de una simple respuesta consciente.

Desde la perspectiva de la salud pública quizás, entonces, lo más importante es considerar que el neuromarketing,^(13, 14) es un nuevo enfoque para abordar el análisis del comportamiento del consumidor a través de la comprensión de sus procesos mentales, los cuales le hacen percibir, actuar y tomar decisiones de forma particular. De esta manera, el análisis del comportamiento del consumidor trasciende más allá de sus decisiones conscientes. Tiene que ver con la

incorporación de conocimientos sobre los procesos mentales, que explican la forma en que se comportan los consumidores o usuarios a partir de la percepción, la conducta y la toma de decisiones, para incorporarlos a los enfoques del marketing, diseñando estrategias para el posicionamiento a partir del marketing mix, de las conocidas 4 Pes: producto o servicio, precio, promoción y punto de distribución.

A través del componente neurocientífico, se intenta dar respuesta a las verdaderas necesidades del consumidor. Esto se refiere a que si se comprende el funcionamiento del sistema nervioso y se profundiza en la forma en que percibe el consumidor, es decir, cuál es su realidad, se podrán identificar de forma más clara y precisa sus necesidades; derivado de ello se dispondrá de información de gran valor para brindar una oferta más diferenciada y personalizada que a la vez asegura generar valor.

La alta competitividad, en todos los ámbitos, que se observa en el mercado, requiere de tecnologías para posicionarse, ser líder y luego mantenerse. Lo expresado lleva a la búsqueda de herramientas efectivas para colocar los productos o servicios en los primeros lugares en ventas a la empresa y, por consiguiente, los beneficios serán mayores. Así, la ciencia y sus nuevos enfoques, son utilizados con tales propósitos que, si bien benefician al sector lucrativo, no siempre van aparejados a los requerimientos del consumidor.

A la vez, los consumidores viven en una sociedad de mayor complejidad para la toma de decisiones, donde las tecnologías de la comunicación permiten llevar, de manera constante, las ofertas a un mercado virtual, tanto de productos como de servicios, haciéndolos a la vez mucho más accesibles, pues no requieren siquiera que se acuda a un establecimiento comercial para adquirirlos, dado que vía Internet se pueden hacer las solicitudes. La aparente forma de simplificación, también trae aparejados ámbitos de interés para la salud mental de la población, por las afectaciones que puede conllevar y, por tanto, se convierten en temas de relevancia para la salud pública.

La investigación de mercados para elaborar estrategias de neuromarketing estudia cómo responde el cerebro humano frente a los estímulos en el comportamiento del consumidor, al elegir una marca, al comprar algún producto o requerir un servicio o al interpretar los mensajes que recibe por los medios de comunicación, las redes sociales, u otras vías.

El denominado modelo persuasivo de neuromarketing,⁽¹⁵⁾ se basa en la experimentación que introduce técnicas de neuroimágenes para descifrar el paradigma del comportamiento de la toma de decisiones. En él, participan grupos de individuos en experimentos de diagnóstico por imágenes de resonancia magnética funcional, mientras son expuestos a ciertos estímulos. Este modelo permite obtener importantes evidencias respecto de emociones las cuales no son conscientes ante el estímulo, lo que facilita su utilización para la

definición de nuevos y refinados estímulos persuasivos. Los mecanismos cognitivos y emocionales de los participantes, pueden identificar las actitudes relevantes hacia la marca, producto, precio, comunicación u otras variables del *marketing mix*.

Es posible que en la mente de los consumidores,⁽¹⁶⁾ las emociones actúen como un ente motivador y activador de experiencias significativas, tanto positivas como negativas, en relación a la marca y todos los puntos de contacto que la rodean. Aunque es difícil conocer los sentimientos positivos y negativos, las necesidades y las posibles respuestas ante estímulos, para obtener patrones de comportamiento frente a diferentes contextos de compra o adquisición de servicios.

El comportamiento del consumidor, desde el enfoque psicológico y sociológico, no se puede reducir a una situación binaria, en la que se da una respuesta a un estímulo, o acaso una relación simple de causa y efecto, tal como se considera desde la investigación tradicional en marketing. Estas investigaciones,⁽¹⁷⁾ trascienden los estudios tradicionales y se dedican a descifrar el subconsciente, cómo piensan realmente las personas en cuanto a su motivación de compra, encontrando que la mayoría no tienen idea de lo que quieren y actúan de manera distinta porque deciden sobre su subconsciente con cifras hasta del 85 %.

Estudiar el subconsciente, ya implica estar entrando en la denominada “caja negra”, siendo objeto de investigación de los profesionales sanitarios, ya sea de la psicología, la psiquiatría o la neurología; por tanto, es también tarea de la salud pública estar actualizados sobre esos estudios y cuáles son los propósitos finales de los resultados que se obtienen.

Predicción de la eficacia

Predecir mediante el estudio con grupos de discusión, entrevistas individuales a expertos o a población, que un mensaje, una campaña de comunicación o una estrategia de marketing resultará eficaz a escala colectiva, es un riesgo. Está comprobada la utilidad de este tipo de investigación cualitativa siempre que se tengan en cuenta los diferentes segmentos de población a que van dirigidos, la representatividad de estos y, por supuesto, las propias limitantes que tienen.

Asimismo, la encuesta puede tener limitaciones por lo complejo que resulta encontrar las preguntas acertadas que permitan medir lo que dicen los individuos, sobre lo sienten y piensan de los contenidos persuasivos a los que son expuestos. En realidad, aunque se tomen en cuenta todos los requisitos que requieren, el grado de validez de los métodos tradicionales de investigación no

permite obtener una información certera en su totalidad para la predicción de la eficacia de los mensajes mediáticos, campañas y estrategias de comunicación y marketing.

Por ello, se han realizado nuevas investigaciones que han demostrado que, en los mismos individuos, la actividad cerebral es un mejor indicador del comportamiento futuro que sus respuestas a una serie de preguntas. Saber cómo funciona el sistema nervioso provee conocimientos muy útiles para comprender las emociones del consumidor, lo cual es una limitante en las investigaciones basadas en los referidos métodos tradicionales, ya sean cuantitativos o cualitativos, que intentan explicar sus hábitos de consumo, reacción a estímulos publicitarios, entre otros.

Lo que hasta ahora eran los métodos y técnicas empleados en la investigación de mercados, tanto en el ámbito comercial y lucrativo, como en la esfera social, parecen resultar insuficientes para predecir la eficacia de forma certera. Estos se basaban en explorar lo consciente del individuo y siempre que se sustentaran en lo establecido para este tipo de investigaciones, pues no había que preocuparse desde la salud pública, más que por orientar al consumidor ante la publicidad engañosa y propiciar el conocimiento para saber discernir entre lo favorable o no a su salud.^(18, 19)

El nuevo tipo de investigación con la que se enfrenta ahora la salud pública, traspasa muchas fronteras y es preciso estar muy pendientes de lo que estudia, cómo lo hace y cuáles son los verdaderos propósitos de esta.

Falencias teóricas, prácticas y éticas del neuromarketing

Predecir el comportamiento de las personas excluyendo la experiencia consciente del individuo, también puede conducir a conclusiones erróneas. Un mismo estímulo puede ser interpretado de forma muy diferente por los sujetos mediante respuesta del cerebro, dado que pueden tener distinto significado de acuerdo a las vivencias de cada cual. Algo que puede resultar agradable para uno puede ser todo lo contrario para otro que haya tenido una experiencia no favorable, inclusive en momentos anteriores de su vida.

Abrir la “caja negra” del cerebro humano, determinar la frecuencia y el momento de la actividad cerebral, investigar al cerebro y no a la persona, no puede ofrecer con total certeza una valoración rigurosa del pensamiento, las creencias y los sentimientos para vincularlos a decisiones y comportamientos. Desde la teoría sustentada en los resultados de investigaciones científicas, queda mucho que argumentar.

En lo que respecta a la investigación futura del neuromarketing, para dar respuesta a las inexactitudes de que adolece, hay que trabajar mucho más en el

desarrollo de la teoría, métodos y técnicas que permitan avanzar. Desde la perspectiva metodológica tradicional, el método cualitativo, se utiliza más a menudo que el cuantitativo, no obstante la complejidad. En lo referente a lo cuantitativo, son altos los costos de las encuestas si se quiere lograr representatividad. Emplear solo los métodos cualitativos puede ser insuficiente por resultados imprecisos y argumentos no sólidos. Hay que valorar la combinación adecuada de estudios tanto cualitativos como cuantitativos y muestras de mayor representatividad.

Quedan retos como medir las emociones, atención y memoria mediante un encefalograma, pero emplearlos siempre con propósitos éticos y nunca intentar incitar la mente del consumidor, facilitando el recuerdo de un producto o marca.^(20,21) Es importante señalar que deben ser tomados en consideración los aspectos éticos, pues es indudable que el desarrollo del neuromarketing, con la evolución y avance de las ciencias de la conducta, está siendo empleado por empresas, principalmente transnacionales, para obtener información que conduce a una mejor comercialización del producto, servicio y marca, personalizando los productos al disponer de una más certera segmentación de los consumidores.⁽²²⁾

El hecho que el neuromarketing trabaje con el cerebro, implica algunos planteamientos éticos. Si bien las imágenes cerebrales permiten tener un mayor conocimiento de este, el uso que se les dé con posterioridad a estas imágenes puede crear el debate en cuanto a si resulta moralmente aceptable o no. Los avances que presenta la neurociencia son cada vez más asombrosos y de manera continua se descubren facetas del cerebro que antes eran desconocidas. Sin duda, estos conocimientos resultan de un gran valor para distintos ámbitos como: la medicina para descubrir avances en el tratamiento de enfermedades y en la mejora de facultades cognitivas; la filosofía para conocer mejor al ser humano y saber quién somos en realidad. Como toda tecnología, siempre va a depender del uso que se haga de ella.

Si estos son los fines con los que se emplea, no habría razón para preocuparse; pero en este caso, el marketing y su utilización, se hace con la finalidad de entender mejor al consumidor y cómo desempeña el rol de decisor de compra. Entonces, si los conocimientos de la neurociencia en el neuromarketing tienen el propósito que las grandes empresas se lucren y no que sea una herramienta para optimizar recursos, conseguir una mayor satisfacción del cliente con productos y servicios que satisfagan en mayor medida sus necesidades, se encuentra un gran problema ético que debe abordarse desde la salud pública, pues se está empleando el desarrollo de la ciencia médica para manipular y transgredir la privacidad de las personas.

Este ha sido la base del debate ético en torno al neuromarketing. Por citar un ejemplo,⁽²³⁾ la Organización No Gubernamental "World Business Academy" que tiene como finalidad promover comportamientos empresariales éticos, realizó un

video en contra del neuromarketing, donde se referían a este como el lado oscuro de la publicidad y herramienta de manipulación, que pretende vender productos que las personas de manera consciente no desean comprar, llegando incluso a comparar a los consumidores con los perros de Pavlov a merced de las grandes industrias.

Aunque se piense que no hay como regular lo que pueda derivarse del empleo del neuromarketing en relación con la transgresión y la manipulación de las personas, existe el Código Ético de Marketing⁽²⁴⁾ y el neuromarketing debe funcionar bajo las premisas éticas que se han establecido para el ámbito global del marketing. En España se ha puesto en vigor uno específico para ese país.

Dada las características particulares del neuromarketing que trascienden a lo que se hace con las estrategias del marketing tradicional, la fundación Neuromarketing Science & Business Association, NMSBA, ha establecido un código ético para la aplicación de la neurociencia en el mundo empresarial, el cual señala la necesidad de su revisión para el correcto desarrollo de la profesión, ya que se trata de una disciplina en constante innovación que de manera permanente abre nuevas vías de investigación; pero el cumplimiento de este código solo es válido para los profesionales de dicha fundación.

Resulta interesante que la investigación del neuromarketing ha estado, por lo general, guiada por compañías privadas y no por académicos de universidades prestigiosas. No se muestran estudios que evidencien validez y tampoco se pueden encontrar suficientes resultados del debate científico, ya que por lo regular ocultan datos, lo que hace difícil juzgar el éxito de los métodos que emplean, y hasta qué punto sus resultados pueden considerarse falsos positivos.

Los estudios realizados hasta la fecha muestran que la mayoría de los procesos mentales que se llevan a cabo, se hacen de forma inconsciente. Esto significa que puede haber diferencias entre lo que se piensa y lo que se hace, y se muestra la poca confiabilidad de los resultados de las investigaciones tradicionales basadas en encuestas o grupos focales. De esta manera, se presenta el neuromarketing como solución a este y otros problemas.

Ya los consumidores a nivel mundial no son tan manipulables porque están mejor informados; en Cuba resulta algo diferente, pues las generaciones que en la actualidad son los mayores consumidores se encuentran expuestos a una situación de mercado diferente a la que vivieron en su niñez y adolescencia, donde solo existía la oferta racionada y sin presencia de publicidad, lo que los hace más vulnerables y menos preparados para enfrentar los cambios que han ocurrido en el país y por consiguiente pueden ser más fácil de manipular que en otros contextos. La Ley de Comunicación Social⁽²⁵⁾ recién aprobada, incluye todo lo relativo a las regulaciones y prohibiciones de la publicidad, pero hay que establecer de manera certera su mecanismo de control del que no deben quedar

exentos esta nueva forma de hacer publicidad basada en investigar sobre las personas y su comportamiento.

Las trasnacionales han transitado hacia la búsqueda de manipular los sentidos y entrar a su “caja negra” para poder llegar con sus estrategias, mucho más que a informar o persuadir, sino a manipular o influir en las personas.⁽²³⁾ Obvio que este es un tema que toca con la ética de la investigación con los seres humanos y corresponde a la salud pública estar pendiente de ello.

El marketing del neuromarketing

El aumento de la popularidad del neuromarketing puede estar más relacionado con un excelente plan de marketing que a la demostración de su efectividad. Los trabajos sobre neuromarketing tienen muy pobre presencia en aquellas publicaciones donde los artículos requieren antes un proceso de revisión de carácter científico.

Por ejemplo, si se entra a un buscador como Google, y se coloca la palabra neurociencia, encontrará aproximadamente más de dos millones de resultados; si se coloca la palabra neuromarketing encontrará una cifra casi similar. Sin embargo, si se utiliza un buscador como PubMed.com se obtiene una cifra ínfima de resultados con la palabra de neuromarketing en relación con neurociencia. No obstante, en análisis realizado durante el 2017 la actividad en la publicación de artículos sobre neuromarketing ha aumentado de manera considerable; en este estudio se encontró 940 documentos recuperados por Scopus, que se catalogan de reportes científicos en su tipo de fuente.⁽²⁶⁾

Un análisis bibliométrico sobre la producción científica del neuromarketing en Scopus, en el periodo 2015-2021, con corte a agosto,⁽²⁷⁾ permite tener una idea sobre la evolución e impacto del tema dentro de ámbito científico; este será una fuente de referencia para próximas investigaciones de expertos en marketing o distintas áreas enfocadas al neuromarketing, ya que provee información relevante para el proceso investigativo, con indicadores de actividad e impacto que permiten valorar la producción científica hasta ese momento. Es muy importante conocer la producción científica existente, por lo que los investigadores interesados tendrán una herramienta en la cual basarse para medición de impacto, visibilidad y alcance del neuromarketing.

En la citada investigación,⁽²⁷⁾ solo se localizaron 94 artículos. Durante estos años, se observa que la mayor productividad fue en 2019 y 2020, con 21 y 24 artículos respectivamente. En 2016 y 2018 se presenta una menor productividad, con siete publicaciones. Esto indica que, a partir del 2019, ha incrementado la productividad en investigación sobre el neuromarketing, y en el 2021, hasta el mes de agosto se realizaron 14 publicaciones.

En relación con la producción por países, se tomó el ranking de los 10 países con mayor cantidad de publicaciones. El Reino Unido se ubicó en primer lugar con 19 artículos, seguido de Estados Unidos con 16 y Suiza con 14. En España y Países Bajos se encontraron siete publicaciones y ocupan el cuarto y quinto lugar en el ranking. La mayor cantidad de artículos fue en el 2020, y la revista *Frontiers in Psychology* encabezó el ranking de las revistas con mayor cantidad de publicaciones. En esta publicación, según la producción por países, Reino Unido, se ubicó también en primer lugar, seguido de Estados Unidos; en cuanto a las áreas temáticas, se obtuvo que el 29,79 % de las investigaciones se enfocaron en el área de conocimiento de marketing, seguido del 17,02 % que se centraron en estudios culturales.

Para bien o para mal, el neuromarketing ha sido poco extendido aun, entre otras razones porque para la investigación se requieren recursos humanos y tecnológicos que resultan costosos y precisamente la falta de solidez de los estudios que se publican hace que se genere desconfianza sobre sus reales posibilidades.

Aplicaciones del neuromarketing para propósitos no lucrativos

El espectro de aplicación del neuromarketing ya ha trascendido la esfera comercial y ha llegado a otras para emplearse en acciones de bien público y sin carácter lucrativo. Un ejemplo de ello es el estudio de los conocimientos y tecnologías con propósitos de investigación en la esfera del aprendizaje para encontrar cómo se comportan los estudiantes en la enseñanza presencial comparándola con la enseñanza en línea, realizado en la Universidad de Valencia, España.⁽²⁸⁾

Fueron utilizadas técnicas de neuromarketing que han permitido analizar la intensidad emocional experimentada y la atención al visualizar un fragmento de la denominada clase del máster, título propio en neuromarketing. En este estudio, la técnica de investigación es la utilizada en el neuromarketing. Su objetivo es medir el procesamiento cognitivo de los estímulos diseñados, mediante las percepciones subconscientes al momento de observar las clases, en ambos formatos.

El seguimiento ocular, la respuesta galvánica de la piel (GSR) y la electroencefalografía (EEG), son las tres técnicas específicas de neuromarketing utilizadas en esta investigación. El seguimiento ocular fue aplicado para registrar la atención visual de los alumnos a partir de sus movimientos oculares y, además, permitió identificar las áreas de interés para el alumno (AOI). El GSR recogió la actividad electrodérmica (EDA), que reflejó los cambios en el estado de excitación emocional, influyendo en la percepción cognitiva de los estímulos.

Cuando los alumnos centraban su atención en un estímulo, este era registrado por el sistema de seguimiento ocular y comenzaba el procesamiento cognitivo y afectivo (parcialmente registrado por la GSR y el EEG), lo que se traduce en una influencia en las preferencias del alumno.

El resultado fue que la docencia más efectiva es la presencial; pero el valor promedio de la atención de los alumnos es más alto en la modalidad en línea. Esto se debe a que cuando un alumno está recibiendo la clase en línea dirige su atención solo a una pantalla; en cambio, en la modalidad presencial, el valor promedio de la atención es más bajo, ya que puede dirigir su atención a más puntos, tales como el profesorado, la presentación, la pantalla, los compañeros de alrededor, entre otros. A la vez, la variable interés tiene unos valores promedio superiores en la clase presencial frente a los de la modalidad online y la conexión emocional; el interés es mayor en el aprendizaje en el aula presencial frente a la modalidad en línea, y que la intensidad emocional promedio en los alumnos también es superior.

Estudios de esta naturaleza, sientan pautas para el empleo del neuromarketing con un enfoque no lucrativo, siempre y cuando cumpla con los principios éticos^(29,30) para este tipo de investigación. Constituye una preocupación mayor, no solo las investigaciones empleando el neuromarketing para penetrar en la mente de las personas con fines lucrativos, sino incluso aquellas dirigidas a estudiar los consumidores en función de la comercialización de servicios de salud.⁽³¹⁾

En ese momento, la investigación científica con relación al Neuromarketing tiene aún muchas interrogantes por resolver y corresponde a los expertos en la Neurociencia encontrar los caminos más adecuados y siempre dentro de la ética de la investigación con seres humanos, así como las posibilidades de su aplicación en función del bienestar humano.

Consideraciones finales

Se hace necesario definir, en primer lugar, si el neuromarketing tiene en realidad un respaldo científico comprobado y si así fuera, entonces propiciar el papel protagónico de las neurociencias dentro de la investigación de mercados y de la comunicación, así como ajustar su lugar en la relación de las neurociencias con las investigaciones psicológicas, sociales y culturales sobre la salud. Habría que valorar si es posible de aplicarlo para promover salud.

Lo más importante a juicio de la autora, es valorar las implicaciones éticas y si deben las neurociencias apoyar este enfoque para proyectos con intención lucrativa. Todo parece indicar que se avecina un nuevo problema para la salud pública, y que hay que estar muy bien preparados, para detectarlo y enfrentarlo más temprano de tarde. Por todo ello, se impone generar el debate, desde la ciencia, del neuromarketing y las diversas disciplinas que lo integran.

Referencias bibliográficas

1. Suarez LN. Panorama of health Marketing in Latin America. Revista Horizonte Sanitario. 2018; 17(1): 5-7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000100005
2. Ugarte A. Neurociencias y comunicación: el comienzo de una saludable amistad. Revista de Comunicación y Salud. 2013; 3(1): 1-4.
3. McDowell W, Dick S. The marketing of neuromarketing: brand differentiation strategies employed by prominent neuromarketing firms to attract media clients. Journal of me Bussiness studies. 2013; 10 (1): 25-40. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16522354.2013.11073558>
4. Spence Ch. Neuroscience-inspired design: From academic neuromarketing to commercially relevant research. Organizational Research Methods. 2019; 22.1: 275-298. DOI: <https://doi.org/10.1177/1094428116672003>
5. Crespo PV, et al. El neuromarketing como metodología para el conocimiento del comportamiento del consumidor: aplicación en la consultoría y transferencia a la Academia. Comunicación & Métodos; 2020;2.1: 200-217. DOI: <https://doi.org/10.35951/v2i1.65>
6. Kandel E, et al. Neuroscience thinks big and collaboratively. Nature Reviews Neuroscience. 2013; 14: 659-664. DOI: <https://doi.org/10.1038/nrn3578>
7. Salas CHJ. Neuromarketing: Exploring the consumer's mind. Revista Científica de la UCSA. 2018;5(2):36-44. Disponible en: <https://typeset.io/papers/neuromarketing-exploring-the-consumer-s-mind-495r10wep3>
8. Trejos SDF, et al. Neuroeconomía: una revisión basada en técnicas de mapeo científico. Revista de investigación, desarrollo e innovación. 2021;11(2): 243-260. DOI: <https://doi.org/10.19053/20278306.v11.n2.2021.12754>
9. Kotler P, Armstrong G. Marketing. 14ª ed. México: Pearson Educación; 2012.
10. Sánchez MYP, et al. La evolución del marketing y su perspectiva en la gestión empresarial. Polo del Conocimiento. 2022;7(7):1651-1666. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9042910>
11. Baraybar FA, Baños GM, Barquero PÓ, Goya ER, de la Morena GA. Evaluación de las respuestas emocionales a la publicidad televisiva desde el neuromarketing. Comunicar. 2017;52:19-28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/158/15852692006/15852692006.pdf>
12. Avendano CWR. Un caso práctico para el análisis del neuromarketing visual en el Centro Comercial Ventura Plaza. Cúcuta, Colombia. Cuadernos de Administración / Universidad del Valle. 2013;29(49):17-27. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5006555>
13. Muñoz MO. Conceptualización del neuromarketing: su relación con el mix de marketing y el comportamiento del consumidor. Revista Academia y Negocios. 2015;1(2):103-118. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=560863081004>

14. Jiménez GN, et al. Evaluation of the educational material of the cigarette box of the campaigns for the control of tobacco consumption in the municipality of Barbosa, Santander-Colombia. *Revista Española de Salud Pública*; 2019;93:e201906030. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31204386/>
15. Álvarez BR. Neuromarketing, seducir al cerebro con inteligencia para ganar en tiempos exigentes. USA: Financial Times – Prentice Hall; 2011.
16. Perrachione TK, Perrachione JR. Brains and brands: Developing mutually informative research in neuroscience and marketing. *Journal of Consumer Behaviour*. 2008;7(4-5): 303-318. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/cb.253>
17. Merino MJ, Yagüez E, editores. *Nuevas tendencias en investigación y marketing*. Madrid: Esic Editorial; 2012.
18. Costa V, Rozan FA. Review of studies on neuromarketing: Practical Results, techniques, contributions and limitations. *Journal of Management Research*. 2014;(2): 201-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.5296/jmr.v6i2.5446>
19. Wilson M, Gaines J, Hill P. Neuromarketing and consumer free will. *The Journal of Consumer Affairs*. Madison. 2008;42(3):389-410. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.2008.00114.x>
20. Page G. Scientific realism: what 'Neuromarketing' can and can't tell us about consumers. *International Journal of Market Research*. 2012;54(2):287-290. DOI: <https://doi.org/10.2501/IJMR-54-2-287-290>
21. Eser Z, Bahar F, Tolon M. Perceptions of marketing academics, neurologists, and marketing professionals about neuromarketing. *Journal of marketing management*. 2011;27:7-8. DOI: <https://doi.org/10.1080/02672571003719070>
22. Murphy ER, Illes J, Reiner PB. Neuroethics of neuromarketing. *Journal of Consumer Behavior*. 2008;7:293-302. DOI: <https://doi.org/10.1002/cb.252>
23. Feenstra RA, Pallarés DD. Debates éticos en torno al neuromarketing político: el avance tecnológico y su potencial incidencia en la formación de la opinión pública. *Veritas*. Valparaíso. 2017;36:9-28. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-92732017000100001>
24. Asociación de Marketing de España. *Código ético de Marketing*. España: AME; 2014. Disponible en: <https://www.asociacionmkt.es/etica-y-mkt/el-codigo-etico-de-marketing-una-guia-para-crear-valor-en-una-sociedad-sostenible/>
25. Asamblea Nacional del Poder Popular. República de Cuba. PROYECTO-DE-LEY-DE-CS-9.12.22-FINAL-PARA-ANPP. La Habana: ANPP; 2023.
26. Olivero RDJ. *Análisis bibliométrico de la producción científica mundial de artículos sobre neuromarketing en el año 2017 [Tesis]*. Colombia: Universidad del Magdalena, Ingeniería Industrial.
27. Paredes, GS, Sánchez GAM, Patricio MCh. *Análisis bibliométrico de la producción científica sobre neuromarketing en SCOPUS*. SATHIRI. 2022;17.1:172-181. DOI: <https://doi.org/10.32645/13906925.1109>
28. Bellido GI, et al. *Neuromarketing aplicado a la educación. Análisis de la enseñanza presencial versus la enseñanza online*. 2022; 1359-1373. España: UPV, Universidad Politécnica de Valencia; 2023
Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9279778>

29. Camacho VO. Neuromarketing y la ética en la investigación de mercados. Ingeniería Industrial. Actualidad y Nuevas Tendencias. 2016;16:69-82. Disponible en: redalyc.org/pdf/2150/215048805006.pdf
30. Lyu D, Mañas VL. Problemas éticos en la investigación con neuromarketing: una revisión de la literatura. Vivat Academia. Revista de Comunicación. 2021;263-283. Disponible en: <https://www.vivatacademia.net/index.php/vivat/article/view/1351>
31. Zambrano OGE. Guía para la aplicación de neuromarketing y marketing experiencial a través del uso de publicidad sensorial dirigido a clínicas odontopediátricas. Caso Artdental. [Tesis] Quito: Universidad de las Américas, 2014.

La pandemia de la Covid-19 y la aplicación de la mercadotecnia social

Si bien es cierto que la mercadotecnia en su enfoque social,⁽¹⁾ constituye una herramienta con una amplia gama de aplicación en la actividad sanitaria, aunque puede observarse una mayor aplicación en los últimos años a nivel mundial y se ha podido constatar su contribución para solucionar los distintos problemas de la salud pública, su utilización es muy inferior en el sector público sanitario, mientras tiende a incrementarse en el privado con fines comerciales, así como en los diferentes sectores de la economía mundial.

Mercadotecnia social y los retos de su aplicación a la salud

La aplicación de la mercadotecnia en la esfera de la salud en la región Latinoamericana, tanto en el cambio de comportamientos como en los servicios y la realización de investigaciones para la proyección y evaluación de estrategias, programas, proyectos y campañas, ha sido insuficiente, a pesar de la presencia de reconocidos especialistas, con un aval teórico y experiencia práctica. Aunque se dispone de resultados, extraer enseñanzas, tanto la teoría como la práctica, se ha encontrado muy limitada a la esfera académica y los profesionales vinculados a la Red Iberoamericana de Mercadotecnia en Salud (RIMS).

En estudio realizado,⁽²⁾ en seis países de la región, el 31 % de los encuestados adquirieron los conocimientos de mercadotecnia mediante conferencias, de manera autodidacta el 20 % y el 14 % en eventos científicos. El 23 % del total los adquirieron de manera curricular. Al comparar estos resultados, se puede observar que es tres veces inferior la formación académica que la relacionada con el interés personal por el tema.

Lo citado, pone en evidencia, el insuficiente conocimiento de la mercadotecnia social y sus potencialidades en la esfera de la salud, por los directivos y profesionales de los sistemas sanitarios y sus instituciones; lo planteado es una de las razones de su poca aplicación, unida al estigma de asociarla a la publicidad y a que solo es posible de emplear con fines de lucro, obviando sus posibilidades de utilización y los beneficios que podría aportar esta

disciplina a la salud pública, puesto que no radica en la comercialización de la salud, sino en la optimización de los recursos en función de la calidad de los productos y servicios, la satisfacción del paciente y la obtención de mejores resultados de sus programa, obteniendo como resultado, la mejor salud y bienestar de la población.

La situación de Cuba es muy similar a la descrita para la región iberoamericana. Investigación realizada,⁽³⁾ teniendo como población de estudio directivos y profesionales del sistema nacional de salud, encontraron una situación semejante. Del total de encuestados, tanto los profesionales del sistema, como los que en ese momento se encontraban en proceso de formación posgraduada, es decir, cursando estudios de mercadotecnia en alguna modalidad en las maestrías en la Escuela Nacional de Salud Pública, el 42,45% cree que puede aplicarse a la esfera de la salud y 26,40 % declara que no sabe si es posible emplearla.

Otro estudio⁽⁴⁾ encontró que, solo el 36 % conocía de la mercadotecnia y su enfoque social para ser aplicado a la salud, pero el 92 % mostró interés sobre el tema. Una investigación⁽⁵⁾ realizada sobre la puesta en práctica de proyectos de la asignatura Mercadotecnia en salud, de la maestría de Economía de la Salud, evidenciaron que del total de proyectos elaborados como práctica de investigación, de las seis ediciones de 2003 a 2019, solo el 32,43% se habían implementado, la mitad habían sido publicados y el 73 % habían sido presentados en eventos científicos. Lo anterior ratifica que el interés fundamental en la mercadotecnia se encuentra entre los profesionales que están vinculados a las actividades académicas.

Covid-19, sus aprendizajes y la mercadotecnia social

El coronavirus es una pandemia que ha afectado a casi todos los países desde finales del año 2019, pero con mayor magnitud en el 2020, de acuerdo a sus características particulares, su grado de desarrollo y la capacidad de los sistemas de salud para darle respuesta. La pandemia de la Covid-19⁽⁶⁾ ha traído muerte y enfermedad a todo el planeta, pero unido a ello, tanto para los gobernantes, la salud pública y la población general, ha propiciado un conjunto de comportamientos para aprender y otros para desaprender, tanto en la manera de actuar de individuos y grupos sociales como de dirigir y gobernar, las instituciones de salud, económicas y sociales.

La importancia de la participación social ha sido el bastión fundamental para avanzar en la prevención y control del coronavirus, y debe ser una lección aprendida en tiempos de pandemia. Si se toma de patrón para otras situaciones que están por llegar, puede conducir a contrarrestar las consecuencias

destructoras que esta ha dejado en cada persona, familia, comunidad y país, tanto en el orden económico como social y psicológico. Debido a que no se contaba con medicamentos efectivos en su primer momento y tampoco se dispuso de vacunas, resultaron fundamentales las medidas preventivas que incluyen el control de la fuente de infección, la detección temprana de pacientes, el corte de la transmisión y la protección de la población susceptible, entre otras.⁽⁷⁾

Para que una enfermedad infecciosa se disperse, deben cumplirse tres condiciones: el patógeno debe ser capaz de infectar humanos y reproducirse en ellos, debe poder entrar en contacto con las personas a través de un reservorio natural, y por último, debe ser propagado a través de un amplio circuito social.

El coronavirus, como enfermedad recién descubierta, con un riesgo relativo considerable para la salud pública, requirió, en muy breve tiempo, que los sistemas de salud hicieran frente a la detección y tratamiento, para el control de la enfermedad; mientras, los restantes actores sociales tendrían que, de manera intersectorial, espontánea o inducida,⁽⁸⁾ ser capaces de propiciar el aislamiento social, empleando el lema “Quédate en casa” para que resultara posible, que toda la población sana estuviese protegida y a la vez pudiera satisfacer sus necesidades fundamentales.

Ha sido una realidad constatada de forma empírica, sin necesidad de muchas explicaciones ni investigaciones científicas, que ha resultado necesario aprender nuevas formas de comportarse y desaprender otras. Todo ello en muy breve tiempo, debido a que el riesgo de contraer la enfermedad y sus consecuencias, se presenta de forma inmediata, lo que puede haber acelerado el proceso de concientización y cambio, que en otros hábitos muy arraigados, con efectos a largo plazo, ha resultado más difícil.

Tal vez el reto mayor aún está presente, pues habrá que mantener algunos de estos comportamientos en el tiempo, pues no se ve en la distancia el momento, en que el Covid-19 abandone su propagación. Los comportamientos que las personas y las comunidades, investigadores, directivos y gobernantes han tenido que adoptar, pueden ser de gran utilidad para la prevención y el control de las epidemias, ya presentes y las futuras.

Informar por sí solo, ha sido demostrado que no logra las formas de actuar que se requieren para lograr salud.⁽⁹⁾ Una pandemia como el caso de la Covid-19, la primera considerada de fase 4, por la presencia de nuevas olas pandémicas,⁽¹⁰⁾ no podía quedarse solo en educar, aunque se le diese la máxima prioridad. Resultó necesario incorporar a toda estrategia para una mejor respuesta a la epidemia, medidas de control, que en lo normativo y de estricto cumplimiento, permitieran lograr, en el menor tiempo posible, el distanciamiento físico y el aislamiento social de toda la población y favorecer a los grupos vulnerables, para detenerla en su punto de origen y propagación.

Para los directivos de salud y los medios de comunicación, ha sido una premisa compartir información verídica, científicamente confirmada, para evitar rumores,⁽¹¹⁾ pues dada la gran importancia que se le atribuye al tema, la incertidumbre que emana de estar en presencia de una enfermedad que científicos y médicos están aprendiendo sobre ella y su forma de difusión que lacera la manera en que los humanos se comportan como seres sociales, hace que reúna todos los requisitos para que los rumores se expandan con gran facilidad, en esta era en que las redes sociales impregnan inmediatez sin límites.

Lo más complicado resultó el lograr el aprendizaje de comportamientos que no eran usuales, incluso ni en el personal de salud, como el uso de la mascarilla en todo momento, tanto en los profesionales sanitarios como en todo servicio de atención a la población; así como por la población. Utilizar, algo a lo que no se ha acostumbrado, pero que además resulta incómodo e interfiere al hablar, al respirar, si se requiere ingerir líquidos y más aún para los fumadores, pues fue algo difícil de lograr y aún en los momentos de mayor gravedad de la situación epidemiológica, resultó difícil.

Permanecer en las viviendas el mayor tiempo posible y distanciarse de las personas a más de un metro, pues indudablemente que constituyeron un cambio drástico en la vida de individuos y grupos. El coronavirus ha representado no solo una enfermedad, sino un cambio radical en la vida cotidiana de todos, asumiendo nuevos comportamientos y dejando atrás otros arraigados como el besar, abrazar, dar la mano al saludar y en muchos países, como Cuba, estar muy próximas físicamente las personas que comparten las actividades cotidianas; el aislamiento social y el distanciamiento físico, fueron parte de los nuevos aprendizajes, por demás muy difíciles de asumir, que debió incorporar la población a esta nueva forma de asumir la vida cotidiana.

Cambios en el imaginario social y los comportamientos

Un hallazgo interesante resultó lo encontrado en estudio realizado por la autora y colaboradores,⁽¹²⁾ que permitió describir percepciones de las personas acerca de su salud y bienestar, durante la cuarentena por la Covid-19 en 17 países de Iberoamérica e identificar sus expectativas para afrontar la nueva realidad, mediante un diseño observacional, descriptivo y transversal, con enfoque mixto, empleando una encuesta en línea, dirigida a la población mayor de 18 años, del que se obtuvo una muestra de 1066 entrevistados.

Para la población el miedo a enfermarse fue lo más difícil; la autoridad sanitaria es la fuente de mayor credibilidad y las redes sociales, la de menor. Los participantes consideraron importante detener el deterioro de su salud, ya que antes de los efectos del SARS-CoV-2, dejaron crecer otros problemas de salud

como: sobrepeso y obesidad, diabetes, hipertensión, adicciones (tabaquismo, alcoholismo, drogadicción) o estrés por condiciones laborales. No obstante, también percibieron que puede adquirir hábitos saludables, que su bienestar depende de sí mismos y que puede realizar cambios al menos en la familia, para mejorar su condición física y mental y mantenerse sanos.

Estos hallazgos constituyen indicativos de valor para trazar estrategias, con enfoque de mercadotecnia social, que repercutan de forma positiva en los comportamientos que se requieren para afrontar la nueva realidad. También, es necesario el estudio y la comprensión de las dimensiones culturales de los procesos salud-enfermedad, ya que pueden contribuir a la reflexión sobre la complejidad del encuentro entre la ciencia y el sentido común, con el fin de apropiarse de los saberes populares para transformar lo que se requiera y fortalecer lo que es adecuado, utilizando los mismos canales de comunicación por el que ese imaginario popular se ha ido transmitiendo.

Es significativo el papel que le atribuyen al profesional sanitario como comunicador sobre salud, que muchas veces se olvida y se le confiere mayor importancia, entre otros, a las redes sociales, así como la responsabilidad individual sobre la propia salud y la función de los diferentes sectores económicos sociales en la producción del bienestar. Son interesantes estos resultados obtenidos durante la pandemia, pues un estudio realizado anterior a este, concluido justo en 2019,⁽¹³⁾ permitió caracterizar representaciones sociales de la población latinoamericana sobre vida saludable, salud y bienestar, y establecer similitudes, diferencias y discrepancias entre lo que las personas consideran la salud y el concepto de la Organización Mundial de la Salud, (OMS) y la Oficina Sanitaria Panamericana, (OPS), realizado con un diseño descriptivo, transversal, multicéntrico (Colombia, Cuba, México, Panamá y Perú); con enfoque mixto y también en la población de 18 con una muestra de 1327 sujetos.

Los resultados mostraron que la población relacionaba el autoconcepto de salud con ausencia de enfermedad y enfermedad con pérdida de salud, no con comportamientos que pueden generarla o perjudicarla (estilos de vida); la representación social del bienestar concede la mayor importancia al acceso a los servicios de salud y no existe diferenciación clara entre la representación social de salud y bienestar. La población no se percibe como ente activo y transformador en las actividades que generan una vida saludable; la construcción social de la salud, apunta a un papel individualista, pasivo y receptor que no favorece el desarrollo comunitario y, por tanto, deja en manos de las instituciones sanitarias la producción de la salud. La salud universal subyace en la representación social del bienestar al mostrar la importancia que le concede la población al acceso a servicios de salud. La conceptualización de la salud que

propugna la OMS es algo no interiorizado por las personas de los países latinoamericanos encuestados.

Aunque estos datos no son representativos de toda la población, sí constituyen indicativos de que la presencia de la pandemia actuó sobre la manera en que las personas se perciben ante la salud, el papel de la familia y la sociedad en la apropiación y producción de la salud individual y colectiva. Todo ello hace pensar, que en el imaginario social del contexto donde viven las personas, se ha modificado a partir de la pandemia de la Covid-19, aunque requiere de estudios de mayor precisión y magnitud.

Mercadotecnia social como estrategia de prevención y control de la Covid-19

Aunque han sido identificadas⁽¹⁴⁾ las brechas para la mayor utilización de la mercadotecnia y las causas que impiden obtener de ella los mayores beneficios, la situación creada con el arribo de la pandemia del Covid-19 y la imperiosa necesidad de lograr la participación de todos los actores sociales y muy en particular de la población, llevó a trazar estrategias que tienen en su eje central, el cambio de comportamientos de personas e instituciones. Entre estas estrategias, la mercadotecnia, en su enfoque social aplicado a la salud, se está empleando, a nivel mundial y también en Cuba, quizá sin saber qué es esa la herramienta utilizada, precisamente porque es lo que se requería y de forma natural se ha llegado a ella. De ahí la importancia de recoger las experiencias de su aplicación y los resultados que se obtienen, para validar su aplicación en la solución de los principales problemas que enfrenta la salud pública contemporánea.

Informar y colocar o eliminar barreras, esa es la esencia de lograr comportamientos deseados o eliminar los indeseados. La educación y la información tienen que ir acompañadas de medidas que actúen como barreras para impedir determinadas formas de actuación o para facilitarlas.⁽¹⁵⁾ Así, se elaboran las estrategias de mercadotecnia social para propiciar comportamientos que tributen a la salud, adaptando las denominadas 4ps de la mercadotecnia comercial.⁽¹⁶⁾

El enfoque de mercadotecnia radica en estructurar la estrategia en tres etapas:

- Segmentación del mercado.
- Selección del mercado o público meta.
- Posicionamiento.

Aunque siempre se debe comenzar por investigar a la población para la cual van dirigidas las acciones, dado que es ahí donde se obtiene la información sobre

esas necesidades, deseos y demandas que tienen los consumidores o usuarios, en este caso en particular el tiempo no lo permitió; en todos los contextos se tuvo que partir de la experiencia de otros proyectos de cambios de comportamiento, así como de la información epidemiológica disponible sobre la población en general y los grupos de riesgo en particular, para actuar de forma inmediata para posicionar las ideas y prácticas que se pretendía promover.

Al ser reciente, el nuevo coronavirus resultaba emergente en humanos.⁽¹⁷⁾ Por lo tanto, la población general resultaba susceptible, porque carecía de inmunidad contra ella, pudiendo infectar a las personas con inmunidad normal o comprometida. La cantidad de exposición al virus también determinaba si se infecta o no. Si estaba expuesto a una gran cantidad de virus, podía enfermarse, incluso si su función inmunológica era normal. Para las personas con una función inmune deficiente, como los ancianos, las mujeres embarazadas y las personas con enfermedades crónicas o inmunidad comprometida, con disfunción hepática o renal, resultaban mayores las probabilidades de infectarse, la enfermedad progresaba relativamente rápido y los síntomas eran más graves.

Los niños tenían menos posibilidades de exposición y, por lo tanto, una menor probabilidad de infección. Sin embargo, no podía dejar de tomarse en consideración, pues también son más proclives a difundirla.

Lo anterior corrobora que la situación epidemiológica de un contexto determinado, ya sea una localidad o un país, ofrecía en ese momento, una caracterización que permitió segmentar la población y seleccionar el público meta para sobre esa base trazar la estrategia que se requería para lograr el posicionamiento de la idea o práctica deseada en función de la salud de la población.⁽¹⁸⁾ Todo lo anterior, también subsiste como fundamento y premisa en el análisis de la transmisión de enfermedades en cualquier momento y contexto, solo que en la actualidad, referente a la Covid-19, la casi totalidad de la población cubana está vacunada, incluidos los niños.

No resulta por tanto necesario investigar para segmentar el mercado y seleccionar el mercado o público meta. El análisis de las estrategias de prevención y control de la Covid-19, a nivel mundial y también en Cuba, consideraron en aquel momento como público meta la población en general, priorizando además los grupos vulnerables: ancianos y mujeres embarazadas y personas con enfermedades crónicas (diabetes *mellitus*, hipertensión arterial, y otras), sin dejar de considerar los niños, que además de resultar en ellos más difícil mantenerlos aislados, pueden servir de difusores de la información en sus familias.

Definidos los segmentos que se quieren alcanzar, hay que diseñar un proyecto para poder llegar a cada uno de ellos, generalmente con estrategias diferentes.⁽¹⁴⁾ En toda la información revisada y analizada, se puede constatar que en Cuba se ha procedido de esa manera. Es precisamente esto lo que

diferencia la mercadotecnia de las tecnologías educativas, pues hay que elaborar las estrategias diferentes para los públicos diferentes que permitan el posicionamiento del producto, ya sea tangible o intangible como los servicios o las ideas.

La estrategia empleada en el país, estuvo caracterizada por la universalidad y equidad, amparada en la Constitución de la República,⁽¹⁹⁾ tanto en la atención a los enfermos, en las acciones preventivas y de control y en la transparencia y el sustento científico que ha acompañado la información que se difundió. Aunque no fue declarada como de mercadotecnia social, permite también un análisis de esta tomando como base las denominadas 4Pes de la mercadotecnia (producto, precio, punto de distribución y promoción o comunicación), se puede presentar de la forma siguiente:

El producto social a promover fue una idea y una práctica:

- *Idea*: todos estamos expuestos, la prevención personal es la única alternativa viable.
- *Práctica*: uso de los medios de protección (mascarilla / nasobuco); no tocarse la cara; higiene personal (lavado frecuente de las manos y uso de desinfectantes); toser o estornudar de forma de no afectar a otras personas; distanciamiento físico (guardar una distancia de metro y medio de otras personas); aislamiento social (no salir de la casa o solo lo imprescindible); así como acudir al médico si tiene los síntomas.

Se asoció a la idea y la práctica, la presencia de servicios de salud destinados específicamente para la atención a los pacientes que presentaban síntomas; así como el pesquisaje diario en la comunidad y los centros laborales que continuaron trabajando, para detectar personas con síntomas relacionados con la Covid-19; la atención en el hogar a las personas en proceso de recuperación de la enfermedad. Además, se habilitaron servicios de salud hospitalarios, para la atención a las personas con la Covid-19 y los centros de aislamiento para los que eran contactos de enfermos, y los que se encontraban en cuarentena por regresar de otros países. Todos estos servicios, así como las pruebas diagnósticas, se ofrecieron de forma gratuita, con carácter universal y equidad, por lo que existió total accesibilidad a estos.

Para posicionar esta idea y esta práctica en la población meta, a continuación se expone cómo se manejaron las restantes Pes.

Promoción, información y comunicación: el lema: “Quédate en casa”, ha sido empleado a nivel internacional en las campañas de comunicación social y a este se asociaron mensajes encaminados a que el público meta se informara sobre los medios de protección, su importancia y uso, la necesidad del distanciamiento físico y la permanencia en casa para evitar el contacto con otras personas. También, se difundieron los síntomas de la enfermedad para que pudieran ser

identificados y lograr que acudiendo al médico de inmediato, se realizara el diagnóstico temprano y se facilitara el proceder al tratamiento de forma oportuna, reduciendo las posibilidades de agravamiento.

A la vez, se mantuvo, y aun se realiza, una sistemática difusión de información acerca de la enfermedad, su letalidad y los efectos de los tratamientos empleados, así como de estilos de vida (alimentación adecuada, hacer ejercicios físicos, tomar sol cuando es posible y no fumar) y empleo de fármacos y suplementos vitamínicos, que pueden mejorar el sistema inmunológico, entre otros aspectos.

La campaña de comunicación social pretendió sensibilizar, apelando a lo emocional en cada individuo, para lograr la responsabilidad individual y social en la difusión de la Covid-19, a la vez que evitar la desinformación de la población o dejarse influenciar por mensajes incorrectos.⁽²⁰⁾

La distribución de la información, para posicionar la idea, se ha realizado por todos los medios de comunicación social y las redes sociales han tenido un papel muy importante. Se han empleado líderes de opinión, tales como artistas y deportistas, nacionales e internacionales. Científicos destacados en todas las ramas de la ciencia han participado ofreciendo información y mensajes, para sustentar desde esa perspectiva los mensajes atribuyéndoles credibilidad. Además, en la comunidad, las personas de significación social y los médicos, enfermeras y estudiantes de todas las especialidades de salud, participaron en una pesquisa activa que hizo notar la importancia, que, a nivel gubernamental y social, se le atribuyó a la prevención y control de la pandemia.

Especial importancia tuvo la difusión y actualización de la situación de la epidemia en el país, con la designación por el Ministerio de Salud Pública, de un vocero, que todos los días a la misma hora, ofrecía una conferencia de prensa transmitida por la televisión, que a la vez que transmitía los datos de mayor importancia, emitió mensajes particularizando los territorios más afectados. Se insistió en asumir esta situación con responsabilidad, pero no generar pánico que pudiera conducir a problemas psicológicos en las personas.⁽²¹⁾

El precio en mercadotecnia social,⁽¹⁴⁾ se refiere a lo que les cuesta a las personas en lo económico, psicológico o físico, asumir la idea y la práctica que se quiere promover y como en la estrategia propuesta se trata de minimizar este costo. Si bien la información sobre la importancia de comportamientos que reduzcan la posibilidad de contagio y por ende no adquirir la enfermedad, pueden reducir el alto precio que significa el distanciamiento físico y el aislamiento social, aparejado a ello, se implementaron medidas, sustentadas en normativas jurídicas para garantizarlo, las cuales tuvieron mayor o menor alcance en dependencia de la situación particular de la epidemia y su cumplimiento estuvo a cargo de las fuerzas del orden público. Ello facilitó que las personas en lugares públicos asumieran el comportamiento requerido facilitando la adopción

de la práctica, aunque no necesariamente implica que se posicionó la idea que se pretende promover, pues se evidenciaba que no todas las personas asumían el comportamiento deseado, incluso siendo parte de grupos considerados vulnerables.

Se suspendieron las actividades docentes presenciales de todos los niveles de enseñanza y se sustituyeron por alternativas particulares de cada contexto, se amplió el teletrabajo en todas las actividades laborales que lo permitieron; se suspendieron las actividades laborales no fundamentales, se eliminó el transporte público de manera total o parcial, se cerraron los centros de gastronomía (bares, cafeterías, restaurantes), servicios no básicos; se restringió las actividades comerciales a la venta de productos de primera necesidad; se limitaron los servicios de salud a las opciones de emergencia o impostergables por constituir peligro para la vida, entre las más importantes medidas, para no ofrecer opciones que compitieran con el aislamiento social y facilitarían la disminución del costo de asumir el aislamiento social y el distanciamiento físico.

Alternativas de comercio en línea y de entrega a domicilio de productos alimenticios y de aseo, estaban dirigidas a que las personas, fundamentalmente los adultos mayores, como principal grupo de riesgo, pudieran satisfacer sus necesidades básicas sin salir de la casa. Lo anterior minimizaba el esfuerzo físico que se requiere para obtenerlos y por consiguiente la tensión psicológica asociada.

En los territorios que fueron declarados en cuarentena, las organizaciones sociales y los estudiantes de las universidades, asumieron la entrega a domicilio de los bienes necesarios para la satisfacción de las necesidades básicas y facilitaron los servicios requeridos de la población en general y en particular de los grupos vulnerables. La pesquisa activa se realizaba mediante visita diaria a toda la población, por el nivel de atención primaria, con el médico y la enfermera de la familia, apoyados por los estudiantes de medicina, enfermería y otras ciencias de la salud, para de esta forma detectar las personas con síntomas, teniendo las mismas, como valor agregado, sensibilizar a la población, poniendo de manifiesto la importancia que se le atribuye a preservar la salud.

La P referente a la distribución, se ha ido analizando en función del precio, pues las medidas han ido encaminadas a facilitar la adopción de los comportamientos.

No se incluye en este análisis lo relacionado con otras acciones encaminadas al control epidemiológico de la pandemia, ni la atención hospitalaria a los enfermos y el seguimiento a los que se recuperan una vez que regresan a sus hogares.

El gran reto

La estrategia trazada en la prevención y control de la Covid-19, tanto en Cuba como en otros países, ⁽²²⁾ no ha sido declarada como una estrategia de mercadotecnia social aplicada a tan grave problema que la salud pública ha tenido que enfrentar, pero en su esencia, se ha regido por los principios que la misma sustenta y la evaluación de sus resultados, permitirá validar la vigencia de esta.

En Cuba, se diagnosticaron los primeros casos a mitad del mes de marzo del año 2020, cuando ya en otros países ⁽²³⁾ se estaba expandiendo desde hacía tres meses. La experiencia internacional demostraba que países más desarrollados que Cuba habían presentado graves dificultades para combatir la COVID-19 y minimizar el número de infectados y fallecidos. De acuerdo a las características de la enfermedad y su difusión, requería, además, de la preparación de condiciones excepcionales en el sistema nacional de salud para enfrentarla, salir del sistema al medio social y propiciar una serie de medidas de carácter intersectorial y de participación ciudadana, que de conjunto, permitieron afrontar la pandemia con el menor número posible de enfermos, para que no colapsara el sistema de salud por la cantidad de camas y equipamiento que se necesitaría, como sucedió en algunos países, incluso de mayor desarrollo.

Se consideró entonces, que a única forma de evitar el contagio y avanzar hacia un escenario más favorable, dependía de las acciones del Gobierno con medidas para reducir la movilidad de las personas, pero, sobre todo, de la capacidad de la población de cumplir las medidas de aislamiento social y reducir el contagio.

Los primeros resultados fueron muy buenos, pues el desarrollo de la epidemia se logró llevar al escenario más favorable previsto, por lo que el pico quedó, incluso, por debajo de lo estimado en 100 casos.^(23,24) Pero en medio del camino, se produjo un rebrote, al igual que en otros contextos y las medidas de confinamiento conspiraban con el desarrollo económico de los países, por lo que los gobiernos, se vieron en la necesidad de encontrar sus propias alternativas de volver, paso a paso, a una nueva normalidad y la vida cotidiana, económica y social, en el mundo ha sido diferente después del momento crucial de la pandemia. La Covid-19 ha marcado un antes y un después, en cada individuo en particular y en la sociedad en general.

Que se aprendieran comportamientos, actitudes y valores que lleven a un mundo mejor y se desaprendieran aquellos que no conducen por ese camino, puede ser lo único, que se puede considerar positivo, de haber vivido la inédita experiencia, todos los habitantes del planeta a la vez, los tiempos de la pandemia del Covid-19.

El gran reto es lograr el posicionamiento de la idea, que permita, de forma consciente y espontánea, asumir por la población el comportamiento responsable sin la presencia de las medidas regulatorias, no solo ante la Covid-19, si no con otras situaciones emergentes y con un estilo de vida que tribute a la salud y el bienestar.

Referencias bibliográficas

1. Suárez LN. Academic education in health marketing in Ibero-America. Revista Horizonte Sanitario. 2017;16(1):8-14. Disponible en: <https://search.bvsalud.org/gim/resource/es/biblio-1002054>
2. Suárez LN. Panorama of health marketing in Latin America. Revista Horizonte Sanitario. 2018;17(1). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457868357001>
3. Suárez LN. Mercadotecnia en el Sistema Nacional de Salud de Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2008;34 (1):1-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/214/21420865013.pdf>
4. Góngora GLH, et al. Aplicación de la mercadotecnia social en los servicios y programas de salud en Santiago de Cuba. Medisan. 2016;20.4:490-497. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192016000400009&script=sci_arttext&tlng=en
5. Suárez LN. Proyectos de mercadotecnia social en la Maestría de Economía de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba. 2003-2019. Póster. XIX Jornada de Profesores Consultantes. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas; Noviembre, 2019.
6. Zambrano AP, et al. Estudio sistemático de la morbilidad y mortalidad del COVID-19 a nivel mundial. MQRInvestigar; 2022; 6(3): 1280-1296. Disponible en: <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/68/213>
7. Zhou W. The coronavirus prevention Handbook. 101 Science based tips that could save your life. New York: Skyhouse Publishing. Sky Pony Press. 2020.
8. Castell-Florit SP. La intersectorialidad, una tecnología que despegua con fuerza. Rev Cubana Salud Pública. 2010;36(1):101-2. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v36n2/spu01210.pdf>
9. Suárez LN. Mercadotecnia, comunicación y movilización social: ciencias sin fronteras en la promoción de la salud. Revista de Comunicación en Salud. 2011;1(1):101-12. DOI: [http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2011.1\(1\).107-118](http://doi.org/10.35669/revistadecomunicacionysalud.2011.1(1).107-118).
10. Organización Mundial de la Salud. Alocución de la Dra. Margaret Chan Directora General, ante la 69ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza; Organización Mundial de la Salud; 23 de mayo de 2012. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/address-to-the-sixty-ninth-world-health-assembly>

11. Organización Mundial de la Salud. Consejos a la población acerca de los rumores sobre el nuevo coronavirus (2019 nCoV). Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: [https://www.paho.org/es/documentos-tecnicos-ops-enfermedad-por-coronavirus-covid-19 Rumores](https://www.paho.org/es/documentos-tecnicos-ops-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-Rumores)
12. Hernández GC, Suárez LN. Salud y bienestar en el tiempo de la pandemia del COVID-19. *Horizonte Sanitario*. 2021;20(3):3951-406. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/hs/v20n3/2007-7459-hs-20-03-395.pdf>
13. Suárez LN, Hernández GC. Salud y bienestar en el imaginario de la población latinoamericana 2019-2020. *Horizonte Sanitario*; 2022;21(3):387-395.m DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a21n3.4806>
14. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. Editorial Lazo Adentro. La Habana. 2017.
15. Hastings G, Lynn MF, Martinez S. *The marketing book*. 5ta. Edition. UK: Butterwort Heinemann; 2002.
16. Torres SC, Granada LF. *Marketing Social*. Colombia: Editorial CATORSE; 2014.
17. Organización Mundial de la Salud. Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19); orientaciones para el público. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))
18. Castell-Florit SP. Universal doesn't just apply to health care, but to every sector's action taken to protect the population health. *Medic Review*. 2020;22(2): 21-23. Disponible en: [www.mediccreview.org/universal-doesn't-just-apply-to-health-care](http://www.mediccreview.org/universal-doesn-t-just-apply-to-health-care)
19. Asamblea Nacional del Poder Popular. Constitución de la República de Cuba. GOC-2019-406-EX5. La Habana: ANPP; 2019. Disponible en: <http://www.gaceta-oficial-de-la-republica-de-cuba-publica-nueva-constitucion-pdf/>
20. Alonso GP, Alemañy CC. Curbing misinformation and disinformation in the COVID-19 era: a view from Cuba. *Medic Review*. 2020;22(2):45-6. Disponible en: <http://mediccreview.org/curbing-misinformation-and-disinformation-in-the-covid-19-era-a-view-from-cuba>
21. Organización Mundial de la Salud. Mental Health and Psychosocial Considerations During COVID-19 outbreak. Ginebra: OMS; 18 de marzo 2020. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/331490>
22. Bressy S, Zingarelli EM. Technological devices in COVID-19 primary care management: the Italian experience. *Letters to the Editor. Family Practice*. 2020;cmaa055: 1-2. DOI: <https://doi.org/10.1093/fampra/cmaa055>
23. Figueredo RO, et al. COVID-19 en Cuba: El pico se adelanta, ¿qué dicen los modelos matemáticos y cómo interpretarlos? *CUBADEBATE*. Abril 2020. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/especiales/2020/04/27/covid-19-en-cuba-el-pico-se-adelantaque-dicen-los-modelos-matematicos-y-como-interpretarlos/#.XqyxHM3B-60>
24. Ortiz NR. Análisis métrico de la producción científica sobre COVID-19 en SCOPUS. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*; 2020;31(3):1-20. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/acimed/aci-2020/aci203b.pdf>

Mercadotecnia de los servicios educativos en salud

La demanda de la educación superior ha tenido un gran incremento desde inicios del siglo XXI, a la vez que se ha diversificado y se ha intensificado la importancia que tiene en los países para lograr un mayor desarrollo social, cultural y económico. Esto se ha extendido al escenario internacional y la comercialización de los servicios educativos, ajustado a los mismos patrones que rigen todo lo que se produce y se vende: compradores, vendedores o prestadores de servicios, un mercado; sistemas de promoción (marketing, mercadeo o mercadotecnia), un sistema de precios y los objetos, ya sean productos o servicios, de la comercialización en sí.⁽¹⁾

Los servicios educativos

El incremento de la comercialización de los servicios educativos se está desarrollando en todos los países y fuera de las propias fronteras también, por lo que ya se habla de la existencia de un mercado internacional de la educación superior; las instituciones, compiten con éxito en los mercados nacionales e internacionales, con el aumento de las ventas, si tienen en cuenta como satisfacer mejor las necesidades y deseos de los clientes, identifican al público objetivo y establecen una estrategia que tenga en cuenta las innumerables oportunidades que ofrece el entorno para lograr un mejor posicionamiento en el mercado.^(2,3)

Los principales foros que se han desarrollado a nivel mundial y regional sobre el tema de la educación superior, le han dedicado espacio a lo referente al financiamiento que puede representar para las instituciones educativas la comercialización de sus servicios. Evidencia y referente lo constituyen documentos tales como: la Declaración Mundial sobre la Educación Superior en el Siglo XXI: Visión y Acción (1998);⁽⁴⁾ Declaración de la Conferencia Regional de la Educación Superior en América Latina y el Caribe (2008)⁽⁵⁾ y eventos como la Conferencia Mundial de Educación Superior de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO (2022).^(6,7)

Es importante a la vez, tener en cuenta, que el Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS), considera los servicios de educación como una de las categorías en que se pueden agrupar los servicios comercializables. Los define, como aquellos brindados por una institución educativa a estudiantes extranjeros.⁽⁸⁾ Pero ello no implica, que se tome en consideración el reclamo de los organismos internacionales ya señalados, para tener en cuenta las particularidades que han de considerarse, basados en que la educación es un derecho humano universal y, por tanto, un bien público y atenderse como un proceso de internacionalización. Esto significa una integración global de los servicios educativos mediante el incremento del intercambio entre los países, que represente una mejora educativa, con beneficios sociales, sin dejar de considerar que puede reportar otros en el orden económico,⁽⁹⁾ que a la vez repercutan en el perfeccionamiento al interior de cada país.

Mercadotecnia de los servicios educativos

No obstante, el empleo de estrategias de mercadotecnia trazadas por las universidades de ciencias de la salud, no se encuentra ni aplicado ni documentada en la literatura revisada, tanto en revistas y eventos científicos.⁽¹⁰⁾ Esto constituye un enfoque de gran interés a desarrollar para acometer la importante tarea de incrementar el valor de la educación en los países y derivado de ello el requerido proceso de internacionalización. Los programas de diferentes modalidades que se presentaron en el presente libro, permiten que las instituciones puedan emplearlos para poder formar recursos humanos en salud, capaces de aplicar las ya necesarias herramientas que la mercadotecnia ofrece, para perfeccionar los programas educativos y posicionar las instituciones educativas en el mercado internacional.

En este epígrafe, se hará referencia al marketing y no mercadotecnia, dado que la bibliografía consultada lo refiere de esta forma. El marketing educativo⁽¹¹⁾ puede conceptualizarse, como las herramientas que adopta una institución educativa para posicionar su marca en el mercado nacional e internacional, con el fin de realizar captura de nuevos estudiantes, mantener los ya inscritos y fortalecer las relaciones interinstitucionales, las cuales les brinda una serie de oportunidades estratégicas dentro de un mercado cada vez más competitivo.

Puede resumirse,⁽¹²⁾ como una herramienta estratégica de gestión que adopta una institución educativa (de todos los niveles o grados escolares) para posicionar su marca en el mercado nacional e internacional. Tiene el propósito de realizar captura de nuevos estudiantes, mantener los ya inscritos y fortalecer las relaciones interinstitucionales, las cuales les brinda una serie de oportunidades estratégicas dentro de un mercado cada vez más competitivo.

También, permite satisfacer necesidades de desarrollo personal para la adquisición de un nuevo conocimiento, a través de la comercialización (intercambio y venta) de un servicio, de forma directa o indirecta (presencial o virtual).

El marketing educativo⁽¹³⁾ es la herramienta estratégica de la gestión, que ejecutan las instituciones de educación (de todos los niveles o grados escolares). Permite satisfacer necesidades de desarrollo personal para la adquisición de un nuevo conocimiento, a través de la comercialización (intercambio y venta) de un servicio, de forma directa o indirecta (presencial o virtual). También se define,⁽¹⁴⁾ con una perspectiva más enfocada a lo social, como el proceso de investigación de las necesidades sociales, para desarrollar servicios educativos tendientes a satisfacerlas, acordes a su valor percibido, distribuidos en tiempo y lugar, y promocionados de forma ética, para generar bienestar entre individuos y organizaciones.

Otros autores, hacen referencia, a que en las instituciones educativas no se emplea, debido a que resulta complicado hacerlo,^(15, 16) pero que es conveniente colocarlo al servicio del proceso de crecimiento de las instituciones de educación superior y que se incrementa de manera significativa en el sector educativo en todos sus niveles. Se destaca,⁽¹⁷⁾ que el marketing educativo es el cumplimiento de la acción comercial que orienta el flujo del servicio, desde las universidades hacia los consumidores del servicio para satisfacer necesidades. La calidad educativa es aquella en la que los resultados conjugan la calidad de promesa y calidad de demanda.

Lo anterior hace considerar, que en la actualidad, las instituciones educativas, que ofertan sus servicios de nivel universitario y posgrado, ya sean del sector público como del privado, deben emplear el marketing educativo para diseñar, ofertar y promocionar sus servicios, siguiendo siempre que el criterio primordial es la calidad de estos, unido a los valores humanos que sustentan sus propuestas, los que se promocionarán siguiendo los principios de la ética de la mercadotecnia en su enfoque social⁽¹⁸⁾ y que la satisfacción de los estudiantes al cumplir sus expectativas será el criterio fundamental para el constante perfeccionamiento.

Las modalidades de formación académica en mercadotecnia en salud, presentadas en el capítulo XIV, permiten la preparación de los profesionales sanitarios encargados de las actividades docentes, para diseñar y poner en práctica, estrategias de marketing educativo. Además, contribuyen a perfeccionar los programas que ofertan las universidades de ciencias de la salud, que permita lograr la mayor calidad y satisfacción de los estudiantes en el contexto nacional y la internacionalización de estos servicios, que mediante su comercialización, faciliten incrementar los ingresos y repercuta en el mejoramiento de sus estructuras y recursos materiales.

Evaluación de estrategias de mercadotecnia en los servicios educativos

El mejor criterio para medir la efectividad de la estrategia empleada en las instituciones educativas, es la satisfacción de los estudiantes. Algunos autores,^(19, 20) reportan el resultado de sus investigaciones, señalando que su satisfacción refleja la eficiencia de los servicios académicos y administrativos; consideran importante que los estudiantes manifiesten su complacencia con las unidades de aprendizaje, con las interacciones con su profesor y compañeros de clase, así como con las instalaciones y el equipamiento.

Son los estudiantes los principales usuarios de los servicios universitarios y los que mejor pueden valorarla; aunque alcanzan solo tener una visión parcial, sus opiniones sirven como indicador de mejoramiento de la gestión y de desarrollo de los programas académicos. Esta práctica, es importante que se incluya de manera permanente en las instituciones que ofrecen servicios educativos, como forma de retroalimentación y evaluación de las ofertas que se realizan, tanto por estudiantes nacionales como extranjeros.

La satisfacción de los alumnos, al sentir que se les ha dado respuesta a sus expectativas académicas, sus necesidades educativas, es un indicador muy importante a considerar para el perfeccionamiento de las ofertas educativas; de ahí que los estudios sobre satisfacción estudiantil en las universidades como indicadores para evaluar la calidad educativa son importantes y a la vez mejora el rendimiento académico que es otro requisito para valorar el éxito en el aprendizaje.

Es necesario hacer seguimiento del progreso en el índice de satisfacción, comparar el desempeño con el de otras organizaciones que ofrecen servicios educativos similares, e incrementar la rentabilidad a través del mejoramiento de la lealtad y retención de los estudiantes. En los servicios educativos que se ofrecen, debe primar el interés social, ya sea los de carácter público, como los privados, sin descuidar la eficiencia, racionalidad y flexibilidad. Esto es, que la comercialización no deje de tener en cuenta los objetivos sociales de la educación, más aún, sin son servicios educativos en salud.

Mercadotecnia en función de la internacionalización de los servicios educativos en salud

Si bien los procesos de internacionalización de la economía son recientes, y han estado más bien inclinados hacia la internacionalización de los productos industriales, los servicios denominados "invisibles", entre los que se encuentran

los educativos, han encontrado posibilidades para ser comercializados fuera de sus fronteras.⁽²¹⁾

La revisión de la bibliografía,^(22,23) analiza la internacionalización de los servicios refiriendo que las estrategias y los problemas asociados con esta, son los mismos aplicables a los mercados domésticos; la clave está en fijar objetivos claros de marketing, elegir un buen segmento, desarrollar estrategias apropiadas y controlar los diferentes componentes que se relacionen de manera adecuada en el denominado marketing mix.

Lo que resulta diferente, son los contextos políticos, económicos, culturales, sociales y legales.⁽²⁴⁾ La esencia se encuentra en ofertar servicios educativos diversos y de óptima calidad, a precios accesibles y acordes con la complejidad, ofertarlos en el país que lo adquiere o en el país que lo emite, según los requerimientos y darlo a conocer de la forma más clara y precisa para que se haga tangible.

A nivel global, el mercado de la educación superior se encuentra dominado por un porcentaje no despreciable de las universidades. Según las clasificaciones mundiales, las mejores a ese nivel pertenecen a Estados Unidos, Reino Unido, Suiza, Japón y Canadá. Tres universidades cubanas se posicionan en la edición 2022 del QS World University Rankings, entre las 1300 universidades más prestigiosas del mundo: la Universidad de La Habana (UH), con un rango de posiciones entre el 501-510; la Universidad Central "Marta Abreu" de Las Villas, en la provincia de Villa Clara, se ubica en el rango de posiciones entre el 521-530 y la Universidad Tecnológica de La Habana José Antonio Echeverría (CUJAE), con un rango entre 1000-1200.⁽²⁵⁾

Es importante estar pendiente de cómo se encuentran las instituciones de educación superior en esa escala y analizar en particular las que ofertan servicios educativos para formar profesionales en salud; cuáles son los indicadores que se miden y cómo trabajar para lograr alcanzarlos, pues no se trata solo de ser competitivos en cuanto a la comparación con otras universidades, sino que tan bien preparados resultan nuestros recursos humanos para hacerle frente a los actuales problemas de salud que enfrenta el país y la humanidad.

La internacionalización de la educación superior y de la educación médica^(26,27) en particular, es considerada como un tema relevante, por su importancia actual y en crecimiento, derivado de la globalización cada vez a mayor velocidad con el empleo de las tecnología de la información y la comunicación, que hacen que la distancia geográfica entre los países no constituya un impedimento para compartir experiencias, y que la movilidad de estudiantes y profesores pueda ser, si no sustituida, al menos compartida mediante la modalidad híbrida en el proceso de formación.

Hay aspectos muy interesantes que sustentan los postulados sobre la internacionalización de la educación médica;⁽²⁸⁾ entre ellos se encuentra la

necesidad de crear un marco de referencia mundial para el ejercicio de la medicina, para la gestión y colaboración internacionales que, les permita al futuro médico no solo entender las diferencias entre los problemas de salud mundiales, sino también adquirir una visión integradora de las diferencias sociales, interculturales y éticas de las personas que van a ser objeto de su trabajo, el conocimiento y comprensión de las diferencias de los sistemas sanitarios donde pueden ejercer su profesión; tomar conciencia de los desafíos de la salud pública de estos tiempos; lograr el conocimiento de lo que significa la investigación biomédica para resolver problemas de salud en la actualidad y adquirir competencias internacionales para integrarse a redes de trabajo, dirección y colaboración.

La expansión de la dimensión internacional de la educación superior, debe ser valorada como una responsabilidad para todas las instituciones y sus programas, convertirse en una transformación integral de este nivel de enseñanza para mejorar su calidad y pertinencia, sin dejar de considerar que la movilidad de estudiantes y docentes es parte fundamental de la internacionalización, Es por eso, que hay que preparar a los profesionales sanitarios para que las estrategias de mercadotecnia, le permitan lograr el posicionamiento de sus servicios educativos a nivel nacional e internacional, fundamentalmente por la calidad de su proceso docente.

Investigaciones realizadas,⁽²⁰⁾ ponen de manifiesto la importancia que le atribuyen los estudiantes a las condiciones educativas, pues unido a los beneficios económicos de las ofertas que encuentran en el mercado, constituyen la razón fundamental por la que los estudiantes deciden trasladarse de su país a otro para realizar estudios.

Hay que pensar y construir estrategias para enfrentar el reto que constituyen para las universidades de ciencias de la salud de Cuba, lograr el posicionamiento de sus servicios educativos a nivel internacional, lo que implica elevar la calidad de los procesos docentes en el escenario nacional que permita transitar hacia la internacionalización de sus servicios. Una experiencia interesante, es la recién publicada⁽²⁹⁾ sobre la estrategia para el posicionamiento de los servicios educativos en salud que ofrece el país, para la internacionalización, desde un enfoque de mercadotecnia social sustentado en la ética que debe primar en la formación de los profesionales de la salud y teniendo como eje central la calidad del proceso educativo.

Consideraciones finales

La aplicación de la mercadotecnia, como herramienta para el posicionamiento del denominado sector terciario, como se le conoce a los servicios, incluye los

educativos en general y también aquellos que se ofertan para la formación universitaria y de posgrado en salud. Si bien es diferente de acuerdo a las características sociales, culturales y económicas de las distintas regiones del mundo, todos los países, en mayor o menor grado, intentan posicionarse en el mercado internacional, para que el intercambio permita obtener profesionales más competentes, capaces de lograr el desarrollo en sus respectivos contextos.

La internacionalización de la educación superior en salud debe caracterizarse, para que unido a la calidad de sus programas y docentes, prime la ética, la solidaridad y el humanismo. Para posicionar los servicios educativos, la información científica para el diseño de estrategias de mercadotecnia y el criterio de los estudiantes sobre los servicios de reciben, resultan fundamentales para el uso óptimo de los recursos, lograr los mejores resultados para hacerlos competitivos en el escenario internacional con un enfoque ético y social que a la vez represente ingresos económicos.

Referencias bibliográficas

1. Santos J, Gonçalves GMR. Organizational culture, internal marketing, and perceived organizational support in Portuguese higher education institutions. *Journal of Work and Organizational Psychology*. 2018. 34(1):38-45. DOI: <https://doi.org/10.5093/jwop2018a5>
2. Mantua KK. Educational Travel Best Practices 2020. Finland, Helsinki: Business Finland/Visit, 2021. Disponible en: <https://n9.cl/54sk0>
3. Tabassum A, et al. Impact of International Trade of Higher Education on Universities Performance. *Global Regional Review*. 2022;V(II): 237-45.
4. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la ciencia y la Cultura. Declaración mundial sobre la educación superior en el siglo XXI: Visión y acción. Conferencia Mundial sobre Educación Superior en el siglo XXI. Visión y acción. París: UNESCO; 1998. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000113878_spa
5. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Declaración de la Conferencia Regional de la Educación Superior en América Latina y el Caribe -CRES- 2008. Unipluri. 2009; 8(2):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/unip/article/view/955/828>
6. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Conferencia Mundial sobre Educación Superior. París: UNESCO; 2022. Disponible en: <https://www.iesalc.unesco.org/2021/08/02/mayo2022-iii-conferencia-mundial-de-educacion-superior-whec/>
7. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Santiago de Chile: CEPAL; 2022. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/acerca-la-agenda-2030-desarrollo-sostenible>

8. Organización Mundial del Comercio. El Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (AGCS): objetivos, alcance y disciplinas. Ginebra: OMC; 2005. Disponible en: https://www.wto.org/spanish/tratop_s/serv_s/gatsqa_s.htm
9. Menéndez DJJ, et al. Desmitificando el financiamiento de la educación superior. Dilemas Contemporáneos. Educación, Política y Valores. 2018;6(1):38. Disponible en: <https://n9.cl/wm0sz>
10. Priego AHR, Córdova HJA, Suárez LN. Marketing Salutogénico. Colección Julián Manzur Ocaña. Vida y salud social. México: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 2021. Disponible en: <http://www.rims.org.mx>
11. Rendueles MM. Mercadeo social, responsabilidad social y balance social: conceptos a desarrollar por instituciones universitarias. Telos. 2010;12(1):29-42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id-99312518003>
12. Larios GE. La gestión de la convivencia escolar en la educación básica en México: desde la perspectiva del marketing educativo. Apuntes Universitarios. 2021;11(2):30-47. DOI: <http://doi.org/10.17162/au.v11i2.630>
13. Zapata E. Mercadeo Educativo. Estrategias para promover instituciones y programas. Bogotá: Hipertexto; 2012.
14. Alvarado O. Gerencia y marketing educativo. Lima: Universidad Alas Peruanas; 2003.
15. Manes JM. Marketing para instituciones educativas: Guía para planificar la captación y retención de alumnos. 2da. ed. Buenos Aires: Granica; 2004.
16. Salas CHJ. Influence of relationship marketing on the organizational results of private educational institutions of Lima metropolitan área. Perú. Rev. investig. Altoandín. 2017; 19(1):63-74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5893934>
17. Gordillo LJD, et al. El marketing educativo como estrategia para la satisfacción de alumnos universitarios. Propósitos y representaciones. 2020. 8(Sppl1):e499. DOI: <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8nSPE1.499>
18. Suárez LN. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria. La Habana: Lazo Adentro. 2017.
19. Celkan G, et al. Student Perceptions of Teacher Respect Toward College Students. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;191:2174-8. DOI: <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.435>
20. Yankun Y, Xinrong X. Influence Factors on China's Export Competitiveness of International Education Service Trade. International Journal Advances in Social Science and Humanities. 2020;8(3):01-08. Disponible en: <https://n9.cl/on3qg>
21. Yankun Y, Xinrong X. Research on the Current Status and Policy Evolution of International Education Industry in China. Asian Social Science. 2020;16.8:131-131. DOI: <https://doi.org/10.5539/ass.v16n8p131>
22. Lovelock Ch, Wirtz J. Marketing de los servicios. Personal, tecnología y estrategias. México DF: Editorial Educación de México; 2015. Disponible en: <https://fad.unsa.edu.pe/bancayseguros/wp-content/uploads/sites/4/2019/03/1902-marketing-de-servicios-christopher-lovelock.pdf>

23. Domínguez MJJ. La internacionalización de la educación superior: importancia de la participación de los docentes en redes. *Universidad y Sociedad*. 2020 12(Spp1):461-70
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142022000400017
24. Fernández LN, García P. Desafíos para la internacionalización de la educación superior desde una perspectiva regional. *Integración y conocimiento*. 2016;(4):13-25.
Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8365300>
25. De Wit H, et al. Estado del arte de la internacionalización de la educación superior en América Latina. *Rev de Educación superior en América Latina* 2017; 2:2-5. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/esal/article/view/10017>
26. The World University Rankings 2021. Las mejores universidades del mundo. *Ámbito. España: Mundo posgrado*. 2021. Disponible en: <https://www.mundoposgrado.com/las-mejores-universidades-del-mundo-segun-the-world-university-rankings-2021/>
27. Fenoll BMR. Valoración del profesorado en Ciencias de la Salud. *REDU. Revista de Docencia Universitaria*. 2021;19(2):33-49. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8354518>
28. Wu A, et al. Más necesario que nunca: internacionalización de la educación médica. *International Higher Education*. 2020;(104): 20-2. Disponible en: <http://ceppe.uc.cl/images/stories/recursos/ihe/Numeros/104/revista-ihe104-10.pdf>
29. Mac Carrick G. A practical guide to using the World Federation for Medical 3 Education (WFME) standards. *WFME 1: mission and objectives. Irish journal of medical science. IJ Med Sci*. 2010; 179: 483-487. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11845-010-0541-z>
30. Carreño CJ. Marketing para la comercialización de servicios educativos. Un reto para la competitividad internacional. *Revista Cubana de Salud Pública*, 2023;49(1):e3739. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662023000100002&script=sci_arttext&tlng=en

Enfoque social

de la **MERCADOTECNIA SANITARIA**

Los actuales enfoques relacionados con la salud pública han requerido de nuevas ciencias y técnicas para su desarrollo. En este contexto, la mercadotecnia sanitaria es considerada como el conjunto de actividades coordinadas e integradas dirigidas a facilitar el proceso de intercambio entre la organización sanitaria y sus diferentes públicos para satisfacer sus necesidades y preferencias. Enfoque social de la mercadotecnia sanitaria, es un texto que aborda la aplicación de esta ciencia para elevar la calidad de los servicios de salud y su inclusión en el ámbito de la formación de los recursos humanos, en respuesta a los requerimientos de la superación de los profesionales y directivos de salud, enfocado al desarrollo de competencias de dirección y desempeño profesional.

La obra, en su tercera edición actualizada y ampliada con nuevos capítulos, es el único texto que trata el tema en Cuba, desde la teoría y la experiencia en su aplicación práctica. Constituye la bibliografía fundamental de las actividades de formación de recursos humanos en salud en Cuba y Latinoamérica.

Su autora, Doctora en Ciencias Económicas Nery Suárez Lugo, es Profesora e Investigadora Titular, imparte cursos de Mercadotecnia en Salud y Metodología de la Investigación en la Escuela Nacional de Salud Pública y en varias universidades de Latinoamérica. Es reconocida por su vasta experiencia nacional e internacional en investigaciones psicosociales, económicas y de mercadotecnia, en la esfera de la salud pública. Es autora de publicaciones sobre la temática.