



MERCADOTECNIA EN SALUD.

JULIO 2021

RGAA

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1978 con el inicio de actividades de la normal de educadoras —Edgar Robledo Santiagoll, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores

Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra universidad inició sus actividades el 19 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a las instalaciones de carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

Misión

Satisfacer la necesidad de educación que promueva el espíritu emprendedor, basados en Altos Estándares de calidad Académica, que propicie el desarrollo de estudiantes, profesores, colaboradores y la sociedad.

Visión

Ser la mejor Universidad en cada región de influencia, generando crecimiento sostenible y ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

Eslogan

-Pasión por Educarl

Balam



Es nuestra mascota, su nombre proviene de la lengua maya cuyo significado es jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen a los integrantes de la comunidad UDS.

3.5.3 Distribución de productos de salud.

El acceso a servicios de salud suficiente, oportuna y de buena calidad distribuidos con equidad y organizados con eficiencia es un requisito indispensable para mantener condiciones de salud adecuadas. El acceso a los medicamentos tiene también un alto impacto sobre los servicios, ya que son un insumo básico del proceso terapéutico. Además, existen evidencias de que es factible manejar exitosamente el abasto de medicinas si se mejora su selección, compra y distribución. El uso racional de medicamentos requiere un abasto suficiente, oportuno y económicamente accesible de medicamentos para toda la población y es un objetivo fundamental de los sistemas nacionales de salud.

No obstante, en México aún existen poblaciones que carecen de acceso oportuno y suficiente a las medicinas. El desabasto de medicamentos fue frecuente en México hasta hace pocos años, debido a las crisis económicas, la desorganización y la falta de transparencia del sector. Hace sólo una década, menos de 50% de los medicamentos esenciales estaban disponibles en las unidades de primer nivel de atención de la Secretaría de Salud.

En los últimos años el desabasto de medicamentos sigue siendo un problema en las zonas rurales y las regiones marginadas. Actualmente, los expertos señalan que al desabasto de medicinas se agregan problemas tan variados como el acceso inequitativo, la automedicación peligrosa y el comercio de medicamentos potencialmente dañinos. Adicionalmente, el gasto en medicinas tiene un impacto sustancial en el ingreso de las familias, pero especialmente en las más pobres, que pueden llegar a consumir más de la mitad de su ingreso mensual en atención médica. No es por lo tanto inusual que este gasto se convierta en un evento catastrófico. Tal situación ha hecho urgente la necesidad de desarrollar una política integral de medicamentos.

Los esfuerzos para racionalizar la adquisición y distribución de medicamentos en las instituciones públicas en México iniciaron en 1950, con la implantación de la primera lista de medicamentos básicos en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Posteriormente se legisló el uso obligatorio del Cuadro Básico y Catálogo de Medicamentos (CBCM) en todas las instituciones públicas de salud, y actualmente el CBCM es utilizado por el sector público para orientar la adquisición de medicamentos a partir de criterios terapéuticos, socioeconómicos y de costo-efectividad. Sin embargo, el reto de garantizar la demanda de medicamentos en el sector salud ha tenido que encarar condiciones de restricción económica, un variado mosaico de enfermedades y una historia de desorganización y falta de transparencia.

En 2004 la Secretaría de Salud (SS) de México propuso la iniciativa *Satisfacer la demanda de medicamentos en el Sector Salud*, destinada a mejorar el abasto de medicinas. Su principal propósito fue modificar el sistema de abasto de acuerdo con los principios de transparencia, bajo costo, flexibilidad, rendición de cuentas, especialización de funciones y pluralismo. En este último punto destaca la propuesta de fomentar la participación del sector privado en la cadena de abasto de medicamentos (CAM). Las metas fueron:

- a) el surtimiento completo de 95% de las recetas en el país;
- b) disminuir el costo de operación de la CAM a menos de 7% del presupuesto en medicamentos;
- c) disminuir los precios escalando las compras;
- d) intolerancia nula a la corrupción en la cadena, y
- e) seleccionar a los mejores proveedores para su manejo. Una recomendación importante fue incorporar al sector privado en toda la cadena de abasto y realizar cambios en la legislación respectiva para simplificar los procesos de subrogación.

A pesar de que esta iniciativa no constituye propiamente una política farmacéutica, sino sólo una propuesta gubernamental, promueve la proliferación y diversificación de

empresas proveedoras de medicamentos, y actualmente una gran cantidad de entidades del país hacen uso de empresas privadas en parte o en toda su cadena de abasto

El *Programa Sectorial de Salud 2007-2012* señala la necesidad de diseñar e implantar una política nacional de medicamentos que aborde integralmente los aspectos relacionados con la seguridad, eficacia, calidad, disponibilidad, abasto, acceso, equidad, prescripción adecuada, uso racional e innovación de fármacos y otros insumos para la salud en el país para mejorar su abasto, disminuir su costo y racionalizar su uso.

En este contexto, en 2007 el Gobierno Federal suscribió, junto con los gobiernos estatales, academias de medicina, laboratorios farmacéuticos y distribuidores de medicamentos, el *Compromiso para garantizar la suficiencia, disponibilidad y precio justo de los medicamentos*, destinado a mejorar los precios de las medicinas y garantizar la disponibilidad de información sobre costos de adquisición; estimular las compras consolidadas; mejorar los procesos de almacenamiento y distribución; optimizar el manejo de inventarios y perfeccionar la prescripción de recetas. Como resultado se creó, en diciembre de 2007, la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos, organismo orientado a disminuir las disparidades de precios de un mismo medicamento y promover el ahorro en las instituciones de salud.

Los esfuerzos desplegados con el propósito de fortalecer el abasto de medicamentos y garantizar que los usuarios de los servicios públicos tengan un acceso oportuno y suficiente a los medicamentos han modificado los mecanismos de abasto, transformando los modelos convencionales en tercerizados o híbridos.

En el modelo de abasto convencional el proceso está en manos del personal de las instituciones públicas. En México es la modalidad dominante desde el surgimiento de las modernas instituciones públicas de salud en los años cuarenta. El modelo de abasto tercerizado asigna una parte de la cadena a un tercero, encargado de distribuir los medicamentos hasta los puntos de atención para su entrega a los pacientes. Los servicios estatales de salud (SESA) conservan bajo su responsabilidad las fases de

planeación y financiamiento, pero descargan en una o varias empresas la tarea de almacenar y distribuir los medicamentos hasta los centros de atención. Las modalidades de abasto híbridas (que no pertenecen a ninguno de los dos anteriores y que se consideraron en transición) mantienen algunos rasgos del modelo convencional pero presentan distintos grados de subrogación de la CAM.

El espectro se mueve entre el modelo convencional –adquisición, almacenamiento y distribución a las unidades aplicativas bajo la responsabilidad directa de los SESA y la subrogación total, que implica la contratación de un proveedor que suministra el medicamento prescrito directamente a cada paciente. Aun cuando la tendencia generalizada en el país se orienta hacia la subrogación parcial o total de la cadena de suministro, en los sistemas estatales de salud estudiados predominan los modelos "híbridos".

La presencia de una mayor competencia entre los distribuidores de medicamentos tampoco parece tener un efecto positivo sobre los precios de los medicamentos. Los precios de algunos medicamentos esenciales (como el ácido acetilsalicílico) son hasta 10 veces más altos de una entidad a otra, y existen vacunas que los laboratorios del sistema público de salud podrían producir con precios que varían en más de 4 000% entre una entidad federativa y otra. La competencia que podrían introducir los esquemas de tercerización no se verifica, pues en la mayoría de las entidades la compra se concentra en pocos proveedores.

3.5.4 Comunicación en salud.

De acuerdo con un documento de la Organización Mundial de la Salud (Healthy People 2010, volumen I), **la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.**

Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal. Asimismo, la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones médico-pacientes, la adherencia del individuo a recomendaciones clínicas y regímenes terapéuticos, la construcción de mensajes y campañas de salud pública en conjunto con la diseminación de información concerniente a riesgos para los individuos y las poblaciones, o comunicación preventiva.

En el aspecto de promoción es importante la exposición a los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud, la utilización de imágenes de salud en los medios masivos de comunicación, la educación de los consumidores acerca de cómo ganar acceso a los sistemas de salud pública y de cuidado de la salud”.

Varios autores coinciden en categorizar el papel de los medios de comunicación como pieza clave en el desarrollo de una comunicación para la salud efectiva. Según Luis Ramiro Beltrán “el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos como los medios informativos y los multimedia, es una herramienta de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud pública. Esta diseminación de información sobre salud entre la población, aumenta la concientización sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva y sobre la importancia de la salud en el desarrollo”.

La teoría de la comunicación para la salud utiliza cuatro elementos claves del proceso de comunicación: **audiencia, mensaje, fuente, canal**, sumado a un fuerte componente de investigación y participación.

Dos factores primordiales influyen en que una persona adopte una acción recomendada preventiva para la salud. Primero, debe sentirse personalmente amenazada por la enfermedad debe sentirse personalmente susceptible a la enfermedad con serias o severas consecuencias.

Segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras (y/o costos) percibidas a la acción preventiva.

La comunicación ya sea como instrumento de promoción y prevención actúa constantemente en los modelos de representación colectiva de la salud y la enfermedad. Es por ello que los discursos públicos e institucionales son moldeadores de la opinión y tienen, de forma indirecta, una incidencia sobre las expectativas y los comportamientos de los ciudadanos.

La comunicación es un componente central de los procesos de reforma de los sistemas públicos de salud, tanto para la consolidación de la legitimidad política y social de las transformaciones planteadas, como en propiciar nuevas actitudes y comportamientos de los ciudadanos ante los servicios de salud.

Ahora se realiza una mejor administración de los recursos y una mayor oferta de los servicios, pero también porque existe una mayor comunicación entre las autoridades, la radio, la televisión y los periódicos.

“La mayor parte de los medios de comunicación trata de darle un espacio especial al tema de la salud. Han descubierto que le interesa mucho a la población, y por lo tanto, mejora el *rating* o la demanda de los diarios, según el caso. Estos programas cubren satisfactoriamente las demandas de información, es decir, hacen que el ciudadano común sepa lo indispensable sobre tal o cual enfermedad”. Esto se ha

tenido mayor auge durante la pandemia por COVID-19, en la que la población está más al tanto de los temas de salud en los medios de comunicación, o ellos mismos se dan a la tarea de buscar mayor información en los medios disponibles.

Casi todos los medios se han preocupado en que sus programas incluyan consultorios médicos, dirigidos mayormente a la población de escasos recursos.

Por lo tanto, el rol del periodismo debería ser el de informar a la población como cuidarse y prevenir la aparición de enfermedades; cómo vacunarse, cómo alimentarse. Bajo estas consignas, el periodismo debería integrarse al sistema de salud, formando parte del equipo de salud.

De esta forma, se reducirían los riesgos de padecer enfermedades y el ahorro así obtenido, permitiría invertir en las áreas de salud más críticas. En resumen, el periodismo en temas de salud puede resultar perjudicial sino colabora ampliamente en la prevención de enfermedades. La ética del periodista, sus conocimientos y su compromiso por mejorar la salud pública, constituyen los pilares en los que deben basarse los planes de prevención.

Otro fenómeno que se observa en la actualidad y que no precisamente abona al cuidado de la salud en muchos casos sino que al contrario genera una publicidad engañosa, son las redes sociales, hoy en día cualquiera que tenga acceso puede verter información en ellas sin que precisamente sea de fuentes confiables y han tenido gran influencia en la población, dicha información va desde medicamentos milagro para tratar enfermedades incurables, bajar de peso, dietas, incluso difunden teorías conspirativas que provocan determinadas creencias en la población como el rechazo a las vacunas. Por lo tanto este se convierte en el lado negativo de la comunicación en salud.

Incluso ahora muchas personas realizan consultas en internet cuando presentan determinados síntomas, y recordemos que aunque se trate de fuentes confiables nunca van a sustituir el criterio médico, los estudios diagnósticos y un buen tratamiento prescrito por un profesional de la salud.

3.5.5 Pláceme, el componente de calidad.

Esta quinta “P” indica **“el servir con calidad al paciente para lograr de éste las más altas calificaciones”**. Es decir , la “felicitación por parte de él por haber cumplido con el trabajo con excelencia”, lo que incluye “el aspecto del servicio y el monitoreo del nivel de satisfacción del cliente”. Para ello hay que orientar los servicios de salud hacia los usuarios potenciales y reales, que incorporan con la línea de la calidad total tanto aspectos de competencia profesional y técnica como de seguridad, accesibilidad, cortesía, fiabilidad y comunicación.

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

Una herramienta para medir el nivel de la calidad de servicio es el CALSERV: Una escala de múltiples elementos para medir las prestaciones del cliente sobre calidad de servicio. El CALSERV es un criterio cuantitativo que mide lo que el cliente observa en cuanto al funcionamiento del servicio contra el telón de sus expectativas o deseos sobre el mismo.

Las normas de expectativas y las realizaciones se ajustan a 5 dimensiones de la calidad de servicio:

- Tangibilidad. Se refiere a la parte “visible” de la oferta de servicio (instalaciones, equipo y apariencia de personal de contacto, que da indicación de naturaleza de del servicio mismo).

- Responsabilidad. Es estar listo para servir. Es el deseo de servir a los clientes rápida y eficazmente.

- Seguridad. Se refiere a la competencia y cortesía con el personal de servicio que infunde confianza en el cliente.

- Empatía. Es un compromiso con el cliente. Es el deseo de comprender y encontrar la respuesta más adecuada. La empatía aporta el “toque humano”. La relación estrecha entre empatía y responsabilidad están definidas en los términos de “entender exactamente los requisitos de servicio del cliente” y el “acceso al servicio”.

Las Instituciones de salud que hacen pocos esfuerzos en escuchar a los clientes ponen en peligro su capacidad de empatía.

UNIDAD IV. EL MEDIO AMBIENTE FISICO.

Los ambientes de las mercadotecnia son todas las fuerzas externas e interna del mercado que afectan el negocio, comprender estos factores de influencia ayuda a la comunicación con el público y a oportunidad de acerca a atender las necesidades de los usuarios.

Kotler afirmaba que estos agentes externos afectan directamente la forma en la que debe administrarse la mercadotecnia. Es importante tener en cuenta que no siempre se puede tener el control de esto factores pues estos pueden cambiar a lo largo del tiempo.

4.1 Ambiente físico y demográfico:

Tiene que ver con las características de la población de un determinado lugar. Puede ser estudio de edad, ocupación, sexo, densidad, natalidad y otros factores.

Este punto es muy importante para la identificación de oportunidades y

necesidades relacionadas con tu público ya que suelen variar de una ubicación a otra.

4.2 Ambiente social o cultural.

Es el ambiente más fuerte al momento de colocar en juego los factores de influencia del comportamiento de sus clientes. La cultura de una región o de un país es lo que es más poderoso al momento de montar una estrategia de marketing. El posicionamiento de una marca puede ser el mismo para todo el mundo, **pero la estrategia que esa marca va a usar depende de la cultura de cada región.**

Un gran ejemplo de eso es Coca-Cola. Está presente en más de 200 países, pero la estrategia usada en EE.UU. no es la misma usada en Asia, por ejemplo. En muchos países latinos no es común tomar una gaseosa de cereza, algo que sí es más probable en Estados Unidos.

Este ambiente cultural afecta las preferencias, percepción de valor, demanda, proceso de compra del público, y otros diversos factores. Pensar en este ambiente requiere mucha habilidad y estudio para trazar una estrategia que tenga el diferencial frente a la competencia.

4.3 Ambiente jurídico.

Es muy obvia la forma como este ambiente afecta la estrategia de administración de marketing de una empresa, las Leyes e imposición fiscal afectan directamente la forma en la que la empresa funcionará y la estrategia depende de eso. Tal vez este sea el ambiente más delicado de todos, está lleno de complicaciones y es difícilmente negociable. Sobre todo si consideramos que la salud es un derecho consagrado en la Constitución política del país.

4.4 Ambiente económico.

Este factor es fundamental para el funcionamiento de la empresa. La economía afecta no solo la forma cómo se realizan las inversiones en la empresa sino también el comportamiento de consumo de tu público

En época de crisis económica de un país, por ejemplo, las personas tienden a evitar la compra de productos más superficiales y se enfocan en las necesidades prioritarias como la salud.

Puede afectar también el proceso de fijación de precios y llegar al punto de interferir en dónde el producto o servicio será ofertado.

4.5 Ambiente ecológico o natural.

Puede hasta parecer que no, pero este es un ambiente que puede afectar, y mucho, la estrategia del negocio.

Además de la materia prima de los productos, que tiene que ver con este ambiente, hay aspectos para tener en cuenta como catástrofes naturales, temporadas de lluvia, verano, entre otros en los que se puede agudizar la demanda de servicios de salud.

4.8 Influencias étnicas.

Segmentar el mercado basándose en la homogeneidad de unas razas **étnicas** de consumidores y proponerles productos o servicios adaptados a sus características físicas y culturales. Este tema es de especial importancia en las Instituciones de Salud, derivado de la gran diversidad de pacientes que se atienden, por lo que la empresa debe concentrarse en conocer sus necesidades y atenderlas de acuerdo a las posibilidades de la misma, tomando en cuenta,

cultura, religión idioma y considerando las cuestiones de inclusión social.

4.9 Influencias tecnológicas.

La tecnología impacta considerablemente en la vida de todo el mundo, y de las instituciones de salud no son la excepción, con las nuevas tecnologías es posible optimizar el tiempo y generar mayor productivas y en el caso de los sistemas de salud los equipos médicos de alta tecnología generan diagnósticos más certeros que permiten guiar a actuación del personal de salud hacia el tratamiento más adecuado para cada paciente.

4.10 Aplicaciones mercadológicas en la atención médica.

En Salud, lo importantes es detectar la necesidades no satisfechas de los pacientes buscando suplírselas con calidad, calidez y equidad, de allí que si deseamos lograr estos propósitos, será ,menester asegurarnos que todos en la organización se sienta parte de ella, piensen y se sitúen como clientes y que hagan todo lo posible para lograr ofrece mas valor y satisfacción.

El mercadeo, tanto en los Centros Asistenciales, laboratorios clínicos, hospitales y diversas empresas de Asistencia en salud, trata con los problemas de una organización que produce bienes y servicios que van a satisfacer las necesidades.

4.10.1 Mercadotecnia en el 1er. Nivel de atención medica.

Sin embargo, aun en los sistemas de salud todavía no competitivos la mercadotecnia es también indispensable. En este caso por motivos diferentes. Basten sólo un par de ejemplos para demostrar esta afirmación. La Escuela Nacional de Satisfacción con los Servicios de Salud llevada a cabo por la Fundación Mexicana para la Salud en 1994 hizo evidentes, entre muchos otros,

dos datos sumamente interesantes.

El primero de ellos es que, en tanto que la población mexicana en general opinó que el principal problema de los servicios, tanto públicos como privados, es la mala calidad (40%), antes que la falta de recursos (36%) y la falta de acceso (11%), más del 58% de quienes si habían utilizado servicios de salud durante el año anterior calificaron la calidad de la atención recibida como buena.

Esto podría significar que, para la población que no utiliza los servicios de salud (que es la mayoría de la población), la imagen que éstos proyectan es muy deficiente, en tanto que para quienes tienen contacto con estos servicios, la percepción se modifica notablemente y favorablemente. Esto expresado en términos de la mercadotecnia, significa que el posicionamiento de los servicios de salud en la mente de los clientes potenciales es defectuoso, por lo menos en el caso de México.

No es de extrañar entonces que, cuando se compara la utilización de servicios de salud, principalmente preventivos, entre las poblaciones de Canadá, Estados Unidos y México, la población Mexicana es la que menos utiliza estos servicios y, por desgracia, no es la más sana de los tres países. ¿Cómo promover entonces la salud cuando la imagen que se tiene de estos servicios no es un incentivo para acudir a ellos? La mercadotecnia, ahora en este caso, es también indispensable. Así a la luz solamente de estos argumentos y desde ambas perspectivas, la de un mercado competitivo y la de sistemas no competitivos, no sólo la mercadotecnia en abstracto, sino este libro en concreto, resultan indispensables.

4.10.2 Mercadotecnia hospitalaria.

La Mercadotecnia en Salud o Sanitaria, entendida como la “orientación Administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y

profesionales, con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud” (Priego-Alvarez, 1995) adquiere vital importancia para la mejor prestación de los servicios.

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

Una redefinición del concepto de Mercadotecnia convoca a “satisfacer las necesidades del mercado-meta (población objetivo) en formas que mejoren la sociedad como un todo, al mismo tiempo que se satisfacen los objetivos de la organización” (Kotler, 1994).

La Mercadotecnia es “una filosofía, una orientación de organización hacia el consumidor y un repulsivo para la gestión sanitaria” (Rodríguez, 1994) que implica la creación de un estado de máxima sensibilización hacia el cliente. Este nuevo rol de la Mercadotecnia la convierte en un elemento clave que encierra un gran valor como instrumento de cambio organizacional para el cumplimiento cabal de los objetivos sanitarios.

4.11 Consumismo en salud.

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

Para comprender el comportamiento del consumidor se requiere conocer la clase de decisión que rodea a un producto en particular. Una manera de entender el proceso por el cual los consumidores llevan a cabo la decisión de adquirir o no un producto, es a través de la interacción entre implicación y conocimiento (Assael, 1987).

La implicación hace referencia al grado de motivación del consumidor y está determinado por los beneficios y riesgos asociados a los distintos productos. Es un “estado emocional dirigido hacia un objetivo”, cuya naturaleza subjetiva hace difícil su medición; aunque para ello usualmente se utilizan criterios externos (precio, ciclo de compra, riesgo de compra, etc.).

El conocimiento o deseo de conocimiento está relacionado con el grado de información que posee el consumidor para poder discernir en una elección de compra. Muchas tomas de decisiones sólo obedecen a simples elementos informativos como: precio, nombre e imagen de marca. Los grados de ambos conceptos pueden ser altos o bajos, y dan pie a cuatro combinaciones que son aplicables a la compra de servicios de salud.

4.11.1 Consumismo sanitario

El consumo sanitario implica el gasto por el uso que se hace del producto de salud (objeto concreto o servicio que ha incorporado trabajo humano y cuyo valor de utilidad está dado por su capacidad por satisfacer una necesidad o resolver un problema de salud).

El término de consumidor sanitario que está ligado al cliente (Priego-Alvarez 1995), no se refiere necesariamente a quien consume o hace uso del producto/servicio de salud, sino también a quién compra o decide la compra. La actitud hacia el consumo, entendida como la acción manifiesta de los

consumidores en el proceso de compra de los productos de salud, puede adoptar una posición consumista o una consumerista.

A continuación se hace una revisión y asociación de los principales conceptos relacionados con la actitud consumista y consumerista en salud.

CONSUMISMO SANITARIO: Se ha señalado que la producción masiva requiere una sociedad de masas, pero “solamente cuando una masa de ciudadanos está sujeta a los mismos procesos forma una unidad homogénea y merece esta designación “ (Mantidale 1970). La aplicación del conocimiento científico social a las técnicas de comercialización y gestión de los servicios de salud buscaría imponer esta homogeneidad en los gustos y satisfactores de los usuarios, para asegurar la relación en el mercado sanitario entiéndase Seguridad Social o al resto de las instituciones públicas de salud de esa producción masiva.

Bajo esta perspectiva el consumidor es un sujeto pasivo que puede ser conocido o manipulado, y sobre el cual se ejerce una permanente agresión para que consuma productos o servicios de salud que anteriormente no consumía o para que aumente su demanda. Esta es la visión del Consumismo Sanitario que genera una acción acrítica e irreflexiva en la adquisición y uso indiscriminado de productos de salud.

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

Esta diversidad de organizaciones formales y la multiplicidad de estrategias en el propósito común de defender sus derechos humanos y protección al consumidor

4.11.2 Los derechos del consumidor sanitario.

En general, los derechos de los enfermos y usuarios de los servicios de salud, giran en torno a los derechos fundamentales del consumidor. 1º El derecho a la seguridad y a la salud. Es el derecho más antiguo y controvertido. Establece la protección contra la comercialización de productos y servicios peligrosos para la salud o la vida. Y es que una cosa es ser engañado por un producto o servicio de salud, y otra muy distinta es sufrir un daño físico a causa de la poca seguridad que éste tenga.

Ejemplo de lo anterior ha sido el envenenamiento causado por Tylenol en Chicago a principios de la década pasada, donde algunos de sus habitantes murieron al ingerir cápsulas de este medicamento combinado con cianuro. A partir de este problema se hizo patente la necesidad de contar con empaques farmacéuticos a prueba de alteraciones.

En ocasiones los intereses comerciales son tan importantes que a pesar de este punto de vista de la mercadotecnia sea imperativo que cuando se detecten fallos en los productos se apliquen medidas correctoras por parte de las mismas empresas productoras o oferentes, estas no se realicen.

Es aquí cuando se hace más evidente el papel los movimientos de consumidores, como instancias capaces de adoptar medida que fuercen a una corrección. Este es el caso del grupo Infact, que en 1984 consiguió mediante la promoción de un boicot internacional que duró muchos años modificar la política comercial de Nestlé, compañía multinacional que disuadía de la lactancia materna por su compuesto de "fórmula infantil" que presentaba como sustituto perfecto de la alimentación natural, pero que en estas escasas condiciones sanitarias propias de los países del tercer mundo, resultaba contraindicado por ser vehículo de graves infecciones e incluso de defunciones de lactantes.

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

2°. El derecho a ser informado El derecho del consumidor sanitario de acceder a la información incluye en sí dos componentes. La protección frente a la información engañosa, y el derecho a poder disponer de la suficiente información al hacer la elección del producto o servicio. Respecto al primero, esté se asocia con la obligatoriedad que deben tener las empresas de salud y sus prestadores de suministrar suficiente información veraz y oportuna, sin engaños ni omisiones.

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

Por otra parte “no basta con suministrarles información a los consumidores, sino que además hay que enseñarles a comprenderla y a utilizarla” (Day y Brandt, 1974). Al respecto, los llamados “terceros informadores”, pueden auxiliar a los consumidores de servicios sanitarios en la toma de decisiones, eliminando de esta.

En nuestro país se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, maneja la asimetría que en cuanto a información existe entre el que presta la atención médica y el que la recibe. Actualmente la población posee mayor información médica y a través del movimiento de consumidores se cuestiona cada vez más el “sacerdocio médico”, lo que evidencia el inicio de la ruptura de la hegemonía médica.

La posición concienciada en los usuarios de los servicios de salud y, consiguientemente una mayor capacidad de decisión sobre las cuestiones médicas que les atañen, son factores fundamentales del consumerismo en salud.

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

3°. El derecho a elegir La elección en el caso de la atención médica está relacionada con la capacidad de pago del cliente y con la estructura organizativa de la empresa de salud a la que se pertenezca (p.e. Instituciones de Seguridad Social) o de la que se suscriba (p.e. Compañía de Seguros Médicos); pero también con el concepto de “conocimiento informado” que deriva del principio de autonomía y de la propiedad del enfermo sobre su propio cuerpo (Priego – Álvarez, 1995:100).

El consentimiento informado es un proceso de comunicación entre el médico y el enfermo, mediante el que este último acepta someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de conocer y reflexionar sobre su naturaleza (Quintana, 1994:60). Sin embargo, algunas opiniones aún consideran que al consumidor sanitario no debe darse simplemente lo que desea, sino más bien lo

que “más le conviene”, ya que el usuario de los servicios de salud no está en posibilidades de determinar adecuadamente por sí mismo lo que es mejor para él, y por lo mismo hay que proporcionarle los productos de salud “idóneos”.

Las necesidades de salud y de atención las determinan los expertos, pocas veces se toma en cuenta la opinión de los individuos. La autonomía de los pacientes en una situación médica significa que se les debe dar información acerca de su estado y sobre las alternativas médicas viables. Asimismo implica que deben respetarse las decisiones de los enfermos después de una información adecuada.

Incluso, si solo hay un tratamiento de donde elegir, éstos aún tienen una elección que es la de no hacerlo. En México, la ley Federal de Protección al Consumidor decretada por el poder ejecutivo federal el 5 de Febrero de 1991, establece como uno de los principios básicos en las relaciones de consumo “la información adecuada y clara sobre los diferentes productos y servicios, con especificación correcta de cantidad, composición, calidad y precio, así como los riesgos que representen” (Art. I fracc. III).

La información suficiente que permite al paciente ser autónomo supone identificar no solo los intereses de los pacientes, sino también sus deseos y preferencias. Es decir, que los enfermos pueden tomar decisiones que no estén basadas únicamente en aspectos propios a la salud; sino también en emociones, sentimientos, religión y aspectos culturales.

Resulta ser tan autónomo el querer saber, como el renunciar a ser informado y a tomar decisiones en el ámbito de la propia enfermedad, aspecto que patentiza el supuesto conflicto entre la evidencia médica y la voluntad del paciente: “siendo una oposición entre la lógica científica y las consideraciones personales” “... de la oposición entre la búsqueda de una lógica y la búsqueda del sentido” (Garay, 1996:67).

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

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

4°. El derecho a ser escuchado El concepto de “informed consent” también llamado conocimiento aclarado, fue usado por primera vez 1957 en el Estado norteamericano de California (caso Salgo vs. Stanford). La problemática de lo oportuno del acto médico está sobreentendida por dos razones claves.

La primera es la libertad de decisión del individuo, designada por los juristas como el derecho a la autodeterminación. La segunda corresponde al compromiso moral y profesional del médico de tratar de, ser posible, llegar a la curación deseada.

El diálogo médico – enfermo, calificado en teoría como el encuentro de una confianza y una conciencia, permanece colocado bajo la garantía recíproca del pluralismo ético de los asociados al acto médico motivados por el interés y la voluntad del enfermo (Anrys, 1992). ”La voluntad del paciente disponiendo de su integridad intelectual debe constituir un límite que no se pueda violar, si el paciente está en la libertad hipotética, de aceptar, si lo decide así, el destino que se le presenta”

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

nuestra demanda.

Las instituciones sanitarias usualmente tiene establecido canales de comunicación con los usuarios, mediante los cuales pueden ser canalizadas las demandas o sugerencias de mejora de los servicios asistenciales. La misma Ley Federal de Protección al Consumidor señala “el otorgamiento de facilidades a los consumidores para la defensa sus derechos” (Artículo I fracción VI) y determina la Procuraduría Federal del Consumidor como el órgano para promover y proteger los derechos del consumidor y demás atribuciones que originen (Art. 24). 5°. El derecho a un ambiente sano. Hace referencia a la seguridad de que el ambiente donde vivimos no esté contaminado.

Es un derecho básico al que se circunscriben las políticas ambientalistas y los movimientos ecologistas también llamados “verdes. Derecho que por ser general, pocas veces se expresa en legislaciones en materia de consumo, pero sí en las relativas al medio ambiente.

6°. El derecho de privacidad o intimidad personal. Mantener la privacidad y la confiabilidad del estado de salud del paciente, es parte de la ética médica. Historias clínicas y terapéuticas empleadas deben ser manejadas en secreto, a excepción de ciertas enfermedades de notificación obligatoria que pueden poner en riesgo la salud colectiva.

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

La Procuraduría Federal del Consumidor es un organismo descentralizado de servicio social con personalidad jurídica y patrimonio propio. Tiene funciones de autoridad administrativa y está encargada de promover y proteger los derechos

e intereses del consumidor y, procurar la equidad y seguridad jurídica en las relaciones entre proveedores y consumidores (Art. 20).

Se entiende por revelación de secreto, el conocimiento dado por una persona a otra de algo que para ella era desconocido. En determinadas circunstancias constituye un acto delictivo (de Pina, 1978:336). Por otra parte la norma legal puede ser permisiva, sin dispensa del secreto en razón del interés público, por humanidad o por prestar un servicio a persona con la que se esté ligado por vínculos afectivos o de parentesco (Art. 352 fracc. II del Código Penal).

Referencias.

Organización Mundial de la Salud. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. 2a ed. Ginebra: OMS, 2002. [[Links](#)]

Organización Panamericana de la Salud. La gestión del suministro de medicamentos. Management Sciences for Health (MSH). Washington: OPS, 2002. [[Links](#)]

Tobar F. Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. Salud Publica Mex 2008;50 supl 4:S463-S469. [[Links](#)]

Organización Mundial de la Salud. Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de Medicamentos. OMS, Nairobi, Kenia; 1985. [[Links](#)]

https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/human/atoche_mm/2.pdf

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400006

Romero, L. A. (2000). Marketing Social: Teoría y práctica. México: Prentice Hall.

Campos – Navarro Roberto. La relación médico paciente: ¿Una relación de poder y subordinación?. En : Lara y Mateos Rosa María (Compiladora). Medicina y Cultura. México, D.F.: Plaza y Valdés, 1994:231 – 256.

Garay Alain. Voluntad del paciente y evidencia médica: de la búsqueda de la lógica a la búsqueda del sentido Rev. Latinoam. Der. Médic. Leg. 1996; 1 (1):67-74. Garay Alain. El derecho a la elección terapéutica. Consentimiento, libertades del equipo médico y el paciente. Rev. Latinoam. Medic. Leg. 1996;1(1):29-39.

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

Ley Federal de Protección al Consumidor,
Código de Comercio. México: Ediciones ALF, 1995:1-56.
Ley General de Salud: México : Porrúa, 1994.

Lorenzo Ricardo . Deber y Derecho a la información. El Médico, 25 de marzo de 1994:75-76.

Loudon David L. Della Bitta Albert J. Comportamiento del consumidor: Coceptos y aplicaciones. México: McGraw – Hill Interamericana, 1995.

Mantidale Don. La sociedad norteamericana. México Fondo de Cultura Economica., 1970. de Piña-Varga Rafael.

Diccionario de Derecho. Mexico: Porrúa, 1978. Priego-Alvarez Heberto.

Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos. Villahermosa, Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, 1995.

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

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

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