



Mi Universidad

Libro

Mercadotecnia en sistemas de Salud

Maestría en administración en sistema de Salud

2° cuatrimestre

Gerardo Garduño Orteg

E□□□□□-A□□□□□2024

Marco Estratégico de Referencia

Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, 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 18 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 nuestras propias instalaciones en la 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, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visión

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las 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

“Mi Universidad”

ALBORES



Es nuestra mascota, un 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.

Mercadotecnia en sistemas de salud

Objetivo de la materia: Al finalizar el curso el alumno tendrá los conocimientos básicos y operativos de la mercadotecnia en salud, siendo capaz de diseñar y ejecutar estrategias mercadológicas externas e internas en el campo de la salud.

3.5.3.- Distribución de productos de salud.

3.5.4.- Comunicación en salud.

3.5.5.- Pláceme, el componente de calidad.

UNIDAD IV El medio ambiente físico

4.1.- Ambiente físico.

4.2.- Ambiente social.

4.3.- Ambiente jurídico.

4.4.- Ambiente económico.

4.5.- Ambiente ecológico.

4.6.- La seguridad.

4.7.- Influencias culturales.

4.8.- Influencias étnicas.

4.9.- Influencias tecnológicas.

4.10.- Aplicaciones mercadológicas en la atención médica.

4.10.1.- Mercadotecnia en el 1er. Nivel de atención médica.

4.10.2.- Mercadotecnia hospitalaria.

4.11.- Consumismo en salud.

4.11.1.- Consumismo Sanitario Vs Consumismo en Salud.

4.11.2.- Los derechos del consumidor sanitario.

3.5.3.- Distribución de productos de salud.

Para ir del productor al consumidor, el bien o servicio elaborado debe pasar a través de algún medio. Este medio es el canal de ventas. El término canal sugiere un camino o ruta por el que circula el flujo de productos desde su creación en el origen hasta llegar a su consumo o uso en el destino final.

El punto de partida del canal de distribución es el productor. El punto final o de destino es el consumidor. El conjunto de personas u organizaciones que están entre el productor y el consumidor son los intermediarios. En este sentido, el canal de distribución está constituido por todo aquel conjunto de personas u organizaciones que facilitan la circulación del producto elaborado hasta llegar a manos del consumidor o usuario.

En la mayoría de los casos, los intermediarios son organizaciones independientes del productor. Su vinculación con el mismo es a través de contratos de compraventa, depósito o comisión. Pero, en algunos casos, no existen organizaciones intermedias o son propiedad de la empresa productora, que dispone de sucursales propias para efectuar la distribución y venta de sus productos. Esta situación se da con mayor frecuencia cuando el mercado es reducido o está muy concentrado, el producto es de alto precio o se trata de un servicio. Las computadoras, por ejemplo, inicialmente eran vendidas directamente por los propios fabricantes en sus delegaciones comerciales; posteriormente, cuando el mercado se amplió, la venta empezó a realizarse fundamentalmente a través de distribuidores independientes,

aunque hay excepciones notables, como Dell , que vende directamente sus equipos por teléfono o a través de Internet.

En los servicios, en cambio, la distribución se efectúa, por lo general, de forma directa. Un peluquero, por ejemplo, presta el servicio y lo vende. Incluso grandes organizaciones, como los bancos, distribuyen sus servicios de modo directo, a través de sucursales propias. Si bien el canal de distribución puede estar integrado a veces con el productor, es difícil, en cambio, que el canal pertenezca al consumidor. No obstante, en algunos casos, como las cooperativas de consumo, puede darse esta circunstancia.

Las decisiones de distribución son decisiones a largo plazo que no se pueden modificar con facilidad y que condicionan en gran manera el diseño de la estrategia comercial. Hay muchas maneras de distribuir un producto y los sistemas de distribución evolucionan con el tiempo. Para que un producto llegue del productor al consumidor, puede utilizarse uno o varios de los canales básicos o alguna variación sobre los mismos.

Las principales diferencias observadas entre los distintos tipos de canales corresponden al número de intermediarios por los que pasa el producto. Si el número de intermediarios es elevado, se trata de un canal largo. Un canal corto, por el contrario, es el que tiene un número de intermediarios reducido; el caso extremo es el canal directo, en el que no hay intermediarios entre el productor y el consumidor o el comprador industrial.

El canal directo, sin intermediarios, no es el más común en productos de consumo. Se utiliza cuando la producción y el consumo están próximos y tienen un volumen reducido (por ejemplo, un artesano que vende su obra, una pastelería, una sastrería).

Pero hay empresas importantes que utilizan este canal de distribución para sus productos, como Amway en productos para el hogar o Tupperware en recipientes para guardar alimentos.

En el sector industrial y en el de servicios, en cambio, el canal directo es muy habitual.

En el primer caso, la concentración de la demanda y el reducido número de compradores permiten en muchas ocasiones una relación directa. En el sector servicios, la propia naturaleza del producto (intangibilidad, relación personal, carácter perecedero, etc.) no permite en muchos casos otra forma de distribución.

El canal corto, en los mercados de consumo, está constituido por el fabricante detallista-consumidor. Este tipo de canal se da cuando el número de detallistas es reducido o éstos tienen un alto potencial de compra. Es habitual en la comercialización de automóviles, electrodomésticos, ropa de marca, etc., en la que los detallistas tienen la exclusiva de venta para un territorio o se comprometen a un mínimo de compras.

El canal largo, en el que, como mínimo, intervienen el fabricante, mayorista, detallista y consumidor, es el típico de un buen número de productos de consumo, especialmente de productos de conveniencia o compra frecuente. En la distribución de productos agrícolas suele haber dos mayoristas, uno en origen, que agrupa o acumula la oferta, y otro en el mercado de destino, aunque tanto sus funciones como los nombres con los que se les conoce suele variar a lo largo de la República.

Otro aspecto a considerar es la modalidad de distribución que se llevará a cabo con el canal, que en buena medida estará condicionada por el tipo de producto a distribuir y el canal elegido. Pueden distinguirse tres modalidades básicas: distribución exclusiva, selectiva e intensiva.

La distribución exclusiva supone la concesión al intermediario de la exclusiva de venta en un determinado territorio o área de mercado. A cambio, el distribuidor se compromete, en general, a no vender productos de la competencia. La distribución exclusiva se da en productos que requieren un elevado esfuerzo de ventas al distribuidor, la prestación de asistencia técnica y servicios de reparación. Este tipo de distribución permite la utilización de un canal corto. Los distribuidores oficiales de marcas de automóviles suelen tener contratos de este tipo.

La distribución selectiva supone un número reducido de distribuidores e implica el cumplimiento de una serie de requisitos por parte del intermediario, entre los cuales figura, por lo general, el compromiso de efectuar un volumen mínimo de compras. El distribuidor no está obligado a la venta exclusiva del producto y puede comprar y vender productos de la competencia.

La distribución intensiva tiene lugar cuando se quiere llegar al mayor número posible de puntos de venta con la más alta exposición del producto. Es propia de productos de compra frecuente y requiere, por lo general, canales de distribución largos.

La selección de los canales de distribución no es fácil. No siempre es posible conseguir los canales deseados y, además, pueden plantearse intereses contrapuestos entre el fabricante y los distribuidores. Se debe tratar de conseguir el apoyo de los distribuidores mejorando las relaciones y realizando acciones promocionales de apoyo. Por otra parte, deben considerarse en la selección del canal no sólo los aspectos económicos, sino también los de control del mercado. Ceder la venta al canal supone perder parcialmente el control del mercado, especialmente en el caso de existir marcas de distribuidor.

3.5.4.- Comunicación en salud.

Desde hace algunos años, los modelos sobre salud pública han derivado de un planteamiento médico basado en un concepto de salud “biológico”, que postulaba una etiología fisiológica de la enfermedad y un tratamiento farmacológico o quirúrgico, a un modelo “biopsicosocial”, donde la etiología de la enfermedad es biológica o psicosocial y, frecuentemente, resultado de una interacción entre ambas.

Comunicación Social y Salud: Los procesos comunicativos adquieren una especial relevancia en una sociedad donde la lógica dominante apela al consenso establecido mediante el diálogo (la ética discursiva de Habermas, la ética por el discurso negociador, la nueva teoría estratégica a la que apela Rafael Alberto Pérez (Cuesta, Ugarte y Menéndez, 2006; p. 8).

Desde esta nueva perspectiva, que recoge la complejidad y densidad de la dialéctica de los medios, debe contemplarse el estrepitoso fracaso de los programas de comunicación social y salud contemporáneos. Son cientos de millones de euros, o dólares, los que se emplean en programas de salud pública con resultados nulos: programas de la Dirección General de Tráfico (DGT) de seguridad vial, campañas antitabaco, contra las drogas, de salud dental o hábitos dietéticos, etc.

La revisión de esta situación pasa por el reconocimiento de un planteamiento en la estrategia comunicativa incompleto por varias razones:

- I. En primer lugar porque, con frecuencia, no se reflexiona lo suficiente sobre la responsabilidad ética subyacente a la potente presión normativa que supone la aplicación de programas de intervención social que afecta a hábitos comportamentales arraigados, derivados de creencias, actitudes, valores compartidos, etc., y que, además, en muchas ocasiones están referidos a conductas lúdicas (la conducta sexual, de ingesta de alcohol, ocio

nocturno, etc.). Una adecuada reflexión en este sentido incidirá sobre el planteamiento estratégico por dos razones fundamentales: en primer lugar, porque puede suponer una modificación de los objetivos propuestos –en función de una diferente sensibilidad ética que desvela objetivos más sensibles– y, en segundo lugar, porque una responsabilidad derivada de la ética social comunicativa conduce a la ética discursiva, lo que nos debe conducir al análisis del discurso del grupo socialmente implicado.

2. Por otro lado, dicho análisis discursivo previo no solo obedece a una lógica ética –un poco descuidada hasta ahora en este campo– sino que, a la hora de “diseñar” los mensajes comunicativos, se alza como uno de los instrumentos –“métodos” divergentes, o de recolección de datos, según algunos autores– más importantes a la hora de desarrollar una estrategia adecuada. Frecuentemente, las campañas de seguridad vial, por ejemplo, no han indagado previamente en las necesidades de los receptores del mensaje, sus códigos de comunicación... Cuando se realizan estos estudios previos, frecuentemente se limitan a una recogida y análisis de datos dentro del modelo del consumer insight, sin tomar en consideración variables más complejas. Dentro de estas variables, se debe incluir, como elemento central en torno al que se debe diseñar la estrategia comunicativa, un enfoque basado en los estudios culturales (cultural studies), en línea con propuestas recientes (Aguilera y Pindado, 2006), que permita detectar los fenómenos de consumo cultural y comunicativo de las tribus o grupos sociales.

3. Considerar las estrategias comunicativas a la luz de dos fenómenos psicosociales de extraordinaria importancia en la cultura occidental:

- El nuevo concepto de “riesgo” (especialmente relevante en el campo de la seguridad vial, drogadicción juvenil, tabaquismo, alcoholismo y conducta sexual de riesgo).

- Las teorías del TMT (Terror Management Theory, Solomon y cols., 1991, 2004), según las cuales los acontecimientos que desencadenan miedo a la muerte (y, entre ellos, muchos de los vinculados a la salud social) provocan complejos mecanismos cognitivos y emocionales de enfrentamiento.

Las consideraciones anteriores obligan a optar por otra aportación en el planteamiento estratégico: el empleo del método de investigación de la triangulación, en cuanto el empleo de metodologías cuantitativas y cualitativas para investigar diferentes aspectos del fenómeno. Además, esta investigación triangular debe generar bucles de retroinformación o feedback a lo largo de todo el proceso del diseño estratégico.

3.5.5.- Pláceme, el componente de calidad.

El significado histórico de la palabra calidades el de aptitud o adecuación al uso. El hombre primitivo determinaba la aptitud del alimento para comérselo o la adecuación de las armas para defenderse. Ya le preocupaba la calidad. La aparición de las comunidades humanas generó el antiguo mercado entre el productor y el usuario o cliente. Aún no existían especificaciones. Los problemas de calidad podían resolverse con relativa facilidad puesto que el fabricante, el comprador y las mercancías estaban presentes simultáneamente. El comprador podía determinar en qué grado el producto o servicio satisfacía sus necesidades. En la medida en que se desarrolla el comercio y se amplían los mercados el productor deja de tener contacto directo con el cliente. La relación comercial se da a través de cadenas de distribución, haciéndose necesario el uso de especificaciones definidas, garantías, muestras, etc., que tengan un papel equivalente a la antigua reunión entre el fabricante y el usuario. Diremos entonces que un producto o servicio es de calidad cuando satisface las necesidades y expectativas del cliente o usuario, en función de parámetros como: — Seguridad que el producto o servicio confieren al cliente. — Fiabilidad o capacidad que tiene el producto o

servicio para cumplir las funciones especificadas, sin fallo y por un período determinado de tiempo. — Servicio o medida en que el fabricante y distribuidor responden en caso de fallo del producto o servicio. La Sociedad Americana para el Control de la Calidad (A.S.Q.C), define la calidad como el Conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o diente. Por otro lado, señalaremos que existen algunas confusiones en lo que a calidad se refiere. Calidad no es necesariamente lujo, complicación, tamaño, excelencia, etc. Muchos productos de alta calidad son de diseños sencillos, con mínimas complicaciones.

Para algunos la relación entre la calidad de un producto o servicio y el precio que el cliente debe pagar no queda suficientemente contemplada en las expresiones anteriores y prefieren definir la calidad como lo hace Peter F. Drucker, dejando así en claro la relación calidad/precio, que será, en definitiva, el aspecto diferencial en el que se basará el cliente a la hora de adquirir un producto o un servicio.

UNIDAD IV El medio ambiente físico

4.1.- Ambiente físico.

La tasa de natalidad no para de disminuir, mientras que la esperanza de vida, como consecuencia de los avances en el tratamiento de las enfermedades, se prolonga continuamente. Esto lleva a un menor crecimiento de la población y a una inversión en la pirámide poblacional, con un mayor número de adultos mayores y menor, en cambio, de jóvenes.

Los cambios en las tasas de natalidad y mortalidad tienen una implicación enorme sobre el consumo de determinados productos. Así, la tasa de natalidad afecta a la venta de juguetes, alimentos infantiles, productos para la higiene de los niños,

guarderías, colegios, etc. En cambio, la reducción de la tasa de mortalidad influye positivamente en la venta de seguros, planes de pensiones, lugares de descanso y otros servicios para las personas de edad más avanzada.

También se observan otros cambios importantes en la población mexicana, que tienen una considerable repercusión sobre los hábitos de compra y consumo de determinados productos:

- a) *Estabilidad en el número de matrimonios.* La proporción de personas casadas en México (de 12 años de edad en adelante) ha registrado una tendencia ligeramente al alza, aunque dentro de una cierta estabilidad: en 1980 era del 53.9%, en 1990 bajaba a un 53.5% y en el 2010 la proporción de personas casadas o en unión libres se situaba en el 60% aproximadamente. La edad promedio de los contrayentes de matrimonio en 2010 fue de 26.6 años en hombres y 23.8 en mujeres.
- b) *La mayor inestabilidad de la familia.* En el año 2010 la tasa de divorcios por cada 100 matrimonios alcanzó el 20.4%, contrastando con el 7.4% del año 2000. Esto ha dado lugar a un cambio importante en el número de personas que habitan un hogar, lo que exige que el diseño, formato, tamaño o envase del producto se adapte a estas situaciones.
- c) *Los movimientos migratorios internos.* En el año 2010 las estadísticas mostraban una tendencia descentralizadora de la población, el país tuvo una inmigración internacional del 3.3 % y una tasa de emigración internacional del 4.6%.

4.2.- Ambiente social.

Los cambios culturales y sociales experimentados en la sociedad occidental han sido sustanciales en las últimas décadas. El ritmo de estos cambios en México se ha acelerado a partir del inicio de la década de los noventa, durante el período llamado «salinismo», y se han visto favorecidos por la inmersión de México en los mercados mundiales por medio de los tratados de libre comercio y demás acuerdos de cooperación económica que el país ha firmado en las últimas décadas.

Se ha visto una mayor incorporación de la mujer a las actividades productivas en México. La mujer dispone ahora de menos tiempo, pero de mayores recursos para hacer compras, a la vez que aumentan los ingresos familiares. Al disponer la mujer de menos tiempo, los productos han de ser más fáciles de usar (por ejemplo, alimentos preparados) y más cómodos de adquirir, lo que exige nuevos y más eficientes sistemas de distribución, con horarios adaptados a los tiempos de trabajo.

El incremento de los recursos económicos y del nivel cultural, así como la paulatina disponibilidad de más tiempo libre de grupos cada vez más numerosos de la sociedad mexicana, ha originado un cambio en los estilos de vida. En general, el mexicano promedio practica más deportes, se preocupa por su físico, se interesa más por la moda y se preocupa en mayor medida por la naturaleza y el medio ambiente. Esto se traduce en un mayor consumo en cantidad, pero a la vez, más selectivo en calidad. Poco a poco cobra fuerza el movimiento de consumo de alimentos de alto valor nutritivo, y en ocasiones hay quien prefiere un producto *light*, que no engorde, o rico en fibra; las personas desean vestir prendas «de marca» y compran más artículos deportivos.

4.3.- Ambiente jurídico.

Actualmente se observa, por una parte, un menor empeño que antes de los poderes públicos por establecer controles y normas de conducta en múltiples sectores económicos. Se produce lo que se ha denominado una «desregulación», que da mayor protagonismo a las leyes del mercado y fomenta la competitividad. Por otra parte, tiene lugar también un proceso de privatización de sectores o actividades que habían estado tradicionalmente en el sector público. La privatización de la telefonía, de los servicios ferroviarios, de la banca y otros monopolios son ejemplos de este proceso.

Si bien la desregulación proporciona nuevas oportunidades de mercado, también plantea nuevos retos a las empresas. La desregulación puede hacer más difícil la predicción de las estrategias de los competidores, los comportamientos del consumidor y la evolución de los cambios legales y sociales.

4.4.- Ambiente económico.

El análisis del entorno económico contempla la evolución de las principales magnitudes macroeconómicas: ingreso nacional, tipo de interés, inflación, desempleo, tipo de cambio, balanza de pagos y carga fiscal. Estas variables determinan la capacidad de compra e influyen en las pautas de consumo:

- El *ingreso* es el factor que determina de modo más directo la capacidad de compra del mercado. Cuanto más igualitaria sea la distribución de la ingreso, mayor será la capacidad global de compra de productos de consumo.

- El *nivel de empleo* determina las expectativas de ingresos familiares. Si se produce una elevada tasa de desempleo se reduce la capacidad de compra y el mercado es más sensible al precio de los productos.
- El *tipo de interés del dinero* influye en las decisiones de compra, ahorro e inversión. Una elevación del tipo de interés reducirá las compras a plazo y fomentará el ahorro. Al contrario, una reducción en las tasas de interés, estimulará la compra de viviendas y de productos de consumo.
- La *carga fiscal* determina la capacidad de compra disponible por el mercado, una vez deducidos de sus ingresos brutos los impuestos correspondientes. El *tipo de cambio*, por su parte, hará más baratos o caros los productos extranjeros.

La *inflación* también afecta a la capacidad de compra del mercado, y puede alterar las pautas de consumo. Si aumenta, el consumidor puede adquirir una menor cantidad de bienes y servicios por unidad monetaria.

4.5.- Ambiente ecológico.

El medio ambiente ha adquirido una importancia creciente en los últimos años, no sólo por la defensa realizada por los movimientos ecologistas y por los partidos «verdes» en algunos países, especialmente en la Unión Europea, sino también por la mayor conciencia social que existe de los perjuicios que causan algunos productos y procesos industriales.

Cada vez aparecen con mayor frecuencia en los medios de comunicación las noticias, los comentarios o los artículos sobre el agotamiento de recursos naturales, la contaminación de los ríos y mares, los residuos tóxicos, los gases contaminantes de los motores, la disminución de la capa de ozono, la desaparición progresiva de vida

vegetal o animal, etc. Esta degradación progresiva del medio ambiente ha creado una conciencia colectiva sobre la importancia de proteger al planeta y ha llevado a los poderes públicos y a entidades de diversa índole a fomentar el ahorro de energía y el reciclado de productos, así como a establecer regulaciones en el uso de los recursos naturales, el desarrollo de procesos industriales o el empleo de productos contaminantes.

En México existe una legislación que incluye normas para la protección del medio ambiente y obliga a las empresas a adaptar sus productos y procesos de fabricación a las especificaciones adecuadas para disminuir su impacto negativo en el entorno. Esta legislación incluye al ámbito federal y se extiende a los estados, con una serie de leyes y reglamentos respaldados principalmente por la Ley General del Equilibrio Ecológico y la Protección al Ambiente. Al margen de restricciones o imposiciones legales, un número creciente de empresas está adoptando políticas e implementando acciones respetuosas hacia el medio ambiente; especialmente aquellas cuyas ventas se dirigen a mercados externos se suman al cumplimiento de estándares internacionales o prácticas hoy en día comunes para el uso correcto de los recursos. Algunas empresas han obtenido reconocimientos en ese sentido y se encuentran inmersas en la transición hacia la economía «verde» o incluso hacia la denominada economía «azul», en la que las empresas se someten a un autocontrol cada vez más estricto para el cumplimiento de su responsabilidad hacia la sociedad y el planeta.

Un número importante de empresas continúa asociando la protección del medio ambiente con el encarecimiento de sus procesos de fabricación. Sin embargo, muchas otras encuentran que un esfuerzo en ese sentido se traducirá en la oferta de mejores productos, que, a largo

plazo, proporcionarán una mayor satisfacción del consumidor y una mejora del bienestar social.

4.6.- La seguridad.

México ha vivido en la última década cambios políticos, generacionales, de explosión tecnológica y de globalización que han impactado en forma profunda la relación médico-paciente y que han llevado al incremento de enfermedades crónico-degenerativas que obligan a los hospitales de la red nacional de salud a enfrentar nuevos retos, siendo la calidad el más importante de ellos. La compleja situación actual, en la que persisten los problemas de las patologías asociadas a la desnutrición y la pobreza, en conjunción con los males que aquejan a los países ricos y desarrollados —como la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles—, le confieren a dicho reto características muy particulares. La Secretaría de Salud (SS) y el Hospital General de México han sido base de los desarrollos de la medicina mexicana, promotores del cambio e impulsores de los grandes avances en la investigación y la educación médica del siglo XX. Hoy es imperativo incluir en las tareas de la alta dirección y la administración contemporáneas los programas de seguridad de los pacientes para poder responder a los retos de la salud del siglo XXI y mantener la posición de liderazgo nacional creando alianzas estratégicas internas y externas que favorezcan la calidad de la atención en la Institución. La SS se encuentra inmersa en un proceso de cambio con el objeto de responder con calidad y calidez a estos retos. El establecimiento de alianzas estratégicas internas y externas ofrece la posibilidad de lograr el crecimiento de las instituciones del país apegados a los principios de calidad y seguridad de la atención.

La calidad como valor implica hacer algo bien desde la primera vez con los recursos con que se cuenta y en el menor tiempo posible. Esto incluye tanto a la alta dirección como a todos sus empleados. El reto actual es la calidad total que lleva a optimizar los recursos. La calidad

es una entidad alcanzable que se puede medir y que es rentable. Puede ser un catalizador muy importante que establece la diferencia entre el éxito y el fracaso y no debe ser considerado una moda sino una necesidad. Se puede considerar a la calidad como una filosofía integradora de las distintas actividades de la organización y como generadora de un modo de hacer que se torna imprescindible para alcanzar el reto de la competitividad. Ishikawa establece que si logramos la calidad, lo demás se da por añadidura. La calidad de la atención médica, por su parte, tiene como finalidad otorgar atención médica al usuario con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios médicos vigentes, con satisfacción de sus necesidades de salud y de sus expectativas, por parte del prestador de servicios y de la institución. Las dos líneas estratégicas de acción para la operación de un hospital moderno deben ser la seguridad en la atención de los pacientes y la calidad del servicio, circunstancias que van de la mano. Las diversas encuestas de calidad en la atención que se han realizado en nuestros hospitales han arrojado resultados de satisfacción en rangos de 85 a 90%, según las áreas evaluadas. Sin embargo, en servicios de alta demanda estos indicadores disminuyen en forma importante. El reto es incrementar la satisfacción de los usuarios logrando un mínimo de 90% en las encuestas.

4.7.- Influencias culturales.

En las sociedades primitivas la identidad colectiva se funda y se construye en torno al lugar de nacimiento, la lengua, la sangre, el estilo de vida. La fuerza de estos hechos «dados» forja la idea que un individuo tiene de quién es y con quiénes está indisolublemente ligado. Estas ataduras «primordiales», que se fundan en las distinciones directrices: hombre y mujer, viejos y jóvenes, aborígen y extranjero, etc., que son mantenidas a través de procesos de comunicación e intercambio, producen, por un lado, un sentimiento solidario de unidad, una

conciencia de unidad que liga a quienes lo experimentan de tal manera que este vínculo supera cualquier otra diferencia, y por otro lado, excluyen a aquellos individuos que no comparten tales ataduras «primordiales». Tales ataduras están conectadas al orden fáctico (natural) del mundo, que no puede ser cambiado por la acción voluntaria de los individuos, sino que es considerado como algo dado. El concepto europeo occidental para designar este ámbito del mundo es el de «naturaleza». Es decir, el orden social aparece aquí como una expresión del orden natural del mundo. El orden social esta metasocialmente fundado, más allá del diseño o de la intención del individuo. La inseguridad que lo extraño (los extraños) provoca en el individuo es una inseguridad de clasificación, ya que no es un objeto clasificado, ni tampoco es un sujeto que pueda ser considerado igual a nosotros, ya que no participa de nuestras ataduras «primordiales». El objetivo fundamental de las identidades culturales — desde el grupo étnico hasta la nación— no es hacer frente al enemigo sino ocuparse del extranjero. Se favorece todo lo que suponga un fortalecimiento de la unidad socio- cultural. Se favorece y se refuerza la homogeneidad étnica, religiosa, lingüística y cultural. Se construyen modos de engarce con la clasificación natural instituida (la tradición) y se suprimen aquellos referentes que no se adecuan a tal tradición compartida. La comunidad debe ser mantenida «pura» frente a la «impureza» de lo extranjero. Para asegurar la existencia de la unidad cultural se proyectan unos límites: territoriales, morales, organizativos etc.

4.8.- Influencias étnicas.

Quizás uno de los fenómenos más comunes en el mundo moderno sea el contacto interétnico, entendiéndose por ello las relaciones que se dan entre individuos y grupos de diversas procedencias “nacionales”, “raciales” o “culturales”. Es un hecho bien conocido que la expansión de las así llamadas civilizaciones y el encogimiento del mundo gracias a los

modernos medios de transporte posibilitaron dichos contactos. En este sentido, parafraseando la conocida afirmación cartesiana, podríamos decir que aquello que está mejor distribuido en el mundo, aun por encima del “sentido común”, ¡es la identificación interétnica! Este ensayo pretende discutir el concepto de identidad étnica, describiendo algunas de las modalidades de su constitución y examinando posibles explicaciones para, finalmente, sugerirlo como relevante para la investigación de las relaciones interétnicas. Sin embargo, la investigación de esta temática estará precedida por esclarecimientos sobre los conceptos de etnia y de grupo étnico, para así poder justificar la inclusión de la identidad étnica como el centro de nuestras reflexiones.

un grupo étnico designa a una población que: a) “se autopropaga principalmente por medios biológicos”; b) “comparte valores culturales fundamentales, exteriorizados en formas culturales unitarias explícitas”; e) “constituye un campo de comunicación e interacción”; d) “posee un grupo de miembros que se auto identifican y son identificados por otros como pertenecientes a una categoría distinguible de otras categorías del mismo orden” (Barth, 1969: 10-11). Entre esas características, la de compartir una cultura común es considerada, con frecuencia, como de importancia central. “En mi opinión –dice Barth–, sería más fructífero considerar a esta importante característica como una consecuencia o un resultado, más que como una característica primaria y definitoria de la organización de los grupos étnicos” (ibid.: 11). Para la clasificación de los individuos o grupos locales se ha destacado el aspecto cultural de los portadores, criterio que depende de la visualización de rasgos particulares de cultura, es decir, como son dados “objetivamente al observador etnográfico” (Barth, 1969: 12). Con base en este criterio, las diferencias se dan entre culturas, y no entre organizaciones étnicas, toda vez que los análisis son realizados sobre formas culturales manifiestas, que pueden ser relacionadas con un conjunto de elementos o rasgos culturales.

¿Hasta qué punto este criterio explica la persistencia de la identificación étnica de personas y grupos, cuando prácticamente no se “observan” rasgos culturales diferenciales manifiestos?

4.9.- Influencias tecnológicas.

Los avances e innovaciones en los campos de la electrónica y la computación han revolucionado los procesos de producción, las comunicaciones y la transmisión y tratamiento de la información.

Hoy en día puede disponerse de varios canales de televisión, bien por transmisión mediante antena convencional, por cable o vía satélite, que ponen al alcance del usuario la información y los programas emitidos desde cualquier parte del mundo. En la década de los sesenta, la fotocopiadora era un instrumento de uso restringido; hoy en día, en cambio, es utilizada de modo cotidiano por infinidad de usuarios.

Por otra parte, los avances científicos en los campos de la biología, química, física, energía, etc., permiten desarrollar nuevos y mejores productos que pueden atender de modo más efectivo las demandas actuales y satisfacer las necesidades no cubiertas o latentes del mercado. La tecnología se está aplicando también a muchos servicios que antes eran realizados sólo por personas. Hoy en día se pueden hacer múltiples operaciones bancarias a través de un cajero automático, efectuar compras desde el domicilio por medio de una computadora, enviar un mensaje escrito a distancia a través del correo electrónico e interactuar con empresas a través de redes sociales.

La red Internet permite el acceso a innumerables bases de datos de diferentes tipos (bibliotecas, culturales, empresas de servicios, etc.) y a otros usuarios, para intercambiar mensajes, datos y programas. Hoy en día el Internet se ha expandido

considerablemente, ha modificado muchos de los esquemas de interacción con el consumidor y ha originado innumerables cambios en el campo de la mercadotecnia.

4.10.- Aplicaciones mercadológicas en la atención médica.

Actualmente las organizaciones se enfrentan a mercados más amplios y complejos. Para diseñar una estrategia de mercadotecnia se requiere investigar las necesidades de los clientes, administrar la información, segmentar respondiendo a la pregunta ¿Qué características poseen los clientes que atenderé? Y la otra decisión será el cómo se atenderá mejor a los clientes seleccionados, determinando las estrategias de diferenciación y posicionamiento, citados por Kotler (Kotler & Armstrong, 2011).

Dos son las dimensiones de la mercadotecnia en salud: la social y la comercial. La primera procura mejorar la calidad de vida con un enfoque ético y colectivo. En la segunda, media un interés netamente económico. El término mercadotecnia social fue acuñado por Kotler y Zaltman en 1971 para describir el uso de los principios y técnicas de la comercialización encaminados al apoyo de una causa, idea o conducta sociales. Para Kotler el producto social puede ser una idea, práctica u objeto tangible, en tanto este último se asocia con un cambio de conducta (Priego Álvarez, 2015). El consumidor responsable es “Es una persona informada y consciente de sus hábitos de consumo. Además de conocer y exigir sus derechos como consumidor, busca la opción de consumo con el menor impacto negativo posible sobre el medio ambiente y con un efecto positivo en la sociedad. Esta manera responsable de consumir se traduce en muchos pequeños actos y decisiones diarias, y puede llegar a atravesar, todos los ámbitos de la vida” (Natalichio, 2011).

El punto de partida para conocer al consumidor sanitario, insumo indispensable para la mejor prestación sanitaria, es su identificación como cliente, no como paciente (Priego Álvarez, 2015). Se utiliza un instrumento basado Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender que identifica en el individuo factores que se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud (Marriner Tomey Ana, 2007).

La Organización Mundial de la Salud manifiesta que la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud, mientras que una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. Los expertos sostienen que para tener una buena salud es necesario alimentarse bien, que la salud nos es la ausencia de enfermedad comprende el bienestar físico, mental y social (Rosero, 2014).

La nutrición es una dimensión implica la selección, conocimiento y consumo de alimentos esenciales para el sustento, la salud y el bienestar. Se incluye la elección de una dieta diaria saludable consistente con directrices de la Guía Pirámide de Alimentos (Walker & Hill-Polerecky, 1996). La American Demographics publica en octubre del 2000 el texto “Generational Divide” a través de Stein Weliner, en el cual define siete generaciones a la población de los Estados Unidos. Poco a poco esta división fue adoptándose en Europa y otros países. Esta división es una importante segmentación de la población que agrupa diversas variables incluida la edad (Kotler & Armstrong, 2011). En el marketing generacional se pretende crear productos y servicios para cada generación y elaborar estrategias que sean incluyentes y al mismo tiempo, ofrecer algo a cada segmento.

4.10.1.- Mercadotecnia en el 1er. Nivel de atención médica.

El Sistema Nacional de Salud en México ha emitido respuestas para abordar la complejidad de las necesidades de su población a través de la Secretaría de Salud sobre quien recae la función rectora. Actualmente se encuentra vigente el Programa Nacional del Salud 2007-2012 que enmarca las acciones y prioridades de este sector.

El sistema de salud en México tiene sus bases en el texto constitucional en dos leyes generales: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social. El Plan Nacional de Desarrollo 2007–2012 es el principal instrumento de planeación del Gobierno Federal. El Programa Nacional de Salud (PNS) 2007–2012 está derivado del Plan Nacional de Desarrollo.

Las autoridades federales a través de la Secretaría de Salud (SSA) son responsables por la rectoría y la evaluación de la atención a la salud. Las Secretarías Estatales de Salud (SESA) son responsables de la organización y operación de los servicios de salud para la población no asegurada. La coordinación entre los entes federados y las instituciones de la Seguridad Social se realiza en el Consejo Nacional de Salud (CNS). Para la población no asegurada se creó en el período 2000-2006 el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo instrumento principal es el Seguro Popular.

La principal estrategia para abordar problemas de salud, educación y alimentación en las áreas rurales es el Programa Oportunidades, que incluye intervenciones integrales de mejoramiento de la salud y nutrición de la familia, con especial énfasis en los grupos

vulnerables, y proporciona de manera gratuita un paquete esencial de servicios de salud. Los Programas Nacionales de Salud, de Ambiente y de Desarrollo Social plantean líneas de trabajo para el desarrollo sostenible con entornos más saludables y el desarrollo de planes de acción que ayuden a superar rezagos y desigualdades en este campo. La Dirección de Urgencias Epidemiológicas y Desastres de la SSA se coordina con todas las instituciones que intervienen en la respuesta y mitigación de los desastres naturales (Sistema Nacional de Protección Civil, la Seguridad Social, Cruz Roja Mexicana, Agencias del Sistema de Naciones Unidas, órganos de Defensa Nacional y organizaciones no gubernamentales).

En el sector público, existen tres niveles de servicios personales de salud. El primer nivel lleva a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad. El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. La atención que se brinda en el tercer nivel es especializada, de mayor complejidad y aunada a actividades de investigación clínica y básica y en este grupo se encuentran los 12 Institutos Nacionales de Salud.

Dentro de la relación entre el personal de salud y la población, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED; 1996) tiene un rol prioritario al contribuir a resolver las controversias entre usuarios y prestadores de servicios, derivadas de la atención médica y prevenir la mala práctica médica.

El gobierno federal y los gobiernos estatales y la seguridad social destinan fondos para la adquisición de fármacos para los pacientes del sector público incluidos en el cuadro básico establecido por el Consejo de Salubridad General. En el sector público el IMSS y el ISSSTE representan 80.3% y 14.2% respectivamente de la adquisición pública de fármacos, y los sistemas federales y estatales representan 5.4%. Para regular la adquisición y comercialización de fármacos e insumos médicos se creó la Comisión Nacional de Protección Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS; 2001). Para evaluar y regular la incorporación y uso de tecnologías y equipos médicos, se creó en 2004 el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC).

México cuenta con 78 escuelas de medicina. Los recursos humanos médicos y de enfermería son empleados fundamentalmente como trabajadores asalariados en todas las instituciones públicas. Una gran proporción de médicos ejerce la práctica privada sustentada por pago de bolsillo. Las instituciones de educación superior, públicas y privadas, definen de manera poco coordinada y sin mayor planificación sus políticas, contenidos y prácticas de formación y por ende, el perfil de sus egresados.

Las exigencias de respuesta en función de los problemas crecientes de salud obligan a la actualización del personal y la formación de recursos humanos con una visión de salud pública para lo cual se trabaja con un Campus Virtual que permita el acceso a los conocimientos al recurso humano en salud desde los diferentes puntos del país.

La atención de calidad al paciente y la seguridad del mismo son temas prioritarios que se abordan desde el punto de la integración funcional de los servicios, la evaluación de tecnologías médicas y las guías de práctica clínica.

En cuanto a investigación, es el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) quien lista las prioridades de investigación en salud. El porcentaje de investigadores incorporados al Sistema Nacional de Investigadores (SNI) creció en todos los Institutos Nacionales de Salud, los hospitales desconcentrados de la SSA y en el IMSS.

Los servicios de salud están financiados por distintas fuentes de acuerdo a su pertenencia a los sub-sistemas público, de la Seguridad Social o privado. El sector salud se caracteriza por su nivel relativamente bajo de gasto público, encontrándose todavía por debajo del promedio latinoamericano de alrededor del 7% del PIB. Del total del gasto público, 37.2% fue ejercido por las instituciones que cubren a población no asegurada. El restante 62.8% lo erogaron las instituciones que dan atención a población asegurada. El financiamiento privado proviene principalmente del gasto de bolsillo. Se estima que solo 4% de la población cuenta con cobertura de seguros privados.

En el año 2000, México suscribió con otros 189 países la Declaración del Milenio, que implica el compromiso de generar e impulsar programas y acciones regionales y locales encaminadas a erradicar la pobreza y el hambre, mejorar la educación, la equidad de género, el

sostenimiento ambiental, incrementar la salud y fomentar una asociación global para el desarrollo.

4.10.2.- Mercadotecnia hospitalaria.

En los tiempos actuales varios y complejos son los retos que tiene que enfrentar la salud pública a nivel global y además en cada uno de los contextos. El consenso internacional se ha convertido en una poderosa arma para poder enfrentarlo, de ahí que en el mes de julio del año 2016, se reunieron en Chile, alcaldes de las Américas, en un foro previo al 9a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud que se celebrara en Shanghái a finales de ese año. De esa reunión, se logró la denominada “Declaración de Santiago de Chile”, que comprende la visión, orientaciones estratégicas y compromisos para la acción para las redes de municipios saludables de la región de las Américas y que plantea el confirmamos nuestro compromiso para la acción que inspirará y guiará nuestro trabajo en los años venideros en consonancia y armonización con la manera en que se abordará la salud, el desarrollo social y el desarrollo sostenible durante el siglo XXI. La declaración se estructura en torno a cuatro apartados principales, cada uno de los cuales exponen el compromiso, tanto en políticas como acciones y concluye con el documento que se fue llevado a Shanghái en nombre de toda la región de las Américas.

Hay que posicionar la innovación en las estrategias de mercadotecnia que se emplean para promover salud. Hay que innovar para posicionar conductas saludables; ir de la “copia” sistemática de un proyecto a otro a la creatividad. Innovar es encontrar nuevas soluciones a problemas y necesidades que ya existen, de manera distinta y para ello hay que explotar la imaginación y descubrir un enfoque novedoso para conquistar mercados altamente competitivos. En los proyectos de mercadotecnia para promover salud, hay que emplear la tecnología y redes sociales; utilizar nuevos canales para llegar hasta donde se encuentra

nuestro público meta; desarrollar la creatividad como fórmula para alcanzar y mantener el éxito; destinar tiempo, personal y recursos a la investigación y desarrollo de estrategias efectivas y mantenerse en el top of mind del público meta. Hay que aprender cómo se da el cambio, de las intenciones a las acciones, no quedarse en las intenciones; comprender las emociones unidas a los comportamientos actuales; explorar nuevas bases y renovar nuevas formas, métodos y modelos de segmentar el mercado y que los estudios que se realicen no se queden en indagar el presente, hay que saber del pasado y también del futuro. El mundo de hoy gira y cambia a gran velocidad, tenemos que girar y cambiar con él, por eso hay que lograr que los programas de salud con enfoque de mercadotecnia social puedan conseguir efectos duraderos y destacar los resultados obtenidos para motivar a los usuarios del mismo y ganar en credibilidad. Es importante potenciar las facilidades de acceso a los servicios y sus proveedores y enfatizar el uso de herramientas no comunicativas, TICs y las que están fuera de la línea (marketing relacional, patrocinio, internet, murales, graffitis, teatro, títeres (unir lo más nuevo con lo viejo). No puede faltar el monitoreo y evaluación de los programas como vía de su perfeccionamiento.

El marketing digital también es una estrategia para promover salud, no solo puede usarse para comercializar productos nocivos, pero se requiere en primer lugar capacitar profesionales de salud con herramientas para la conformación de un plan de acción digital. Hay que hacer estrategias desde un nuevo enfoque que requiere replantear la forma de comunicación con los públicos meta; incluir en los canales de comunicación blog, redes sociales, materiales electrónicos y multimedia. Todos los avances que se logran en el marketing también deben emplearse para promover salud. El llamado marketing lateral es la aplicación práctica del proceso de pensamiento lateral al marketing con la finalidad de encontrar ideas innovadoras para el desarrollo de nuevos productos y servicios. Mediante

una serie de técnicas dar un salto lateral, y siguiendo un proceso metódico, cualquier persona puede comenzar a hacer marketing lateral. Marketing vertical: definición del mercado y, aplicando las estrategias de segmentación y posicionamiento, modula el producto o servicio para crear variedades yendo de lo general a lo concreto mediante un proceso de pensamiento secuencial y lógico, es decir, un proceso de pensamiento vertical. Marketing lateral: reestructura la información existente, va de lo concreto a lo general mediante un proceso de pensamiento menos selectivo y más exploratorio, provocativo y creativo, es decir, un proceso de pensamiento lateral. Ambos son necesarios y se complementan por lo que deben emplearse en las estrategias para promover conductas que tributen al bienestar. La evolución de la ciencia ha dado origen a múltiples campos del saber que, individualmente o en conjunto, ofrecen la posibilidad de abordar los problemas de la sociedad desde diferentes ángulos. Tecnologías novedosas como: resonancias magnéticas funcionales y tomografías, fundamentales para desarrollar la investigación neurocientífica, podrán dar un vuelco a la visión tradicional de las ciencias sociales y del comportamiento. Se da paso a un nuevo enfoque de interés teórico y práctico para el estudio de las actitudes y la conducta individual y colectiva: el neuromarketing.

4.11.- Consumismo en salud.

En el largo ciclo de bienestar económico y social que va desde la salida de la Segunda Guerra Mundial hasta finales de los años setenta aparece un relativo declive de la visión utilitarista neoclásica del concepto de consumo, que tiende a ser desplazada por una visión directamente lineal y evolucionista del crecimiento económico. Esta última corona su evolución en una mítica y opulenta «sociedad de consumo de masas», encarnación misma del sueño americano (Kiron, 1997). Desde esta perspectiva, la «sociedad de consumo» aparece

como el resultado necesario del impulso interno generado por la suma de los beneficios alcanzados en la sustitución progresiva de tecnologías. Normalmente, este crecimiento económico —al que se suele asociar algún indicador estadístico para cuantificarlo— se convierte, automáticamente, en una sucesión de «categorías históricas» estableciendo simplemente marcas de clase en la variable medida. Aparece, por lo tanto, una tipología destinada a clasificar las distintas sociedades nacionales según su posición en el proceso de crecimiento. Invariablemente, a las etapas que coronan esta ascética escalada —que toda economía, en su misma génesis, está dispuesta a realizar— las veremos denominadas como sociedad de consumo de masas o expresión similar (Rostow, 1973; Kahn y Wiener, 1969). Inmediatamente después, se pasa a describir, siempre, un mundo en el que el «bienestar» (medido en la disponibilidad de objetos materiales) se ha generalizado: las necesidades están cubiertas, el consumo está al alcance de cualquier ciudadano sin la existencia de desigualdades o discriminaciones importantes, y la abundancia es la norma social. Mientras, paralelamente, la urbanización y la motorización se extienden, arrollándolo todo. O sea, que se nos presenta una sociedad tan rica, tan atiborrada de bienes materiales, que incluso ella misma ya empieza a poner sus miras en otros objetos y actividades, mucho más sublimes que el simple y materialista alto consumo de masas. De esta forma, el concepto estrictamente económico y evolucionista de sociedad de consumo debería ser completado, ya desde sus inicios, con conceptos extraídos de la tradición (fundamentalmente funcionalista) de la psicología social norteamericana. En un clásico texto de esa época, Katona (1968) parte, por ejemplo, de la creencia de que la base fundamental del desarrollo del fenómeno del consumo ha sido el incremento del ingreso familiar. Asimismo, también es precisamente el deseo y el ansia de mejorar el estándar de vida lo que constituye el sólido fundamento de la prosperidad americana. De esta manera, el consumo de masas sólo se sostendría —estimulando con ello el crecimiento de la economía, como pronosticaba Katona en esta dorada época de

postguerra (1968: 344)— si la buena marcha de la economía americana continuaba haciendo que los niveles de aspiración fueran elevándose, y que los consumidores siguiesen aspirando a metas más altas para seguir mejorando sus standards de vida. Igual mente, el mismo Katona trataba de demostrar que el milagro del consumo se debía a la interacción de diversas fuerzas: los cambios en la composición de la población, en la educación y en las costumbres, en las nuevas actitudes y aspiraciones. Con ello, se introducían ya otros factores, de orientación más psicológica y motivacional. Para este autor, pues, el consumo, aún estando evidentemente determinado por las fuerzas del mercado (ingresos, precios, haberes), también remitía a factores psicológicos (motivos y actitudes, experiencias anteriores, proyectos), que conjuntamente tienden a conformar la conducta del consumo. Por esos mismos años, uno de los grandes macroeconomistas dedicado a la formalización de modelos sobre la función agregada de demanda, James S. Duesenberry (1967), introducía para explicar el gasto familiar un concepto central en la sociología norteamericana de aquel tiempo, como es la influencia de los grupos de pertenencia y los grupos de referencia en la formación de las conductas económicas efectivas (Merton, 1974). Para Duesenberry, el consumo se convertía en una función de la posición social que ocupan las personas, según grandes grupos de distribución de la riqueza. La influencia entre los grupos era considerada más de manera horizontal que vertical, pues según este economista, la evaluación comparativa de la compra se realiza más por las personas con las que está en contacto que por estereotipos jerárquicamente distantes. De esta manera, el concepto abstracto de utilidad se iba sustituyendo por la dicotomía necesidad-motivación, de carácter mucho más relacional y, también, con un largo trayecto en las ciencias sociales de orientación fundamentalmente funcionalista. No ajeno a este tipo de razonamiento, el psicólogo norteamericano Abraham Maslow (1975) establecería una escala funcional de necesidades —muy utilizada en investigación comercial y en la sociología del consumo hasta hoy en día—, diferenciando, de

entrada, un conjunto de necesidades básicas inferiores y superiores. Para Maslow, las necesidades básicas tienen un carácter instintivo, y se ordenan, por sí mismas, en una jerarquía perfectamente definida según un principio de potencia relativa: esto es, la satisfacción de cualquier necesidad permite que otras más débiles, que habrían sido desplazadas, pasen a primer plano para presentar su motivación. Así, la satisfacción de una necesidad crea otra, en un proceso que no conoce fin. Maslow distingue cinco grupos de necesidades básicas, jerarquizadas funcionalmente según el principio anteriormente citado (1975: 85-149). Un grupo de necesidades suscitará una motivación consolidada sólo cuando su nivel inmediato inferior esté saturado. Los grupos son: 1) las necesidades fisiológicas, asociadas a la homeóstasis o equilibrio normal y constante del organismo humano; 2) necesidades de seguridad o de preferencia por la pervivencia estable en el mundo; 3) necesidad de posesividad y amor, ligadas al deseo del individuo de establecer relaciones afectivas con su entorno humano; 4) necesidades de estima personal o auto-precio, reflejo de la evaluación que la persona hace de sí misma con respecto a los otros; y 5) necesidades de auto-desarrollo o realización, producidas por el impulso del hombre a explicitar sus potencialidades creativas. Cuanto más inferior sea la necesidad, más individualista y egoísta es el sujeto que persigue satisfacerla; sin embargo, la búsqueda de la satisfacción de necesidades superiores requiere el concurso de un grupo social y, por tanto, tiene un carácter cívico y convivencial siempre deseable.

4.1.1.1.- Consumismo Sanitario Vs Consumismo en Salud.

Aparentemente, el consumo es un hecho banal, incluso trivial. Todos lo hacemos a diario, en ocasiones de manera celebratoria, cuando ofrecemos una fiesta, festejamos un acontecimiento importante o nos gratificamos por un logro particularmente relevante. Pero la mayor parte del tiempo consumimos de hecho, se diría que rutinariamente y sin demasiada

planificación y sin pensarlo dos veces. En realidad, si se lo reduce a su forma arquetípica en tanto ciclo metabólico de ingesta, digestión y excreción, el consumo es una condición permanente e inamovible de la vida y un aspecto inalienable de ésta, y no está atado ni a la época ni a la historia. Desde ese punto de vista, se trata de una función imprescindible para la supervivencia biológica que nosotros, los seres humanos, compartimos con el resto de los seres vivos, y sus raíces son tan antiguas como la vida misma. No hay dudas de que consumir es una parte integral y permanente de todas las formas de vida que conocemos, ya sea por los relatos históricos o por los informes etnográficos. Aparentemente, *plus ça change, plus c'est la même chose...* [cuanto más cambia, más es lo mismo]. Cualquiera sea la forma de consumo que se considere típica de un periodo específico de la historia humana, es posible describirla sin demasiado esfuerzo como una ligera modificación de la versión anterior. En este campo, la regla parece ser la continuidad. Las rupturas y discontinuidades, los cambios radicales, por no decir revolucionarios, los “antes y después”, pueden ser (y con frecuencia son) desdeñados no por tratarse de transformaciones cualitativas, sino más bien meramente cuantitativas. Sin embargo, y a pesar de que el consumo deja tan poco margen de maniobra para la originalidad y la inventiva, esto no se aplica al rol que desempeñó y sigue desempeñando en las pasadas transformaciones y en la actual dinámica del modo de “estar en el mundo” de los humanos. En especial, el papel preponderante que ocupa el consumo entre los factores que determinan el estilo y el sabor de la vida social y su rol como canonizador (uno de ellos, si no el principal) de los patrones de relaciones interhumanas.

A través de la historia humana, las actividades de consumo o relacionadas con él (producción, almacenamiento, distribución y eliminación de los objetos de consumo) han proporcionado un flujo constante de esa “materia prima” que ha modelado —con la ayuda del ingenio cultural impulsado por la imaginación— la infinidad de formas de vida que tienen las

relaciones humanas y sus patrones de funcionamiento. Como la brecha que existe entre el acto de producción y el acto de consumo se fue extendiendo de manera crucial, ambas acciones fueron ganando autonomía, de modo tal que pueden ser reguladas y operadas por conjuntos de instituciones mutuamente independientes. Si seguimos la línea de la “revolución paleolítica” que puso fin a la recolección como medio de subsistencia y abrió la puerta a una era de superávit y almacenamiento, la historia podría escribirse en términos de las ingeniosas maneras en que ese espacio, esa brecha, fue colonizado y administrado. Se ha sugerido (y de esta sugerencia se habla en el resto de este capítulo) que miles de años después se produjo un punto de quiebre que merecería el nombre de “revolución consumista”, con el paso del consumo al “consumismo”, cuando el consumo, como señala Colin Campbell, se torna “particularmente importante por no decir central” en la vida de la mayoría de las personas, “el propósito mismo de su existencia”, un momento en que “nuestra capacidad de querer, de desear, y de anhelar, y en especial nuestra capacidad de experimentar esas emociones repetidamente, es el fundamento de toda la economía” de las relaciones humanas.

Se puede decir que el “consumismo” es un tipo de acuerdo social que resulta de la reconversión de los deseos, ganas o anhelos humanos (si se quiere “neutrales” respecto del sistema) en la principal fuerza de impulso y de operaciones de la sociedad, una fuerza que coordina la reproducción sistémica, la integración social, la estratificación social y la formación del individuo humano, así como también desempeña un papel preponderante en los procesos individuales y grupales de autoidentificación, y en la selección y consecución de políticas de vida individuales.

El “consumismo” llega cuando el consumo desplaza al trabajo de ese rol axial que cumplía en la sociedad de productores. Mary Douglas insiste: “mientras no sepamos por qué y para qué la gente necesita lujos [vale decir, bienes más allá de los indispensables para la supervivencia]

no estaremos tratando los problemas de la desigualdad ni remotamente en serio”. A diferencia del consumo, que es fundamentalmente un rasgo y una ocupación del individuo humano, el consumismo es un atributo de la sociedad. Para que una sociedad sea merecedora de ese atributo, la capacidad esencialmente individual de querer, desear y anhelar debe ser separada (“alienada”) de los individuos (como lo fue la capacidad de trabajo en la sociedad de productores) y debe ser reciclada/reificada como fuerza externa capaz de poner en movimiento a la “sociedad de consumidores” y mantener su rumbo en tanto forma específica de la comunidad humana, estableciendo al mismo tiempo los parámetros específicos de estrategias de vida específicas y así manipular de otra manera las probabilidades de elecciones y conductas individuales. Todo esto sigue sin decir mucho acerca del contenido de la “revolución consumista”. Debemos enfocar nuestra atención en eso que “queremos”, “deseamos” y “anhelamos”, y en cómo la esencia de nuestras ganas, nuestros deseos y aspiraciones va cambiando como consecuencia del pasaje hacia el consumismo.

4.11.2.- Los derechos del consumidor sanitario.

El derecho a la protección a la vida, salud y seguridad es el más importante de todos, por el valor esencial de la vida, la salud y la seguridad no sólo de los consumidores sino de cualquier persona. El derecho a la protección de la vida es una manifestación del derecho a la vida que reconocen los principales convenios y tratados internacionales sobre derechos humanos. En este sentido, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que el derecho a la vida es inherente a la persona humana; que este derecho estará protegido en la ley y que nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente. En términos similares está reconocido el derecho a la vida en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (artículo 4.1). Ambas convenciones se encuentran vigentes en nuestro país. También el artículo 22, párrafo

tercero, de la Constitución Política de nuestro país reconoce en forma implícita el derecho a la vida, al autorizar la pena de muerte sólo en los supuestos excepcionales que señala, los cuales han quedado reducidos a los delitos graves del orden militar, en virtud de que en los códigos penales de la Federación y de las entidades federativas ha sido abolida la pena de muerte y no puede ser restablecida conforme a lo que dispone el artículo 4.3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El derecho a la protección de la salud es también una manifestación del derecho humano a la salud que establece el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 12), vigente en nuestro país, así como en el artículo 4o., párrafo cuarto, de la Constitución Política.

Cabe advertir, sin embargo, que al establecer en forma explícita el derecho básico del consumidor a la protección de la salud y la seguridad, dicho precepto está imponiendo en forma implícita a los proveedores la obligación de respetar la salud y la seguridad de los consumidores tanto en el diseño y la fabricación de productos, como en su presentación y comercialización. Por otro lado, la LFPC sí prevé en forma expresa algunas reglas relacionadas con este derecho básico que confirman la correlativa obligación de los proveedores de respetar este derecho.

Igualmente, se prevé que cuando se trate de productos o servicios que, de conformidad con las disposiciones aplicables, se consideren potencia/mente peligrosos para el consumidor o lesivos para el medio ambiente o cuando sea previsible su peligrosidad, el proveedor deberá incluir un instructivo que advierta sobre sus características nocivas y explique con claridad el uso o destino recomendado y los posibles efectos de su uso, aplicación o destino fuera de los lineamientos recomendados. El proveedor deberá reparar los daños y perjuicios que el incumplimiento a este deber de advertencia, cause al consumidor (artículo 41).

Referencias

Ayuso Murillo, D. y Grande Sellera, R. F. (Dir.). (2014). La apertura de un hospital. Ediciones Díaz de Santos.

Chong, Luis. (2009). Promoción de ventas. Ciudad de México: Gránica.

Faizal GeaGea, E. y Faizal GeaGea, E. (2013). Gerencia de hospitales e instituciones de salud. Ecoe Ediciones.

Fischer, Laura y Espejo Jorge. (2017). Mercadotecnia. Ciudad de México: Mcgraw Hill.

García Cerdeño, Antonio, «Una aproximación hacia la teoría de la venta», segunda parte, Esic Market, 63, enero-marzo de 1989, pp. 63-82.

Santesmases, Miguel. (2016). Fundamentos de mercadotecnia. Ciudad de México: Grupo editoria patria.

Strang, Roger A., «Sales Promotion – Fast Growth, Faulty Management», Harvard Business Review, 54, 4, julio-agosto de 1976, pp. 115-124.