



Salud en Tabasco

ISSN: 1405-2091

revista@saludtab.gob.mx

Secretaría de Salud del Estado de Tabasco
México

Priego Álvarez, Heberto

Mitos y realidades de la mercadotecnia de servicios de salud

Salud en Tabasco, vol. 7, núm. 2, junio, 2001, pp. 408-413

Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48707208>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mitos y realidades de la mercadotecnia de servicios de salud

Heberto Priego-Álvarez
priego@ujat3.ujat.mx

Dirección de Planeación, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

RESUMEN

La mercadotecnia es una poderosa herramienta de apoyo en la prestación de los servicios de salud, sus aplicaciones son amplias y crecientes; sin embargo aún persisten variados mitos que nos alejan de la realidad. En este artículo se discuten 5 mitos que perjudican el uso de la mercadotecnia dentro del campo de la salud, entre ellos se apuntan: la creencia errónea de que los servicios de salud no deben mercadearse; la consideración de que el *Marketing* es sólo aplicable a los servicios privados; lo antiético de su utilización en la promoción de los servicios; de lo poco que ofrece la mercadotecnia a los servicios de salud; y se desmitifica que la calidad sea algo implícito en la asistencia sanitaria, por lo que no se requiera de un esfuerzo mercadológico en especial.

Palabras claves: *Mercadotecnia, servicios de salud, mito, realidad.*

SUMMARY

Marketing is a powerful tool and offers support in order to provide health services, its application are extensive and spreadly knowing in health many fields; however and even

they persist widely myths that moving away of the reality, trough this essay fifth myths are discussed that affects marketing application related whit health field such as: falses belief that health services do not owe merchandize; healt marketing is just applicable to the private services; marketing is and antiethic topic among health promoting services; marketing do not provide much more than other fields with related topics in to health services; to eliminate the myth that quality could be focus on sanitary aid, reason that is not required additional marketing strategies.

Key words: *Marketing, health services, myth, reality.*

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las aplicaciones de la mercadotecnia al ámbito de los servicios de salud son amplias y en constante crecimiento. Sin embargo aun persisten variados mitos que nos alejan de la realidad. Es conveniente señalar algunos de éstos con el objeto de erradicarlos y sensibilizar a los prestadores sanitarios de la ventajas y conveniencias que tiene el uso del Marketing (Tabla 1).

1er. Mito. **Los servicios de salud no deben de mercadearse.**

TABLA 1. Mitos y realidades de la mercadotecnia de servicios de salud.

MITO	REALIDAD
1. Los servicios de salud no deben de mercadearse.	<ul style="list-style-type: none">♦ La mercadotecnia (MKT) procura una orientación social de los servicios. La MKT guarda un espacio de máxima sensibilización hacia las necesidades, deseos y expectativas de los clientes internos y externos.
2. El marketing sanitario sólo es aplicable a los servicios privados.	<ul style="list-style-type: none">♦ Las instituciones de Salud Pública y la ONG's han utilizado con éxito la Mercadotecnia Social.
3. Es antiético el uso de la mercadotecnia en la promoción de los servicios médicos.	<ul style="list-style-type: none">♦ La mercadotecnia no es sinónimo de publicidad comercial.♦ La mercadotecnia externa puede ayudar a mejorar la imagen de los servicios de salud, atraer recursos y personas y regular el nivel de la demanda.
4. La calidad es algo ímplicito en la asistencia sanitaria, por lo que no se requiere de un esfuerzo mercadológico en particular.	<ul style="list-style-type: none">♦ El uso de la mercadotecnia tanto interna como externa, fomenta y crea una filosofía de calidad total en los servicios de salud.
5. La mercadotecnia poco ofrece a los servicios de salud.	<ul style="list-style-type: none">♦ Elemento clave en el cambio organizacional.♦ Poderosa herramienta de gestión sanitaria.♦ Permite el desarrollo de una ventaja competitiva.

Los profesionales de la salud afirman constantemente que los servicios sanitarios tienen fundamentalmente un contenido social el cual no permite su comercialización. Y es precisamente ahí, en la interacción social, donde radica la mayor ventaja de su uso. Una de las características fundamentales de la prestación de los servicios de salud es el hecho de que sean humanos trabajando sobre humanos en cuestiones relativas a salud y muerte; por lo tanto el contenido humanitario de la atención está siempre presente. La Mercadotecnia es una poderosa herramienta en la orientación social de los servicios; en su uso interno, ayuda a la sensibilización de los empleados con la problemática social de los usuarios y sin duda colabora al logro de una filosofía de calidad y al compromiso con ella. También ayuda al conocimiento de las necesidades sanitarias de la población a través de la realización de investigaciones de mercado, y a la reorientación de los servicios para satisfacer dichos estados carenciales por medio de marketing mixs adecuados. Por consiguiente, la Mercadotecnia en Salud o Sanitaria (*Health Care Marketing*) es en sí misma una valiosa aliada que como campo de conocimiento y de aplicación conlleva dos acepciones: por un lado tiene un aspecto social al ser una especialidad dentro del estudio del “*Marketing*” dedicada a la descripción, investigación, métodos de medición y sistemas de análisis de la demanda sanitaria, así como la satisfacción de los pacientes; y por otra parte una función administrativa al ser entendida como un proceso responsable de identificar, anticipar y satisfacer los requerimientos de los usuarios de forma adecuada y provechosa (Rubio Cebrián, 1995:167).

2do. Mito. **El Marketing sanitario es sólo aplicable a los servicios privados.**

Uno de los mitos comúnmente generalizados es que la mercadotecnia es sólo aplicable a la comercialización de los servicios privados por su carácter de negocio y por la búsqueda de una utilidad lucrativa. Sin embargo el concepto de institución sanitaria pública ha cambiado en los últimos años, considerándosele actualmente dentro de la llamada Nueva Gerencia en Salud (Yepés, 1988) como empresas productoras de servicios y/o procesos de atención, que requieren de una gerencia adecuada y un manejo empresarial para lograr sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad sin menoscabo en la racionalidad de sus recursos. Es en este marco, donde la Mercadotecnia en Salud o Sanitaria, entendida como la “orientación Administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solventar necesidades,

satisfacer deseos y expectativas en materia de salud” (Priego-Álvarez, 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).

Por otra parte, la dimensión social de la mercadotecnia (*Marketing for non profit organizations*) de gran uso por los organismos no gubernamentales (ONG's) en programas de intervenciones comunitarios y en la promoción de sus servicios, nos dan la razón para su empleo en una acción exitosa. En las instituciones de salud pública y en especial la Secretaría de Salud, ha hecho uso de la mercadotecnia social en la promoción de programas y servicios específicos.

3er. Mito. **Es antiético la utilización de la mercadotecnia en la promoción de los servicios sanitarios.**

La errónea consideración de la mercadotecnia como sinónimo de publicidad está ampliamente difundida entre los profesionales sanitarios, en especial entre los médicos. Muchos de los galenos del medio privado que ahora se publicitan, son continuamente objeto de críticas por sus mismos compañeros de profesión, siendo usualmente tachados de faltos de ética y de comerciantes de la medicina. Sin duda tales aseveraciones se dan por el desconocimiento de lo que en sí es la Mercadotecnia, y a la falsa asociación entre publicidad comercial con el mercadeo de servicios. La circunstancia socio-cultural determina, entre muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y la enfermedad, y dado que es esta circunstancia la que establece los roles correspondientes y sus demandas específicas para cada uno de los actores del proceso de atención médica (profesionales de la salud y usuarios) en su interacción, el *Marketing* Sanitario en su dimensión social¹ nos ofrece un campo nuevo de análisis e intervención. De hecho la aplicación de la Mercadotecnia al terreno del consumo sanitario -y en particular la Mercadotecnia Social- no es nueva. Al respecto Ling et al. (1992) mencionan que “en menos de 20 años la comercialización social de la salud ha pasado a ser una práctica reconocida,” y al efectuar una revisión bibliográfica

¹ Dos son las dimensiones de la Mercadotecnia en Salud: Social y Comercial. La primera procura la mejoría en la calidad de vida bajo un enfoque ético y colectivo. En la segunda media un interés netamente económico. El término **Mercadotecnia Social** fue acuñado por Kotler y Zaltman en 1971 para describir el uso de los principios y técnicas de la comercialización encaminada al apoyo de una causa, idea o conducta sociales. Para Kotler y Robert (1992), el *producto social* puede ser una idea, práctica u objeto tangible en tanto este último se asocia con un cambio de conducta.

sobre el tema clasifican los aportes en tres períodos. Un primero, que denominan **teoría precoz**, donde se aportan conceptualizaciones (Kotler y Levy, 1969; Lazer, 1969; Lavidge, 1970; Kotler y Zaltman, 1971; Dawson 1971). Otro intermedio o de **experiencias evaluadas**, donde se da una acumulación creciente de datos (Fox y Kotler, 1980; Kotler, 1982; Manoff, 1985) centrándose su aplicación a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987) y a estudios como la mezcla de estrategias, canales y evaluación (Bloom, 1980; Andreasen, 1981; Sheth y Frazier, 1982). En el último periodo, llamado de **aceptación creciente**, los servicios de salud pública pasan a ser “productos”, la población se convierte en “clientes” o “consumidores” y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman en “vendedores” (Lefebvre y Flora, 1988; Kotler y Roberto, 1989) [Tabla 2].

4o. Mito. **La calidad es algo implícito en la asistencia sanitaria, por lo que no requiere de un esfuerzo mercadológico en especial.**

Buzzell y Gale (1987:111) afirman que “...la calidad es lo que los clientes dicen que es, y la calidad de un producto o servicio determinado es lo que el cliente percibe que es”. Lo que los clientes reciben de sus interacciones con la organización, es sin duda importante para ellos y para su evaluación de la calidad. Al hablar de la interacción entre proveedores y usuarios (prestadores y prestatarios) o encuentros de servicio, tiene un efecto fundamental la percepción del servicio.

Bajo una definición individualizada de la calidad, es decir, cuando el juicio sobre la calidad de la atención médica “toma en cuenta los deseos y expectativas, valoraciones y medios del paciente” (Donabedian, 1984:18); la calidad percibida por los usuarios se constituye en un valioso indicador del proceso de prestación de servicios de salud. Las dimensiones de la calidad² del proceso de atención: técnica, humana y “amenidades” establecidas por Donabedian pueden ser valoradas por los consumidores sanitarios. Si bien es cierto que en el caso del componente técnico, la apreciación de los usuarios carece de la capacidad evaluativa de los proveedores por la llamada “asimetría en la información”, y de que la valoración de las comodidades está fuertemente relacionada con los deseos y el nivel socioeconómico de los clientes; su opinión sobre el tratamiento interpersonal y en particular el grado de satisfacción de sus necesidades y

expectativas en materia de salud, tienen fundamental importancia en los procesos de mejora continua de los servicios.

La actual gerencia en salud hace uso de nuevas y variadas formas que promueven la cultura de la calidad total dentro de las organizaciones. Una de ellas es la Mercadotecnia, misma que como herramienta de gestión sanitaria procura la orientación de las instituciones hacia el mejoramiento en la calidad de vida y la mayor satisfacción de sus clientes, haciéndola más sensible hacia las demandas de los usuarios pero sin llegar al servilismo médico “de que el cliente siempre tiene la razón” (March-Cerdá et al, 1995). En esta nueva concepción administrativa se piensa en cómo mejorar y buscar la “perfección”, para ello se requiere escuchar a los usuarios y estar atentos a sus demandas. Las unidades de mercadotecnia, que son ya una realidad en las empresas de salud de los países desarrollados, hacen uso de los métodos y técnicas del “Marketing” para lograr el mejoramiento de la calidad. La “P” de pláceme como el componente de calidad en el servicio se suma al esquema nemotécnico de las 4 “P’s” (por sus siglas en inglés: Product, Price, Place, Promotion) elaborado por E. Jerome McCarthy en 1960 (Cervantes-Aldana, 1993; Priego-Álvarez, 1995). Esta quinta “P” indica “el servir con calidad al cliente 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”.

El mejoramiento de la calidad a un nivel organizacional amplio, se orienta a obtener el máximo beneficio de los productos (procesos de atención) en favor de los clientes externos (usuario-consumidor) considerando en ello la perspectiva del cliente interno (trabajador y profesional de la salud): “la percepción de los profesionales médicos incide en el diseño de los servicios, en tanto que la percepción del consumidor determina la evaluación de los servicios” (Vergegen y Harteloh, 1993). Tanto el proveedor como el consumidor sanitario llaman “calidad de la atención” a lo que perciben del servicio,³ por lo que dada la naturaleza interactiva de los servicios profesionales en su producción y consumo simultáneo, es necesario analizar las percepciones de los actores involucrados en la prestación médica.

5o. Mito. **La mercadotecnia poco ofrece a los servicios de salud.**

² La **calidad técnica** (*tratamiento técnico*) consiste en la aplicación de la ciencia y tecnologías médicas de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. Para Julio Frenk (1994) la dimensión técnica consiste en seguir la mejor estrategia de atención que la ciencia actual hace posible). La **calidad humana** (tratamiento interpersonal o calidad relacional) es el aspecto subjetivo que se refiere al trato recibido por los pacientes, y en la que se debe lograr “*la mayor satisfacción posible del usuario respetando su autonomía y preferencias*” (Frenk, 1994). Las **amenidades** (comodidades o ambiente físico de la atención) son todas aquellas características del lugar de la prestación de los servicios que hacen a la atención a la salud conveniente, comfortable, agradable, privada y, hasta cierto punto, deseable.

³ En el Modelo de la Calidad de Servicio, la calidad de la atención es vista como el equilibrio entre la experiencia y las expectativas (Verheggen y Harteloh, 1993:318).

TABLA 2. Etapas en el desarrollo de la mercadotecnia social aplicada a la salud.

ETAPAS	1) TEORÍA PRECOZ	2) EXPERIENCIAS EVALUADAS	3) ACEPTACIÓN CRECIENTE
VARIABLES			
AÑOS	A finales de los años 60's y a principios de los 70's.	Últimos años de los 70's y primeros de los 80's	A finales de los años 80's y en la actualidad.
AUTORES	<ul style="list-style-type: none"> -Shruptine FK, Osmanski; FA (1975) Marketing's Changing role: expanding or contracting? -Martin NA. (1968) The Outlandish idea: How a marketing man would save India. -Kotler P, Zaltman G. (1971) Social Marketing: An approach to planned social change. -Lazer W, (1969) Marketing's changing relationships. -Dawson LM, (1971) Marketing Science in the age of the aquarios. -Lavidge R. (1970) The growing responsibilities of Marketing. -Kotler P, Levy SJ. Broadening the concept of Marketing. 	<ul style="list-style-type: none"> -Kotler P. (1982) Marketing for Nonprofit Organizations. -Fox FA, Kotler P. (1980) The Marketing new imperative for Public Health. -Andreasen A. (1981) Power potential Channel strategies in Social Marketing. -Sheth JN, Frazier GL. (1982) A model strategies mix choice for planned social change. 	<ul style="list-style-type: none"> -Kotler P, Robert EL. (1989) Social Marketing for changing public behavior. -Lefebvre CR, Flora JA (1988) Social Marketing and public health intervention.
ENFOQUES	<ul style="list-style-type: none"> -Aplicación de las técnicas de Comercialización a las causas sociales. -Los teóricos se interesan por aportar conceptualizaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> -El interés se centra en la acumulación creciente de datos procedentes de los enfoques de comercialización social. 	<ul style="list-style-type: none"> -Los servicios de salud pública pasan a ser "productos," la población se convierte en "clientes" y/o "consumidores" y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman en "vendedores."
APORTES	<ul style="list-style-type: none"> -Diferenciación entre Mercadotecnia Social (aplicación social de los métodos de comercialización a una causa social) y Publicidad Social (uso de los medios de comunicación para dar publicidad a una causa social). -Se define a la Mercadotecnia Social como un enfoque del cambio social planificado y se subraya sus rangos esenciales (Kotler y Zaltman, 1969). Kotler y Levy acuñan el término "demarketing" (desmercadotecnia o contramercadotecnia para reducir la demanda de determinado producto). 	<ul style="list-style-type: none"> -Su aplicación práctica a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987), estudios sobre la mezcla de estrategias, canales y evaluación (Andreasen, 1981. Bloom, 1980. Sheth y Frazier, 1982). 	<ul style="list-style-type: none"> -La contribución más importante ha sido la orientación hacia las necesidades del usuario, pese a las reglas tales como la propensión de los programas de salud pública a estar "dirigidas por expertos." -La Mercadotecnia en salud (comercialización de la salud) ofrece la posibilidad de llegar al grupo más grande posible de gente con el menor costo y con el programa más eficaz y satisfactorio para los usuarios, siempre que sus ejecutores hayan comprendido bien los conceptos y hayan asimilado las técnicas (Lefebvre y Flora, 1988).
LIMITANTES	<ul style="list-style-type: none"> Se objeta que la sustitución de un producto tangible por un conjunto complejo de ideas y prácticas superaba con mucho el concepto de intercambio de valores, que hasta los defensores de la Mercadotecnia Social aceptaban como núcleo de la disciplina (1969). 	<ul style="list-style-type: none"> -Falta de evaluación. Objetiva. Bloom (1980) deploraba la tendencia de los proyectos a usar estudios de tipo "sólo después" o "antes y después" sus grupos de control. -Paralelismo imperfecto entre la mercadotecnia social y la de bienes de consumo. Rothschild (1979) identificó diferencias problemáticas en lo referente al producto, precio, segmentación y especialmente, en la construcción de participación de la población en las causas sociales recalcando que las herramientas de promoción aplicada a la comercialización de bienes de consumo resultarán inadecuados para las tareas sociales. -Dificultad mayor en la comercialización social que la de los bienes de consumo "No es posible explicar globalmente los conceptos de la Mercadotecnia a las campañas sociales si aportar grandes cantidades de reflexión y sensibilidad (Solomon, 1989). 	<ul style="list-style-type: none"> -Dudas sobre los aspectos éticos. La Mercadotecnia Social podría, en última instancia, servir como forma de control del pensamiento por los que tiene el poder económico. Temor a que la Mercadotecnia Social funcionara sin control ni regulación alguna (Laczniak et al. 1979). Al concepto de culpar a la víctima y al debate entre persuasión y coerción (Faden 1987; Faden y Faden 1980; McLeroy et al. 1987; Ryan 1971; Wikler 1987). -Decalificación. Por ineficaz e incluso contraproducente (Werner citado por Lazer y Kelley en Social Marketing Perspectives and Wiepoints, 1973). Por dirigirse a audiencias incorrectas (Luthra, 1988). La Mercadotecnia Social no responde a las necesidades y preocupaciones de los usuarios, sino que está diseñada según los técnicos de comercialización y señales de mercado definidas por la práctica comercial occidental (Luthra, 1988). -Un uso fragmentado de la Mkt Social y sin un sistema de procedimientos operativos, amén de no ser enteramente comprendida por los profesionales de salud.

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

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.

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

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

empresas de salud son ahora más sensibles a las necesidades, preferencias y expectativas de los usuarios con el fin de satisfacerlas (investigación de mercado); estableciendo estrategias diversas en función de públicos distintos (segmentación de mercado); ofertando un conjunto de actividades que tengan como base a la calidad (*marketing mix*).⁴ y desarrollando una ventaja competitiva (diferenciación, posicionamiento, imagen institucional y *merchandising*).⁵

Básicamente la calidad de un servicio, tal y como es percibido por los clientes sanitarios tiene dos dimensiones, a saber, una dimensión técnica o de resultado y una dimensión funcional o relacionada con el proceso (Grönroos, 1983; Parasuraman et al., 1985; Lethinen, 1986). La calidad técnica del resultado del proceso productivo del servicio no es medible con suficiente objetividad por los usuarios debido a su carácter de solución técnica con respecto a un problema de salud y por la asimetría en la información existente entre prestador y prestatario.

La mejora en las interacciones proveedor-usuario se convierte en la base de los programas de calidad. La principal ventaja competitiva de los servicios de salud radica en su calidad funcional o relacionada con el proceso, afirmación asociada a la prestación de los servicios médicos:

*“La calidad sanitaria significa una distribución experta y eficaz del servicio de salud no sólo en el sentido técnico sino en el personal. Por tanto, Summit se ha centrado en programas de formación y educación sus empleados, en los que se resalta la importancia de las relaciones con los pacientes.”*⁶

“...está inversión en calidad funcional no producirá beneficios de inmediato, pero actuará a largo plazo, como un apoyo a la consolidación de la ventaja competitiva.”

REFERENCIAS

1. Buzzell R.D. y Gale B.T. The PIMS Principles. Linking

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

⁵ Se entiende por diferenciación al hecho de otorgarle un carácter distintivo a un producto o servicio de salud que lo haga distanciarse de su competidor. Para ello se requiere de un “razgo diferenciador”. La principal diferencia o ventaja competitiva de los productos de salud debe darse a partir de su calidad. El posicionamiento de un producto es la manera en que los consumidores lo definen a partir de sus atributos y asociaciones respectivas, ocupando un lugar en la mente del consumidor. La imagen de marca o institucional se refiere a todas aquellas cuestiones que le confieren una personalidad al producto sanitario; es decir, permiten su identificación. Se personaliza un servicio de salud por medio de colores, logotipo, eslogan, distribución espacial e instalaciones en general. *Merchandising*, término que hace referencia a la venta al menudeo (compra y venta de mercancía, incluidas exhibiciones, promociones, fijación de precios y compra) y a la manufactura (actividad que se requiere en el intento de hacer un producto interesante para los compradores, empaquetados, promoción, arreglos de fijación de precios, etc.) En el sector salud se hace uso del *Merchandising* en el empleo de carteles o folletos, o televisión con videos adecuados en salas de espera o en hospitalización, para la difusión de un programa determinado o un consejo sanitario. Una aplicación de este concepto al área hospitalaria son las “guías de utilización de servicios, los folletos de bienvenida al hospital, etc.”

⁶ William L. Pierpoint, presidente y director ejecutivo de Summit Health Limited, organización sanitaria lucrativa con más de 5,500 camas en 5 estados del suroeste de los Estados Unidos y en el extranjero. Citado por Grönroos, 1994: 40-41.

- Strategy to Performance. New York: The Free Press 1987.
2. Donabedian Avedis. La calidad de la atención médica. La Prensa Médica Mexicana. México, D.F. 1984. Título del original en inglés: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: the Regents of the University of Michigan, 1980.
 3. Grönoos Christian. Strategic Management and Marketing in the Service Sector. Mass. Marketing Science Institute, Cambridge 1983.
 4. Grönoos Christian. Marketing y gestión de servicios. Díaz de Santos, Madrid 1994.
 5. Lamata F, Conde J, Martínez B, Horno M. Marketing Sanitario. Díaz de Santos, Madrid 1994.
 6. Lethninen J. Quality Oriented Services Marketing. University of Tampere, Finlandia 1986.
 7. March Cerdá J.C. “La salud es transmisible: Marketing Social y de Servicios.” En: Aranda Regules JM (Editor). Nuevas perspectivas de Atención Primaria de Salud: Una revisión de la aplicación de los principios de Alma-Ata. Díaz de Santos, Madrid 1994:223-267.
 8. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research. Journal of Marketing, Autumn 1985.
 9. Priego Álvarez Heberto. Conceptos básicos de mercadotecnia para la competitividad de las organizaciones sanitarias. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 1998;10:27-30.
 10. Priego Álvarez Heberto. Mercadotecnia en Salud: Aspectos básicos y operativos. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, Villahermosa, México 1995.
 11. Rodríguez José Ramón. “Marketing Hospitalario y Comunicación”. En: Cuervo JI, Varela J, Belenes R. Gestión de Hospitales: Nuevos instrumentos y tendencias. Vincens Vives, Barcelona 1994: 172-223.
 12. Rubio-Cebrián S. Glosario de Economía de la Salud y disciplinas afines. Díaz de Santos, Madrid 1995.
 13. Verheggen FW, Harteloh PM. La calidad de servicio en la atención a la salud: aplicación de resultados de la investigación mercadotécnica. Salud Publica Mex 1993;35(3):316-320.
 14. Yepés F. El estado del arte de la gerencia en salud. Mimeo. Instituto FES de Liderazgo, Santafé de Bogotá 1988.

HACIA LA ERRADICACIÓN DEL SARAMPIÓN

El milenio terminó con buenas perspectivas con respecto a las enfermedades inmunoprevenibles: en 1979 se erradicó la viruela de todo el mundo, en 1991 se erradicó la poliomielitis de las Américas, y esta región ha hecho grandes avances hacia la erradicación de la transmisión autóctona del virus de sarampión. Los casos confirmados de sarampión en las Américas han bajado el 95%, pasando de 53.662 casos en 1997 a 3.102 casos confirmados en 1999.

Para llegar a las últimas personas que quedan sin vacunar y romper las cadenas de transmisión se necesitará la máxima dedicación posible a la estrategia de erradicación, a fin de alcanzar este hito.

La vacunación de personas susceptibles es la clave del éxito. A fin de erradicar el sarampión, todos los países de las Américas deberían utilizar los mismos métodos. Estos incluyen:

- Alcanzar la meta de una cobertura de vacunación del 95% en todas las municipalidades.
- Garantizar la disponibilidad de las vacunas necesarias en los niveles central, regional y local en todo momento.
- No perder oportunidades de vacunación: cada

vez que un niño tenga contacto con el personal de salud, hay que aprovechar la oportunidad para vacunarlos, si corresponde.

- Identificar grupos difíciles de vacunar y realizar actividades de movilización social que los impulsen a cumplir los planes de vacunación.
- Alertar al personal de salud sobre la iniciativa de erradicación regional y subrayar la importancia de su cooperación para alcanzar esta meta.
- El personal de salud que esté en contacto con niños o con pacientes que tengan enfermedades infecciosas deben vacunarse contra el sarampión independientemente de sus antecedentes de vacunación.
- Realizar una investigación epidemiológica completa de todos los casos sospechosos de sarampión.
- Cerciorarse de que en todas las actividades de vacunación se desechen e incineren todas las jeringas y agujas sin crear riesgos.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud