



Cuadernos Latinoamericanos de
Administración
ISSN: 1900-5016
cuaderlam@unbosque.edu.co
Universidad El Bosque
Colombia

Beltrán Acosta, Adriana Rocío; Rodríguez Chavarro, Walter Orlando
El mercadeo de servicio en las instituciones de salud un enfoque desde la gestión de organizaciones
Cuadernos Latinoamericanos de Administración, vol. VIII, núm. 15, julio-diciembre, 2012, pp. 45-56
Universidad El Bosque
Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=409634369005>

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

El mercadeo de servicio en las instituciones de salud un enfoque desde la gestión de organizaciones¹

Service marketing in health institutions focus on organization management

Marketing de serviço nas instituições de saúde – uma abordagem desde a gestão de organizações

Adriana Rocío Beltrán Acosta.²
Walter Orlando Rodríguez Chavarro.³

Resumen

En el presente artículo de tipo reflexivo, se toman consideraciones sobre dos temas importantes: el mercadeo y la gestión de las organizaciones de servicios en el sector salud.

A través de una revisión bibliográfica hecha desde la implementación de la ley 100 de 1993 hasta la fecha, se busca comprender las diferentes estrategias de mercadeo de la gestión organizacional, así como evidenciar los problemas surgidos dentro de las organizaciones tales como: el bajo nivel de satisfacción de los clientes, el bajo nivel de calidad en la prestación de los servicios de salud por parte de las instituciones, el nivel de integración que tienen las instituciones con los clientes internos y la orientación de las instituciones hacia su ética y sus valores, así como la consecución de sus objetivos.

Por tanto, se resalta que las estrategias de mercadeo deben estar completamente encadenadas a la razón de ser de la organización y se sugieren algunas ideas organizacionales de importante inclusión administrativa.

Palabras clave: Mercadeo, Gestión organizacional, Servicios de salud, Sistema.

Abstract

This reflexive article takes two different considerations about two important topics: Marketing and Health Service Organization management.

Through a literature review made from “ley 100 de 1993” up today, this research makes an approach to different health service organizations marketing strategies and describes problems created inside those organizations; such as low customer satisfaction, low health services quality, integration level institutions have towards inside customers, institutions ethics and values orientation and goals pursued.

Resumo

No presente artigo de tipo reflexivo, leva-se em consideração dois temas supremamente importantes: o marketing e a gestão das organizações de serviços no setor de saúde.

Por meio de uma revisão bibliográfica, tenta-se compreender as diferentes estratégias de marketing da gestão organizacional desde o ponto de vista da lei 100 de 1993 e os problemas que surgiram dentro das organizações até o presente dia: a insatisfação dos clientes, a baixa qualidade das instituições, a problemática organizacional de integração com seus clientes internos e a orientação em direção a metas, ética e valores, consecução de objetivos por parte da organi-

Recibido el 20/09/2012 Aprobado 15/10/2012

1. Artículo de reflexión basado en trabajo de Investigación para obtener el grado de magister en Gestión de Organizaciones de la Universidad Militar Nueva Granada.
2. Fisioterapeuta, Universidad Manuela Beltrán, Especialista en Gerencia de la Calidad en Salud, Universidad el Bosque. beltran-adriana@hotmail.com
3. Fisioterapeuta, Universidad Manuela Beltrán. Especialista en Administración de Salud Ocupacional, Universidad Jorge Tadeo Lozano walttoro@yahoo.com

Therefore, it is also considered that marketing strategies must be joined to organization's main purposes. Finally, some important organizational management inclusion ideas will be suggested.

Keywords: Marketing, Organizational Management, Health Services, System

Introducción

Para nadie es un secreto que el sistema de salud colombiano está pasando por un momento de crisis. Si se observa desde de un marco organizacional, la crisis se puede evidenciar, por ejemplo, en el bajo nivel de satisfacción que los usuarios presentan por los servicios de salud que se les presta. Ahora bien, desde el marco del mercadeo se puede señalar que las estrategias de *marketing* brillan por su total ausencia en las IPS públicas de la capital colombiana, ya que el sistema implementado legalmente no ha permitido que existan avances significativos como lo se expondrá a continuación; trayendo, para el efecto otras reflexiones teóricas planteadas por diferentes autores sobre el tema.

De esta manera se pretende a través del presente artículo, reflexionar sobre las diferentes modalidades de mercadeo de servicios en instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) públicas, desde el punto de vista de su gestión organizacional, para ello se parte de un primer acercamiento al indagar en las páginas web de algunos hospitales públicos de Bogotá, para luego confrontar lo que allí se encuentra con la realidad de estas instituciones de salud, la que materializaremos con una observación directa en las instalaciones de estas mismas organizaciones; se tendrá en cuenta su infraestructura, la prestación de los servicios que allí se ofrecen, la calidad del recurso humano y otros aspectos relevantes que se observaran posteriormente con detalle.

Finalmente, se expondrán y sustentaran algunas conclusiones, pretendiendo generar en el lector algunas expectativas e inquietudes, lo que servirá como base para lograr identificar algunos de los principales problemas organizacionales y de mercadeo de servicios que hoy consideramos están presentes en las IPS públicas de Bogotá.

Una de las razones importantes por la que se hace necesario desagregar la situación que hoy por hoy presentan las IPS públicas en Bogotá es describir cómo funciona allí el mercadeo de servicios en salud para lo que debemos partir; primero, de la definición de mercadeo.

Entendemos mercadeo como “*un proceso gerencial y social mediante el cual los individuos y grupos obtienen*

zação. Por esta razão, dá-se relevância de como as estratégias de marketing devem estar completamente encadeadas por serem da organização e se sugerem algumas ideias organizacionais de importante inclusão administrativa.

Palavras-chave: Marketing, Gestão organizacional, Serviços de saúde, Sistema

lo que necesitan y desean a través de la creación e intercambio de productos/servicios de valor con los otros”;⁴ por otro lado, el mismo autor define el mercadeo como la actividad humana cuya finalidad consiste en satisfacer las necesidades y deseos del ser humano, mediante procesos de intercambio; y profundiza en esta definición, afirmando que el mercadeo se basa en diseñar la oferta de la organización con base en los deseos y necesidades del mercado meta y en el uso efectivo del precio, la comunicación y distribución para informar, motivar y servir el mercado.

El mercadeo, entendido conceptualmente como ya se expuso, tiene dos vertientes, la primera es el mercadeo de productos, la segunda consiste en el mercadeo de servicios, que como se podrá entender dada la naturaleza del objeto de estudio en esta investigación, es de la que en adelante nos ocuparemos.

El mercadeo de servicios, se realiza sobre intangibles, porque su esencia es mercadear, vender (si se quiere), persuadir (más exactamente), a las personas, para que satisfagan una necesidad que tengan, tomando algún tipo de opción que se le está ofreciendo, y decimos intangible, en tanto aquello que pretendemos mercadear, las personas no pueden tocar ni ver, como si lo hacemos con los objetos.

“Las personas producen los servicios que a su vez estos experimentan y se forman juicios de ellos, siendo esos juicios más subjetivos que objetivos, mientras que los bienes se producen, después se venden y por último se consumen, los servicios primero son vendidos y después producidos en forma simultánea.”⁵

Evolución histórica de las organizaciones en servicios de salud en Colombia

La Constitución Política de Colombia de 1886 establecía en sus bases fundantes del Estado lo que se llamó el “Estado de Derecho” (teoría del Estado que hoy puede ser entendida como aquella primacía del imperio de la ley por encima de los ciudadanos o de

4. KOTLER, Philip. Fundamentos de Marketing. Pearson. 2002. p.178.
5. HOFFMAN, K. D. Fundamentos de Marketing de servicios. Conceptos, estrategias y casos. México, Editorial Thomson. 2002

los derechos y necesidades de aquellos), así mismo, el Estado obedecía a teorías económicas y sociales hoy ya revaluadas, según las cuales el Estado debía tener altas características interventoras o de paternalismo, en el sentido que se creía que la existencia del Estado se explicaba y fundamentaba en que debía estar “inmascuado” en todos los campos de la vida del ciudadano, debía ser entonces el único responsable y prestador de todos los servicios que la sociedad requería, que su responsabilidad garantista le obligaba a suplir todo aquello que sus ciudadanos llegaran a requerir para su existencia habitual (esto como un mero desarrollo conceptual, legal y teórico que pocas veces se veía traducido en acciones estatales en pro de las necesidades de sus ciudadanos).

El Estado así concebido, legalmente era el único responsable de garantizar y prestar los servicios públicos a la población, dentro de aquellos, para centrarnos en el tema que nos ocupa, el servicio de salud, generándose con ello lo que se llamó un “monopolio estatal”.

Ahora bien, en el año de 1991, la Asamblea Nacional Constituyente consideró que el Estado Colombiano debía pasar a ser un “Estado social de derecho”, lo cual implicaba que los derechos de los ciudadanos estaban por encima de las leyes, leyes que se han constituido precisamente para garantizar la protección efectiva de los derechos de las personas.

Paralelo a este desarrollo de la nueva Teoría del Estado Colombiano, de sus principios fundantes en el campo económico, se llevó a cabo una apertura económica y un cambio de la visión del papel del Estado, pensándose ahora que el Estado colombiano debía ser reducido (pequeño pero sólido y fuerte), no solo para atacar el problema del déficit fiscal que ya traía a cuestas, sino porque primó la teoría de que aquél venía prestándole un flaco favor a sus ciudadanos, ya que los servicios que entregaba a la gente eran, por lo general, malos y costosos, lo que traía no solo una pérdida patrimonial importante sino una generalizada insatisfacción creciente en la población; así mismo, incrementándose exponencialmente los niveles de corrupción Estatal.

Este negro panorama, llevó a acrecentar las voces privadas, no desprovistas de los apetitos económicos propios de su naturaleza, pues el Estado debía entregar a los privados la prestación de la mayoría de los servicios públicos que ejercía monopolísticamente, pues los privados no tenían los vicios de la corrupción estatal, prestaban con mayor eficacia y eficiencia los servicios que le eran encargados, tenían niveles gerenciales que el Estado no manejaba, esos al menos eran los caballitos de batalla para obtener mercados hasta ahora negados.

Así, el Estado Colombiano empezó a entregar poco a poco la prestación de los servicios públicos a manos privadas, por ejemplo, las empresas generadoras y prestadoras del servicio de energía, golpeadas por la crisis energética de 1992 que llevó al llamado racionamiento, empezaron a ser entregadas poco a poco a los particulares, la televisión que licitó para el año 1996 la entrada en este sector de los privados, la telefonía celular incipiente empezó a gestarse y fortalecerse desde el capital privado. Estos son solo algunos pequeños ejemplos de lo que hoy se conoce como la privatización del Estado. Impulsada por las políticas de privatización del entonces presidente Cesar Gaviria Trujillo, y desarrolladas y consolidadas a través de largos años.

Entonces, los servicios de salud no podían ser ajenos a esta realidad que era además para entonces una tendencia mundial, la que revaluaba la existencia del Estado de bienestar. Surgió en tal contexto la ley 100 de 1993. Sin embargo, con dicho marco histórico y casuístico, si podemos hoy ya señalar que la ley 100 de 1993, entró a regir, trayendo beneficios y a su vez graves perjuicios para el sistema de salud en Colombia; beneficios pues resulta claro que existía entonces un elevado número de población que estaba marginada de cualquier posibilidad de acceso a la prestación del servicio de salud y que fue adquiriendo años mas tarde algunos importantes, pero escasos derechos en este sistema (como el llamado SISBEN), que aunque inclusivo, resulta ser totalmente primario e insuficiente.

Hemos dicho también, que la citada ley trajo graves problemas al sistema de salud, cuyos efectos hoy vemos, pues trajo consigo el apetito voraz del capital privado a este campo esencial y primario en la vida del ser humano, el que hoy vemos como “estalla” con la actual crisis de la salud, uno de cuyos ejemplos patéticos es hoy el caso de la EPS Saludcoop.

La ley 100 de 1993, estableció como una de sus características la solidaridad entre los diferentes miembros de las capas sociales de la población, la teoría desarrollada indicaba que la única manera de ampliar la base de cobertura, incluyendo a los estratos sociales sin capacidad de pago, era que solidariamente las esferas altas de la sociedad asumieran un costo para subsidiar o pagar la inclusión y prestación de los servicios a los menos favorecidos, una loable intención.

Así, fueron creados los regímenes contributivo y subsidiado del sistema de seguridad social en salud, el sistema contributivo se constituía con la población que tenía capacidad de pago, generando mes a mes un ingreso de dineros al sistema, que no solo cubriría los costos propios de su cobertura sino que asumiría una parte proporcional destinada a pagar lo necesario para asumir el régimen subsidiado, en el que estarían

aquellos que debían ser atendidos para garantizarle su derecho a la salud, pero que no tendrían ingresos suficientes para el pago de su inclusión y de su atención.

A parte de esos dos regímenes, existe el llamado sistema complementario de salud, y la medicina prepagada, en el que las personas con mayor capacidad de pago, cancelan un mayor valor que el resto de las personas del régimen contributivo, esto con el fin de que los servicios que se les prestan tengan ventajas, sean de mejor calidad, con mejor atención y con una pronta oportunidad, eso al menos es lo que en la realidad se ha terminado dando.

Cuando le damos una mirada al desarrollo de la Seguridad Social en Colombia nos encontramos con un sistema de salud con deficiencias en servicio, en la calidad y con fallas administrativas. Pero sin lugar a dudas la cobertura es mayor y son más los afiliados al sistema ya sea a través del régimen subsidiado, contributivo o independiente. Las fallas del sistema de salud en atención afectan más a la población menos favorecida ya que los estratos altos se afilan a planes complementarios y medicina prepagada que en cierta forma suple o cambia “en algo” no totalmente, la atención.⁶

Veamos que la existencia misma de un subsistema en el que el ciudadano (obviamente aquel con altos ingresos) pagando un dinero adicional, obtiene un servicio de calidad, oportuno y mejor, implica de un lado, que allí las IPS si generan todo un mecanismo de mercadeo para captar estos clientes de altos ingresos, pero por otro lado, es la aceptación implícita o explícita del Estado, de que sus otros dos sistemas, el subsidiado y el contributivo no son prestados en las mejores condiciones de calidad, oportunidad y satisfacción de las necesidades de sus usuarios.

Estas falencias en la prestación del servicio, se reconocen como subsanables, por tanto previsibles, pero las acciones correctivas no se toman porque estos ciudadanos no pagan o pagan muy poco, en últimas, la garantía real del derecho a la salud solo se da en los niveles altos de la población, siendo tan solo parcial para los demás estratos sociales poblacionales.

Si tenemos un sistema de prestación de los servicios de salud segmentados o fragmentados, como el generado a partir de la ley 100 de 1993, tendremos como resultado dificultades graves en la prestación de dichos servicios como las que hoy encontramos.

Por una parte, veremos ciudadanos desprovistos de todo sentido de solidaridad por sus congéneres (en

últimas de humanidad), evitando a toda costa ser incluidos en el sistema contributivo, pese a tener todos los recursos para hacerlo, constituyéndose en verdaderos parásitos del sistema, una de las razones de la crisis de hoy, cuyo control debería haber sido ejercido desde el principio por el Estado con verdadero rigor de manera técnica y calificada.

De otro lado, no menos grave, teniendo ciudadanos muriéndose en las puertas de los hospitales, con espantosos casos de los llamados “paseos de la muerte”, o esperando a que su cáncer haga metástasis en simple espera de que buenamente se sirvan programar su cirugía, como si se tratase de un servicio de caridad y no de un derecho-obligación a cargo del Estado.

Todo lo dicho hasta ahora, lo hemos querido traer a colación, no solo para contextualización del desarrollo de los sistemas de salud en Colombia, sino para poder entender de mejor manera el tema central que pretendemos desarrollar, el cual no puede ser otro que el mercadeo de la prestación de los servicios en salud y una primaria explicación que a nuestro juicio permite entender por qué las instituciones públicas de salud no generan unas estrategias serias de mercadeo, como si lo hacen las instituciones privadas.

Un primer acercamiento del tema, es que pudiera llegar a pensarse que las instituciones públicas de salud (IPS), no deben hacer mercadeo de sus servicios pues no tienen ánimo de lucro ni pretenden competir en el mercado, errada conclusión a nuestro juicio, que trae consigo el desestímulo en la prestación de servicios de calidad.

Sea entonces necesario precisar, que el mercadeo busca posicionar una empresa en un mercado determinado, pretende lograr conseguir una mayor “tajada” de la torta de es mercado. Dicho esto, debemos resaltar que el mercadeo no está necesariamente encaminado al incremento de la utilidad de una empresa (aunque el tema económico si sea uno de los fines que en ocasiones se persigue), sino a la consecución de un mayor número de usuarios o clientes, que además estén satisfechos cada vez en mayor medida de los servicios que se les presta y sus necesidades cubiertas debidamente, fidelizándoles de este modo.

Siendo lo anterior la base de la existencia del mercadeo, solo cuando las empresas públicas prestadoras de los servicios en salud consideran la misma como una obligación sin réditos mayores para su organización, explica uno desde la barrera porqué no están aquellas interesadas en realizar la implementación del mercadeo dentro de sus estrategias organizacionales.

Es claro que si yo como IPS Pública, presto un servicio como el de la salud, considerando aquello como un

6. RODRIGUEZ, V. La salud: un derecho de exclusividad. Revista empresarial y laboral. 2001.

mero deber que cumple como una obligación de imposición legal, el cual no me retribuye nada, y que trae consigo un sinnúmero de problemas connaturales al mismo y unos mayores costos a desembolsar en proporción directa al número de usuarios que atiendo, no voy a querer conseguir en el mercado un mayor número de población fidelizada al servicio que se presta.

Ahora bien, si al contrario, la mentalidad cambia y las empresas públicas prestadoras de salud toman su servicio como una contribución importante para la vida social, para la humanidad, para el bienestar poblacional, y para el desarrollo del país, génesis única de la medicina en su conjunto y del derecho constitucional a la salud, es claro que debería haber un deseo por prestar siempre de la mejor manera los servicios que ese Estado me ha encomendado, debería haber entonces todo un andamiaje encaminado a conseguir una amplia base social por atender, por proteger, por curar, por cuidar, esperando como única retribución que esa población tenga una mejor calidad de vida, incluso en las peores condiciones de salud en que se encuentren, que los servicios que se prestan satisfagan lo que ese cliente o usuario esperaría que se le brindara, una retribución social no monetaria pero de invaluables aportes sociales e individuales.

Los servicios de salud tradicionalmente han sido desarrollados sobre el concepto de la relación médico-paciente y en esta relación se concebía al médico como al proveedor absoluto y al paciente como el receptor de los servicios profesionales del médico. Sin embargo, en la medida que las necesidades de salud son más complejas y los sistemas de salud se han desarrollado hacia modelos de prestación de servicios de seguridad social y en estos mercados de aseguramiento, el papel del profesional ha cambiado y la relación del usuario tradicional con el sistema también ha cambiado.⁷

Con esto se identifica una de las barreras o dificultades que presenta la salud en Colombia y, de la misma manera, se comienzan a evidenciar diferentes estrategias de mercadeo de servicios que se han venido utilizando en las últimas décadas pero que no han sido totalmente efectivas.

Por otro lado, la gestión de mercadeo se basa en los siguientes principios:

- › Las regulaciones legales han creado y están creando en muchos países entornos más competitivos ante los cuales es evidente la necesidad de una estrategia de mercadeo.

7. BAQUERO, H. Mercadeo de servicios en salud: siete principios para su acción. Bogotá, Editorial Centro de Gestión Hospitalaria. 2004.

- › Aumento de ofertas de profesionales y entidades donde la experiencia ha demostrado que los países y sociedades que se capacitan tienen la tendencia a ser más competitivas.
- › La eficiencia en una EPS se construye sobre su capacidad de manejo de grupos de usuarios y la velocidad para afiliar y proveer servicios. En la actualidad no se conoce con exactitud la relación entre el tamaño de la EPS y su equilibrio financiero en diferentes mercados y diversas escalas de producción.⁸
- › Los clientes están más informados y son más exigentes, los pacientes de hoy conocen más sobre la salud, tanto como de aspectos clínicos como legales y ello los hace comportarse de manera más exigente y no tan sumisa como en otros tiempos.
- › Se calcula que en la ciencia médica se da una transformación tecnológica más o menos sustancial cada cinco años, lo que obliga a aquellas entidades que manejan tecnologías de mediana y alta complejidad a tener excelentes planes de marketing para no salir del mercado.⁹
- › La organización de los mercados de servicio de salud ha surgido desde un paradigma de la economía, según el cual la competencia entre proveedores de productos o servicios asegura que los recursos se asignen eficientemente. Esta consideración implica que no existen externalidades positivas o negativas por parte del consumidor y que sus gustos en el consumo están predeterminados.
- › La permanencia y el crecimiento de una institución en salud en un mercado, cada día más competitivo, implica que las organizaciones de atención desarrollen estrategias innovadoras y creativas que le permitan ofrecer productos y servicios, que además de generar valor, generen fidelidad en el uso, o en la compra y ayuden a conseguir nuevos usuarios.

Esto a su vez permite que las estrategias de mercadeo en servicios de salud, se vayan modificando y permitan una mejor participación con respecto a las del mercado; sin embargo, estas estrategias deben tener una buena preparación a la hora de ser ejecutadas, y es ahí, cuando hablamos de la servucción y el modelo de servucción.

-
- 8. RESTREPO, A; RUIZ, F. Estrategias de producción y mercadeo para los servicios de salud. Bogotá. Editorial Pontificia Universidad Javeriana, 2001. p. 29-31.
 - 9. NOGUERA, M; HENRIQUE, Z. Marketing de servicios, conceptos y estrategias. Colombia, McGraw Hill. 1991.

Desde la óptica de la servucción, la calidad global de un servicio se evalúa en tres dimensiones, estas son: el resultado, elementos de la servucción y el proceso de prestación. A continuación se observa cada una de ellas.

- › **Resultado:** Se mide la calidad del servicio en si mismo. Al ser la calidad un concepto relativo ligado al cliente, el patrón de medida lo forman sus necesidades y expectativas. El autor menciona dos clases de resultados que serían necesarios: evaluar el producto nominal y el producto real.
- › **Producto Nominal:** primera de las consecuencias del proceso, es el servicio prestado, el proceso clínico de diagnóstico y tratamiento, que puede ser de alta o de baja calidad y responde o no a las necesidades del cliente. En consecuencia directa de la calidad intrínseca de la coherencia de dos elementos de la servucción: el personal sanitario, la tecnología y ciencias médicas disponibles.
- › **Producto Real:** Es la resultante final del proceso, es el resultado del producto nominal, en él influye otro elemento de la servucción, el cliente, su estado físico y su grado de participación; el producto real es el efecto del producto nominal sobre el estado de salud.
- › El problema que se plantea, es que la prestación del servicio real todavía satisfaciendo las necesidades del cliente, no siempre va a responder a sus expectativas, motivo por el cual estas deben conocerse y modificarse previamente, si fuera necesario, con un proceso de información basado en los conocimientos y la experiencia de los médicos.
- › Las dos clases de resultados están relacionados entre sí. Cuando se realiza el proceso de diagnóstico, se produce el primer servicio nominal, la clasificación de la enfermedad, el cual puede ser exacto o erróneo. Se instaura el segundo servicio nominal, el tratamiento, que al igual que el anterior puede ser adecuado o no a las necesidades del cliente, este tratamiento produce un efecto; el resultado real que respondería o no a las necesidades y expectativas de la persona.

Tocamos entonces la segunda dimensión llamada elementos de la servucción los cuales se dividen en calidad intrínseca y calidad global; pasemos a analizar cada una de ellas:

- › **Calidad intrínseca:** los elementos (soporte físico, personal y clientes) tienen unas características de calidad específicas, en el soporte físico habrá que medir la modernidad, la limpieza, la complejidad, la disponibilidad y la facilidad de

mantenimiento y manejo. En el personal serán la eficacia, la cualificación, la apariencia y la disponibilidad; y en los clientes su similitud y la eficacia de su participación.

- › **Calidad global:** Se expresa fundamentalmente por el grado de coherencia entre ellos y el grado de adaptación al servicio buscado y, por tanto, a las expectativas del segmento del mercado receptor.

Pasemos ahora a la última dimensión de la servucción llamada el proceso de prestación, donde las reglas de funcionamiento de la servucción (conjunto de interacciones necesarias en la realización de un servicio) también forman parte de la calidad global del servicio, puesto que son igualmente experimentadas por el cliente. La calidad del proceso se expresa por la fluidez, la facilidad, la eficacia y la secuencia de las operaciones, así como el grado de adecuación a las necesidades del cliente y el servicio buscado. Este argumento pone de manifiesto que la calidad de la atención médica no es solo responsabilidad del personal asistencial.¹⁰

Modelo de Servucción: Este modelo consta de dos partes: la visible para el consumidor y la que no lo es.

La parte visible tiene tres secciones: el contexto inanimado, los prestadores del servicio, el personal de contacto y otros clientes.

- › El contexto inanimado está compuesto por todas las características inertes que están presentes durante el encuentro del servicio. Puesto que los servicios son intangibles, no podemos evaluarlos, objetivamente, como lo hacemos en el caso de los bienes.
- › Personal de contacto/prestadores del servicio: se refiere a los empleados que interactúan brevemente con el cliente y que no son los prestadores primarios del servicio, son los que brindan principalmente el servicio central, por ejemplo camilleros, médicos.
- › El consumo de servicios, a diferencia del consumo de bienes, muchas veces ocurre en el lugar donde se produce el servicio (p.ej., consultorio dental) o en el lugar donde se presta el servicio. Sin importar el sitio donde se presta el servicio, la interacción entre los consumidores y el personal de contacto o los proveedores de servicios es algo común y corriente. Por ello, el efecto que el personal de contacto y los prestadores de servicios tienen la experiencia del servicio puede ser muy profunda en ocasiones.

10. VARO, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, un modelo de gestión hospitalaria. Madrid, España. Ediciones Días de Santos. 2004.

- › -Otros clientes: el cliente A es el receptor del paquete de beneficios creado mediante la experiencia del servicio. Es decir el cliente A es la persona que casi todos consideramos el cliente que compra, de hecho, el servicio. Por su parte, el cliente B representa a todos los demás clientes que forman parte de la experiencia del cliente A.

El componente invisible está compuesto por la organización y los sistemas invisibles.¹¹ (Hoffman, 2002)

La organización y los sistemas visibles:

Reflejan las reglas, los reglamentos y los procesos que son la base de la organización. Por ello, cuando resultan invisibles para el cliente, tienen un efecto muy profundo en la experiencia del servicio del cliente. La organización y los sistemas invisibles determinan factores como la información, las formas que deben llenar los clientes, la cantidad de empleados que trabajan en la empresa en un momento dado y las políticas de la organización

La gestión en las instituciones de salud:

una institución de salud bajo el concepto de organización, es un conjunto de recursos de diversa índole, que unidos en procesos integrados, interrelacionados, especializados e interdependientes, permiten brindar servicios de salud a las personas que lo requieran. Si bien su ámbito general es la salud, su especificidad radica en la recuperación de ella, basada en la rehabilitación, educación del paciente y familiares, y promoción y prevención. De aquí parte que la gestión de organizaciones de salud hacen parte de un sistema al interior de un sistema social más amplio, en donde con frecuencia predominan la competencia sobre la cooperación, y en ocasiones ésta frente a la creatividad y la iniciativa individual.¹²

Es por esto que la organización de una institución de servicios, además de buscar el logro de los objetivos propuestos, debe satisfacer en buena medida las motivaciones de los funcionarios, empleados o trabajadores que laboren en ella. Esto quiere decir que las actividades que se ejecutan para el logro de los objetivos de la institución la realizan las personas movidas por incentivos.

Dirigir una institución es por tanto organizar, coordinar y dirigir grupos de personas de diverso origen, con distintos intereses para aglutinarlos en torno al cumplimiento de las metas y de los objetivos de la

organización, mediante el liderazgo moderno donde el directivo sea el adalid que no solo construye y mantiene una organización, sino que es un norte en la vida de los trabajadores mediante la motivación, expectativas y la satisfacción de sus necesidades.¹³

Dentro de las funciones que se deben llevar a cabo para realizar una buena gestión en organizaciones de salud, se establece que el gerente debe:

- › Promover la conciencia de control como parte del ambiente de trabajo.
- › Controlar metas, objetivos analizando las desviaciones de los resultados, establece correctivos y actualiza las metas por alcanzar.
- › Elaborar políticas, manuales y procedimientos escritos para los procedimientos significativos en cada dependencia y se asegura de que el personal pertinente los conoce.
- › Establecer con claridad los sistemas de comunicación para recibir información correcta, confiable y apropiada de acuerdo con la estratificación o jerarquías de la institución.
- › Con una actitud positiva debe desarrollar auditoria interna, independiente de los intereses personales y proactiva.¹⁴

En Colombia la gestión de organizaciones de salud se basa en la reforma en salud que se inició en los ochenta mediante la aprobación de una serie de leyes y de la preparación de una plataforma técnica para el cambio. En estas leyes, es posible identificar las siguientes metas que se proponen alcanzar con la reforma del sector salud colombiano:

- › Lograr la cobertura universal (acceso equitativo y para el total de la población a servicios de salud);
- › Aumentar la efectividad del uso de los recursos orientándolos hacia la atención preventiva y primaria, y focalizándolos en las áreas rurales y la población pobre; y garantizar servicios de calidad.¹⁵

Bajo estas premisas la reforma en salud en Colombia llega a tener como principales metas: incrementar la

13. MALAGON, G; MURCIA, R.G. Garantía de Calidad en salud. Bogotá. Editorial Médica Panamericana. 2006. p.434-435

14. MALAGON, G; MURCIA, R.G. Garantía de Calidad en salud. Bogotá. Editorial Médica Panamericana. 2006. p.434-435

15. SAENZ, L. Organización Panamericana de salud. 2001. Recuperado el 10 de Diciembre de 2011, de PAHO: Disponible en: http://new.paho.org/hq/dm/documents/2010/46Gestion_Hospitalaria_ColombianaLecc_Apre_Hospitales_Empresas_Soc_Edo.pdf

11. KOTLER, Philip. Fundamentos de Marketing. Pearson. 2002.

12. MAYA, B. Fundamentos en salud pública. Medellín, Colombia. Corporación para investigaciones biológicas. 2005. p.67-70.

productividad, la eficiencia, la calidad de atención, la cobertura y la equidad de los servicios hospitalarios.¹⁶

Es importante recalcar que una buena gestión de una organización está fundamentada por la planeación estratégica de cada empresa y esta nos permite identificar las fronteras y el futuro de la gestión, teniendo muy claro dentro de esta la estructura, el comportamiento y los procesos de la organización.

Cuando nos referimos a estructura organizacional, nos referimos a un conjunto de tareas en una organización y a unas características propias de la organización que sirven para controlar o distinguir sus partes.¹⁷ Esta estructura en cada una de las instituciones de salud es totalmente diferente y establece una serie de decisiones y acciones gerenciales que permitan el crecimiento de cada empresa y se enfoca en los siguientes parámetros:

- › Los gerentes deciden como dividir el conjunto de tareas en trabajos más pequeños. Los gerentes dividen las actividades totales de la tarea en conjuntos más pequeños de actividades relacionadas. El efecto de esta decisión es definir los trabajos en términos de responsabilidades y actividades especializadas.
- › Los gerentes deciden las bases por las cuales agrupar los trabajos individuales. Esta decisión es muy parecida a cualquier otra decisión de clasificación y puede resultar en grupos que contienen trabajos que son relativamente homogéneos o heterogéneos.
- › Los gerentes deciden el tamaño apropiado del grupo informado a cada superior, que permite identificar los patrones de control.
- › Los gerentes distribuyen la autoridad entre los trabajos. Todos los trabajos poseen algún grado de derecho para tomar decisiones dentro de los límites prescritos. Este último aspecto de autoridad distingue los trabajos gerenciales de los no gerenciales.¹⁸

Estos parámetros permiten dentro de una institución de salud, tener unas directrices que permitan desarrollar las diferentes tareas de una manera adecuada y que permitan generar un valor agregado dentro del servicio que estoy prestando, que en últimas va a

permitir generar estrategias de mercadeo de servicios en pro de la satisfacción del usuario.

Otro aspecto importante en la gestión de organizaciones es el comportamiento y los procesos que se lleven dentro de esta que permitan mejorar mis estrategias de mercadeo de servicios.

Toda organización que realiza sus actividades dentro del sector salud, requiere de herramientas gerenciales con las cuales debe buscar permanentemente la supervivencia, crecimientos y el desarrollo organizacional, es precisamente el mercadeo una ciencia integradora, dinámica y de alto valor agregado, con la cual se pretende que la entidad de salud o el profesional independiente se oriente siempre hacia el cliente (paciente), hacia el mercado (comunidad) y logre un excelente reconocimiento, basado en los beneficios de sus servicios con el eterno principio de la calidad del servicio.

En la actual globalización de las economías y con la estructuración de bloques de mercados, en casi todos los países, los diferentes sectores económicos han tenido que cambiar de una manera acelerada hacia esquemas mucho mas competitivos en los cuales se ha intensificado la competencia Estado- sector privado y sector privado entre si.

Ello ha traído como consecuencia la reforma a los sistemas de salud en muchos países de América Latina, basados en el principio de que la competencia presiona la mayor eficiencia y la búsqueda en la calidad de los servicios.

El mercadeo es el concepto gerencial que mayor orientación y ayuda puede brindar al profesional de la salud que ejerce su profesión liberalmente y a las personas que desempeñan roles gerenciales en cualquier entidad de salud.

Su desarrollo se basa en las 4 P's clásicas que deben manejarse con criterio gerencial:

- › Producto (servicios)
- › Precio (valor económico)
- › Plaza (ubicación)
- › Promoción (comunicación)

Los conceptos que ayudan a combinar las 4 P's son la segmentación de mercados y la planeación estratégica en mercadeo, y el proceso que alimenta de información al mercadeo, es la investigación de mercados.¹⁹

16. SAENZ. Op. Cit.

17. GIBSON J. IVANEVICH J. D. (2001). Las organizaciones, comportamientos, estructura y procesos. Santiago de Chile. Mc Graw Hill. 2001. p.367-368

18. GIBSON, J; IVANEVICH, J. D. Op. Cit. pp.367-368.

19. SALVADOR, D. O. La salud en la organización. Quito, Ecuador. Ediciones Abya-Yala. 2003. p.179-180.

La actualidad del mercadeo de servicios en salud

Ya previamente se revisaron algunos conceptos importantes del mercadeo de servicios. A continuación se describirá de forma muy general lo que algunas IPS del sector público presentan en su página web, estableciéndose que aquella información contrastada con la realidad resulta ser muy diferente.

Las IPS consultadas se mencionarán a continuación, numeradas del uno (01) al cuatro (04), donde comparativamente se hará el análisis que se obtuvo por medio de la observación.

Primera IPS evaluada en página web: en esta página se puede observar que hay varios vínculos que le permiten al usuario o a quien la consulta, tener la posibilidad de entrar a su plataforma estratégica, portafolio de servicios donde muestran de manera muy completa las especialidades y subespecialidades que se ofrecen, en el enlace de trámites se muestra de manera general los convenios que actualmente prestan y los requerimientos para gestión de cualquier servicio, existe un enlace especial para gestionar citas médicas no solo para este hospital sino que tiene hipervínculos donde mencionan varios hospitales de la red pública de Bogotá, los cuales no están activados, y un portal específico sobre quejas y reclamos de la red pública en salud.²⁰

Análisis de lo observado directamente en el hospital: al entrar a urgencias del HSB, notamos inmediatamente que el espacio es muy cerrado, congestionado, con pocas sillas para los pacientes, se encuentran mujeres con niños en brazos, personas adultas, adultos mayores y niños con su madre o padre. Muchos de los que están en esta sala tienen que permanecer de pie por la poca disposición de sillas, en la sala de espera del hospital hay dos celadores que vigilan las puertas de entrada del área interna del hospital, lugar donde son llamados los diferentes pacientes al Triage y otro que se encuentra custodiando la única entrada de urgencias.

Hace ya más de dos horas que hemos observado a una señora que entró al mismo tiempo con nosotros, pese a ello aún no la han atendido, y parece que están atendiendo a un paciente que presenta una complicación de salud mayor, la que entró aproximadamente hace unos 20 minutos, llegando en ambulancia.

Pasadas dos horas, siguen los mismos adultos mayores (ya algunos de ellos han conseguido sillas), los

mismos niños ya desesperados han empezado a llorar, el ambiente se torna aún mas tenso, cabe decir que el calor que se ha encerrado en esta pequeña sala es sofocante, no tiene ventilación y las pocas ventanas que se encuentran están con reja y selladas.

Transcurridas más de tres horas, no han atendido aún a la señora antes mencionada, la que se encuentra en el mismo lugar, para este momento ya hemos cruzado una que otra palabra con ella, quien nos manifiesta tener un fuerte dolor de estómago, igualmente que hace ya un día que lo tiene, pero el dolor ha sido tan fuerte que no pudo más y decidió recurrir a los servicios del hospital.

Segunda IPS evaluada en página web: en esta página se encuentran diferentes enlaces, en los cuales se puede consultar la plataforma estratégica del hospital, ubicación y horarios de atención, portafolio de servicios, forma de acceder a los servicios con una explicación muy entendible para el usuario, reseña institucional, muestran de manera general los participantes administrativos del hospital.²¹ (Hospital El Tunal, 2011)

Análisis de lo encontrado en dicho hospital: en la sala de urgencias, se observa hacinamiento de pacientes, hay camillas a lado y lado de los pasillos, siendo incómodo para pasar, en dicha sala hay varias habitaciones donde se encuentra el área de observación, el área de pediatría, otro salón muy pequeño donde hay cinco camillas, los pacientes allí no gozan de la privacidad que deberían tener (cortinas u otro medio físico que los separe de sus compañeros de cuarto) no hay la suficiente ventilación, el espacio está bastante saturado, hay poco personal de la salud a pesar que hay varios pacientes solicitando el servicio.

Tercera IPS evaluada en página web: en esta IPS, en su portal web, se puede evidenciar al momento de ingresar, un video, explicativo de lo que es la IPS, adicional se pueden observar diferentes links, donde se da claridad a la atención al usuario, portafolio de la entidad, sedes, servicios en línea y mapa del sitio; como se puede evidenciar es una página muy organizada.²² (Hospital La Victoria, 2012)

Análisis de lo encontrado en el hospital: al ingresar a sus instalaciones se pudo observar una fila de alrededor de unas sesenta personas, tratando de pedir una cita; el problema se observó, cuando preguntamos el tiempo que llevaban haciendo fila, el cual fue una sorpresa al mencionarnos que estaban desde las cinco

21. HOSPITAL EL TUNAL. (2011). Recuperado el 11 de Abril de 2012. Disponible en: <http://hospitaleltunal.gov.co/lportal/web/guest/como-acceder-a-nuestros-servicios>

22. HOSPITAL LA VICTORIA. (2012). Recuperado el 15 de Junio de 2012. Disponible en: <http://www.esevictoria.gov.co/>

20. HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E. (2010). Recuperado el 11 de Abril de 2012, de Hospital Simón Bolívar E.S.E.: Disponible en: <http://www.esesimonbolivar.gov.co/>

de la mañana y ya eran las 7:30 am y no los habían atendido. En otra parte del hospital, específicamente en la sala de consulta externa, se observó bastante aglomeración de personas, esperando por atención médica. También pudimos entrar a la sala de urgencias, donde se encontraron a varios pacientes ubicados en camillas, sobre los pasillos, por donde pasaban diferentes personas, entre personal médico y administrativo de la institución, lo que hace ver, que no existe una capacidad instalada adecuada, para atender a todas las personas que llegan, ya sea por urgencias o a solicitar una cita médica.

Cuarta IPS evaluada en página web: la página web de esta IPS no es tan clara, a la hora de buscar la información, ya que se encuentran muchos enlaces, los cuales no le dan la importancia, sobre cuál de todos debo consultar; aunque en el interior de la página se encuentra información sobre el Hospital, la atención al usuario, las diferentes especialidades con las que cuenta y las sedes donde se encuentra ubicada esta IPS y los convenios con otras instituciones.

Ánalisis de lo observado en la visita al Hospital: en esta IPS, al contrario de las otras, se observó, que presenta una área de espera muy grande, en donde se pueden agrupar muchas personas, y las cuales cuentan con un medio de entretenimiento para los usuarios, como lo es el televisor; en su atención no varía con respecto a los hospitales anteriores, ya que la espera en la atención de un paciente es alrededor de dos horas; adicional a esto se pudo evidenciar que un paciente, que ingresa por una urgencia, es inducido a trasladarse por todo el hospital, para realizarle sus respectivos chequeos y aplicación de medicamentos, sin una guía que lo oriente; lo que hace que el paciente pierda tiempo al encontrar los diferentes lugares del hospital.

En resumen, las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud analizadas, efectivamente tienen sus páginas web, las que en términos generales están bien diseñadas a nuestro juicio, presentan la información necesaria para el usuario, incluso ampliada con la red de instituciones públicas de Bogotá, inclusive tienen dentro de su contenido la plataforma estratégica, donde podemos encontrar la misión, la visión, las estrategias, los objetivos, las metas institucionales.

En términos generales podemos señalar que allí se contienen algunos elementos de mercadeo institucional, que podrían en determinados casos condicionar o direccional a los posibles usuarios y sus familiares; claro dejando a un lado que los mismos generalmente están ya previamente distribuidos y sectorizados.

Varios de los sitios web consultados, muestran el portafolio de servicios, en estos se plasman todos los

servicios de alta, mediana y baja complejidad con que cuentan las instituciones, además sí prestan servicios de apoyo como las terapias, laboratorio, servicio de radiología, imagenología, hematología, entre otras, que lo que hacen es ofrecer al usuario una información completa, de los servicios y en que instituciones pueden obtener esos servicios.

Igualmente cuentan con una amplia información sobre la declaración de los deberes y los derechos de los usuarios que se contemplan dentro de la normatividad de la resolución 1445 de 2006 (manuales de estándares del sistema único de acreditación)

En otras se encuentran las reglas para pertenecer a las asociaciones de los usuarios y quienes las conforman, que al igual que se explicó en el párrafo anterior implican estar dentro de unos estándares altos de calidad que emanan respeto a la satisfacción y a la participación no solo del usuario sino de todo su grupo familiar.

No obstante, cuando se hace la observación directa, encontramos que desafortunadamente las condiciones que se resaltan y promocionan desde estas páginas no son para nada parecidas a la experiencia que el usuario tiene cuando va a usar el servicio, con lo cual podemos también afirmar que el mercadeo *in situ* no se da, no se planifica, no se estructura y no se presta.

Cuando un paciente llega a recibir un servicio de salud, abriga varias esperanzas que determinan el concepto general que se va a llevar del sitio; si una persona va a un hospital, seguramente lo hace porque tiene una urgencia de atención que requiere su salud, no lo hace por gusto o placer, en consecuencia, lo primero que espera esa persona es un servicio pronto y oportuno; en segundo lugar, espera ver un sitio con el aseo suficiente que le dé la confianza necesaria para exponerse a tal medio; en tercer lugar, si bien no necesariamente deberán atenderlo de forma inmediata, al menos pudiendo esperar un tiempo razonablemente corto teniendo las sillas o camillas con la comodidad suficiente, y la cantidad necesaria para el flujo de usuarios.

Con esto es importante identificar que las instituciones de salud, no están realizando una adecuada gestión en mercadeo de servicios, de acuerdo con esto surgió la duda de ¿sobre quién cae la responsabilidad de mercadeo en estas instituciones?, es ahí donde podemos determinar que la responsabilidad no recae explícitamente sobre el departamento de mercadeo de cada empresa, sino de la correcta gestión que se debe llevar a cabo en estas instituciones para que se logre un adecuado manejo de la organización y del departamento de mercadeo de servicios en cada una de ellas.

Conclusiones

En la actualidad las organizaciones viven y sobreviven según su capacidad de orientar y definir sus propósitos y metas enfocadas en el cliente (direcciónamiento estratégico), el desarrollo de procesos de calidad, gerencia del día a día y la necesidad de contar con un talento humano comprometido con la calidad y con los valores del cliente (gestión del talento humano). La función del mercadeo va más allá del modelo tradicional de las 4P's que incluye el producto (servicios), la promoción (comunicación), el precio (valor económico) y la plaza (ubicación) y busca integrarse como una de las acciones más importantes y complementarias del pensamiento estratégico que actúa sinérgicamente con las demás áreas claves de gestión y que busca que los servicios que se ofrecen no solo satisfagan las expectativas de los clientes, sino que la organización sea capaz de generar valor, que su foco de negocio este bien definido y que logre a través de procesos de producción entregar un servicio o un producto que genere satisfacción en el que lo usa.

El mercadeo de servicios en el sector salud se ve determinado por estrategias políticas, más que por estrategias internas de cada organización, que genera poco crecimiento y cumplimiento de necesidades en los usuarios de estos servicios.

La servucción en una empresa de salud está influenciada por, la alta o baja calidad de sus productos y por los resultados que se logren en la atención en el usuario; siendo este un determinante para que se logre una atención con completa satisfacción del cliente. Lo que nos permite diferir que un buen modelo de servucción en empresas de salud esta visualizado en gran medida a como el paciente finalice su proceso de enfermedad; ya que si el paciente mejora, será un buen modelo de servucción; pero si el paciente empeora, este modelo no será el más adecuado.

Al igual que un producto, un servicio dentro de una organización de salud, debería mejorar con el pasar de los tiempos y no quedarse en la atención utilizada hace muchos años, permitiendo así que las empresas se actualicen tecnológicamente para el tratamiento de los pacientes.

Es importante recalcar que usted como empresa de salud deberá generar estrategias encaminadas a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, no solo en su empresa sino por fuera de ella, lo que permitirá que su negocio pueda o no satisfacer las necesidades de un usuario enfermo o a punto de fallecer.

La compra de servicios de salud es racional, es decir, está basada en necesidades urgentes o emergencias,

no hay mercadeo de servicios que valga cuando un paciente presenta una amenaza ante su vida, no importa si la IPS a la que acude está mejor posicionada o tienen la mejor segmentación en el mercado; aquí lo que verdaderamente importa, es que al acudir a una entidad de salud lo puedan atender de la manera más rápida, con los mejores profesionales y con una excelente atención; aquí tampoco podemos afirmar que efectivamente el marketing de servicios me va a orientar mi decisión, esto sirve para aquellas empresas complementarias donde ofrecen variedad de servicios para mejorar la parte física a los pacientes (clínicas de cirugía plástica) cuyos planes de beneficio no existe dentro del POS, entre muchas otras.

El consumidor es libre de escoger, pues aun cuando está dentro de determinado plan de salud privado o gubernamental, la lista de entidades o personas que presta dicho servicios a veces permite opciones-aunque restringidas-alternativas para consulta, laboratorios para exámenes y hospitales.

El comportamiento de un consumidor de salud es un proceder con mezcla de necesidades y posibilidades, es decir que los requerimientos de atención están circunscritos a las posibilidades ofrecidas por el mercado y el plan de salud existente.

El consumidor de servicio de salud puede estar influido por los amigos, los parientes que siempre sugieren el nombre de un profesional de salud, un hospital o un laboratorio; en consecuencia es importante contar con el trabajo de las personas formadoras de opinión, como son los líderes de la comunidad.(Cobra, 2000)

Se encontró que en ellas no se evidencia un mercadeo adecuado para los servicios que ofrecen, sino que el aumento de usuarios dentro de cada una, se genera por la obligación de la ley, mas no por una ventaja competitiva que ofrezca una institución sobre la otra.

Para ningún administrativo es ajeno el propósito de posicionarse en la mente de su cliente como la mejor opción, de allí que, estrategias y esfuerzos organizacionales, sean la preocupación permanente de los accionistas, los directivos y los líderes de la gerencia media, por lo cual las organizaciones en salud deben tener esto claro desde un principio para poder integrar no solo la parte organizacional sino también la parte de mercadeo de servicios para que finalmente se alineen y busquen una satisfacción del cliente.

Discusión

En la implementación del artículo, nos encontramos con muchas inquietudes, que nos hicieron ver que el mercadeo de servicios en las instituciones de salud no está totalmente implantado y eso puede ser, porque

organizacionalmente las instituciones no tiene unas directrices claras; determinadas por políticas que establece la Ley 100 de 1993, que desde su instauración, han permitido evaluar su efectividad y eficacia en los procesos organizacionales de las empresas de salud, y que a hoy, no han demostrado ser tan verazmente funcionales.

Por lo anterior nos encontramos con diversas estructuras organizacionales, (pese a que el modelo de salud propiciado por el Estado era solo uno); lo que permitió que el análisis de las diferentes instituciones, se viera ligada, al hecho de si eran del sector público, si eran del sector privado, si eran mixtas o en caso diferentes si eran IPS o EPS; esto genera que aunque todas están encaminadas en un marco ley por el estado, cada una funciona de acuerdo a sus conveniencias, permitiendo reflexionar sobre el quehacer de cada una, y llegando a la conclusión, de que cada una, se solventaba o trabajaba por una satisfacción monetaria, más que por una satisfacción del usuario.

Otra de las partes interesantes a la hora de investigar, es que hay muy poca información que nos revele, como es el mercadeo de servicios en cada una de las instituciones de salud; lo que se toma en muchos casos son bosquejos de cómo debería ser, mas no de cómo es en la realidad que se vive, esto determinado por innumerables demandas al régimen de salud.

Se pudo indagar con diferentes actores que se encuentran en el medio de la salud y muchos de ellos concluyen que no se involucran en ese campo, ya que es reservado para pocos, que buscan su satisfacción personal, más no la del pueblo. De acuerdo con esto, nos dimos cuenta, que la información que se maneja en mercadeo en instituciones de salud, es muy poca y que cada institución vela por sus intereses económicos, más que por el interés de permitir una buena salud en un usuario.

Bibliografía

HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR E.S.E. (2010). Recuperado el 11 de Abril de 2012, de Hospital Simón Bolívar E.S.E. Disponible en: <http://www.esesimonbolivar.gov.co/>

HOSPITAL EL TUNAL. (2011). Recuperado el 11 de Abril de 2012, de Hospital El Tunal: Disponible en: <http://hospitaleltunal.gov.co/lportal/web/guest/como-acceder-a-nuestros-servicios>

HOSPITAL LA VICTORIA. (2012). Recuperado el 15 de Junio de 2012, de Hospital La Victoria: Disponible en: <http://www.esevictoria.gov.co/>

BAQUERO, H. Mercadeo de servicios de salud: siete principios para acción. Bogotá. Centro de gestión hospitalaria. 2004

COBRA, M. Marketing de servicios. En M. Cobra, Marcos Cobra. Bogotá, Colombia: Mc Graw Hill. 2000. p.235

GIBSON J. IVANEVICH J. D. (2001). Las organizaciones, comportamientos, estructura y procesos. Santiago de Chile. Mc Graw Hill. 2001. p.367-368

HOFFMAN, K. D. Fundamentos de Marketing de servicios, conceptos, estrategias y casos. México: Thomson. 2002.

KOTLER, P. Fundamentos de Marketing. Pearson. 2002. p.178

MALAGÓN, G., & MURCIA, R. G. Garantía de Calidad en salud. Bogotá. Médica Panamericana. 2006. p.434-435

MAYA, B. Fundamentos de salud pública. Medellín-Colombia: Corporación para investigaciones biológicas. 2005. p.67-70

NOGUERA, M., & HENRIQUE, Z. Marketing de servicios, conceptos y estrategias. Colombia: McGraw Hill. 1991.

RESTREPO, A., & RUIZ, F. Estrategias de producción y mercadeo para los servicios de salud. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. 2001. p.29-31

RODRÍGUEZ, V. La Salud: "Un Derecho de exclusividad". Revista empresarial y laboral. 2012

SAENZ, L. Organización Panamericana de la salud. 2001. Recuperado el 10 de Diciembre de 2011, de PAHO. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dm/docume_nts/2010/46Gestion_Hospitalaria_ColombianaLecc_Apre_Hospitales_Empresas_Soc_Edo.pdf

SALVADOR, D. O. La salud en la organización. Quito- Ecuador. Ediciones Abya-Yala. 2003. p.179-180

VARO, J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios, un modelo de gestión hospitalaria. Madrid España. Ediciones Días de Santos. 2004