

FUNDACION UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD
SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, ADMINISTRATIVAS Y ECONOMICAS



Estado del arte sobre mercadeo en salud. Una aproximación desde el marketing para determinar la viabilidad de la creación de la unidad de negocio con enfoque en atención primaria Universitaria del Hospital de San José

INVESTIGADORA

Sandra Marcela Rodríguez G.

COINVESTIGADORAS

Gina Paola Herrera Carvajal

Katherine Pineda

ASESOR METODOLOGICO

Erika Buchelli

Bogotá, 8 de junio de 2013

Título: Estado del arte sobre mercadeo en salud. Una aproximación desde el marketing para determinar la viabilidad de la creación de la unidad de negocio con enfoque en atención primaria Universitaria del Hospital de San José	
Investigador Principal: Sandra Marcela Rodríguez G.	Filiación Institucional: Docente Facultad Ciencias Sociales, Administrativas y Económicas
Correo electrónico: smrodriguez1@fucsalud.edu.co	Teléfono Celular : 3158860807
Dirección de correspondencia:	
Coinvestigador (nombre, Celular y correo electrónico) Katherine Pineda Gina Paola Herrera Carvajal Filiación Institucional: estudiantes III semestre especialización Gerencia de la Salud	
Dirección de correspondencia (Investigador Principal):	
* Nombre del Grupo de Investigación GAERSA (Gestión, Administración, Emprendimiento Y Responsabilidad Social Empresarial)	Total de Investigadores (3)
*Línea de Investigación: Gestión, emprendimiento y Responsabilidad social empresarial.	
Facultad: Ciencias Sociales, administrativas y económicas	
Asesor Metodológico:	

Erika Buchelli	
Área o Servicio: No aplica	
¹Duración (en meses): 4 meses	
Costo Total:	
Desembolsable : \$	No desembolsable \$
El proyecto será presentado a convocatoria interna: Si___ No ___	
Descriptores / Palabras claves: Marketing, Mercadeo en salud, Cliente -Usuario, Paciente, Fidelización, 4 Ps del mercadeo, Plan de mercadeo	
Fecha de radicación:	

*** Grupos y Líneas, de acuerdo con la tabla de grupos vigente. Verificar información en la División de Investigaciones. ¹ De obligatorio diligenciamiento**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. RESUMEN PROYECTO	4
2. DESCRIPCION DEL PROYECTO	4
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	12
3. OBJETIVOS	
3.1 OBJETIVO GENERAL	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
4. METODOLOGÍA	12
5. MARCO DE REFERENCIA TEORICO – ESTADO DEL ARTE	
5.1 QUÉ ES MARKETING	13
5.2 ESTUDIOS DE MERCADEO EN SALUD	
5.2.1 ESTUDIOS DE MERCADEO NACIONALES	16
5.2.2 ESTUDIOS DE MERCADEO INTERNACIONALES	19
5.3 MERCADEO EN SALUD	21
5.4 SITUACION ACTUAL	23
5.6 COMPETENCIA ENTRE LOS PRESTADORES	26
5.7 CLIENTES	27
5.8 FIDELIZACIÓN	29
6. CRONOGRAMA	31
7. PRESUPUESTO	32
8. CONCLUSIONES	36
9. BIBLIOLOGRAFIA	39

1. RESUMEN DEL PROYECTO

Estado del arte sobre mercadeo en salud. Una aproximación desde el marketing para determinar la viabilidad de la creación de la unidad de negocio con enfoque en atención primaria Universitaria del Hospital de San José, tiene como intención, realizar una aproximación desde el punto de vista del mercadeo, para determinar la viabilidad del centro integral de salud universitario.

Se realizó una revisión una revisión documental para construir un estado del arte sobre mercadeo del sector salud; se planteó su Objetivo general: construir un estado del arte sobre el mercadeo en salud a partir de la revisión bibliográfica y documental con el propósito de establecer los elementos a nivel de marketing que se deben tener en cuenta para la construcción de la unidad de negocio con enfoque en atención primaria Universitaria del Hospital de San José. Se definieron como objetivos específicos: Realizar una revisión bibliográfica de los conceptos y elementos más importantes del marketing en salud. Y conocer los elementos que deben estar presentes para realizar un plan de mercadeo que permita esclarecer la viabilidad de la construcción de una unidad de negocio con enfoque en atención primaria Universitaria del Hospital de San José; permitiendo tener un marco de referencia acerca de los requisitos en cuanto a mercadeo para la construcción de una unidad de negocio.

De acuerdo al análisis de la información documental, es evidente lo imperioso de realizar un **Estudio de Mercadeo**, que daría la suficiente y necesaria información para la creación de la IPS Universitaria, dando respuesta lo que demandan los posibles clientes y asegurando la sostenibilidad de la misma.

2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO:

Este proyecto da respuesta al mega proyecto de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud – FUCS: “Diseño y planeación de una unidad de negocio con enfoque en atención primaria universitaria del Hospital San José”; correspondiendo al estado del arte sobre el mercadeo en salud,

realizando una aproximación para determinar la viabilidad del centro integral de salud universitario”; como resultado del proyecto de Universidad Saludable liderado por el servicio de Medicina Familiar de la FUCS, y como planeación de una unidad estratégica de negocio de servicios de salud universitarios que haga parte del Hospital de San José, que preste sus servicios a la comunidad académica y administrativa del Hospital de San José, Hospital Infantil de San José y de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Se realiza una revisión del estado del arte de los aspectos más importantes en el marketing el cual nos va a permitir el diseño planeación e implementación de la IPS universitaria del hospital infantil y del hospital san José.

En el marketing lo más importante es conocer al cliente, ser competitivo con los productos, realizar una promoción y distribución de la información y lo más importante de realizar estas actividades es que van a permitir reducir el riesgo de pérdida económica.

Pérez LA. (2004) Dice que *“El marketing se considera como el conjunto de actividades destinadas a satisfacer necesidades y deseos de los mercados objetivos a cambio de una utilidad o beneficio para las instituciones que lo ejercitan”, (pp. 390-393).*

Kotler P, (2007) dice que *“El marketing surge en los primeros años del siglo XX y es relativamente reciente que McCarthy propone que está conformado por cuatro áreas: Precio, Producto, Plaza y Promoción, siendo estos los primeros elementos que se establecieron con individualidad para crear ofertas de valor para los clientes que demandan productos y/o servicios Kotler, anexó tres elementos que adicionó al esquema de McCarthy de las conocidas 4 Ps del marketing (producto, precio, plaza y promoción), como son proceso, personal y presentación, conocidas como las 7 Ps del marketing en instituciones de servicios, entre ellas las de salud.” (pp.390)*

De la Fuente, J (2002) *“Sepúlveda A., nos comparte que los sistemas de información geográficos (SIG) se están utilizando en el sector salud mexicano, para ubicar, analizar y presentar información sobre los problemas de salud en una región, brindando nuevas formas para responder de manera oportuna y directa a las necesidades de atención de la población. El geomarketing, o combinación de los conocimientos del marketing y de los SIG, tienen un gran potencial de uso en la práctica epidemiológica, de allí la geo-epidemiología, en la planeación, evaluación de los sistemas de salud y generación de políticas de salud”. (pp 316)*

García, I (1997) dice que “La Carta de Ottawa” en 1986, promulgó que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario”, por lo tanto es un conjunto de procesos de mediación entre las personas y su entorno, sintetizando la elección personal y la responsabilidad social en salud para crear un futuro más saludable. Sus cinco estrategias de trabajo son: entornos saludables, políticas saludables, empoderamiento comunitario, estilos de vida saludables y re-orientación de los servicios de salud, (pp. (317).

Según Concepción Corera, adjunta al rector para relaciones sociales y de la comunidad de salud de la Universidad de Navarra: (2002)

“una Universidad Promotora de la Salud deberá:

- Facilitar un ambiente psicosocial armónico y estimulante, sin agresiones ni violencia, que favorezca la convivencia pacífica entre personas y grupos que configuran la comunidad universitaria.*
- Reforzar los espacios y oportunidades para el diálogo, toma de decisiones y establecimiento de acuerdos entre los diversos agentes que lo integran.*
- Ayudar a estudiantes, profesores y personal de administración y servicios a materializar su potencial físico, psicológico y social. Para ello, promoverá la autoestima y la autorrealización personal, así como el desarrollo de habilidades personales y sociales para la vida.*
- Implementar diseños curriculares sobre salud pública, promoción de salud, entornos saludables. En este aspecto, no importa la carrera de que se trate y abarcarán perspectivas bio-psico-sociales.*
- Animar y generar estructuras para diversas y múltiples formas de participación e implicación de todos los miembros de la comunidad universitaria. Los jóvenes participan en forma activa como socios junto a las personas adultas en el desarrollo de su propia salud y en la búsqueda de mejores condiciones de vida. Fortalece la participación comunitaria y se posibilita la creación de redes*

sociales de apoyo porque en el desarrollo de ella participan la familia, las instituciones externas y los grupos sociales organizados.

- Propiciar el desarrollo humano sostenible de los jóvenes; propicia una gestión ambiental mediante mecanismos de desarrollo limpio: manejo de residuos". (PP. 317)

Según Corela J (1998), en 1978, en la conferencia de Alma-Ata se concedió especial importancia a la educación sanitaria llevada a cabo por medio de técnicas de marketing, para prevenir y controlar los problemas de salud (sobre todo por lo que atañe a las actividades en Atención Primaria). No cabe duda de que, ante las experiencias preconizadas por Wiebe, indicando que se podía lograr mayor eficacia si las campañas se llevaban a cabo utilizando los mismos esquemas y técnicas que los usados en el “marketing comercial”, en esa conferencia pesó con fuerza la necesidad de acometer un estudio y replanteamiento del entonces llamado “marketing social”, (pp. 215).

Dice Lemos, G (1993), como se revisó en cuanto a las redes de apoyo, varios autores atribuyen estos factores de riesgo y estilos de vida poco saludables, en adolescentes y adultos jóvenes, a las débiles conexiones entre esta población con las redes de apoyo, como sería la familia y los centros, (pp.337-350).

En línea con lo planteado por Day C, (2007), una oportunidad para intervenir, es el hecho de los jóvenes son diferentes a los adultos; aún no han establecido patrones de comportamiento, (pp. 15-22).

Bronfenbrenner U (1979), “El abuso del alcohol, drogas y tabaquismo es sintomático de otras problemáticas, para las cuales las instituciones educativas, en su misión formativa integral, deben ofrecerles soporte y aunar esfuerzos para potenciar los centros educativos como escenarios y contextos saludables, en un meso sistema vinculante con las demás redes de apoyo, como sería la familia, y el grupo de pares y amigos”, (pp. 45)

Según Posada M (2006), el ingreso al ambiente universitario cambia actitudes y rutinas, se modifican hábitos y estilos de vida, existe una mayor libertad y un menor grado de control que lleva a los estudiantes a responsabilizarse de sus acciones, decisiones y proyecto de vida.

Igualmente surgen actividades y hábitos que pueden afectar su estilo y calidad de vida, como el consumo de tabaco, alcohol; se apropian de nuevas formas de vestir, interactuar, de movilizarse y administrar su tiempo, dinero y su alimentación.

Se esperaría que esto impactara mayormente a los estudiantes foráneos, cuyo cambio de redes de apoyo y estilo de vida es aún mayor. Es importante fomentar el deporte como estrategia de empleo del tiempo libre, la conciencia ecológica y el cuidado del medio ambiente, fortalecer los grupos juveniles y su participación activa en la comunidad, hábitos culturales y deportivos como empleo adecuado del tiempo libre, potenciar las conductas positivas y las redes de apoyo social.

De acuerdo a lo anterior es importante como personal de la salud no solo divulgar la salud sino vivirla y que mejor manera que acudiendo a la salud y las necesidades de los estudiantes del hospital san José y hospital infantil, (pp. 6-8).

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Para determinar la viabilidad del Centro integral de servicios de salud universitarios de la Fundación Universitaria Ciencias de la salud y el Hospital de San José es necesario establecer cuantitativamente la existencia de una demanda de servicios de salud por parte de la comunidad universitaria y hospitalaria, demanda interesada en tomar los servicios de salud ofertados, de acuerdo a sus requerimientos y que esté en capacidad de pago por ellos.

Disponer de una IPS de Salud dentro de la universidad, liderando programas de promoción y prevención en salud al interior de la comunidad universitaria, respondería a la demanda de servicios de salud que por dificultades para organizar el tiempo bien sea por múltiples actividades, carga académica, complicación para pedir permiso, etc., no pueden satisfacer de manera completa con sus Empresas Promotoras de Salud (EPS), ocasionando asistencia irregular y /o tratamiento incompletos con sus servicios de salud; agregado que ante una urgencia Triage 3 o 4, no puede ser atendida por el Hospital de San José o por el Hospital Infantil de San José, porque la autorización con la EPS para

este tipo de urgencia no está contemplada.

Menciona Villegas, Fabio (2011), el mercadeo es la ejecución de actividades de negocios que se originan en la investigación de las necesidades y deseos del cliente seleccionando la planeación y la organización de la compañía que permita satisfacerlos hasta lograr las utilidades necesarias para su desarrollo, pp (32)

Un sistema de mercadeo busca la satisfacción de un consumidor y mejorar los estándares de vida. En el ámbito de la salud disponer de una IPS de la Salud dentro de la universidad que lidere programas de promoción y prevención en salud al interior de la comunidad universitaria, respondería a la demanda de servicios de salud que por dificultades para organizar el tiempo bien sea por múltiples actividades, carga académica, complicación para pedir permiso, etc., no pueden satisfacer de manera completa con sus Empresas Promotoras de Salud (EPS), ocasionando asistencia irregular y/o tratamiento incompletos con sus servicios de salud; adicional a esto, ante una urgencia Triage 3 o 4, no puede ser atendida por el Hospital de San José o por el Hospital Infantil de San José, porque la autorización con la EPS para este tipo de urgencia no está contemplada, teniendo en cuenta lo anterior hay una necesidad en salud que por el día a día no se ha logrado satisfacer, con el conocimiento de la demanda cuantificada interesada y con capacidad de pago por los servicios de salud ofertados por el Centro integral de servicios de salud universitarios de la Fundación Universitaria Ciencias de la salud y el Hospital de San José, es posible calcular el mínimo de ventas que hagan posible la existencia de la oferta de servicio, un negocio viable y rentable, apoyados en una filosofía de una cultura de vida saludable, apoyando en la generación de programas de promoción y prevención.

Según Machado, Alba Jorge Enrique (2001) la implementación de una universidad saludable: Representa una oportunidad para aumentar la capacidad de preservar y promocionar estilos de vida saludables y de este modo forjar un prestigio universitario a nivel nacional e internacional a través del desarrollo integral de individuos y de una sociedad saludable al consolidar redes de apoyo que sumen esfuerzos para fortalecer los determinantes positivos y limitar los determinantes negativos de la salud y el permitir nuevas opciones de servicios en una institución de tercer nivel que cuenta con prestigio y tecnología le permite fácilmente crecer, artículo de revista universidad saludable, (pp.20-

22).

Según Lange Ilta (2006), algunos han comenzado con iniciativas para promover salud y bienestar en el lugar de trabajo, que luego se ha ampliado a la comunidad estudiantil, como en la Universidad de Bielefeld, Alemania. Otros se han concentrado en una facultad del área de salud, cómo Escuela de Medicina Saludable (pp. 11-12)

Según Lange Ilta (2006), en la University of Central Lancashire en el Reino Unido, ha desarrollado durante 8 años una iniciativa llamada: “La Universidad como un escenario para una salud sustentable”, enfatizando Promoción de salud efectiva integrando dentro de sus estructuras, procesos y cultura, un compromiso con la salud; contrató expertos en Promoción de la Salud para coordinar e impulsar iniciativas de vida saludables dentro de Universidad, incluyo actividades “visibles” y reconocidas promotoras de una vida sana, como ferias, charlas, celebraciones, menús saludables, promoción de la actividad física, espacios limitados y regulados para fumadores. Y actividades “invisibles”, como cambios de políticas, estructuras y procesos que favorecen la Promoción de la Salud, (pp. 11-12)

Dice Lange Ilta, (2006), en Chile se han desarrollado diversas experiencias dirigidas a incorporar el concepto Promoción de la Salud en la Universidad; los primeros acercamientos al tema datan de 1999, cuando el Ministerio de Salud, firmó un convenio de colaboración para transferencia tecnológica en promoción con el Centro de Promoción de Salud de la Universidad de Toronto, Canadá; permitiendo crear cuatro centros académicos regionales y un centro nacional en la Región Metropolitana. Para destacar como los centros más activos: Universidad de Concepción, Universidad Austral, INTA de la Universidad de Chile. (pp. 11-12).

En Colombia la política de “Universidad de Antioquia, Universidad Saludable” fue promulgada en el año 2005 mediante la Resolución Rectoral 20535, que parte de que la salud de las personas no depende sólo del acceso o no a los servicios de salud, sino también de las acciones individuales y colectivas que se realizan para conservarla y mejorarla. Dice Machado (2001) “La Universidad no debe conformarse con el hecho de ser forjadora de los individuos y del desarrollo social, debe involucrar en su accionar la promoción de entornos saludables a través del desarrollo de

políticas públicas saludables; debe fomentar el cuidado de la salud entre todos sus miembros y debe ser un polo de desarrollo de lineamientos que promuevan hábitos de vida saludables, prevengan la aparición de enfermedad y se generen cambios en la actitud de las personas hacia el ambiente, pp(22).

Según Lange Ilta, (2006), la Universidad de Newcastle, Inglaterra desarrolló una iniciativa limitada a la Facultad de Medicina y específicamente se propuso la construcción de una “Escuela de Medicina Saludable” (modelo que también han utilizado otras Universidades inglesas). Una de las dificultades que se enfrentó en esa escuela, tiene que ver con una tensión entre dos paradigmas de Promoción de la Salud. Para algunos directivos este concepto tenía una connotación positiva y socio ecológica y otros le asignaban un carácter más biomédico, orientado a prevenir enfermedades a través del cambio de conductas y estilos de vida individual. Para subsanar estas diferencias buscaron caminos de complementación. Citan como ejemplo de esto, el desarrollo de estrategias para reducir el estrés, que había sido identificado como la prioridad más importante por los diversos estamentos. Se implementaron actividades recreacionales como la actividad física y otras propuestas por la Facultad de Artes y Letras, como camino apropiado para encarar el problema. (pp. 11-12).

Dice Lange Ilta, (2006), un modelo de iniciativa más integral lo constituye la Pontificia Universidad Católica de Chile (UC), desde el año 2000 ha estado desarrollando el proyecto UC Saludable, liderado por la Escuela de Enfermería. Esta iniciativa partió, por solicitud del Rector, centrándose en el desarrollo de estrategias para fomentar la actividad física en estudiantes, académicos y administrativos; mejorar la oferta de alimentos saludables en los casinos de la universidad; e iniciar una campaña de ambiente libre de humo de tabaco. Después de realizar una encuesta de estilos de vida en los universitarios, se preparó un plan estratégico para el quinquenio. (pp. 11-12).

Dice Lange Ilta, (2006), un hito importante fue el Congreso “Construyendo Universidades Saludables”, organizado en el 2003 por la UC y la Universidad de Alberta, Canadá. Participaron 29 universidades nacionales lo que demuestra el compromiso de las universidades chilenas con la Promoción de Salud, y donde se manifestó el interés de profundizar lo logrado hasta el momento, y de avanzar hacia la constitución de una red de Universidades Saludables (pp. 11-12)

Determinar la viabilidad del Centro integral de servicios de salud universitarios de la Fundación Universitaria Ciencias de la salud y el Hospital de San José, hace necesaria la determinación cuantitativa de la existencia de una demanda de servicios de salud por parte de la comunidad universitaria y hospitalaria, demanda interesada en tomar los servicios de salud ofertados, de acuerdo a sus requerimientos y que esté en capacidad de pago por los servicios de salud.

2.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los antecedentes teóricos del mercadeo en salud, que permitirían tener un marco de referencia acerca de los elementos a nivel de marketing para la construcción de una unidad de negocio con enfoque en atención primaria Universitaria del Hospital de San José?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Construir un estado del arte sobre el mercadeo en salud a partir de la revisión bibliográfica y documental con el propósito de establecer los elementos a nivel de marketing que se deben tener en cuenta para la construcción de la unidad de negocio con enfoque en atención primaria Universitaria del Hospital de San José

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar una revisión bibliográfica de los conceptos y elementos más importantes del marketing en salud.
- ✓ Conocer los elementos que deben estar presentes para realizar un plan de mercadeo que permita esclarecer la viabilidad de la construcción de una unidad de negocio con enfoque en atención primaria Universitaria del Hospital de San José.

4. METODOLOGÍA

Este proyecto se enmarca dentro de la metodología cualitativa, corresponde a un estudio documental, llevándose a cabo una revisión bibliográfica y documental, respecto del mercadeo en salud.

5. MARCO DE REFERENCIA TEORICO O ESTADO DEL ARTE

5.1 QUÉ ES MARKETING

Corella, J (1998) dice) que durante los años de la primera revolución industrial el objetivo fundamental de la empresa fue maximizar el beneficio económico porque, en aquellos momentos, resultaba necesario conseguir con los recursos que se tuvieran disponibles la máxima rentabilidad económica para el capital invertido, pp (23-24).

Era la contribución perseguida y en ella radicaba la única medida del éxito, porque la empresa aún no había tomado el rumbo de las hipótesis de mercado ni se había introducido la incertidumbre en la toma de decisiones.

Philip Kotler , con el intercambio comercial y el conocimiento de la estructura de la demanda frente a precios productos promociones, pionero y líder del marketing economista y matemático quien da a inicios en el mercadeo desde 1899, Lambin Jackes Jean quien aporó al mercadeo cuando hablo de los sentimiento y emociones que se involucran para adquirir un producto o un servicio, Adam Smith, quien por su parte habla de la soberanía del consumidor de la división de trabajo como fuente de productividad y el papel en el mercadeo, complementación de estos autores esta Levitt Theodore quien a pesar de la época aún vigente con su teoría de crear y mantener el cliente.

En líneas generales, el patrón por el que se vinieron rigiendo las empresas hasta los principios del siglo XX respondió a una afanosa orientación hacia las técnicas y procesos de producción.

Esta situación comenzó a modificarse tras la Primera Guerra Mundial. El vasto incremento que una vez superada la contienda se alcanzó en el poder productivo de la industria vino a

combinarse con un no menos amplio espectro de necesidades y eso trajo consigo que, a la par que se daban notables avances en las técnicas de gestión, fuera tomándose en consideración lo que en realidad deseaban los clientes.

Paralelamente a ello, por aquél tiempo se produjeron unas excelentes cosechas en Estados Unidos y a los agricultores americanos se les presentó un grave problema de excedentes. Esto hizo que recurrieran a expertos de los “Land Grant Colleges of Agriculture” (una especie de Facultades universitarias de Agronomía) pidiendo consejo sobre qué hacer para aliviar la situación. Las medidas que les propusieron estaban inspiradas en unas balbucientes técnicas de comercialización que, guiadas por especialistas en la materia (como Kreusi y Weld, quienes por los años 1900 y 1913 habían desarrollado en la Universidad de Wisconsin un curso de “Marketing de productos” y otro de “Marketing de productos agrícolas” respectivamente), se llevaban a cabo en algunas industrias con cierta fortuna y buenos resultados. Asimismo, debido al eco de esos logros otras universidades (como la de Berkeley en California, o la de Cornell en el Estado de Nueva York) habían resuelto también por esa época incluir entre su cuerpo de docentes unos llamados “profesores de marketing” para enseñar a los alumnos cómo desenvolverse mejor en el mercado.

Los estudios e investigaciones que unos y otros iban llevando a cabo terminaron por impulsar en 1927 la fundación de un “Market Research Council”, cuyo objetivo era “estimular los estudios científicos e impulsar la investigación teórica y la aplicación práctica del marketing”.

La experiencia dicta que no es fácil conceptuar el marketing y como primera medida para facilitar su comprensión se ha intentado repetidas veces traducir esta palabra, apuntándose voces tales como “mercadotecnia”, “mercadeo”, “mercadización”, “mercadología”... Pese a los esfuerzos realizados, ninguna de ellas ha hecho fortuna porque, entre otras cosas, no responden convenientemente a la verdadera esencia del concepto. Todas las tentativas han sido muy estimables, pero el verdadero “*quid*” de la cuestión radica en que la palabra “marketing” resulta intraducible al idioma español y eso, desgraciadamente, comporta en más de una ocasión una dificultad añadida a su mejor entendimiento.

Pérez R, L.A (2008) menciona acerca del Geomarketing en salud, la importancia de estos modelos, indicando los valores agregados que se producen en la eficacia y eficiencia, al momento de implementar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Destaca el autor ejemplos de su utilización en la ciudad de México, con la ubicación precisa de los pacientes y sus respectivas patologías. Anota: “La adopción social dependerá de diferentes factores entre los que se encuentran: sensibilidad del grupo, necesidades y expectativas de los segmentos involucrados, consideración de la curva de adopción de los programas sociales, ajuste del producto social y del mercado en función de la cultura, fomento de las ideas, creencias, comportamientos, refuerzo de valores para su aceptación, confiabilidad, comunicabilidad, compatibilidad, simplicidad, accesibilidad, interacción, exposición a los medios de comunicación e implicación de los líderes de la comunidad” (pp. 390-393).

Kotler P, (2007) dice que “El marketing surge en los primeros años del siglo XX y es relativamente reciente que McCarthy propone que está conformado por cuatro áreas: Precio, Producto, Plaza y Promoción, siendo estos los primeros elementos que se establecieron con individualidad para crear ofertas de valor para los clientes que demandan productos y/o servicios. Kotler, anexó tres elementos que adicionó al esquema de McCarthy de las conocidas 4 Ps del marketing (producto, precio, plaza y promoción), como son proceso, personal y presentación, conocidas como las 7 Ps del marketing en instituciones de servicios, entre ellas las de salud. Marketing. España: Editorial Pearson, Prentice Hall. (pp.394).

Perez L. 2008 (pp. 312-335) dice:

“El geomarketing es una de las herramientas que se están implementando desde hace más de 10 años en varios sistemas de salud del mundo, como en Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Francia y México, entre otros. En México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, del Estado de Nuevo León, ya ha implementado el GIS (Sistema de Información de Georreferenciación) para ubicar en mapas la gran mayoría de los pacientes que demandan servicios de salud, y de esta manera obtienen una radiografía o mapa geoepidemiológico de los derechohabientes del instituto en mención”.

Corella, J a propósito de marketing en salud, retomando lo expuesto por Lambin y Pérez (1998) mencionan las cuatro fases o etapas en la evolución experimentada por el sistema económico

en occidente, traduciéndolas a las funciones y responsabilidades que se han adjudicado al marketing. Dichas fases, funciones y responsabilidades, son:

Fase I: *Revolución industrial* (con escasez de medios de producción). El marketing juega un papel pasivo, limitándose a dar salida a los productos de una empresa que en realidad está orientada hacia la producción.

Fase II: *Crecimiento económico* (con escasez de canales de distribución). El marketing comienza a cobrar actividad, pues el objetivo prioritario de las empresas consiste ahora en dar salida a una producción masiva de bienes con eficacia y eficiencia.

Fase III: *Economía de la abundancia* (con escasez de demanda). El marketing se torna esencialmente activo y dinámico, dirigiéndose a orientar la actividad empresarial hacia las ventas.

Fase IV: *Sociedad postindustrial* (con escasez de recursos). El marketing adquiere una nueva dimensión –la dimensión social– y se preocupa de buscar un punto de equilibrio entre los objetivos empresariales y los de la sociedad. Ya no se trata tan sólo de producir lo que se puede vender, sino de producir lo que es “socialmente deseable” vender.

En resumidas cuentas, tras una etapa inicial (Fase I) en la que la función de marketing consistió en crear interés por la organización y sus servicios, se pasó a otra (Fases II y III) de impulso del proceso de compra en la que la función de marketing consiste en transformar el interés general en ventas (hacer promesas), para abocar finalmente a una etapa de proceso de consumo con escasez de recursos (Fase IV) en la que se requiere crear “nuevas ventas”, acometer ventas cruzadas y sellar relaciones duraderas con el cliente (cumplir las promesas).

5.2 ESTUDIOS DE MERCADEO EN SALUD

5.2.1 ESTUDIOS DE MERCADEO NACIONALES

Von Stackelberg. (1954), dice: “Hoy, en el ámbito de la Teoría Económica, se dice que mercado es “el conjunto ideal de actos de compra y venta de unos bienes determinados en tiempo y espacio determinado”, concepción esta que ha servido de base para la formulación de varias definiciones por parte de diferentes autores, (pp.19).

Realmente, la concepción de mercado que impera en el sistema de la llamada “economía de mercado” (opuesto al sistema de la “economía dirección central”) descansa en el desarrollo libre, e independiente del Estado, de las fuerzas de la oferta y la demanda (herramientas básicas del análisis microeconómico para estudiar el funcionamiento de los mercados, sobre todo si funcionan bajo el principio de la competencia perfecta), pero es una concepción que, por insuficiente y reducida, no resulta cabalmente adecuada para el mundo de la empresa, (pp.19)

En efecto, si de acuerdo con la Teoría Económica aceptáramos que mercado es la totalidad de oferta y demanda de un determinado bien, estaríamos ignorando dos cosas fundamentales: que existen productos y servicios sustituibles, y que por parte de los compradores hay *preferencias* (lo que conduce a que productos y servicios objetivamente idénticos sean considerados distintos por aquellos).

Por eso señaló Veciana que, “en la mayoría de los casos, esto supone la existencia de «mercados propios de cada empresa» (lo que en inglés se llama “*markets of individual firms*”) y de ahí que se hable del «mercado de la empresa»”, advirtiendo que con ello y, “desde el punto de vista de las Ciencias Empresariales, el mercado cobra un matiz subjetivo y propio de la empresa involucrada en el mismo”.

Schäfer abundó en esto, indicando que ese matiz se corresponde al conjunto de datos externos que son relevantes para la empresa y que principalmente responden al hecho de que en el mercado de la empresa no sólo existen oferentes y demandantes, sino también competidores. Se comprende así que las empresas dirijan sus esfuerzos a crear “su propio mercado” y, desde el punto de vista del marketing, que orienten todas sus acciones hacia ese mercado.

Ciertamente, la estructura del mercado primitivo se ha modificado completamente a través de perfeccionamientos sucesivos y entre las mejoras habidas la más importante en los tiempos

modernos ha sido la posibilidad de transmisión rápida, prácticamente instantánea, de las informaciones y de los precios. Con ello, según la acertada expresión de Werner-Sombart, el mercado se ha “aclarado” y, en este sentido, puede definirse como “la centralización, tanto material como inmaterial, de las ofertas y demandas de un bien dado en un determinado momento”.

El mercado, pues, tal como hoy se concibe, nada tiene que ver con aquel sitio limitado donde se efectuaban compras y ventas, y donde los vendedores ofrecían sus mercancías a los compradores presentes. Hoy se ha convertido en una noción abstracta, inmaterial, en la que por haber desaparecido el factor lugar se concreta como “un conjunto de ofertas y demandas relativas a un bien o servicio determinado”. Esta definición permite que pueda vislumbrarse más aceptablemente cuál es el mercado al que hacemos referencia y en el que se desenvuelve el servicio sanitario, puesto que:

- engloba todas las transacciones relativas a la actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible que se proporcionan como soluciones a los problemas del individuo para la satisfacción de sus necesidades de salud, cualquiera que sea la extensión, el lugar, la calidad de los que intervienen en las transacciones y la duración de las mismas.
- perfila nítidamente el encuentro de centros de intereses distintos puestos en comunicación por intercambios, económicos o no, efectuados con un mínimo de libertad.
- se atiene tanto al servicio específico que el hombre puede disponer libremente para solucionar sus problemas de salud como al conjunto de los que para el mismo fin pone a su disposición el sistema sanitario en su conjunto.

Existen dos corrientes teóricas en cuanto a la medición del poder de mercado. Lerner propuso” medir el poder de mercado directamente, sin acudir al concepto de la concentración”. Según este autor, la diferencia entre el precio y el costo marginal dividida sobre el precio, puede servir como una medida directa del distanciamiento de cierta empresa del ideal competitivo. A pesar del atractivo intuitivo de la idea, el índice de Lerner presenta un problema porque mide la eficiencia del mercado ex post. Quiere decir, el índice refleja la capacidad de cierta empresa de cobrar un precio por encima del costo marginal, y, en este sentido, va en la dirección correcta. Pero no se sabe a qué se debe esta capacidad de cobrar el precio por encima del costo marginal. Puede ser resultado de otros factores, además del poder monopólico que pretende medir el índice. Un obstáculo adicional consiste en la dificultad de conseguir la información sobre los costos de las empresas.

La segunda corriente teórica se acerca al poder de mercado a través de la concentración que indica la cantidad de empresas en un sector y su distribución por tamaño.

En 1935, Kaldor, para medir el grado de la concentración industrial, propuso usar las elasticidades cruzadas de la demanda.

Como alternativa a los métodos sofisticados, surgió la idea de medir simplemente la distribución de los tamaños de las empresas. Los índices basados en esta idea son simples de calcular y reflejan directamente la idea de la estructura del mercado o sector industrial. La fundamentación teórica de esta idea está por realizarse, sin embargo, en la literatura se hicieron dos intentos de crear una lista de condiciones, o axiomas, que deben satisfacer los índices de concentración, para ser confiables.

5.2.2 ESTUDIOS DE MERCADEO INTERNACIONALES

Como una estrategia con visión de cambio, el 21 de noviembre de 1986 bajo el marco de la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá se establecen las bases de la Universidad Saludable al declararse que “la salud se crea y se une en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza de trabajo y de recreo”. A raíz de ello, en Europa se lleva a cabo la primera conferencia internacional sobre universidades promotoras de salud en Lancaster en 1996, permitió la generación de la Red de Universidades Europeas Promotoras de Salud. En Octubre de 2003 la Universidad Católica de Chile celebra el primer congreso en América Latina “Construyendo Universidades Saludables”.

En México diversas universidades han establecido un compromiso hacia a la salud de sus universitarios y han empezado a generar acciones que integran las bases de la Universidades Mexicanas Saludables.

En Veracruz México, la Universidad Veracruzana bajo el lema “en tu proyecto de vida no olvides la salud” ha iniciado el camino que la convierte en una Universidad Saludable, y si bien es cierto que no existen estándares internacionales para ser calificada como tal, las acciones en salud

emprendidas para el beneficio de la comunidad universitaria la sustentan en dicha categoría.

Se llevó a cabo una investigación observacional documental retrospectiva de 1990 al 2007 en el Centro de Estudios y Servicios en Salud de la Universidad Veracruzana región Veracruz, en la cual se realizaron entrevistas con académicos y coordinadores del área de la salud de la Universidad Veracruzana. Se revisaron archivos, expedientes, material bibliográfico y bases electrónicas referentes a acciones en salud emprendidas en la región Veracruz.

En 1990 la Universidad Veracruzana establece uno de los compromisos más importantes con la población estudiantil universitaria, al generar acciones directas en beneficio de la salud creando un modulo universitario de consulta externa, el cual ha llevado a cabo como tarea primordial realizar “Examen médico” a los alumnos de nuevo ingreso del área de ciencias de la salud.

El examen de salud en 1991, se extendió a todos los alumnos que ingresaron a la Universidad Veracruzana en la región Veracruz logrando una cobertura del 63.2% del total de alumnos inscritos (1,920), lo cual, permitió representar ampliamente a la población universitaria; sin embargo, los resultados no fueron alentadores al suponer que por ser jóvenes corresponderían a una población sana y sin problemas de salud, y aunque los diagnósticos no mostraron enfermedades graves, dejaron al descubierto un frágil equilibrio biológico que a mediano plazo se visualizó como un riesgo elevado para el desarrollo de enfermedades principalmente crónico degenerativas.

El panorama de salud preocupante que dejó el examen médico, obligó a dos conductas básicas, una de ellas, incrementar la sensibilidad del examen de salud, y otra, establecer un programa de fomento a la salud que permitiera la evaluación periódica de los alumnos en riesgo.

En 1992, el Consejo General Universitario estableció como requisito al ingreso de la Universidad Veracruzana la realización del examen médico a los alumnos de nuevo ingreso de las cinco regiones que conforman la Universidad. Dicha implementación generó un crecimiento en el número de evaluaciones a realizar y permitió incorporar nuevas áreas a la evaluación médica como instrumentación de las pruebas psicométricas. Ya para 1996, el examen médico se consolidó y modificó su nombre por el de “Examen de Salud Integral” (ESI) título que continúa hasta la fecha. El examen de salud integral se fortaleció con la presencia de siete disciplinas en el campo de la salud

(medicina, enfermería, laboratorio, odontología, nutrición, educación física y psicología), y con un incremento en el número de pruebas de laboratorio, Con relación a la implementación de acciones para el fomento a la salud, en 1991 se estableció la estrategia de involucrar a los universitarios al proporcionarles un certificado sobre sus condiciones de salud en el cual se destacaban los diagnósticos y las recomendaciones específicas a seguir. En 1993, se obtuvo financiamiento del Fondo para la Modernización de la Educación Superior (FOMES), para el programa de Fomento a la salud universitaria, cuyo objetivo principal fue mejorar los niveles de salud en la población estudiantil en la zona Veracruz. En febrero del mismo año, la Facultad de Educación Física generó el programa de acondicionamiento físico “Universitario: actívate” con la finalidad de que los universitarios emplearan de forma positiva el tiempo libre para el beneficio de su salud integral.

A su vez, el programa de fomento a la salud crea el lema “En tu proyecto de vida, no olvides la salud” y publica 10 carteles incorporando un personaje denominado “UVerto” el cual, proporciona mensajes alusivos a la prevención

5.3 QUÉ ES MERCADEO EN SALUD

Según ALTONIVEL (2011), marketing de servicios de salud, es una estrategia para orientar la organización proveedora de servicios de salud hacia al mercado, los servicios deben conceptuarse como productos que se suministran a los pacientes teniendo en cuenta la perspectiva de los pacientes frente al servicio ofertado, pp. (1)

El marketing de la salud, al igual que el marketing comercial, necesita captar y retener a sus pacientes para mantenerse en un mercado competitivo, logrando y manteniendo relaciones más personalizadas y duraderas con los pacientes, satisfaciendo sus necesidades.

Dice ALTONIVEL (2011), cada vez se entiende más que la medicina tradicional contribuye a la salud de la población, asegurando un medio de vida para el profesional; los pacientes ya no acuden a un solo médico de cabecera cuando tienen alguna enfermedad. Cada vez se muestran más exigentes en cuanto a precios y calidad del servicio ofrecido, y están dispuestos a analizar distintas alternativas. No esperan a que su médico encuentre un lugar en su agenda, pp. (2).

Dice ALTONIVEL (2011), no es suficiente con ser un buen profesional, o estar actualizado en nuevos procedimientos y tecnologías; es necesario, tener un plan de marketing: programas con alto grado de éxito sustentados en herramientas de mayor precisión en la ubicación de los pacientes según sus características demográficas, geográficas y epidemiológicas, todo esto para diseñar ofertas que tengan un alto impacto en el manejo de los programas de promoción de la salud y prevención.

Algunas de las técnicas utilizadas en la actualidad son:

Geomarketing: técnica basada en el conocimiento del marketing y el sistema de información geográfica; aportan información para la toma de decisiones porque permite analizar la situación de un negocio mediante la localización exacta de variables. Entre sus principales beneficios, destacan un mayor conocimiento de mercados y habilidad para focalizar estrategias y esfuerzos en determinados segmentos del mercado, identificar puntos de ventas, oficinas, sucursales, distribuidores, competencia, entre otros.

Programas de sensibilidad: estos modelos son importantes, porque son el valor agregado, la eficacia y eficiencia al momento de implementar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Producto de Enganche: comprende ofertas a determinados pacientes que buscan realizar tratamientos largos. Muestras, y programas especiales a personas que no cuentan con el dinero suficiente para tratarse.

El turismo de salud: corresponde a un producto de enganche. Mediante esta técnica los extranjeros viajan para someterse a tratamientos médicos por la calidad de los servicios prestados y el costo de éste, mientras, al mismo tiempo, conocen los atractivos turísticos de la ciudad visitada.

Los canales de comunicación disponibles a través de redes sociales, blogs, foros y otros entornos interactivos, han dado lugar a diferencias notables en los niveles de participación por parte de los usuarios, además transformarse en un canal donde su contenido y opinión toman un lugar

preferencial. Estas estrategias han permitido a las empresas ampliar su presencia en la red e incrementar las oportunidades que tienen para llegar a la gente. Aunque por la necesidad de contar con una cuidadosa planificación, muchas empresas no saben todavía cómo aprovechar este medio.

La mayoría de los modelos de marketing se basan en la experiencia de competir en el mercado, en el sector servicios la competencia se apoya, a nivel estratégico y operativo; reconociendo y aceptando, que lo que oferta corresponde a un conjunto de aspectos susceptibles de ser percibidos por los clientes, es decir, reconocer cómo perciben los clientes las interacciones que se provocan entre ellos y los proveedores del servicio (calidad funcional del proceso), conceptualizar adecuadamente qué es lo que se les suministra (calidad técnica del resultado) y conocer de qué manera valoran la percepción de lo que reciben (imagen y comunicación de la calidad provista).

Partiendo de estos antecedentes, en ALTONIVEL (2011) se menciona que se puede planificar la asistencia en salud, con base no sólo en un paquete de servicios, sino configurando una oferta integral e integrada, es decir, basada en el hecho de que un servicio de salud es un medio para resolver el problema surgido por la rotura de equilibrio entre el individuo y su medio, y el suministro de aquellos beneficios que buscan o valoran los pacientes en el proceso con el que se da satisfacción a su necesidad.

Por lo que es necesario, conocer algunas aspectos en las que se asienta el enfoque de marketing de servicios de salud., que de manera genérica, pueden concretarse en tres puntos básicos: configuración previa del concepto de servicio (para proceder así al desarrollo del paquete fundamental de servicios), contenido de la oferta (relacionando los elementos esenciales con los que comienzan las percepciones que tienen lugar en el proceso de la interacción proveedor-paciente), y gestión de la imagen y la comunicación, pp. (2).

54 SITUACIÓN ACTUAL

Los prestadores de salud, se constituyen legalmente en IPS públicas o privadas. Pueden ser desde médicos individuales hasta grandes hospitales o clínicas. El Decreto 1011 de abril 3 de 2006, estableció el registro especial de prestadores de servicios de salud (REPSS) en el marco del Sistema de Garantía de Calidad, obligatorio para los prestadores de servicios de salud definidos por el Artículo 2° del Decreto 2309 de 2002 que estableció como tales a las IPS, las cuales son los grupos

de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud.

De acuerdo con la clasificación de los niveles de atención (I, II y III) o de baja, mediana y alta complejidad establecido por el Acuerdo 08 de la CRES en 2010 el sistema de salud colombiano estaba compuesto por alrededor de 56 597 sedes de prestación de servicios.

Hay un subconjunto de prestadores que cumple los estándares más altos del sistema de garantía de la calidad y se denominan IPS acreditadas. En mayo de 2013 se cuenta con 26 IPS acreditadas, entre las que se encuentra el Hospital Infantil de San José.

Nos comenta Tafur, Calderón LA. (2011), que antes de la vigencia de la Ley 100 de 1993, en Colombia el Sistema Nacional de Salud incluía en la estructura del Ministerio de Salud, una Dirección de Campañas Directas, responsable de los programas de control y erradicación de la malaria, dengue y otras enfermedades; una Dirección de Epidemiología, responsable del estudio y vigilancia de las enfermedades y de las actividades de promoción y prevención; una Dirección de Salud Ambiental responsable de las actividades de prevención y control de los factores ambientales y de alimentos y medicamentos y una Dirección Médica, con responsabilidad en los programas de Atención en Salud, Materno Infantil, Vacunación, Crónicas, etc. La Ley 100 de 1993 y los decretos Reglamentarios modificaron completamente la estructura y como resultado desaparecieron los responsables de las campañas directas incluyendo vacunación, control de malaria y dengue, control de enfermedades de transmisión sexual, (pp. 4).

Tafur, Calderón LA. (2011), dice que el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud), estableció por norma que las EPS tanto del RC (Régimen Contributivo), como del RS (Régimen Subsidiado), tienen la obligación de realizar un conjunto de acciones individuales de salud pública, dentro de los límites establecidos por el POS. Estas incluyen actividades de promoción de la salud (ejemplo: consulta niño sano), de prevención de la enfermedad (ejemplo: tamizaje cáncer cuello uterino) e intervenciones para el manejo de enfermedades consideradas de interés en salud pública por tener externalidades y por consiguiente un potencial impacto en la salud colectiva, tales como enfermedades infecciosas (ejemplo: tuberculosis) y transmitidas por vectores (malaria) y

enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad (ejemplo: hipertensión arterial). Para este efecto se estableció una UPC aparte, la cual estaba destinada a financiar las acciones de Promoción y Prevención (P y P) del POS del RC. En el RS, estas acciones están incluidas en el plan de beneficios y su financiación se da con la misma UPC correspondiente para dicho plan. En la evaluación realizada por el Ministerio de la Protección Social en 2006 mostró que las EPS no cumplían en más del 10% con las metas establecidas en actividades de P y P, pp. (5).

Dice Peñaloza, B (2012), en Colombia, después de la reglamentación de la Ley 100 de 1993, se da libre competencia en todo el sector salud incluyendo Entidades Promotoras de Salud, la red de prestadores de servicios, profesionales de la salud, entre otros, surgiendo la necesidad que el mercadeo se enfoque en la oferta de servicios y promoción de la salud, pp (10); sin embargo hay algunas situaciones, que podrían explicar porque no ha sido fácil adoptar el pensamiento de mercadeo para el sector salud; una de ellas es que la salud siempre se ha concebido como un hecho fundamental de todo ser humano; y no es fácil entender que un derecho se pueda mercadear o industrializar; presentándose rechazo a las privatizaciones de los servicios y a la idea de que las empresas de salud obtengan utilidades, pp (9).

Peñaloza, B (2012), nos dice:

“La falta de conocimientos del manejo de la mercadotecnia como estrategia de venta de productos y servicios de salud es denominador común en una parte importante de los trabajadores sanitarios, mientras que en el mundo contemporáneo es cada vez más una herramienta conocida y utilizada en todas las esferas de la sociedad y la economía. También la salud pública está necesitada que sus directivos y profesionales posean conocimientos de diversas ciencias. Los actuales paradigmas en salud requieren del auxilio de otras disciplinas para darle respuesta y el enfoque educativo por si solo ha demostrado su ineficacia. Estudios e investigaciones en el campo de la mercadotecnia suministra la evidencia científica requerida para demostrarlo”. (pp 10).

Actualmente las organizaciones que realizan sus actividades dentro del sector salud, requieren herramientas gerenciales, que les permitan buscar su supervivencia, crecimiento y

desarrollo organizacional, siendo las estrategias de mercadeo un elemento indispensable para el sostenimiento de las empresas.

Menciona Peñaloza, B (2012, el mercadeo en salud nace como respuesta a las necesidades de ejecutar programas con alto grado de calidad apoyados en herramientas de mayor precisión en la ubicación de los pacientes según sus características demográficas, geográficas y epidemiológicas, para diseñar ofertas que tengan un alto impacto en el manejo de los programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y bienestar de la poblaciones, (pp.21).

5.5 COMPETENCIA ENTRE LOS PRESTADORES

La ley 100, generó un cambio en el mercado de los servicios de salud, dice Rangel, Alejandra (2004), que el sistema público transformó su función de proveedor y coordinador de un sistema de servicios, a tener una función de regulador dentro del nuevo mercado. El Estado se orientó a entonar la transición de la oferta pública y privada, que pasaba de un régimen de competencia por los recursos, a uno de competencia por la demanda. Las instituciones prestadoras de servicios de salud se enfrentaron a la aparición de nuevos actores, como las administradoras de seguro y los prestadores del Estado, se enfrentaron a cambios demográficos y poblaciones, a altos costos de coordinación y operación del sistema de salud, a incremento de la competencia, con posterior saturación de los mercados con desventaja de los prestadores públicos. (pp.20 -21).

Dice Rangel, Alejandra (2004), que las organizaciones replantearon su marco de referencia para la toma de decisiones, modificaron sustancialmente su conducta frente al mercado y se diferenciaron con base en la identificación de los segmentos del portafolio en los que eran más competitivas (pp. 21).

Dice Rangel, Alejandra (2004), que la competencia entre los Hospitales, Clínicas, Centros Médicos y demás prestadores de servicios no tiene como única dimensión el posicionamiento en estos servicios, porque ubicados en un determinado segmento, pueden competir por diferentes sectores de la demanda. Posterior a la Ley 100, la demanda se divide en: régimen contributivo,

régimen subsidiado, medicina prepagada, y no vinculados. Esta dimensión de la competencia, surge como un factor adicional al que deben enfrentarse los proveedores; en la cual, se hace indispensable la negociación y el mercadeo dirigido hacia los administradores del sistema (*EPS, EPS subsidiada, Compañías de Seguros, Gobierno*) (pp.22).

Concluyendo, dice Rangel, Alejandra (2004), los ***prestadores de servicios*** de salud, no compiten directamente por la demanda; compiten entre sí dependiendo de sus características particulares por ser contratados por las aseguradoras del SGSSS: *EPS (Empresas Promotoras de Salud)* y *EPS subsidiada*, ó por las *EMP (Empresas de Medicina Prepagada)* y aseguradoras de vida. En el nivel de los ***articuladores***, la competencia se da entre *EPS* y entre *ARS*, en lo que se refiere al SGSSS (*POS*), mientras que las Empresas de Medicina Prepagada y aseguradoras de vida, por ofrecer un producto costoso Servicios Privados (*PAS*), tradicionalmente se han posicionado en el segmento de la demanda de mayor poder adquisitivo. Lo que se encuentra, es que si bien la población de mayores ingresos está obligada a cotizar al SGSSS, su capacidad económica les permite adquirir tanto los servicios de medicina prepagada como otros tipos de seguros de salud privados (pp.16).

5.6 CLIENTES

La finalidad de toda institución está en los clientes; y cuándo pensamos en instituciones de salud, se convierten en nuestra razón de ser o existir. Siendo la salud un servicio tan sensible y correspondiendo a un derecho fundamental en Colombia; la atención en salud tiene que ser de calidad, satisfaciendo las necesidades de salud individuales y de la comunidad.

En acuerdo con Hinojosa, C. (2005),

“El Área de salud debe prestar siempre un excelente servicio a los clientes usuarios o pacientes, proporcionándoles todas las facilidades posibles, sea para su ingreso como para su alta, hospitalización o atención, o la liberación de reembolsos de gastos médicos. El paciente debe ser visto como un ser carente por naturaleza, por lo tanto, debe recibir buenos servicios de atención médica, de enfermería, de análisis clínico, de asistencia social y aún un buen acompañamiento psicológico. La satisfacción de un paciente por convenio o asegurado, depende de un gran número de factores objetivos y subjetivos, los cuales involucran: la calidad del servicio prestado, los beneficios del servicio, la adaptación del servicio a las necesidades del

usuario, la garantía de reposición de servicios cuando esto fuere necesario y otros innumerables servicios”
(pp.39)

La prestación de servicios de salud, se enmarca en la prestación de servicios como cualquier otro, por lo que conviene cambiar el término “paciente” por el de “cliente o usuario”, porque también son sensibles a las estrategias del Mercadeo, haciéndolos cada día más exigentes, confirmando que el concepto “paciente- paciencia” con la creencia que la prestación de servicios de salud corresponde a un favor, aunque fuera necesario pagar por él, es un término obsoleto.

Los “clientes-usuarios” de servicios de salud, corresponden a todos los individuos y organizaciones que tienen el deseo potencial y la capacidad para adquirir un servicio de salud. Las instituciones en salud ofrecen servicios de salud que corresponden básicamente a lo mismo, se diferencian por el costo y la oportunidad de la prestación del servicio; motivos con los que el cliente cuenta para elegir donde quiere ser atendido.

Anteriormente la característica principal que distinguía a los “Pacientes” era su falta de conocimiento, respecto de sus derechos, posibilidades y oportunidades de atención; situación que está cambiando, hoy en día al “Cliente-Usuario” se le ofrece información, capacitación y se le asigna poder de decisión. Los prestadores de salud, se encuentran ubicados en un contexto cultural, educacional, político, social, económico diferente al de hace 20 años y solo se puede competir con un servicio de excelente calidad.

Los servicios de salud, aunque intangibles, involucran directamente al “cliente-usuario”, no pudiéndose inventariar como un producto material pero el resultado de nuestra evaluación depende de su satisfacción.

Hinojosa, C. (2005), nos dice:

“En salud, lo importante es detectar las necesidades no satisfechas de los pacientes buscando suplírselas con calidad, calidez y equidad, de allí que si deseamos lograr estos propósitos, será menester asegurarnos que

todos en la organización se sientan parte de ella, piensen y se sitúen como clientes, y que hagan todo lo posible para lograr ofrecer más valor y satisfacción a éstos” (pp.37).

No se puede olvidar lo importante que es conocer el cliente, descubrir cuáles son sus necesidades y que es lo que espera del servicio prestado. El conocer el cliente es el secreto de la fidelización. Para nuestro caso particular de la creación de una IPS Universitaria, es fundamental que se conozca al cliente-usuario: estudiante, al cliente-usuario: personal asistencial y administrativo de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, del Hospital de San José y del Hospital Infantil de San José, mediante la aplicación de estrategias de mercadeo que permita conocer las necesidades de los clientes-usuarios potenciales, que aseguren la creación de la IPS Universitaria como negocio con garantía de éxito.

5.8 FIDELIZACIÓN

Nos dice Zapata, J. (2011), la fidelización de clientes consiste en lograr que un cliente (una persona que ya ha adquirido nuestros productos o servicios) se convierta en un cliente fiel a nuestros productos, marca o servicios; es decir, se convierta en un cliente asiduo o frecuente. La fidelización de clientes nos permite lograr que el cliente vuelva a adquirir nuestros productos o a visitarnos y que, muy probablemente, nos recomiende con otros consumidores.

Muchas empresas descuidan la fidelización del cliente y se concentran más en captar nuevos clientes, siendo un error, retener un cliente es más rentable que captar uno nuevo, se generan menores costos en marketing (una persona que ya nos compró es más probable que vuelva a comprarnos) y en administración (venderle a una persona que ya nos compró, requiere de menos operaciones en el proceso de venta).

Nos dice Zapata, J (2011), algunas de las principales estrategias que se pueden usar para fidelizar los clientes son:

Brindar un buen servicio al cliente: ofrecer una buena atención, un trato amable, un ambiente agradable, saludar, sonreír, decir gracias, hacer sentir importante y a gusto al cliente; este buen servicio nos hará ganar la confianza y preferencia del cliente.

Brindar servicios de post venta: ofrecer servicios como la instalación del producto, asesoría en su uso, mantenimiento y soporte, garantías, etc; en salud podría ser hacer seguimiento a la recuperación del paciente, a la adherencia a tratamientos y al éxito con ellos. El servicio post venta es también una manera de mantenernos en contacto con el cliente después de haberle ofrecido nuestros servicios; haciéndoles sentir que nos preocupamos por él.

Buscar un sentimiento de pertenencia; procurando que los clientes se sientan parte de la empresa, brindándole un buen servicio o atención al cliente. Fomentamos sentimientos de pertenencia en los clientes, cuando tenemos en cuenta sus comentarios o sugerencias, cuando les participamos de las mejoras de la empresa, logrando hacer de ellos: “amigos de nuestra institución”.

Usar incentivos: en prestación de servicios de salud también es posible el uso de incentivos o tarifas especiales, que tengan como objetivo que el cliente vuelva a utilizar los servicios.

Ser honestos: los clientes necesitan que la empresa sea transparente en cuanto a su identidad e información básica. La honestidad genera seguridad y confianza.

Y definitivamente la mejor herramienta para fidelizar un cliente es ofrecerle un servicio de buena calidad, permitiéndonos ganar su preferencia y la posibilidad que nos recomiende con otros usuarios.

Philip Kotler describe en su libro “Marketing 3.0” que la reputación de una marca está íntimamente relacionada con sus aportes a la sociedad. Los usuarios han aprendido a diferenciar las empresas cuyos principios y valores incorporan asuntos de responsabilidad social corporativa, liderazgo, calidad, gran clima laboral, rentabilidad y –por encima de todo- componentes emocionales.

Nos dice, Canal Asesor (2009):

“Evidentemente, no se fideliza bajando precios, sino dando razones al cliente para que lo siga siendo, como puede ser a través del servicio, la confianza y la empatía, que permiten sobrepasar las expectativas, sorprender al cliente y fidelizarlo. Es decir, fidelizar no significa mantener a los clientes de una forma pasiva, sino que implica una actitud positiva por parte de toda la organización de la asesoría. La mayoría de firmas deberán centrar sus esfuerzos en la búsqueda de ventajas competitivas que no estén directamente vinculadas ni al precio ni a la diferenciación técnica o funcional de sus servicios. El objetivo de una estrategia de fidelización se basa en utilizar y recurrir a la relación con los clientes para crear valor añadido”.

Afinando, la meta para toda institución de prestación de servicios o de oferta de productos es lograr un cliente fiel, porque el cliente fiel soporta mejor las subidas de precios o los precios elevados, ya que valora el servicio que están recibiendo. El cliente fiel aporta ideas para la innovación y facilita la introducción de nuevos productos y servicios. El cliente fiel recomendará los servicios de la firma a otra persona “boca a boca”, y por tanto, se convierte en el mejor propagandista.

6. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

acciones / actividades	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO			
	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem	1 sem	2 sem	3 sem	4 sem
definicion, titulo objetivos y formulacion del problema																
planteamiento del problema																
conocimiento de normas apa, mapa mental.																
búsqueda individual y realización de RAES																
entrega de RAES																
revisión y planteamiento de objetivos																
conformación de capítulo de análisis																
conclusión																
entrega del proyecto																

7. PRESUPUESTO

Tabla 1 Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación				
RUBROS	FINANCIADO FUCS		FINANCIADO CONTRAPARTIDA	TOTAL
	Desembolsable	No Desembolsable		
PERSONAL	N/A	17'280.000	N/A	17'280.000
OTRO PERSONAL	N/A			0
EQUIPOS	N/A			0
EQUIPOS DE USO				

PROPIO*	N/A	3'600.000	N/A	3'600.000
SOFTWARE	N/A			0
MATERIALES	N/A			0
VIAJES**	N/A			0
SALIDAS E CAMPO	N/A			0
SERVICIOS TECNICOS	N/A			0
CAPACITACION	N/A			0
BIBLIOGRAFIA	N/A			0
PUBLICACIONES Y PATENTES	N/A			0
TOTAL	N/A	20'880.000	N/A	20'880.000

*Corresponde al 10 % de valor total del equipo (año).

**Este rubro será evaluado una vez se obtengan productos de difusión.

Tabla 2 Personal									
				Recursos					
Nombre	Formación	Función	Dedicación Hora/semana	Financiado FUCS		Financiado Contrapartida	Valor Mensual	No meses	Total
				Desembolsable	No Desembolsable				
Ginna Paola Herrera Carvajal	Enfermera Jefe	Coinvestigadora	24/14	N/A	x	N/A	2'880.000	3	8'640.000
Katherine Pineda Guevara	Bacteriólog	Coinvestigadora	24/14	N/A	x	N/A	2'880.000	3	8'640.000

Tabla 3 Personal									
				Recursos					
Nombre	Formación	Función	Dedicación Hora/semana	Financiado FUCS		Financiado Contrapartida	Valor Mensual	No meses	Total
				Desembolsable	No Desembolsable				
N/A									0
									0

N/A: No aplica

Tabla 4 Equipos			Recursos		
Nombre	Justificación	Financiado FUCS	Financiado Contrapartida	Total	
N/A				0	
TOTAL				0	

N/A: No aplica

Tabla 5 Equipos de uso propio (No desembolsable)		
Nombre	Justificación	Valor Estimado *
Computador PC (1)	Herramienta de trabajo	1'500.000
Computador PC (2)	Herramienta de trabajo	1'500.000
Impresora	Herramienta de trabajo	600.000
	TOTAL	3'600.000

*Corresponde al 10% del valor total del equipo (Año)

Tabla 6 Software				
		Recursos		
Nombre	Justificación	Financiado FUCS	Financiado Contrapartida	Total
N/A				0
TOTAL				0

N/A: No aplica

Tabla 7 Materiales y suministros				
Materiales	Justificación	Valor unitario	Cantidad	Valor Total
N/A				0
TOTAL				0

Tabla 8 Salidas de campo				
Destino	Justificación	Costo unitario	Número de viajes	Total
N/A				0
TOTAL				0

N/A: No aplica

Tabla 9 Servicios técnicos			
Tipo de servicio	Justificación	Valor unitario	Valor
N/A			0
TOTAL			0

N/A: No aplica

Tabla 10 Capacitaciones		Recursos				
Ítem	Justificación	Financiado FUCS	Financiado contrapartida	Valor	Número de personas	Total
N/A						0

Tabla 11 Material bibliográfico		
Ítem	Justificación	Total
N/A		0
Total		0

Tabla 12 Publicaciones y patentes		
Ítem	Justificación	Total
N/A		0
Total		0

8. CONCLUSIONES

*“No basta que el médico haga
Por su parte cuanto debe hacer, si por la suya no concurren al mismo objeto
El enfermo, los asistentes y demás circunstancias exteriores”
HIPÓCRATES. Los Pronósticos. Libro II.*

Como conclusiones principales frente a la revisión documental del Mercadeo en Salud, se puede mencionar como conceptos prioritarios que el Marketing - Mercadeo es un proceso dinámico que exige permanente investigación de cambios y tendencias del consumidor, cuyo objetivo es satisfacer las necesidades y deseos de los clientes, mediante la presentación de productos y servicios que generen valor. Este proceso debe acercarse a los clientes para conocer sus necesidades y con base en el conocimiento del cliente, transforma esas necesidades en productos o servicios satisfaciendo las necesidades de los clientes.

Frente al Mercadeo en Salud queda claro que se trata de una estrategia con la que cuentan las organizaciones proveedoras de servicios de salud, con el fin de captar y retener a sus pacientes – clientes – usuarios; la materialización de esa estrategia organizacional es lo que se conoce como Plan de Marketing o Plan de Mercadeo.

El mercadeo en salud permite una mejor atención, un acercamiento con el cliente, ya que a través de él se puede conocer sus necesidades, se disminuye el riesgo de pérdida económica y se incrementa sus ingresos; en el marketing se pretende que las entidades de salud y sus profesionales se orienten siempre al cliente y hacia el mercado para lograr un reconocimiento basado en los servicios con calidad.

Las instituciones en salud ofrecen servicios de salud que corresponden básicamente a lo mismo, se diferencian por el costo y la oportunidad de la prestación del servicio; motivos con los que el cliente cuenta para elegir donde quiere ser atendido.

En cuanto al concepto Competencia, entre prestadores, esta existe cuando diferentes actores privados o públicos concurren al mercado de servicios salud a ofertar sus servicios de salud, ante un grupo de Usuarios que necesitan satisfacer estas necesidades.

Por medio de la revisión documental se hizo evidente que el Paciente - “clientes-usuarios”

de servicios de salud, corresponden a todos los individuos y organizaciones que tienen el deseo potencial y la capacidad para adquirir un servicio de salud. Sin embargo el término Paciente conviene reemplazarlo por el de Cliente – Usuario, porque son individuos sensibles a las estrategias del Mercadeo, haciéndolos cada día más exigentes, confirmando que el concepto “paciente- paciencia” con la creencia que la prestación de servicios de salud corresponde a un favor de parte de los prestadores de salud.

La fidelización de clientes es un aspecto relevante dentro del mercadeo, este consiste en lograr que un cliente (una persona que ya ha adquirido un producto o servicio) se convierta en un cliente fiel al mismo; es decir, se convierta en un cliente asiduo o frecuente. La fidelización de clientes permite lograr que el cliente vuelva a adquirir un producto o servicio y que, muy probablemente, lo recomiende con otros consumidores. En prestación de servicios de salud, la fidelización de los clientes es una herramienta que deben procurar las instituciones de salud para asegurar su permanencia en el mercado; porque los prestadores de salud en esencia ofrecen los mismos servicios, sin que haya grandes factores diferenciadores entre un prestador y otro.

El marketing y la planificación como fusión de herramientas modernas de gestión, permiten generar cambios en las organizaciones; la implementación de una universidad saludable que permita posicionarse en el mercado como una de las mejores, generando en usuarios y funcionarios satisfacción personal y salud integral.

Desde el punto de vista del Mercadeo una IPS en construcción debe tener en cuenta definitivamente:

- ✓ Realización de un estudio del Mercado en salud y la situación actual del sector, teniendo en cuenta el análisis de la competencia entre prestadores de salud.
- ✓ Diseñar e aplicar un programa para conocer el Cliente – Usuario, sus necesidades y expectativas, respecto de los servicios de salud, que se piensa ofertar; empleando técnicas novedosas de mercadeo como el Geomarketing.
- ✓ Realizar un estudio juicioso de mercadeo, con el consecuente diseño de un Plan de Marketing, que incluya el desarrollo de técnicas de fidelización del cliente; capacitaciones – sensibilizaciones al Usuario Interno a fin de que cada uno de los integrantes de la organización se convierta en un verdadero promotor de servicios de salud, y vea al Usuario cómo la razón de ser de la organización

✓ El estudio de mercadeo para la construcción de una unidad de negocio con enfoque primario debe tener en cuenta las 4 PS del mercadeo, esto es: Producto, Precio, Plaza y Promoción , y hoy en día es muy importante la 5p que son los partners; permitiendo mayor precisión en los estudios de mercadeo y posición en el mercado.

Es importante que en la educación superior se fomenten hábitos de vida saludables, ofreciendo una formación integral para promover una comunidad sana y mejor.

Las universidades saludables como la universidad de Antioquia y la universidad de Chile en sus escritos refieren multiplicación en los servicios de salud y como alcanzaron especializarse en algunos servicios que han podido posicionarse en el mercado y realizar benchmarking con otras instituciones educativas a nivel nacional.

9. BIBLIOGRAFÍA

Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International: Oxford. (pp.11-18)

Bronfenbrenner U. (1979). La ecología del desarrollo humano – Experimentos en entornos naturales y diseñados. Editorial Paidós: Barcelona, (pp. 45)

Bronfenbrenner U. (1985). Contextos de crianza del niño. Problemas y perspectivas. Infancia y aprendizaje, Cornell University: Ithaca, New York, (pp.45-55)

Carta adoptada en La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud (Co-patrocinada por la Asociación Canadiense de Salud Pública, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Organización Mundial de la Salud). (1986), Ottawa, (pp.17-21)

Corela, J. (1998). Introducción a la gestión de marketing en los servicios de Salud. Monografía Nº 1: Salud Pública y Administración Sanitaria. Gobierno de Navarra: Navarra, (pp. 23-35)

Corera, C. (2008). La Universidad pública de Navarra: Una universidad saludable. Revista Capital Humano: Navarra, (pp.36)

Day, C. (2007). Protecting young people from homelessness and escalating drug and alcohol use, Housing, Care and Support. Emerald Group Publishing Limited, Bingley, (pp.15–22)

De la Fuente, J. (2002). La información en salud. Ed. 1ª McGraw Hill: México, (pp. 52)

Dooris, Mark (2006), “Faculty of Health”,[en línea], recuperado el 20 de

febrero de 2006 de: <http://www.uclan.ac.uk/facs/health/hpu/>

Gallardo, P et al (2010). Promoción de la salud en la universidad: la Universidad Rey Juan Carlos, una universidad saludable [Internet]. Madrid, España: Universidad Rey Juan Carlos 2010; [Consulta 15 de junio de 2011] Disponible en <http://hdl.handle.net/10115/3126>

García, I. (1997) EPP, J, Promoción de la salud: Una antología. Rev. Esp. Salud Pública: Madrid, Vol. 71. Mayo-Junio, (pp. 317)

Kotler P, Marketing. España: Editorial Pearson, Prentice Hall, 2007

Lange y Vio. (2006). “Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior”. Santiago de Chile: (pp.51). Disponible en: <http://www.puc.cl/ucsaludable>

Lemos, S. et al. (1993). Conductas de riesgo cardiovascular en población universitaria. Psicotherma: Oviedo, (pp.337-350)

Machado Alba, Jorge Enrique La universidad saludable. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/~chumanas/revistas/revistas/rev26/machado>, (pp 20-22)

Media & Public Relations Oficce (2005), “UCLan Celebrates Ten years of the Health Promoting University Initiative”, [en línea] recuperado el 22 de febrero de 2007 de: <http://webserver.uclan.ac.uk/news/2005/web187.htm>

Peñaloza P, Bertha et al. 2012. Mercadeo en Salud, Universidad Nacional, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública: Bogotá. (pp.9-12)

Pérez Romero, LA (2004). Marketing Social, Teoría y Práctica. Ed:Pearson Prentice Hall: México D.F. (pp. 390-393)

Pérez, L. (2008). Geomarketing en Salud para ubicar oferta de servicios médicos de valor. Ediciones Uninorte, Barranquilla. (pp.319-340)

Posada-Lecompte M. (2006). Adaptación de estudiantes de primeros semestres de Psicología al ambiente universitario. Universidad Cooperativa de Colombia: Bogotá. (pp.1-9)

Raphael D. et al. (1999). The Community Quality of Life Project: a health promotion approach to understanding communities. Health Promotion International: Oxford. (pp. 197- 210)

Ramírez, J. (2010). La emergencia social en salud: de las contingencias regulatorias a la desilusión ciudadana. Revista Gerencia y Políticas de Salud: Bogotá, (pp.124-143)

Reig A y Cols. (2003). La calidad de vida y el estado de salud de los estudiantes universitarios. Murcia, España: Universidad de Alicante; 2003.

Síntesis del Programa de Trabajo (2005-2009), Eje 2: La reestructuración de la academia, la gestión y la organización institucionales [en línea] recuperado de: http://www.uv.mx/programa_trabajo/ejes_rectores/eje2.htm

Tafur, LA. (2011). Desafíos y oportunidades para la formación del talento humano en salud, IV Foro: El Sistema de Salud en Colombia, Facultad de Salud 2011-2030: Cali, (pp.1-8)

Tsouros AD. (1998). Health Promoting Universities: concept and strategy, World Health Organization Regional Office for Europe Copenhagen: Liverpool. (pp.15-24)

Villegas, F. (2011). El mercadeo en épocas de cambio. Universidad del Valle: Cali. (pp. 31-34)