

**MODELO DE MARKETING COMO HERRAMIENTA DE GESTION EN LAS
EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD.**

**CARLOS ALFONSO GOMEZ DUARTE
EDWARD ALBERTO MARTINEZ CACERES
MAYDA ARACELI JARAMILLO HUERTAS**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2006**

**MODELO DE MARKETING COMO HERRAMIENTA DE GESTION EN LAS
EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD.**

**CARLOS ALFONSO GOMEZ DUARTE
EDWARD ALBERTO MARTINEZ CACERES
MAYDA ARACELI JARAMILLO HUERTAS**

**Trabajo de Grado presentado como requisito para optar el título
de Especialista en Administración en Servicios de salud**

**Director
WILLIAN RUIZ SARMIENTO
M.sc Alta Gerencia, Administrador de Empresas**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2006**

DEDICATORIA

A nuestros padres y familiares que con su apoyo, comprensión y colaboración hicieron realidad el desarrollo de este proyecto

AUTORES

AGRADECIMIENTOS

Los autores del presente trabajo, expresan los más sinceros agradecimientos a:

WILLIAN RUIZ SARMIENTO, por su apoyo y colaboración en la elaboración del presente documento.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER Y SUS DOCENTES, quienes nos brindaron su conocimiento, experiencia y sobre todo la pasión por mejorar cada día como personas y como profesionales.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma colaboración para la realización de este proyecto.

CONTENIDO

INTRODUCCION	
OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL	
OBJETIVO ESPECÍFICO	6
MARCO TEÓRICO	
1. MARKETING	7
1.1 QUE ES EL MARKETING	8
1.2 ÁREAS DE ACTIVIDAD QUE COMPONEN LA GESTIÓN DEL MARKETING	12
1.3 DETERMINANTES DEL MARKETING	13
1.4 MARKETING MIX	14
1.5 EVOLUCIÓN Y FUTURO DEL MARKETING	15
1.6 MARKETING DE SERVICIOS	16
1.7 PROTAGONISTAS DEL NUEVO MILENIO	21
2. PUNTOS FUNDAMENTALES EN LOS QUE SE ASIENTA EL MARKETING DE SERVICIOS DE SALUD	24
2.1 CONFIGURACIÓN DEL CONCEPTO DE SERVICIO	25
2.1.1 Estrategia de calidad tecnológica	27
2.1.2 Estrategia de servicios	30
2.1.3 Estrategia de imagen	31
2.1.4 Estrategia de precios	31
2.2 CONTENIDO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD	33
2.2.1 Servicio esencial	34
2.2.2 Servicios adicionales	37
3. CONCEPTOS DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	44
3.1 GARANTIA DE LA CALIDAD	44
3.1.1 Calidad de los servicios	44
3.1.2 Satisfacción del usuario	46
3.1.3 Fidelización del usuario	47
4. GESTIÓN DE MARKETING DE SERVICIOS DE SAUD	50

4.1	FUNCIÓN Y OBJETIVOS DEL MARKETING	50
4.1.1	Función del marketing	50
4.1.2	Objetivos del marketing	65
4.2	LA RENTABILIDAD	72
4.2.1	Variables que influyen en la rentabilidad	74
4.2.2	Líneas estratégicas para consecución de la mejor rentabilidad	85
4.3	ESTRATEGIAS DE MARKETING EN LOS SERVICIOS DE SALUD	90
4.3.1	El peligroso espejismo de la "sabiduría popular"	93
4.3.2	Modelo estratégico	98
4.4	COMUNICACIÓN E IMAGEN	109
4.4.1	La comunicación de marketing	110
4.5	EL PLAN DE MARKETING	131
4.5.1	Cuestiones previas	131
5.	POSICIONAMIENTO. MARKETING EN SERVICIOS DE SALUD.	163
6.	MARKETING Y SUS APLICACIONES EN SALUD	165
6.1	EL MERCADEO EN LOS SERVICIOS DE SALUD	165
6.2	CONSIDERACIONES MERCADOLÓGICAS EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA	169
6.2.1	Líneas de gestión hospitalaria orientadas al mercado.	171
6.3	MARKETING DE SERVICIOS PROFESIONALES.	174
6.3.1	Los servicios profesionales	176
6.3.2	Ventajas del marketing de servicios profesionales	177
6.4	Marketing médico	179
7.	MITOS Y REALIDADES EN LA MERCADOTECNIA DE SERVICIOS DE SALUD	180
	CONCLUSIONES	194
	RECOMENDACIONES	196
	BIBLIOGRAFIA	197

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Las tres etapas de la creación de un modelo estratégico.	99
Tabla 2. Formas de comunicación.	118
Tabla 3. Fases, contenido y efectos del Plan de marketing.	143
Tabla 4. Mitos y realidades del Marketing en salud	181
Tabla 5. Etapas en el desarrollo de la mercadotecnia social aplicada a la salud.	188

LISTA DE GRAFICOS

Figura 1. Determinantes del marketing	15
Figura 2. Marketing mix.	17
Figura 3. Representación de la globalidad del servicio suministrado.	33
Figura 4. Percepción de una oferta eficaz.	43
Figura 5. Relación entre la calidad del servicio, satisfacción del usuario y fidelización del usuario.	49
Figura 6. Concepción tradicional de la función de marketing.	50
Figura 7. Concepción de la función de marketing en la empresa de servicios.	52
Figura 8. Ciclo de vida en base a la relación con los pacientes.	58
Figura 9. Evaluación de algunos productos y servicios.	68
Figura 10. Proceso de destrucción de la calidad de un servicio.	97
Figura 11. Continuidad de las estrategias de marketing.	100
Figura 12. Esquema del proceso de la calidad percibida.	114
Figura 13. Dificultades de adaptabilidad de la empresa a su entorno.	133
Figura 14. Gráfica de un proceso de control	135
Figura 15. Aplicación del tipo de control a la empresa hospitalaria.	136
Figura 16. Distribución de probabilidades en función de la cantidad y la frecuencia relativa	143

RESUMEN

TITULO: MODELO DE MARKETING COMO HERRAMIENTA DE GESTION EN LAS EMPRESAS DE SERVICIOS DE SALUD.

AUTORES:

CARLOS ALFONSO GOMEZ DUARTE
EDWARD ALBERTO MARTINEZ CACERES
MAYDA ARACELI JARAMILLO

PALABRAS CLAVES: Marketing, Servicios de salud, Calidad, Gestión de Marketing, Estrategias de Marketing.

DESCRIPCION:

Este proyecto ha sido diseñado como una herramienta de gestión para todo administrador que desee profundizar en un tema tan extenso y complejo como el marketing y su aplicación en las empresas de servicios de salud.

Dentro del contexto de este proyecto, se conceptúan el marketing y sus áreas determinantes, el marketing de servicios y la configuración del concepto de servicio, la oferta, garantía de la calidad, gestión de marketing y la importancia del posicionamiento del marketing en los servicios de salud. A su vez se mencionan los mitos y realidades de la mercadotecnia en las empresas prestadoras de servicios de salud.

* Proyecto de grado.

“Facultad de Salud. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Director: Dr. Wilian Ruiz Sarmiento.

SUMMARY

TITLE: MODEL OF MARKETING AS TOOL OF MANAGEMENT IN THE COMPANYS OF HEALTH SERVICE.

AUTHOR:

CARLOS ALFONSO GOMEZ DUARTE
EDWARD ALBERTO MARTINEZ CACERES
MAYDA ARACELI JARAMILLO

KEY WORDS: Marketing, health service. quality, management marketing

DESCRIPTION

This project be design as a tool of administration for all administration that like deepen in a Topic so intense and complex as the marketing and his application in the companys of health service.

Inside the context of this Project, concept the marketing and his areas decisives, the marketing services and the configuration of the services concept, offer, quality warranty, management marketing, and the importante in the indexing of marketing in the health service. In turn it cite the legend and realitys of marketing in the companys of health service.

* Work of Grade.

“ Ability of Health. Specialization in Administration of Services of Health. Dr. William Ruiz Sarmiento.

INTRODUCCION

En el mundo de la salud pública, y hasta hace poco tiempo, el marketing no había tenido “auge” por considerar que no era aplicable a los servicios de salud y sin posibilidad de relación con la labor asistencial. Marcado como una actividad propia de la publicidad y dirigido exclusivamente a las ventas, se veía en él una técnica ideada para “crear nuevas necesidades” e incrementar la cifra de negocios haciendo del individuo un objeto de explotación comercial o, en el mejor de los casos, una ciencia gracias a la cual se ha podido construir la denostada sociedad de consumo. Naturalmente, con semejante esquema no tenía más remedio que repugnar al profesional de la salud pública porque, como bien indica R. Manoff, su referente más próximo era el empleo hecho por parte de los laboratorios farmacéuticos para conseguir la promoción y venta indiscriminada de sus productos, cosa que muy poco tiene que ver con el propio concepto de salud, con el recto ejercicio de la medicina y con el buen sentido de la práctica asistencial.

El error de semejante apreciación era evidente: pero, en honor a la verdad, si se hace un simple ejercicio consistente en considerar algunas acciones lejanas en el tiempo, podrá constatarse que el marketing nunca ha sido ajeno al campo de la salud pública. ¿Acaso no se llevaron a cabo en tiempos pretéritos campañas informativas dirigidas a grandes grupos de población para aconsejar –o disuadir sobre ciertos hábitos de higiene, de alimentación, de estilos de vida? Ya 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".

Pero cuando el marketing cobró total carta de naturaleza en los servicios de salud fue cuando se reconoció abiertamente que, gracias al conjunto de herramientas de análisis, métodos de previsión y estudios de mercado, puede conseguirse la finalidad de prospeccionar las necesidades de demanda y la opinión de los usuarios. Tal reconocimiento consistió en consagrar en las instituciones de salud pública la necesidad de una orientación hacia el mercado (esto es, hacia el paciente), iniciándose la "materialización" de esa filosofía o actitud mental que ha de presidir las actividades realizadas para impulsar y llevar a todas las personas, funciones y departamentos de la organización, a interesarse y atender activamente las necesidades y deseos de los usuarios. Poco a poco las instituciones de salud van tomando conciencia de que son empresas de servicios y que, como tal, han de adaptar las actitudes, recursos y "saber hacer", a la satisfacción de necesidades en el contexto de la mejor relación costo-beneficio, para asegurar así su viabilidad (rentabilidad) y desarrollo.

La aplicación del marketing a los servicios de salud se sitúa en un marco estratégico que impone tener que precisar la misión y orientación de la empresa sanitaria, definir sus objetivos con claridad y velar por el mantenimiento de una estructura equilibrada para llevar a cabo sus actividades. Toda organización que realiza sus actividades dentro del sector salud, requiere herramientas gerenciales con las cuales debe buscar permanentemente la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo organizacional. 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 manera acelerada hacia esquemas mucho más competitivos. Eso implica que las empresas sanitarias, sean públicas o privadas, van a tener que entrar en una fase de serio autodiagnóstico para comprobar el nivel de competitividad que poseen los servicios que proveen y, en este sentido, tomar conciencia de que cuando se trata de competir las ventajas son de dos clases: estructurales y funcionales. La ventaja competitiva estructural proviene del tamaño, de la organización, de la financiación (o ejecución presupuestaria), de la tecnología o de los condicionantes del entorno en el que se opera. La ventaja competitiva funcional depende exclusivamente de las decisiones que se tomen a nivel de la propia institución y por eso es por lo que entran aquí en juego las decisiones sobre costos (lograr que sean menores que los de otra institución), sobre capacidad para diferenciar los servicios y "tangibilizarlos", sobre comunicación e imagen, etc.

Dada la situación en la que actualmente se halla el panorama del gasto de la salud pública es primordial atacar la obtención de ventajas competitivas en el dominio de los costos. Puede resultar suicida no prestar la debida atención a que la empresa de la salud como empresa de servicios que tiene una fuerte intensidad de mano de obra y que eso le hace ser una empresa con muy elevado valor agregado, lo que necesariamente le obliga a tener que preocuparse con empeño en lograr reducciones en los costos (que lógicamente corresponden al valor añadido), a volcarse en mejorar constantemente tanto los métodos de trabajo como el propio proceso productivo, a evaluar escrupulosamente el costo utilidad, costo-eficacia y coste-beneficio de la tecnología, a controlar rigurosamente los gastos generales, a analizar la rentabilidad de los servicios que oferta, etc.

Esto lleva a concretar que el marketing de servicios de salud tiene que proyectarse en dos vertientes: impulsar el interés y la satisfacción de las necesidades de salud activamente, y aumentar la eficacia de sus actividades. Los profesionales del sector salud rara vez se percatan de que “están manejando un negocio” como otro cualquiera y que en su desempeño, y aunque no se trate de obtener utilidades, han de emplear las técnicas de la organización y gestión de empresas.

En la actualidad, las instituciones de la salud no tienen más remedio que servirse de la investigación de mercados para averiguar qué es lo que, al margen de la curación, rehabilitación o mejora, desean los pacientes, cuáles son sus gustos y opiniones, y qué es lo que echan en falta para sancionar positivamente el resultado de contrastar expectativas con realidades.

La puerta ya está abierta y puede verse que algunas instituciones se están remodelando, que han implantado servicios de atención al paciente o programas por ley relativos a la calidad percibida de la atención que dispensan. Pero aún se está muy lejos de percibir que existe eso que, en suma, podríamos llamar “atmósfera amistosa con el usuario”. Queda mucho trecho por andar: el de la distancia que separa la meta en la que todos y cada uno de los servicios sanitarios dispongan de un plan de marketing que, debidamente confeccionado, sirva de guía para proporcionar la mejor satisfacción de las necesidades gracias a una buena y constante comunicación con los pacientes, con los proveedores, con los propios empleados y con el público en general.

OBJETIVOS

GENERAL

Proponer un modelo para incrementar el marketing como una herramienta de gestión en las empresas de servicios de salud.

ESPECIFICOS

- Conceptualizar el marketing y sus aplicaciones en las empresas de servicios de salud.
- Definir estrategias de marketing aplicables a las empresas de servicios de salud.
- Determinar un modelo de gestión de marketing en las empresas de servicios de salud.
- Identificar un modelo de gestión de calidad con orientación al mercadeo de los servicios de salud.

MARCO TEORICO

1. MARKETING

El mercado está teniendo una importante evolución no sólo por el protagonismo que el cliente ha adquirido en estos últimos tiempos, sino que la irrupción de Internet y nuevas tecnologías en el mundo económico han suscitado la necesidad de crear una nueva visión estratégica que hasta la fecha es difícil poder predecir su alcance final y consecuencias. De lo que sí debemos estar seguros es que nos encontramos ante unos hechos equiparables en la historia a la revolución industrial, descubrimiento de la rueda.

Los consumidores han tomado el relevo a la producción, ya que en la actualidad son los verdaderos artífices del interés de las empresas, lo que conlleva un cambio radical en la filosofía del marketing. Algunos autores nos han venido diciendo, en este último año, que iniciamos una nueva etapa donde se pone punto final al marketing tradicional que conocemos, e iniciamos una nueva andadura con la implementación de un nuevo marketing.

La realidad nos indica que la forma correcta de actuación en las compañías pasa por transformar y adoptar las diferentes variables y estrategias a las demandas actuales del mercado, ya que él ha sido quien realmente ha adquirido el derecho a reclamar una nueva manera de actuar tanto de la empresa como de los organismos públicos, en los que se tome conciencia de la importancia del consumidor, se preocupen de conocerle, entenderle y así poderle dar las respuestas precisas a las necesidades que manifieste.

Para ello se debe entender el marketing como un concepto empresarial más global, donde todos los demás departamentos se impregnen de su filosofía y saber hacer, no se tiene que olvidar en

ningún momento que la verdadera razón de ser de la empresa es la entera satisfacción del cliente, lo que conlleva al éxito.

Pero para retomar nuestro punto de partida, hemos de ser conscientes de que la penetración de las nuevas tecnologías en todas las áreas de la organización empresarial está otorgando al marketing un importante papel como hilo conductor de toda la información del negocio y principal herramienta para adecuar los productos, procesos y ventas a los gustos y necesidades del cliente.

1.1 QUE ES EL MARKETING

Dando por hecho su carácter interdisciplinario, tenemos que decir que el término marketing de origen anglosajón empezó a utilizarse en EE.UU. a principios del siglo pasado, concretamente fue en 1910 cuando en la Universidad de Wisconsin apareció un curso denominado Métodos de marketing impartido por Butler.

Muchos autores han dado su definición de marketing, pero conviene diferenciar primero si nos estamos refiriendo a su concepto filosófico o a su aceptación empresarial.

A nivel conceptual, el marketing arranca en aquella etapa de la historia donde el hombre debía realizar trueques para cubrir sus necesidades y aumentar el bienestar. Desde ese momento y al igual que sucede con la mayoría de las ideas, su evolución ha ido indisolublemente unida al desarrollo social y económico.

La revolución industrial, la creación de grandes centros urbanos y comerciales, la especialización en el trabajo y las nuevas tecnologías, hacen que se haya creado un mercado de oferta y demanda en donde el marketing debe buscar la entera satisfacción del consumidor.

A nivel empresarial, vemos que es una actividad que tiene como fin primordial y último la consecución de los objetivos marcados.

Basado en este punto de vista el marketing comprende una serie de actividades interrelacionadas entre sí, tendentes no sólo a satisfacer la demanda del mercado, sino a cubrir los objetivos fijados por y para la empresa.

Con el ánimo de dosificar más aún el término y adentrar al lector en el apasionante mundo del marketing empresarial, indico a continuación las definiciones dadas por los autores más reconocidos¹:

- Marketing es un proceso social por el que los individuos y los grupos obtienen lo que ellos necesitan y desean a través de la creación e intercambio de productos y su valoración con otros. (P. Kotler).
- Marketing es el proceso de planificar y realizar las variables, precio, promoción y distribución de ideas, bienes y servicios para crear intercambios que satisfacen los

¹ Por [Rafael Muñoz González](http://www.marketing-xxi.com) - Marketing en el Siglo XXI - www.marketing-xxi.com

objetivos particulares y de las organizaciones. (Asociación Americana de Marketing, AMA).

- El marketing tiene como objetivo el conocer y comprender tan bien al consumidor que el producto se ajuste perfectamente a sus necesidades. (P. Drucker).
- Marketing es la acción de conjunto de la empresa, dirigida hacia el cliente con el objetivo de una rentabilidad. (Goldmann).

- Marketing es aquel conjunto de actividades técnicas y humanas que trata de dar respuestas satisfactorias a las demandas del mercado. (R. Muñiz).

Para cerrar este apartado sobre el conocimiento del marketing, se ha considerado incluir una división interna dentro del propio marketing:

Marketing interno es el que se lleva y ejecuta dentro de la propia compañía para que se dé un buen servicio a los clientes y marketing externo aquel que se da al mercado. Sería absurdo y poco rentable disponer de una cartera magnífica de productos y que la empresa no estuviese bien preparada para ofrecerlos.

Partiendo de una definición genérica del marketing, observamos que convergen al menos una serie de variables que se dan en toda economía de mercado.

- Producto. Es todo aquel bien material o inmaterial que puesto en el mercado viene a satisfacer la necesidad de un determinado cliente. Al bien material se le denomina producto y al inmaterial servicio, de ahí que la principal característica diferenciadora sea la tangibilidad del bien en cuestión.
- Mercado. Aunque se aborda mucho más ampliamente en un capítulo posterior, en principio definimos el mercado como el lugar físico o virtual donde concurren compradores y vendedores para realizar una transacción. La complejidad de los target potenciales, así como Internet, han segmentado de tal forma el mercado hasta llegar al extremo del one to one.
- Necesidad. La tan cacareada pregunta de que si el marketing crea o no las necesidades no es óbice para que ésta sea una importante variable básica del marketing, pudiéndola definir

como la sensación de carencia física, fisiológica o psicológica común a todas las personas que conforman el mercado.

- Deseo. Considerado como un acto voluntario posterior a la necesidad, lo podemos definir como la forma en que la persona manifiesta la voluntad de satisfacer la mencionada necesidad, lógicamente los factores sociales, culturales y ambientales serán los que marquen los estímulos de marketing para su consecución.
- Demanda. Número de personas interesadas por un determinado producto, servicio o marca. La actividad desarrollada por el departamento de marketing deberá ir encaminada a adecuar lo mejor posible la necesidad ilimitada que existe en el mercado frente los recursos limitados de los que dispone el consumidor.
- Oferta. Es el conjunto de bienes o servicios que se orientan a satisfacer la demanda detectada en el mercado, generalmente queda suficientemente cubierta por las empresas.

1.2 ÁREAS DE ACTIVIDAD QUE COMPONEN LA GESTIÓN DEL MARKETING

El carácter interdisciplinario que tiene el marketing le hace ser una ciencia no exacta, por lo que fomenta la creación de distintas teorías, opiniones encontradas y selección de estrategias que pueden llegar a diferenciarse enormemente en sus planteamientos, pero no tanto en los resultados.

Pensemos la infinidad de criterios que se pueden adoptar dentro de la Sociología, Psicología, Estadística, Derecho, Historia... para darnos cuenta del gran número de caminos que podemos elegir de cara a la consecución de los objetivos que nos marquemos.

Esta complejidad añadida a las que surgen en la propia actividad hace que los buenos profesionales del marketing tengan una fuerte demanda laboral ya que las experiencias acumuladas les facilitarán la toma de decisiones.

En cuanto a las áreas de actividad que componen su gestión se pueden resumir en seis:

- Investigación de mercados.
- Programación y desarrollo del producto, fijación de precios.
- Canales de distribución y logística.
- Comunicación integral: publicidad, comunicación e imagen, promoción...
- Organización del departamento comercial.
- Internet y nuevas tecnologías.

Cada una de estas variables pueden ser manejadas según el criterio del especialista en marketing, al igual que no es preciso utilizar todas las técnicas aquí expuestas, pues las necesidades de los clientes son diferentes en forma y tiempo, excepto Internet, que en mayor o menor medida es algo imprescindible su utilización en las empresas de éxito.

1.3 DETERMINANTES DEL MARKETING

Podríamos definir los determinantes del marketing como los factores externos que existen en el mercado y que pueden influir en los resultados prefijados. Su conocimiento y análisis es básico porque los condicionan en dos sentidos fundamentales²:

- Puede afirmarse que para la consecución de los objetivos marcados, las acciones que se van a desarrollar y las

² Por [Rafael Muñiz González](http://www.marketing-xxi.com)- Marketing en el Siglo XXI-www.marketing-xxi.com

técnicas que se emplearán deberán ser necesariamente distintas, en la medida que lo sean los determinantes que existan.

- Es incuestionable que las mismas técnicas nos darán resultados dispares en los diferentes mercados, en función de los determinantes existentes.

Esto explica el hecho de que técnicas que han probado su eficacia en un determinado país, en circunstancias concretas por alguna empresa, ofrezcan, en ocasiones, resultados dispares, por muy iguales que se adopten y apliquen en otras naciones. Al tratar de averiguar las posibles causas de los fracasos, cuando una técnica de probada eficacia no logra sus objetivos, encontraremos éstas en fallos de las personas que la han aplicado o en la variación de los determinantes que influyen en ese país, concretamente y a título de ejemplo el elemento cultural es un determinante clave.

Otra consecuencia práctica de lo dicho con anterioridad es el cuidado con el que debe efectuarse la utilización de técnicas foráneas, tanto si proceden de experiencias ajenas como si fueron aprendidas en textos que reflejen otras formas de marketing. El verbo adaptar con todo lo que significa, es mucho más apropiado en tales circunstancias, que el de adoptar. El número e importancia de los determinantes del marketing puede variar según criterios subjetivos del país y mercado. A continuación, se expone gráficamente una posible clasificación de estos elementos.

FIGURA 1. Determinantes del Marketing



e: Por [Rafael Muñiz González](#)- Marketing en el Siglo XXI-www.marketing-xxi.com

Si analizamos el gráfico 1, resalta, en la parte central, la figura del consumidor. Este lugar no es caprichoso, revela la importancia primordial del consumidor, no sólo como destinatario de las acciones de marketing, sino como determinante principal de tales acciones.

1.4 MARKETING MIX

Los especialistas en marketing utilizamos una serie de herramientas para alcanzar las metas que nos hayamos fijado a través de su combinación o mezcla (mix)*.

*El "marketing mix" original de Borden era una lista de doce elementos concebidos por él solamente como líneas maestras que probablemente necesitarían ser reconsideradas en cualquier situación dada. Este es un hecho que, como bien dice Grönroos, parecen haber olvidado por completo los defensores de las "4 P" y del enfoque actual sobre el "marketing mix", que no se sabe bien por qué parece haberse convertido en un paradigma incontestable cuya validez no osa discutirse.

Por ello, podemos definirlo como el uso selectivo de las diferentes variables de marketing para alcanzar los objetivos empresariales. Fue McCarthy quien a mediados del siglo XX, lo denominó la teoría de las «4 pes», ya que utiliza cuatro variables, cuyas iniciales en inglés empiezan por P:

- Product --> Producto
- Place --> Distribución – Venta
- Promotion --> Promoción
- Price --> Precio

Sobre la combinación y clasificación de estas cuatro variables en la decisión comercial hacen girar algunos autores toda estrategia del marketing dentro de la empresa. Según nuestro criterio existen otras variables que también marcan la actividad del marketing dentro de la empresa. Pensemos un momento hasta qué punto puede variar la fijación del precio de un producto, si se tienen en consideración los estudios y análisis de la competencia, el tipo de mercado existente e incluso el mismo entorno socioeconómico; por tanto, podemos afirmar que el éxito de una empresa vendrá dado por el perfecto conocimiento y análisis de los diferentes elementos del marketing que

inciden en su actividad, y que a través de la puesta en marcha del plan de marketing alcanzarán los objetivos marcados.

Sin embargo, la evolución del mercado ha hecho que del también denominado marketing de masas pasemos al marketing relacional o 4 pes, donde el futuro comprador es el centro de atención de todas las acciones de marketing, como es la tendencia en el siglo XXI.

FIGURA 2. Marketing Mix



Fuente: Por [Rafael Muñiz González](http://www.marketing-xxi.com)- Marketing en el Siglo XXI-www.marketing-xxi.com

1.5 EVOLUCIÓN Y FUTURO DEL MARKETING

Aunque su nacimiento fuera en el milenio anterior, tan sólo han transcurrido 90 años de sus orígenes. La época que nos está tocando vivir no sólo es una época evolutiva, sino de constantes cambios y muy rápidos, máxime cuando las nuevas tecnologías han empezado a adquirir un importante protagonismo empresarial.

Producir y vender eran los principales componentes de las estrategias de hace 20-30 años. El nivel de éxito se podrá medir por la cuota de mercado que tenía la compañía; en la actualidad este término está siendo reemplazado por la «cuota de cliente». Se trata de un cambio radical en la óptica del marketing, ya que si en el mercado local no se puede crecer, la compañía debe de optar por salir a nivel internacional o mejorar la lealtad de los clientes.

Además, la introducción de las nuevas tecnologías están transformando el trabajo en los departamentos de marketing, abriéndoles unas posibilidades difíciles de predecir en el tiempo; todo esto nos arrastra a dar una dimensión estratégica de nuestra actividad con lo que se adquiere mayor influencia sobre las decisiones de la alta dirección.

El actual reto del marketing y los cambios que se producen vienen condicionados principalmente por:

- Mayor formación e información del consumidor cumplimentado con un mejor nivel de renta, por lo que los hábitos de compra cambian y un cliente se decide por un producto más por su valor añadido que por su propia funcionalidad, de ahí el protagonismo del marketing de percepciones.
- La proliferación de los medios de comunicación social y la segmentación de los mercados hace que la publicidad masiva como hasta ahora estaba configurada sea considerada como comunicación integral.
- La venta de un producto o servicio de forma aislada deja de ser el centro de interés de la empresa para orientarse más a aprovechar la relación a largo plazo del cliente, es el denominado marketing de relaciones.

1.6 MARKETING DE SERVICIOS

Una vez más vamos a referirnos al carácter interdisciplinario del marketing, ya que algunos autores consideran que es diferente al marketing realizado en el sector de consumo. El propio Kotler en EE.UU. fue uno de los pioneros en proponer una ampliación del concepto de marketing, sin mencionar en ningún momento una diferenciación al expuesto hasta aquel momento.

Como es sabido, el concepto central del marketing se forjó y desarrolló en el sector de los productos de consumo masivo. Esto explica por qué las técnicas, herramientas, conceptos y enfoques de gestión tradicionales del marketing responden con precisión a las necesidades que plantea la comercialización de ese tipo de productos.

Por ello, la justificación habría que buscarla en la propia práctica, ya que la experiencia me viene demostrando que al actuar sobre un mercado de productos debo utilizar las mismas estrategias y herramientas de trabajo que si actuara en uno de servicios, la única pero importante diferencia vendría marcada por la adaptación que se hiciera de éstas al sector específico.

Los compradores de productos y servicios actúan movidos por las mismas motivaciones básicas: seguridad, economía, confort. Las diferencias entre un mercado y otro son sólo de matices y diferencias operativas, no conceptuales. En consecuencia, las mismas técnicas

que se utilizan para vender cigarrillos o automóviles pueden utilizarse para vender bancos, seguros, viajes.

Estos planteamientos nos conducen a una visión global e igualitaria de productos y servicios. Sin embargo, por su importancia, en la palabra clave de adaptar frente a la errónea de adoptar. El profesional del marketing debe ser consciente de que la utilización de las diferentes herramientas de trabajo debe ser acorde al mercado y sector en que nos movamos. En consecuencia, el marketing de servicios debe entenderse como una ampliación del concepto tradicional. Éste debe, por tanto, reafirmar los procesos de intercambio entre consumidores y organizaciones con el objetivo final de satisfacer las demandas y necesidades de los usuarios, pero en función de las características específicas del sector. Ejemplo de ello lo tenemos en el sector de formación, seguros, turístico, banca, juego, mercados que están tan avanzados como los de bienes de consumo.

Sin embargo, existen otros mercados en los que está casi todo por hacer y son los que determinan el grado de desarrollo de un país: marketing cultural, sector público, instituciones no lucrativas, social.

Llegados a este punto conviene clarificar el concepto de servicio ya que llega a confundirse con el elemento complementario y de atención que lleva ajeno todo producto e incluso todo servicio (entendiendo como tal al producto intangible); por eso, la experiencia aconseja decir valor añadido aportado a un producto, vez del servicio que tiene un determinado producto. Para dejarlo claro expondremos el ejemplo del Corte Inglés que cuenta con una clientela fiel tanto en

su cartera de productos (electrodomésticos, muebles, supermercados, moda, libros...) como en su cartera de servicios (agencia de viajes, seguros, informática...) ya que el servicio, mejor dicho, el valor añadido que aporta (atención al cliente, parking, portes gratuitos, financiación, devolución del dinero si no gusta un producto, horario flexible...) hace que el mercado lo valore positivamente*.

1.7 PROTAGONISTAS DEL NUEVO MILENIO

Las relaciones comerciales y económicas del futuro se prevén diferentes a lo que han sido hasta la fecha; vaticinar los hechos y elementos que marcarán el ritmo se convierte en un ejercicio de conocimiento e intuición realmente difícil, pero he considerado oportuno y en cierta medida arriesgado indicar aquellos factores empresariales que denotan un cierto protagonismo dentro del área estratégica del marketing*:

- Aparición de nuevos nichos de mercado. La tercera edad y el consumidor individual son, a título de ejemplo, nuevos consumidores con un mayor nivel de venta y no suficientemente atendidos en su amplio espectro.

* Por [Rafael Muñiz González](http://www.marketing-xxi.com) - Marketing en el Siglo XXI-www.marketing-xxi.com

- Cambios de estilo de vida. La plena incorporación de la mujer en el mundo laboral, los cambios tecnológicos, mayor formación e información... marcarán y descubrirán nuevos mercados y productos.

- Sensibilización hacia el medio ambiente. Existirá una mayor sensibilidad hacia la cultura verde, es decir, la ecología y el cuidado del medio ambiente están predestinados a llegar a ser una importante parte en la cultura del consumidor.
- Outsourcing. Tanto a nivel de fabricación como de servicios, las compañías están viendo en esta forma de gestión una salida muy rentable y altamente competitiva
- Benchmarking. Análisis, estudio y puesta en marcha de las mejores estrategias llevadas por los líderes del sector como por otros afines.
- Innovación. Es un factor de referencia que aparece en diferentes capítulos a lo largo de este libro, ya que la innovación se ha convertido en una herramienta imprescindible para mantenerse con una alta competitividad en el mercado. La innovación se continúa aplicando al tradicional I + D (Investigación mas desarrollo) en los productos, pero la tendencia actual se dirige también a la gestión y procesos de trabajo, así como a nivel comercial y de marketing. Y es que para ser líder, hoy en día, es imprescindible mantener una cultura empresarial de innovación.
- Equipos humanos. Posicionados en una etapa de fuerte convulsión, serán verdaderos protagonistas de los cambios que se prevén, principalmente las fuerzas de venta, el tele trabajo, la flexibilidad de horarios...
- Marca. Más de un autor se está cuestionando la importancia de la marca a la hora de comercializar un producto; considero que complementada con otra serie de valores intangibles, seguirá siendo un valor fáctico del marketing.
- Bases de datos. Se considera que esta es la asignatura que sigue siendo la asignatura pendiente del marketing, ya que su manejo,

actualización y captación parece ser algo realmente complejo, acentuado aún más con la llegada del mágico mundo de Internet.

- Experiencia e ideas. La historia nos ha venido demostrando en el tiempo que esta dualidad complementaria debe funcionar a la par, ya que las ideas e imaginación tienen que ir acompañadas siempre de un saber hacer en la gestión.
- Valor añadido. Lo fue en el mercado tradicional y aún más en el virtual, ya que la selección de un producto o servicio vendrá dado por el intangible que podamos aportar al producto que lo haga singular de cara al cliente.
- Internet, nuevas tecnologías y e-commerce. Serán los que realmente nos obliguen a ir adaptando las estrategias de marketing en las empresas. Las posibilidades son tan ilimitadas que aventurarlas nos dejarían en evidencia en dos o tres años por obsoletas.

2. PUNTOS FUNDAMENTALES EN LOS QUE SE ASIENTA EL MARKETING DE SERVICIOS DE SALUD.

Realmente, el “marketing de servicios de salud” es una estrategia para orientar la organización provisor de tales servicios hacia al mercado, por lo que la gestión debe practicarse en dicho sentido y para ello han de conceptuarse los servicios como productos que se suministran a los pacientes tomando en cuenta la perspectiva de estos respecto a aquellos. La mayoría de los modelos de marketing se basan en la experiencia de competir en el mercado; ahora bien, es de significar que en el sector servicios la competencia se sustenta, tanto a nivel estratégico como operativo, en una condición fundamental: reconocer y aceptar sin reserva alguna que lo

sustancial de lo que se oferta está constituido por el conjunto de aspectos susceptibles de ser percibidos por los clientes; es decir, reconocer cómo perciben estos 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). A partir de tales premisas es como puede planificarse la asistencia sanitaria en base no a un mero “paquete de servicios” sino configurando una oferta integral de los mismos; es decir, basada en el planteamiento de que un servicio de salud es tanto un medio para resolver el problema surgido por la rotura de equilibrio entre el individuo y su medio, como la provisión de aquellos beneficios que buscan o valoran los pacientes en el proceso con el que se da satisfacción a su necesidad.

Es necesario, por tanto, conocer algunas cuestiones en las que se asienta el enfoque de marketing de servicios de salud. Esas cuestiones, 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 (conjugando equilibradamente los elementos esenciales con los que dimanar de las diversas percepciones que tienen lugar en el proceso de la interacción proveedor- paciente), y gestión de la imagen y la comunicación.

2.1 CONFIGURACIÓN DEL CONCEPTO DE SERVICIO

Entre los profesionales del sector sanitario suele ser moneda de uso corriente conceptualizar el servicio que prestan atendiendo fundamentalmente a los aspectos internos y, con demasiada frecuencia, sin prestar mayor atención ni comprender enteramente el punto de vista de los pacientes acerca del servicio que se les

suministra. Esto no supone crítica alguna. Es, simplemente, la constatación de un hecho que hunde sus raíces en un secular modo de prestar su concurso a la aparición de una necesidad que requiere ser certificada por el médico, puesto que la sola apreciación del individuo no es suficiente para corroborar que ha aparecido la enfermedad. Sólo el diagnóstico del médico sanciona realmente la necesidad de curación, rehabilitación o mejora, y eso induce de manera natural a que quede relegado a un segundo plano el punto de vista del paciente. A fin de cuentas, quien se supone que realmente sabe sobre el asunto es el médico y, en consecuencia, al individuo enfermo no le resta más que acatar su dictamen. Evidentemente, esto colabora con notoria eficacia a que se diluya el concepto de servicio y, por eso, la aplicación del enfoque de marketing a los servicios de salud reclama que previamente se haya de comprender y configurar adecuadamente el concepto de servicio como punto de partida. Si no se comprende ni configura, no será posible determinar y clarificar nítidamente las intenciones de la organización acerca de los productos que desarrolla, produce y suministra.

No, no cabe dar por sentado que una institución de servicios de salud (la que sea) sabe de sobra cuál es el servicio que presta y que exigir su adecuada conceptualización raya, por tanto, en la obviedad.

La O.M.S., por ejemplo, define un hospital de la siguiente manera: "Parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico-sanitario y de investigación bio-social". Desde el punto de vista clínico la definición puede que

sea impecable, pero acusa las siguientes carencias: consagra un escoramiento de la actividad hospitalaria hacia la producción, ignora totalmente la correcta conceptualización de servicio y no hace la más mínima referencia a esos otros elementos auxiliares que deben incorporarse a la relación con los pacientes, y que son los que constituyen los valores y beneficios que ayudan a mejor competir. La calificación profesional y la tecnología a aplicar (eso es a lo que en realidad se refiere esa "asistencia médico-sanitaria completa, tanto preventiva como curativa", que se explicita en la definición) se dan más o menos por sentadas por parte de los pacientes. De otra manera, ¿se atrevería alguno de ellos a ponerse en manos de un médico o entrar en un hospital?

Es necesaria la comprensión del adecuado concepto de servicio porque sólo a partir de ahí es posible determinar las intenciones de la organización e insertar en él aquellos procesos clave que, por ser los que constituyen la base de una diferenciación eficaz entre unas instituciones sanitarias y otras, aumentan el valor fundamental de la oferta que se realiza. Para lograr esa diferenciación se cuenta con una serie de decisiones estratégicas que, lejos de ser excluyentes entre sí, constituyen un arsenal del que pueden extraerse elementos de unas y otras para construir si es el caso la que se estime más adecuada. Además, gracias a la adopción de decisiones estratégicas quedarán delimitadas las intenciones de la organización y lo que esta quiere transferir a los pacientes, pues normalmente responderán a cuatro opciones básicas (o por elección de una de ellas). Vemos seguidamente cuáles son esas opciones, que pueden adoptarse bien en conjunto, por separado o bien tomando en cuenta algunas de ellas.

2.1.1 Estrategia de calidad tecnológica

Esta es, sin duda, la que acostumbra a privar en la actividad sanitaria. No deja de tener su lógica, pues los continuos y sorprendentes avances técnicos que se suceden en el campo de la medicina y de otras ciencias afines abonan entre los profesionales de la asistencia una clara inclinación hacia esta estrategia, llegando a considerarla piedra angular del proceso productivo que conduce al servicio prestado.

Sin embargo, tal inclinación no deja de resultar cosa sumamente curiosa. Los médicos, que acostumbran a rasgarse las vestiduras ante los criterios de evaluación económica aduciendo que “un paciente no es un tornillo” y que rechazan de plano (con razón) cualquier sentido o enfoque de carácter industrial a la labor que realizan, no tienen inconveniente alguno en reclamar e impulsar con notable ardor equipamientos sofisticadamente técnicos como medio imprescindible para mejorar la calidad del resultado..., sin reparar en que tales actitudes y confianza son precisamente lo más específico y característico de la fabricación de bienes industriales.

El contrasentido resulta tan mayúsculo como sorprendente, pues contra lo que se dice rechazar lo cierto es que se actúa con criterios idénticos a los del sector industrial, donde la competitividad se centra en la utilización de la tecnología como medio idóneo para ganar en calidad porque constituye un valor en sí misma y un valor fundamental para el cliente. Posiblemente tuviera razón cierto autor que dejándose llevar de un rasgo de humor apuntó no hace mucho que, dados los medios utilizados hoy por los médicos, deberían estos

pasar a denominarse "ingenieros mecánico electrónico- informático sanitarios"; pero la verdad es que en el sector servicios (y más específicamente en el de los servicios de salud, donde ciertamente un paciente no es un tornillo), la tecnología no suele jugar un papel tan decisivo (aunque no deja de tener su importancia). Y no lo juega porque, al margen de la mayor fiabilidad que los medios en continuo avance aportan al diagnóstico, cuanto más aumenta una competitividad basada en aspectos técnicos más se debilita el recurso tecnológico como fundamento para una estrategia. La razón de ello estriba en que, como la calidad de un servicio es en resumidas cuentas la que percibe el cliente, las soluciones técnicas (máxime si son similares entre unas empresas y otras, como evidentemente sucede en el mundo sanitario) no son tan importantes y, por lo que se refiere al proceso que se desarrolla en los servicios de salud, jamás llegarán a erradicar la incertidumbre en el resultado.

Es muy aleccionador el resultado obtenido por Keyser en un estudio llevado a cabo en 1988 sobre la causa de por qué los clientes cambian de proveedores en el sector servicios. Encontró que el 68 por 100 lo hace por la indiferencia, arrogancia o desatención de los empleados y que sólo el 14 por 100 lo hace por no estar satisfecho con el producto (el 18 por 100 restante adujo como razón de cambio otros aspectos varios). Como bien dice Grönroos, esto no quiere decir que una excelente calidad técnica sea menos importante que antes, pero la diferenciación de la oferta mediante el desarrollo de la solución técnica (un bien o un servicio) puede ser imposible, o demasiado cara. Es probable que sea necesario un alto nivel de calidad técnica, pero el éxito no está sólo relacionado con este factor³.

2.1.2 Estrategia de servicios

La estrategia de servicios tiene como finalidad principal consolidar e incrementar las relaciones con los clientes. En el caso de los servicios de salud, su adopción implica transformar los elementos tangibles del proceso asistencial en servicios tangibles y competitivos, proporcionando así al paciente una oferta diferenciada con la que se crea valor añadido al servicio prestado.

Esto no quiere decir que la adopción de tal estrategia suponga un rechazo o una disminución de la importancia e interés que tiene la calidad técnica para la solución de la necesidad de salud. Lo que quiere decir es que la clave para competir se centra en el servicio mediante valores generados y añadidos al mismo para incorporarlos a las relaciones mantenidas con los pacientes explotando con habilidad las características de los mismos. Todo servicio proporcionado en la asistencia sanitaria al margen de lo que constituye el servicio básico (restaurar, mantener, mejorar o rehabilitar la salud del enfermo) crea o incrementa las relaciones con los pacientes; es decir, crea o incrementa un valor añadido. Ejemplo de esto puede ser disponer las cosas para que la extracción de muestras y/o la realización de exploraciones complementarias se realicen sin impedimentos, fluidamente y en el mismo día; se eliminen los tiempos o las listas de espera; se reduzcan al mínimo indispensable los requerimientos burocráticos, etc.

2.1.3 Estrategia de imagen

No se crea que esta estrategia tenga algo que ver con el concepto de "identidad corporativa" o de visión de la empresa en el contexto de aquello que rodea a la organización. Se refiere a la aplicación de una

serie de “extras” añadidos al servicio que se presta y que frecuentemente se crean por medio de la publicidad o de otros medios de comunicación para realzar algo sin sustancia real, pero que hace considerar en la oferta alguna suerte de ventaja competitiva a los ojos de los pacientes. Esos “extras” consisten en la utilización de una serie de medios con los que se potencia un mayor aprecio por el servicio que se oferta. Ejemplos de ello pueden ser la decoración y el mobiliario, la disposición de aparatos de televisión y/o hilo musical en salas de espera y habitaciones, la limpieza, orden y excelente conservación de los inmuebles, la entrega de folletos explicativos sobre el funcionamiento y características de la institución, etc.

2.1.4 Estrategia de precios

Por lo que dijimos anteriormente, al considerar la configuración del precio, en el actual contexto sanitario es esta quizás una estrategia que se aprecia como menos relevante para los servicios de salud. Desde un punto de vista estrictamente monetario, con una estrategia de precios se persigue plantear una competencia basada en el ofrecimiento de una alternativa menos cara para el cliente (cosa que nunca es recomendable como argumento, salvo que pueda mantenerse a largo plazo la capacidad de producir a bajo costo).

Quizás no sea desdeñable de cara a una acción comercial dirigida a Compañías Aseguradoras del ramo sanitario, pero el segmento de pacientes que puede ser sensible a una estrategia de precios más baratos es mínimo, casi inexistente. El acceso del ciudadano a la oferta del sector público carece de referencia alguna al precio es “0” en el momento del aprovisionamiento y cuando accede a la del sector

privado lo normal es que no lo haga con cargo al propio peculio más que una mínima parte. Lo común en este caso es la utilización de una de estas dos vías: a cargo de alguna póliza suscrita con una entidad aseguradora privada o recabando autorización de acceso con cargo a conciertos que tiene establecidos la Administración Pública con él.

Pero no debe perderse vista que hay otro tipo de precios que no son de orden monetario y que todo aquél que accede a un servicio sanitario se ve obligado a pagar. Son unos precios de orden humano y personal, difíciles de cuantificar, pero siempre importantes: el del tiempo que un paciente ha de invertir para ser diagnosticado, tratado y finalmente curado; el de la angustia, la ansiedad y el dolor que comúnmente acompaña al episodio de su enfermedad; el de la incertidumbre ante el resultado; el del desgarramiento interior ante la intuición o la certeza de un fatal desenlace; el de las incomodidades que llevan ajenos algunos tratamientos y métodos exploratorios, etc. Precios que, en efecto, no se abonan en moneda de curso legal; pero que se pagan siempre con notables sacrificios y que no suelen tenerse en cuenta por parte del agente provisor del servicio porque no repara en que suponen un campo magnífico para desarrollar estrategias tendentes a "abaratarlos" o hacerlos lo menos gravosos posible, reportando así sustanciosas ventajas competitivas.

2.2 CONTENIDO DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

En los servicios de salud cabe distinguir tres grupos de servicios:

- Servicio esencial (satisfacción de la necesidad de salud).
- Servicios adicionales (interacciones entre proveedor-paciente que tienen lugar durante el proceso del servicio esencial).

- Servicios de apoyo (imagen y comunicación).

Estos tres grupos forman el todo que configura el servicio global e íntegro que se suministra al paciente, pudiéndolo visualizar de la siguiente manera (Fig. 3):

Figura 3. Representación de la globalidad del servicio suministrado.



2.2.1 Servicio esencial

Constituye la razón de ser de la oferta que se hace y que en nuestro caso se sobrentiende consiste en satisfacer la necesidad de salud, restableciéndola, mejorándola o manteniéndola, como resultado del proceso llevado a cabo. Sin embargo, en la naturaleza de este servicio se concitan algunos puntos débiles que con frecuencia entorpecen proceder acertadamente a su conceptualización y propician que los profesionales den al término *esencial* una consideración tan desproporcionada que muchas veces anula los auténticos requerimientos de un buen servicio. Conviene no olvidar que el estado y nivel de salud que tanto individual como

colectivamente pueden disfrutarse están íntimamente relacionados con unos factores (entorno social, estilo de vida, biología humana, asistencia sanitaria...) que, aunque no todos ejercen la misma incidencia determinante, potencialmente contribuyen a aumentar o reducir la mortalidad.

No hay más que comparar los progresos tecnológicos alcanzados en el campo asistencial con los progresos o las mejoras conseguidas en nutrición, higiene y riqueza económica en general, para constatar que aquellos tienen una escasa repercusión en la esperanza de vida. Claro que eso ya lo advirtió Hipócrates al decir que la salud está relacionada con "las alteraciones del año y sus efectos (...), los vientos ya cálidos, ya fríos (...), las aguas (...), si son de pantano, o delgadas, o duras", y llamando la atención sobre el hecho de que "en una ciudad desconocida debe considerarse su situación y colocación frente a los vientos y a la salida del sol (...), si el terreno es elevado y frío (...), el género de vida de sus habitantes (...), si son bebedores y glotonos (...), o les gusta el ejercicio y el trabajo"*.

Dijimos anteriormente que el valor de la salud, y sobre todo en caso de enfermedad, es potencialmente infinito; pero también es cierto que las mejoras que puedan darse en su estado radican tanto en políticas industriales, agrícolas y educacionales, como sanitarias (debiendo advertirse que, además, estas últimas presentan el añadido de brindar diferentes perfiles temporales en cuanto a costo y beneficios). Entre algunos tratadistas es usual emplear de manera indistinta los términos "salud", "sanidad" y "sanitario", cuando tales términos corresponden a conceptos que, aun orientados a un mismo objetivo, responden a ideas diferentes. El concepto "salud" es dificultoso de definir y, por encerrar un carácter relativo, tremendamente subjetivo. Esa dificultad no es privativa de nuestro

idioma, sino que también se deja traslucir en las diferentes acepciones que le confieren los diccionarios de otras lenguas.

Para la O.M.S., la salud es un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de enfermedad”. En tal definición parece verse una clara intención de anudar en cierto modo las que los diccionarios proporcionan para el sustantivo y el adjetivo, pero en nuestra opinión su mejor virtud reside en que tácitamente introduce a nivel de concepto las incidencias y efectos que, al margen de la biología humana, tienen sobre el individuo los factores de riesgo que se engloban

* Corpus hippocraticum. Título: “Sobre aires, aguas y lugares”.

bajo las denominaciones “medio ambiente”, “estilos de vida”, “situación económica” y “contexto social”, enmarcando así en sus exactos límites la *“esencialidad”* que en el proceso productivo de la asistencia sanitaria se quiere magnificar desde la vertiente del componente técnico. A este tema de la salud, la economía ha hecho importantes aportaciones enfocadas hacia tres frentes: el estudio de la oferta y la demanda de los servicios sanitarios, el estudio de las consecuencias económicas que se derivan de la política inversora y la aplicación de análisis económicos para racionalizar la asignación de recursos. Una de las aportaciones más significativas ha sido que, gracias a los análisis y estudios efectuados, se pudieron evidenciar las limitaciones del enfoque biomédico flexneriano por estar centrado de manera primordial en describir déficit de salud en términos de casos según diagnóstico de episodios individuales, basarse únicamente en el registro de desviaciones respecto a un estado de buena salud y no entrar a definir ni contemplar de forma satisfactoria las dimensiones colectivas⁴.

Por tanto, la *“esencialidad”* a que aquí nos referimos nada tiene que ver con alguna suerte de primacía de la calidad técnica en la provisión global del servicio sanitario. Aquí se habla de “servicio esencial” en el sentido de servicio básico, inherente o sustancial, que forma parte de un servicio global e íntegro suministrado al paciente. En sentido estricto, lo sustancial de ese servicio básico corresponde a un proceso en el que sí se sabe lo que de una forma u otra se hace con los pacientes, pero no cómo se hace o debería hacerse. Esto impide en muchas ocasiones que se puedan insertar en él los aspectos de la calidad funcional del servicio y hace difícil que los profesionales del servicio sanitario lleguen a comprender el enorme impacto que suponen la imagen y la comunicación en la percepción de la calidad (cuando ese impacto es, precisamente, el que tiene mayor incidencia en la valoración total del servicio integral prestado). Sería, pues, un error tremendo concentrar sólo la oferta de servicios de salud en lo que atañe al servicio esencial en función de la calidad técnica del resultado, cuando la calidad funcional del proceso que se lleva a cabo en la prestación del servicio es también parte y muy importante del producto total, lo que conduce necesariamente a que la oferta haya de responder a una planificación y “venta” integral de servicios.

2.2.2 Servicios adicionales

Como la propia denominación indica, son aquellos servicios que se añaden al esencial y que se incorporan a las interacciones proveedor-cliente. Gracias a ellos se incrementa un valor añadido a la oferta integral del servicio durante todo el proceso del mismo. Incrementan un valor añadido porque, al dar con ellos satisfacción a los deseos que generalmente acompañan al de satisfacer la necesidad fundamental, reportan beneficios para el cliente. Naturalmente, como

esos deseos y las situaciones en que se perfilan difieren sensible mente según los individuos, el proceso de prestación integral del servicio sufre la servidumbre de ser percibido de diversas maneras. Por eso, desde el punto de vista de la gestión las características de tales servicios se configuran mayoritariamente en torno a tres cuestiones: la accesibilidad, la interacción con la organización y la idiosincrasia del paciente. Refiriéndonos concretamente a los servicios de salud, vamos seguidamente a detallar cada una de ellas.

Accesibilidad

Accesible es lo que permite una fácil aproximación, trato, comprensión, adquisición o inteligencia de algo o alguna cosa, posibilitando adquirir dominio sobre ello; es decir, poder utilizarlo o disponer de ello con plena autonomía. En consecuencia, decimos que un servicio sanitario es accesible si resulta fácil de utilizar, esto es, si el paciente no se ve frenado por cortapisas o molestias innecesarias. Lógicamente, la accesibilidad depende –entre otras cosas de factores varios: la localización, el horario y tiempo empleado en la realización de tareas, la cantidad y habilidad del personal, el equipamiento de que se disponga, los trámites burocráticos que deban cumplimentarse, el número de pacientes que puedan atenderse..., etc. Aunque las variables que pueden incidir en la percepción de que un servicio de salud es o no accesible son numerosas, cabe aunarlas en cuatro grandes grupos. Estos grupos, de alguna manera, se identifican con:

a) *El local*: Acceso físico desde el exterior, plazas de aparcamiento disponibles, horario de trabajo, etc.

b) *Facilidad de utilización de recursos físicos*: Diseño y condiciones del edificio, señalización, salas de espera, salas de pacientes, cuartos de baño, instalaciones complementarias, etc.

c) *Actitudes y comportamiento del personal*: Trato con el público; tiempo de respuesta a las llamadas telefónicas, a las personas que entran, salen o ya están en el edificio, a los pacientes; profesionalidad; reducción de los aspectos desagradables que pueden comportar las exploraciones, tratamientos o extracción de muestras, etc.

d) *Allanar dificultades*: Cantidad y dificultad de impresos a rellenar, instrucciones acerca de los procedimientos (indicando lo que puede hacerse, lo que no puede hacerse o lo que los pacientes deben hacer por sí mismos) para obviar dificultades, procedimientos de facturación y formas de pago aceptadas, etc.

Todos estos factores son parte y muy importante de los servicios adicionales con que incrementa valor añadido al servicio, por lo que los fallos que puedan provocarse en este ámbito dañan seriamente o arruinan la percepción del servicio integral prestado.

Interacción con la organización

Hay diferentes clases de interacciones. Unas son fruto de la comunicación interactiva que se produce entre profesionales y pacientes (y que, a su vez, dependen del comportamiento de los profesionales asistenciales, de lo que dicen y hacen, y de cómo lo dicen y lo hacen); otras, de las reacciones que se provocan en la utilización de los recursos técnicos y físicos (instalaciones,

herramientas y equipos con los que se desenvuelve el proceso productivo del servicio); y, otras más, de las relaciones mantenidas con otros pacientes implicados simultáneamente en el proceso de producción del servicio. Todas estas interacciones influyen, de una manera u otra, en la percepción del servicio y, como acaba de decirse, si se consideran negativamente repercuten de manera importante en que la calidad percibida del servicio integral prestado sea estimada o valorada a la baja.

Idiosincrasia del paciente

Es innegable que el paciente influye, en mayor o menor grado, en el servicio que se le suministra y, consecuentemente, en la calidad que de él percibe. Al paciente se le pide que suministre información (síntomas de la enfermedad), se espera que cumpla lo que se le indica (medicamentos, ejercicios, planes terapéuticos) y, en algunas ocasiones, que rellene algunos documentos. Esto hace que, dependiendo de su preparación, comprensión y voluntad para hacerlo, el servicio discurra de tal manera que resulte mejor o peor. Por ejemplo, a nadie se le oculta que, si un paciente no es capaz de informar correctamente sobre sus problemas, el médico tendrá mayor dificultad para hacer un diagnóstico correcto o que no podrá hacerlo (al menos, de primer intento). En tal caso, el tratamiento puede ser menos eficaz que si se realizase de otra forma o puede resultar erróneo, perjudicándose entonces el servicio esencial que presta el facultativo. Dependiendo, pues, del grado de accesibilidad de los servicios, del aliciente con que se perciben las interacciones con la organización y de la idiosincrasia de los pacientes en el proceso productivo, el concepto global de servicio puede ser objeto de una valoración u otra. De aquí que el contenido de la oferta de servicios

de salud deba especificar con la mayor claridad posible la configuración del concepto de servicio, los servicios esenciales de que consta, los adicionales que debe añadirse para crear o incrementar valor añadido y las pautas requeridas para preparar a los pacientes a participar lo más adecuadamente posible en el proceso.

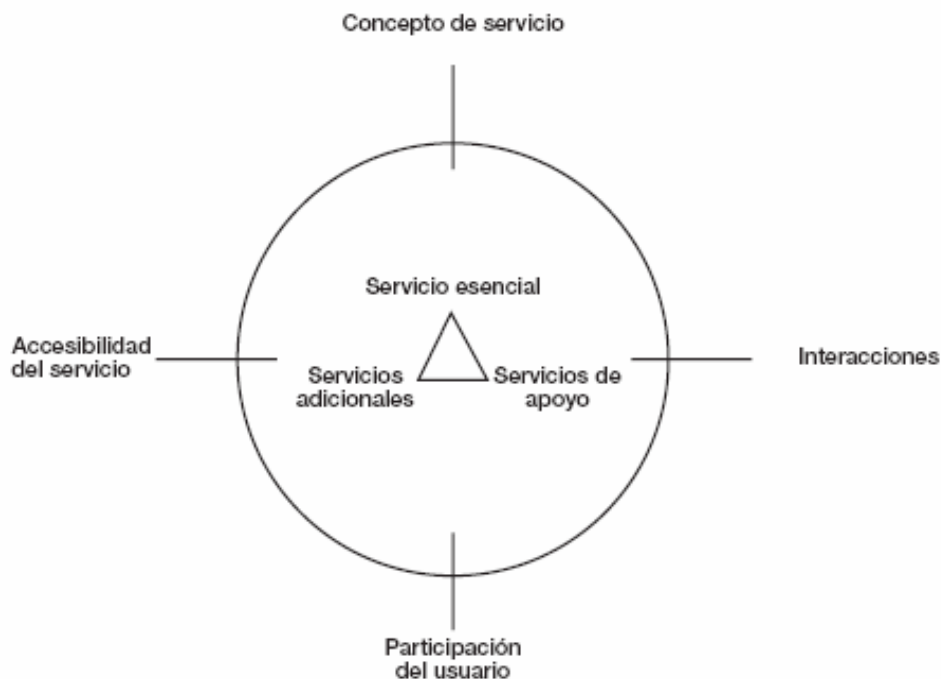
La oferta de servicios de salud es un proceso altamente integrado y no cabe añadir en ella ningún nuevo servicio adicional sin tener en cuenta explícitamente los aspectos de accesibilidad, interacción y participación del paciente en ese servicio (idiosincrasia). Esto resulta aún mucho más crítico si se tiene en cuenta que una adecuada introducción de un servicio adicional puede transformarse en poderosa fuente de ventaja competitiva.

Servicios de apoyo: imagen y comunicación

Es indiscutible que la imagen influye de manera importante en la calidad percibida de los servicios y que, a su vez, esta obedece en gran medida a la comunicación que se lleve a cabo, porque la comunicación también impacta directamente en las expectativas y las experiencias del cliente. La imagen que tenga un determinado servicio de salud constituye un “filtro” a través del cual enjuicia el paciente, de forma más o menos incisiva, la experiencia que ha tenido en el proceso de suministro, induciéndole a considerarla más o menos favorablemente al margen del resultado. Como la utilidad marginal del servicio desaparece conforme se avanza en el proceso de curación, rehabilitación o mejora, la imagen –sobre todo en la fase final del proceso tiende a ir ganando posiciones hasta llegar a asimilarse como parte integral del servicio durante el desarrollo del producto. Este asunto de la imagen presenta dos perfiles: uno correspondiente a la global de la empresa que provee el servicio (dibujado por medio de la publicidad, las relaciones públicas, los

anuncios y folletos, la "fama"...)) y otro correspondiente a la construida "in situ" (durante el curso de las interacciones entre proveedor y paciente, y que, como ya se ha señalado, configuran la dimensión de la calidad funcional del servicio). Tanto para uno como para otro, la comunicación condiciona o forma en gran medida la imagen recibida, resultando de una especial incidencia a largo plazo la comunicación "boca a boca". Está ya suficientemente contrastado que los comentarios negativos hechos por los pacientes llegan a impactar con enorme facilidad y, a la larga, contribuyen de manera importante a cambiar la percepción que una persona puede experimentar durante y tras la asistencia que se le proporciona. La forma en que estos puntos afectan a la percepción de una oferta eficaz se puede visualizar con en la figura 4, que, a su vez, constituye una interesante falsilla para guiar la gestión en el contexto de un enfoque de marketing en los servicios de salud.

Figura 4. Percepción de una oferta eficaz.



3. CONCEPTOS DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

3.1 GARANTIA DE LA CALIDAD

En el marco de la garantía de la calidad se proponen tres variables: La calidad de los servicios, la satisfacción y fidelización de los usuarios.

3.1.1 CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Existen diferentes definiciones de calidad de los servicios, entre estas tenemos:

- Calidad es ajustar los servicios a estándares nacionales o internacionales,
- Calidad es ajustarse a las necesidades del usuario.

Los modelos mas aceptados para la medición de la calidad desde la perspectiva del paciente son:

- Modelo de Passer, Olson y Wyckoff.
- Modelo de Gronross
- Modelo SERVQUAL

Modelo de Passer, Olson y Wyckoff.

El usuario traduce sus expectativas en atributos ligados tanto al servicio base (servicio que es la razón de la existencia de una institución) como a los servicios periféricos. En tal sentido, para

evaluar la calidad del servicio el usuario puede optar por una de las siguientes alternativas:

- a. Seleccionar un único atributo de referencia. El que el usuario considere más importante, asignándole un cólico renal que le produce intenso dolor, su principal expectativa será el alivio del dolor.
- b. Seleccionar un atributo determinante, con la condición de que el resto de atributos alcancen un mínimo de satisfacción. (Un paciente con la misma dolencia que el anterior, podía tener como expectativas el alivio del dolor, pero además esperaba recibir un trato amable, que el local este limpio y ordenado etc.

Modelo de Gronross (1984).

Propone tres factores que determinan la calidad de un servicio:

- a. Calidad técnica, que puede ser objeto de un enfoque objetivo del usuario. Su aparición se basa en las características inherentes al servicio (horario de apertura, rapidez de paso por la caja, etc.)
- b. Calidad funcional, (también conocida como calidad relacional), que resulta de la forma en que se presta el servicio al usuario (comportamiento de las cajeras).
- c. La percepción del usuario en relación a la institución, basada en sus experiencias anteriores (es resultante de los factores anteriores).

Según este modelo la calidad funcional es mas determinante que la calida técnica y que el encuentro entre prestario del servicio y el usuario constituye el fundamento de la calidad. En síntesis, la calidad de servicio tiene como valor predominante la satisfacción del usuario y se definiría como la minimización de la distancia entre las expectativas del usuario con respecto al servicio y a percepción de este posterior a su utilización.

Modelo SERVQUAL

Los autores proponen la existencia de una calidad esperada (expectativas) y una calidad percibida (percepciones), basados en factores que implican ausencia de calidad:

El primer paso (y, probablemente el mas importante), para la prestación de servicios de calidad es conocer las expectativas de los usuarios externos.

3.1.2 SATISFACCION DEL USUARIO

El análisis de satisfacción del usuario, permite obtener acerca de los aspectos relacionados con la estructura (comodidades, instalaciones físicas y organización), el proceso, (procedimiento y acciones realizadas en la consulta) y el estado (cambio en el estado de la salud y la percepción general recibida). Este análisis también permite obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener información.

La satisfacción del usuario esta dada bajo cinco ejes:

- Personal médico: que incluye aspectos como disponibilidad, desempeño profesional, estilo personal y estilo de comunicación.
- Personal no médico (Enfermera, Auxiliares): los aspectos incluidos son disponibilidad, actitud y desempeño.
- Atributos del servicio: aquí se consideran la gama de servicios, la percepción de la calidad, el tiempo de espera no médico, los exámenes diagnósticos y el costo del servicio.
- Servicios relacionados. Se incluye fármacos y alimentación.
- Institución: se consideran características generales y específicas. Dentro de las primeras se incluyen aspectos como la localización, apariencia disponibilidad de parqueo; y la segunda se incluye limpieza, confort etc.

3.1.2 FIDELIZACION DEL USUARIO

La calidad del servicio se traduce en una mayor o menor grado de satisfacción del usuario, en función de las expectativas previamente generadas. Una vez obtenida la satisfacción del usuario, esta es normalmente una condición necesaria pero no suficiente para general la fidelidad del usuario.

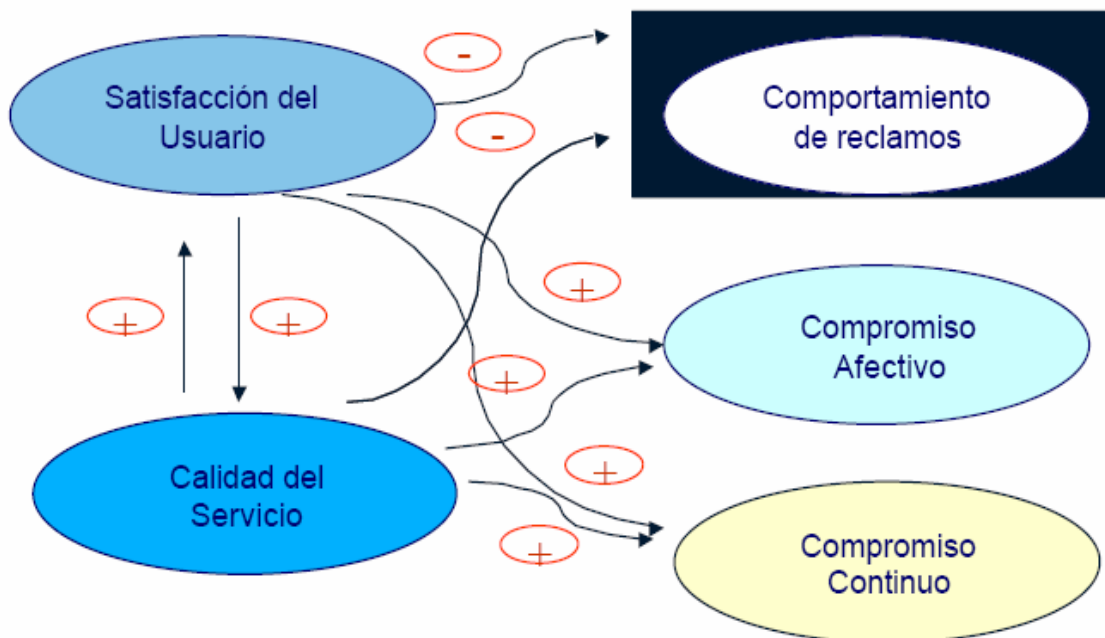
La calidad del servicio afecta en forma clara y directa sobre un atributo de la personalidad: **La confianza**. El máximo grado de confianza se obtiene evidentemente en la relación personal, en la demostración de promesas cumplidas que se consigue de forma muy superior a través del servicio prestado. Por consiguiente:

- Lograra la excelencia en el servicio es el mejor medio para conseguir la fidelización del usuario.
- La calidad del servicio es una condición necesaria pero no suficiente para generar lealtad en el usuario.

Una mala calida en el servicio tiene como consecuencia la insatisfacción del usuario y los reclamos por parte de este y por lo contrario un usuario satisfecho tiene como consecuencia un compromiso efectivo y continuo hacia la institución; esta relación se aprecia en la figura adjunta.

Relación entre la Calidad del Servicio, satisfacción del Usuario y Fidelización del usuario.

Figura 5. Relación entre la Calidad del Servicio, satisfacción del Usuario y Fidelización del usuario.



Shemwell y Col.
Fuente: Biblioteca Central UNMSM

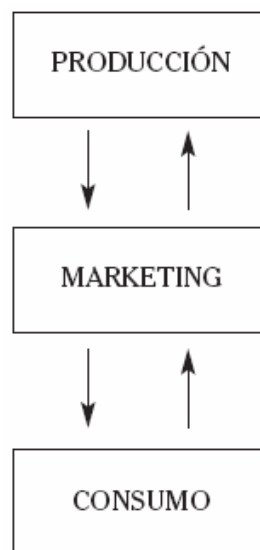
4. GESTIÓN DE MARKETING

4.1 FUNCIÓN Y OBJETIVOS DEL MARKETING

4.1.1 FUNCIÓN DEL MARKETING

Desde el punto de vista del marketing tradicional se considera que la función de este tiene por objeto la mediación en determinadas interacciones que se producen entre la producción y el consumo. Así estimada, la función del marketing se sitúa inevitablemente de manera estanca en el estructura organizativa de la empresa como una más de las que se realizan bajo la responsabilidad de un directivo de operaciones, que la gobierna de igual manera que con referencia a las suyas puede hacerlo el de producción, el de finanzas, el de administración, el de ventas o el de personal y recursos humanos. De acuerdo, pues, con un concepto tradicional la representación de la función de marketing puede hacerse esquemáticamente de esta forma (Fig. 6):

Figura 6. Concepción tradicional de la función de marketing.

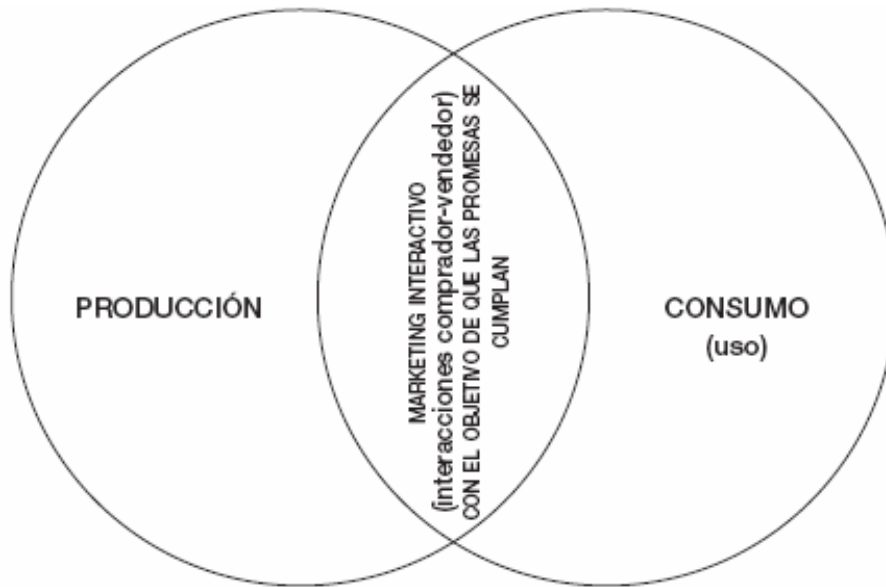


Cae de su peso que cuando la función del marketing se interpreta como una más de la empresa, operativamente queda reducida a un área de actividad dedicada a la investigación del mercado (potencial, competencia, precios, segmentación...), la promoción de las ventas (publicidad), la venta de corte personal (coadyuvante o complementaria a la que se desarrolla por la acción comercial propiamente dicha), las relaciones públicas y cualesquiera otras tareas que pueden surgir por ese carácter de mediación entre la producción y el consumo. Dibujada así la función del marketing, la manera de llevar a cabo sus actividades requiere del concurso de una serie de profesionales y/o especialistas en esos campos. Ciertamente, una separación de tal tenor puede tener sentido en aquellas empresas industriales de producción masiva cuyos productos se compran y se venden lejos del lugar de fabricación a clientes que jamás entrarán en relación con ellas, pero "no parece apropiada para los sistema de servicios en los que existe una simultaneidad entre la producción, la entrega y el consumo"⁵.

La inadecuación es evidente porque al cliente de un servicio le influyen, tanto como la calidad del producto, los medios de producción (instalaciones, recursos humanos y materiales, tangibles e intangibles) y el proceso productivo (comportamiento de los empleados y manera como se utilizan las instalaciones y los medios de producción). Esa influencia hace que en los sistemas de servicios la función del marketing deba extenderse a cada componente de la organización y provisión del servicio (sea este humano o no humano), y a cada etapa del proceso productivo y suministro del mismo. La importancia que tiene mantener una actitud mental de marketing en todas las interrelaciones que se provocan entre producción y consumo impide que este quede limitado a una mera función mediadora, puesto que juega un papel eminentemente interactivo en todos y cada uno de los momentos en que interactúan comprador y

vendedor. Por eso, la representación gráfica más acertada de la función del marketing en una empresa de servicios, puede ser esta (Fig. 7):

Figura 7. Concepción de la función de marketing en la empresa de servicios.



Harina de otro costal es que, con el fin de respaldar las interacciones que se producen entre comprador y vendedor, en las empresas de servicios tengan que compatibilizarse las actividades del marketing interactivo con los esfuerzos del marketing tradicional para reforzar el proceso de planificación de recursos y operaciones, gracias a los cuales la organización desarrolla y mantiene a largo plazo las relaciones con sus clientes.

Esto nos permite dar un primer paso y decir que, en sentido estricto, la función del marketing incluye cuatro aspectos fundamentales:

- Conocer y comprender el mercado (investigación y estudios).
- Localizar y escoger los segmentos o "nichos" de mercado, colaborando al diseño de los productos (precio, calidad,

relación precio/calidad, necesidades, oportunidades, etc.), estableciendo prioridades, identificando quiénes son los competidores, conociendo mejor los gustos y deseos, y asegurando la fidelidad por medio de la adaptación de los productos a esos deseos y gustos.

- Planificar, realizar y controlar los programas de marketing que se hayan decidido.
- Modelar y preparar a la organización para que todas las personas pertenecientes a ella se concienticen de la importancia de su cometido, desarrollen su trabajo con la mayor calidad posible, y se realicen con éxito los programas y actividades de marketing.

En suma, podemos concluir que la función del marketing consiste en hacer que “la empresa base todas sus actividades en las necesidades y deseos de los clientes que integran los mercados objetivo seleccionados”⁶ por medio de una adecuada planificación, una correcta realización y un escrupuloso control de los programas de marketing que se hayan decidido.

El ciclo de vida

Desde la perspectiva de la función del marketing, el llamado “ciclo de vida” hace referencia al que describe el producto (o servicio) y, aunque responde a una idea que encierra cierta inestabilidad, constituye un concepto fundamental.

Acerca de él, el profesor Grande Esteban señala que se trata de una construcción teórica por medio de la cual se supone que a los productos y los servicios les sucede lo mismo que a las personas; es

decir, que nacen, se desarrollan, alcanzan la madurez y, finalmente, mueren. El ciclo de vida del producto es una construcción teórica muy ilustrativa pero, aunque a *"posteriori"* sea posible modelizarlo, en la forma que propone la teoría existen dudas sobre su eficacia operativa (e incluso sobre su existencia real). Para modelizarlo basta con relacionar las ventas con el tiempo y encontrar alguna función matemática que se ajuste convenientemente.

De todas formas, cuando se trata de bienes físicos no cabe duda de que es útil para tomar decisiones de marketing; pero surgen dudas cuando se trata de aplicarlo a los servicios, pues el ciclo puede tener cualquier forma, hay indefinición en lo que se entiende por servicio y existen serias dificultades para que muchas empresas de servicios desarrollen una cartera de productos equilibrados⁷.

Por lo que atañe a las empresas o instituciones proveedoras de servicios sanitarios, con esta advertencia Grande Esteban acierta de lleno con la realidad. En efecto, la empresa sanitaria suministra un tipo de servicios cuyo proceso de producción es altamente heterogéneo (lo que abona que el ciclo de vida de sus productos presente multitud de formas) y no son fácilmente "comunicables" (¿cuáles son sus verdaderos atributos?), presentando tal suerte de indefinición que no hay más remedio que bucear por los *"output"* intermedios. Así las cosas, resulta muy problemático hablar de que en ella pueda darse una "cartera de servicios", puesto que se desconoce su calidad hasta que no se proveen y eso impide que el usuario (consumidor o paciente) pueda hacer comparaciones previas con otros (como es el caso cuando se trata de bienes físicos). Además, los servicios sanitarios encajan más estrechamente que cualquier otro tipo de bien en un sistema de valores individuales y sociales, y eso –

en cierto modo los preserva de poder ser rechazados, pues conectan directamente con la necesidad de conservación.

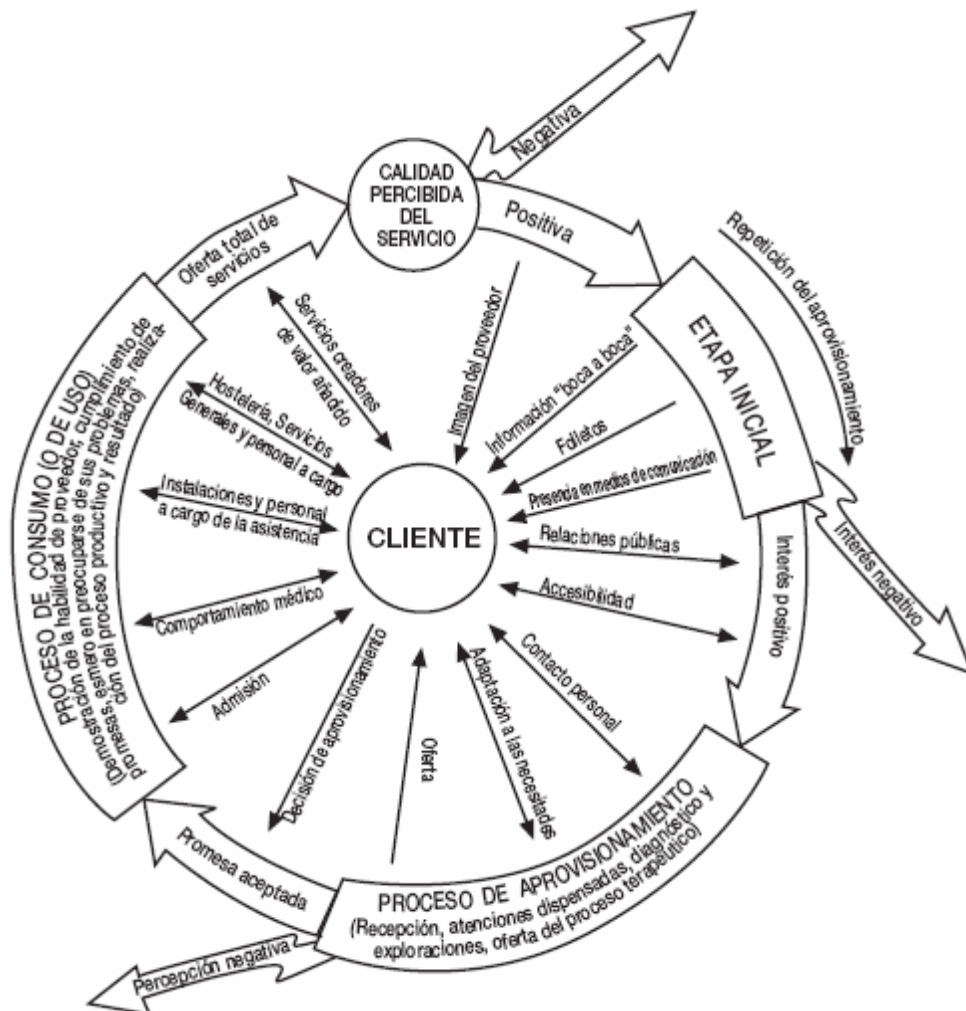
Esto conduce a que, con demasiada frecuencia, las personas que trabajan en una organización sanitaria tiendan a ver a los usuarios (o pacientes) como un fenómeno abstracto que se materializa en una colección de individuos enfermos difícilmente considerables como "clientes "porque continuamente se suceden unos a otros, reemplazándose entre sí.

Cuando se tiene tal tendencia, no sólo se frustra la necesaria consideración de "cliente" sino la misma percepción individual del usuario o paciente, ya que se transforma en un "caso" o se convierte en un "número" (ahí está esa costumbre tan generalizada de referirse a un paciente como "el de la habitación 312" o más lacónicamente "el de la 312", o la no menos extendida de avisar a quien espera para pasar a una consulta diciendo "¡el 28!").

En tales condiciones, aplicar la teoría del ciclo de vida del producto que se provee carece de mayor significación. Sin embargo, sí existe un ciclo de vida. Lo que ocurre es que no cabe referirlo al producto o servicio sino al que discurre a través de la relación con los pacientes. Ese ciclo, ya no es que sea fundamental, sino fundamentalísimo. Cada paciente establece una relación con el proveedor del servicio sanitario que debe ser desarrollada y mantenida por toda la organización en su conjunto. Ciertamente que para el individuo que está enfermo no hay elasticidad de sustitución entre la demanda de servicio sanitario y la de cualquier otro bien porque la utilidad marginal de la curación al menos inicialmente es infinita, pero las

relaciones con los pacientes (usuarios o clientes) no están simplemente ahí, sino que hay que ganárselas, y esas sí que responde a un auténtico ciclo vital que nace con su necesidad de salud, se desarrolla a través de las interrelaciones que se provocan a lo largo de todo el proceso productivo, alcanzan su madurez con la curación, rehabilitación o mejora, y se extinguen con el alta médica. Este ciclo de vida puede ilustrarse por medio del esquema de la figura 8:

Figura 8. Ciclo de vida en base a la relación con los pacientes.



Fuente: Adaptado a partir de Grönroos Ch, 1994.

Cualquier individuo es un cliente potencial de una institución sanitaria (ya expusimos páginas atrás que la salud es un bien escaso y que, si es que existen, pueden contarse con los dedos de una mano los

individuos que disponen de salud a raudales) y en el esquema de la figura 8 está representado en el centro del mismo. Antes de caer enfermo la relación del individuo con el proveedor del servicio sanitario se halla en la etapa inicial del ciclo de vida que se desencadenará cuando lo necesite. Surgida esa necesidad aparece la segunda etapa del ciclo, consistente en decidir el aprovisionamiento acudiendo a una institución sanitaria para que se le diagnostique el mal que padece y se le oferte el proceso terapéutico oportuno.

En este estadio se produce, en términos de expectativa, una evaluación potencial del servicio ofertado y, si esta es positiva, el paciente (cliente) aceptará probarlo, entrándose así en la tercera etapa del ciclo: el proceso de consumo (o etapa de uso). Durante este proceso, el paciente (o usuario) observa la habilidad del agente proveedor en el suministro del servicio y forma en que se ocupa de sus problemas, valorando así hasta la consecución del resultado la calidad técnica y funcional que él percibe.

Finalmente, con el alta médica en la mano, se entra en la cuarta etapa: la extinción de la relación con el proveedor y conclusión del ciclo hasta que una nueva necesidad vuelva a desencadenar otra vez este recorrido. Evidentemente, el usuario –paciente, consumidor o cliente puede abandonar el ciclo en cualquier etapa (bien eligiendo otra institución ya en la fase inicial, bien acudiendo a ella si la evaluación potencial del servicio ofertado en la segunda etapa no es positiva, bien solicitando el alta voluntaria en la tercera, bien descartando volver al mismo agente proveedor tras la cuarta...) o quedarse en él y pasar a la siguiente. Es obvio que los esfuerzos de marketing que se hayan llevado a cabo a lo largo del ciclo influirán en la decisión que tome y, en consecuencia, los objetivos del plan y

actividades de marketing deberán estar en perfecta sintonía con la fase o etapa en que se hallen las relaciones con el cliente. Así, por ejemplo, en la etapa inicial el objetivo del marketing consistirá en crear un interés por la institución y los servicios sanitarios que se ofertan; en la segunda, inclinar al individuo enfermo a que “acepte las promesas” implícitas en la oferta realizada para solucionar sus problemas de salud (confirmar su esperanza); en la tercera, brindar una serie de experiencias positivas tanto técnica como funcionalmente, velar porque sean atendidos correctamente todos sus problemas y lograr que se cumplan escrupulosamente las promesas que estaban implícitas en la oferta... O sea, los objetivos de cada una de las etapas deben perseguir que las relaciones proveedor-consumidor se consoliden y prolonguen de tal manera que, si este tuviese en un futuro necesidad de nuevas atenciones sanitarias, vuelva otra vez a la institución que ya le ha atendido impulsado por ese genuino sentimiento que anima siempre a un cliente satisfecho.

Puede caerse en la tentación de pensar que semejante ciclo carece de mayor sentido en las instituciones sanitarias del sector público. Ya dijo Oscar Wilde que la mejor forma de evitar una tentación es caer en ella, y en ese sector son mayoría los que evitan la tentación cayendo en el convencimiento de que, como “la clientela está asegurada” gracias al casi monopolio que se tiene en él sobre los pacientes, no cabe hablar de tales cosas. No deja de ser un craso error. Ese “aseguramiento” conduce precisamente a mayores dificultades para consolidar unas buenas relaciones proveedor-cliente (los inconvenientes para poder elegir libremente el proveedor acaban aumentando siempre las insatisfacciones) y son germen de actitudes imprevisibles que, en más de una ocasión, “engrasan” el camino que conduce a la presentación de quejas e incluso de más de una

demanda ante los tribunales de justicia. Trátese de sector privado o de sector público, el ciclo de vida que discurre a través de la relación con los pacientes está ahí, es de capital importancia y la “fuga” del circuito puede llevar a no ver más a ese paciente.

El “*mix*” de marketing

Si la función de marketing compete y ha de ser asumida por todos los miembros de la organización, el “*mix*” de marketing, o decisiones sobre las actividades que atañen a las famosas cuatro “P’s” (producto, precio, punto de venta –o distribución y promoción), se desarrolla en un departamento específico de la empresa (el “departamento de marketing”) tras analizar y considerar atentamente los varios extremos que corresponden a cada una de las variables o actividades que integran esa mezcla. Como es lógico, hay decisiones y actividades que son comunes a las organizaciones cuyo objeto es la producción ora de bienes físicos ora de servicios; pero, como los servicios poseen rasgos específicos, algunas de las actividades que han de llevarse a cabo en estas son diferentes de las que normalmente se desarrollan en aquellas.

Ahora bien, en cualquiera de los casos, ¿qué es lo que se persigue con un “*mix*” de marketing? En líneas generales cabe responder a esta pregunta diciendo que lo que se persigue es suministrar el producto más adecuado a las necesidades y requerimientos del consumidor, hacerlo al precio que reporte mejor beneficio para el comprador y para el vendedor, situar el producto en la forma más accesible para su venta (cobertura geográfica, cuidada logística, pertinentes canales de distribución), y poner todo eso en conocimiento del mercado a través de la publicidad, la promoción y

las relaciones públicas más efectivas. Eso se consigue mezclando apropiadamente unas cosas y otras para lograr un único objetivo: crear un intercambio en el que queden satisfechas las necesidades individuales y los objetivos organizativos, optimando la mejor relación coste-beneficio (rentabilidad). En el caso concreto de los servicios sanitarios, los elementos específicos que corresponden a un "mix" de marketing tienen algunas particularidades que conviene analizar para su mejor adecuación. Vamos a ello.

Producto

La particularidad del producto reside en que este es una variable sobre la que la capacidad de actuación resulta muy limitada. Arrow señala que todas las características singulares de la empresa de servicios de salud se derivan prácticamente de la prevalencia de la incertidumbre⁸ y, en cuanto a los métodos de producción, en ninguno se da una desigualdad de información entre productor y comprador como en este.

Además, la dicotomía entre producto final y productos intermedios tiene un significado muy relevante y en el producto que se oferta concurren dos facetas fuertemente diferenciadas: el servicio-información (diagnóstico-proceso-curso clínico) y el servicio productivo (personal-equipamiento-tecnología). Lo que ocurre con el paciente tiene mucho que ver con su propia condición, pero más aún con los factores propios del proceso productivo (ajenos, por cierto, a esa condición misma de paciente). Entre ellos destaca con luz propia la heterogeneidad, no siempre justificada, de las prácticas médicas. Creer que en todos los casos de la práctica médica se produce una correspondencia entre proceso y resultado es una angelical

ingenuidad, aunque lo peor de todo es que tal correspondencia, velada por lo heterogéneo de la práctica médica, puede enmascarar perfectamente lo que realmente ha de medirse o constituye el producto. Todo esto hace que la variable producto no contenga mayor capacidad para poder actuar sobre ella como elemento del “*mix*” de marketing, máxime si se tiene en cuenta que la calidad del producto se genera en el momento de la provisión del servicio (de aquí que nos hayamos detenido antes en hablar con algún detenimiento de la calidad). De aquí que, como la calidad forma parte de la relación interpersonal, en esta variable influyan mucho más los aspectos personales que los estándares técnicos y eso hace que la actuación deba enfocarse hacia aquellos más que hacia estos.

Precio

En el suministro de servicios, el precio siempre interactúa con la calidad y su fijación viene determinada en gran medida por la capacidad de pago del mercado, pero en el caso de los servicios sanitarios se da una particularidad: si son públicos lo establece la Administración y si son privados, pero concertados con el sector público (así son la mayoría), lo condiciona en gran parte fijando unas tarifas. Por eso, salvo en aquellas instituciones que pueden gozar de cierto margen de maniobra para establecerlo, el precio no afecta a los beneficios (los recursos financieros no dependen de los ingresos y los costes de producción corren a cuenta de las dotaciones presupuestarias establecidas al efecto por la Administración). Pero eso no quita para que no constituya una variable del “*mix*” de marketing.

En efecto, como ya se dijo anteriormente, hay un precio que no es de orden monetario (aunque sí real y efectivo) y que quizás por eso interactúa con la calidad percibida de manera mucho más velada –y también más determinante que el abonado en moneda de curso legal. No es fácilmente cuantificable, pero afecta a criterios de inversión que son de índole personal, íntima y muy profunda, suponiendo un auténtico descalabro para el individuo si resultan demasiado “caros”. El mayor problema radica en que “la capacidad de pago” influye en el resultado del diferencial entre lo esperado (expectativas) y lo experimentado (comprobaciones), por lo que puede incidir negativamente en la calidad percibida.

Punto de venta

Al tratarse el servicio sanitario de un servicio básico, la particularidad estriba en que reviste especial importancia no tanto la localización como la accesibilidad. En este sentido, dado que el servicio sanitario se produce y se consume simultáneamente en el proceso de “entrega” (que se sustenta en un contacto que es cara a cara) este elemento ha de interpretarse como lo que resulte más cómodo y conveniente para el usuario. Ahí radica el especial cuidado que se ha de tener con la señalización y limpieza del local, con la decoración, con el trato que se dispense, con la atmósfera de atención y bienestar que se cree.

En la provisión de servicios de salud, la “P” del “*mix*” de marketing que corresponde al punto de venta hay que traducirla necesariamente en términos de horario, de equipamiento, de trámites burocráticos, realización de tareas, cantidad y habilidad del personal, tiempos de repuesta, profesionalidad, reducción de los aspectos desagradables o molestos que pueden comportar las exploraciones, tratamientos,

extracción de muestras, etc. Así traducida, esta "P" adquiere un mayor peso específico porque se enmarca en parámetros tan decisivos para la configuración de la opinión del paciente como son la información y la comunicación.

La advertencia del profesor Grande Esteban, consistente en llamar la atención sobre las tres nuevas "P's" adicionales en el mundo de los servicios, a las cuatro del mercado⁷⁵, tiene aquí su aplicación más idónea. Se trata de Personas ("*People*"), Procesos ("*Process*") y Atención al Consumidor ("*Customer Service*"). La primera de ellas constituye un factor de diferenciación y de posicionamiento porque la accesibilidad del servicio depende en gran medida de la persona (o personas) que lo preste. La segunda constituye la columna vertebral de la asistencia sanitaria, pues siempre discurre por mecanismos o rutinas consustanciales al proceso productivo del servicio. La tercera es la consecuencia lógica de adoptar el principio de empresa orientada al consumidor para atenderle lo mejor posible, y eso enlaza directamente la traducción a la que se acaba de hacer referencia.

Promoción

En el servicio sanitario, la "P" de "promoción" no atañe sólo a la publicidad y a las relaciones públicas (folletos, anuncios, presencia en los medios de comunicación, etc.), sino que concierne principalmente a tangibilizar lo que es intangible, cuidando el entorno físico, los signos visuales (uniformes, grafismos.), los esquemas organizativos de la institución, la eficacia, los atributos funcionales... La particularidad de este elemento en los servicios de salud lleva a la circunstancia de que la auténtica promoción que cabe hacer de ellos es la que trasciende de no perder de vista estas tres cosas⁹:

- Que el establecimiento de una relación implica hacer promesas.
- Que el mantenimiento de una relación se basa en el cumplimiento de las promesas.
- Que el desarrollo y consolidación de una relación significa un nuevo conjunto de promesas que se hacen luego y que tienen como requisito ineludible el previo cumplimiento de las que se han hecho con anterioridad.

4.1.2 OBJETIVOS DEL MARKETING

Un objetivo, entre otras muchas definiciones, puede conceptuarse como un fin hacia el cual ha de dirigirse toda la organización. De aquí que se hable de “objetivos generales” (los que expresan las metas que a nivel global se propone alcanzar una empresa) y de “objetivos operativos” (los que, como concreción de esas metas, se fijan de manera operacional a las distintas unidades que a nivel de decisión configuran la empresa, dando lugar posteriormente a otros “subobjetivos” que se establecen en los niveles inferiores para posibilitar el logro de los operativos a mayor nivel y con ello el de los generales).

Ahora bien, en una empresa orientada hacia el consumidor los objetivos generales serán siempre unos objetivos de marketing, independientemente de que la actividad de marketing tenga a su vez, y perfectamente compatibilizados con los generales de la empresa, los suyos propios. Objetivos, por ejemplo, como “satisfacer mejor las necesidades de los consumidores”, “aumentar los beneficios”, “alcanzar una determinada cuota de mercado”, o “mejorar la imagen

de la empresa”, son objetivos de carácter general o metas formuladas de manera abierta que afectan a todos los niveles, unidades y personas de una organización. Objetivos como “atender a un determinado segmento del mercado”, “penetrar el mercado «X»”, “ampliar la gama de productos”, “batir a la competencia en el mercado «Y»” o “ampliar los canales de distribución en el territorio «Z»”, son objetivos específicos de la actividad de marketing que concurren operativamente al logro de los generales.

Kotler dice que, como “los servicios se caracterizan por tener muchas características de experiencia y credibilidad, los consumidores se sienten con más riesgo en su compra” y que eso tiene varias consecuencias.

“En primer lugar, los consumidores confían más en la comunicación de persona a persona que en la publicidad. En segundo lugar, prestan mucha importancia al precio, al personal y a los aspectos tangibles, para juzgar la calidad. En tercer lugar, y siempre que se encuentren satisfechos, son muy leales a su suministrador de servicios”¹⁰. Esto hace que las empresas de servicios encaren con carácter general conseguir tres objetivos fundamentales: incrementar su diferenciación, mejorar la calidad de sus servicios y superar su productividad. Las actividades que conducen al logro de estos tres objetivos interaccionan entre ellas, pero comportarán un mayor o menor peso específico según sea la posibilidad de valoración de la oferta por parte del comprador.

De hecho, hay servicios cuya calidad técnica no puede juzgarla el consumidor hasta que los recibe y servicios que le son difíciles de valorar incluso después del consumo. En la figura 9 aparecen clasificados varios productos y servicios según su dificultad de

evaluación. A la izquierda aparecen algunos de los bienes que sí se pueden analizar previamente a la compra, en el medio algunos de los bienes y servicios en los que concurren numerosas características de experiencia (es decir, características que sólo se pueden valorar después de la compra), y a la derecha algunos otros bienes y servicios con diversas características de credibilidad (o sea, características que el comprador encuentra difícil de valorar incluso tras haberlos consumido).

En el extremo de la derecha, y dentro del campo en el que están asentados los servicios con “muchas características de credibilidad”, aparecen las “diagnosias médicas”. Es este un servicio de muy difícil valoración porque en él, más que cualquier otro, incide la incertidumbre tanto sobre el agente proveedor como sobre el usuario. Desentrañar cuál ha sido la causa de rotura en el equilibrio entre el individuo y su medio puede obedecer a múltiples razones, supone elemento fundamental para la sintomatología que presenta y resulta necesario para encauzar debidamente el tratamiento. Esto lleva a concluir que en el marketing de servicios de salud, y de los tres objetivos fundamentales que se apuntaban antes, hay dos cuyo logro –por orden de importancia resulta vital: la calidad del servicio y la diferenciación competitiva (objetivos estos que sólo serán alcanzables por medio del tercero: la productividad).

Figura 9. Evaluación de algunos productos y servicios.



Fuente: (Kotler Ph, 1992)

Diferenciación

Aunque en los servicios de salud la diferenciación ya va marcada en conjunto por el nivel asistencial al que pertenece una institución (que se traduce en la disponibilidad de técnicas más o menos sofisticadas y posibilidad de oferta), el principal medio de marcar una diferencia reside en la forma en que se presta el servicio y en la imagen de la organización. Con independencia del mayor o menor volumen de oferta, esta puede incluir características secundarias innovadoras (en el caso de hospitalización, por ejemplo, habitaciones individuales o, en general, uniformes originales, biblioteca para uso de los pacientes, posibilidad de comida a la carta para quienes no han de ajustarse a algún tipo de dieta especial, instalación de televisores en las habitaciones y/o salas de espera, hilo musical, etc.).

Ciertamente, la mayor parte de las innovaciones pueden copiarse fácilmente, pero la organización proveedora de servicios sanitarios que se esfuerce en añadir e introducir innovaciones puede obtener una sucesión de ventajas competitivas y afianzar una reputación de que ofrece a los pacientes "lo mejor". En cuanto a la forma en que se

presta el servicio, la diferencia puede lograrse de tres formas: a través de las personas, a través del medio físico y a través del proceso productivo. Un agente proveedor de servicios sanitarios puede marcar grandes diferencias gracias a tener un personal de contacto ampliamente capacitado y con habilidad suficiente para comunicar o transmitir al paciente una gran confianza, gracias a ofrecer un entorno físico de superiores características al de otras organizaciones y gracias a realizar el proceso productivo en un marco que proporcione al paciente las mayores comodidades posibles en cuanto a protocolos de actuación, evitación de dolor o sufrimiento, información permanente, etc. Bernard J. Lachner, presidente del Hospital de Evanston, subrayó la importancia de este objetivo comentando lo siguiente: "Supongamos que el médico, la enfermera, el camarero, el responsable de cuidados intensivos o el recepcionista, es descortés; que el personal existente golpea las camas durante su limpieza; el del parking no ayuda cuando está lleno; el de la cafetería no satisface a los visitantes; o la farmacia tiene horas limitadas para el personal de visita; todo ello sugiere que el hospital actúa buscando su propia conveniencia y no la del paciente, su familia y amigos"⁶⁶. Lógicamente, si a esto se añade la enorme dificultad de valoración que existe y la incertidumbre que concurre en el resultado, será dañada la credibilidad y la calidad percibida resultará de corte negativo.

Calidad del servicio

La clave de este objetivo reside en igualar o superar las expectativas de calidad que se forman en base a pasadas experiencias, la información "boca a boca" y la publicidad realizada, porque si la percepción de la calidad del servicio prestado es inferior a las expectativas este será juzgado negativamente.

El usuario de cualquier servicio sólo queda satisfecho si obtiene lo que desea cuando lo desea y en la forma que lo desea, por eso es tan importante investigar los criterios específicos de los clientes para cada servicio concreto y por eso, en lo que afecta a los sanitarios, hay que prestar la debida atención a los estudios de opinión del consumidor.

Para conseguir el reconocimiento de una buena calidad, el objetivo se centra en que la organización defina y comunique claramente el nivel de calidad que puede suministrar, de tal forma que tanto el personal como los pacientes sepan lo que se puede ofertar y lo que se puede obtener.

Productividad

Los servicios de salud soportan frecuentemente fuertes presiones para mejorar su productividad porque, al tener mucho personal, sus costes fijos suelen ser enormes. Ahora bien, no hay que perder de vista que los excesos en la mejora de la productividad pueden reducir la calidad percibida.

En efecto, trabajar más intensamente nunca es una buena solución. Lo que debe hacerse es trabajar con más capacidad y eso sólo es factible conseguirlo a través de la mejora de los procedimientos, y de una más adecuada selección y formación del personal. Tampoco es buen camino aumentar la cantidad de servicios si con ello se disminuye, aunque sea ligeramente, la calidad (por ejemplo: si los médicos se ven forzados a recibir más pacientes, el efecto será que dispondrán de menos tiempo para dedicar a cada uno).

Sin embargo, sí puede ser útil "industrializar el servicio". Esto no debe interpretarse con ninguna connotación peyorativa. "Industrializar el servicio" supone adoptar una "actitud de fabricación" hacia la prestación del servicio sanitario. Por ejemplo, "en el hospital de Shouldice (cerca de Toronto, en Canadá) sólo se opera a pacientes de hernia, habiendo reducido la estancia media de siete días a sólo tres y medio. Si bien este hospital paga a los médicos menos que en las clínicas privadas y las enfermeras atienden a más pacientes que en un hospital general, el nivel de satisfacción de los pacientes es increíblemente alto"¹¹. En esta misma línea puede inscribirse la promoción de cirugía menor ambulatoria y todos aquellos procedimientos que tienden a aumentar la cantidad sin merma de la calidad, pues suponen el diseño de un servicio más efectivo.

4.2 LA RENTABILIDAD

Debido a la incertidumbre, a la acelerada evolución tecnológica y a la rapidez de los cambios que modifican el entorno, la empresa de servicios sanitarios –como cualquier otra tiene que procurar un equilibrio favorable del binomio "medios utilizados / resultados obtenidos"; es decir, ser rentable. Este es el único medio para contar con cierta garantía de que se va a poder seguir financiando el desarrollo y evitar así el cese o interrupción del curso de las actividades.

Antes o después, es evidente que para la gestión de las finanzas públicas la Administración no tendrá más remedio que recurrir a métodos de racionalización de las elecciones presupuestarias. En ese

momento, que no parece estar muy lejano en el tiempo, el mecanismo de elección, tal como sucede en el campo privado, estará dominado por la condición de la eficacia y el desarrollo. Entonces, en virtud de los principios de actualización y optimación que son inherentes a esa técnica, es posible que se opte por echar el freno al desbocamiento de las inversiones y gastos asistenciales por considerar que no son más prioritarios para la salud que los correspondientes por ejemplo a educación, prevención y acciones medioambientales¹².

A pesar de que en el sector público la notación característica de la asistencia sanitaria es su rentabilidad social, y eso se traduce en la confortabilidad que le proporciona la financiación a cargo de los presupuestos generales, no cabe dar de lado la consecución de una rentabilidad económica. Conviene aclarar aquí que, aunque rentable es todo aquello que produce un beneficio y este supone una comparación entre medios utilizados y resultados obtenidos mediante la aplicación de dichos medios, la rentabilidad a la que hacemos referencia es la rentabilidad económica (o relación existente entre el resultado –conocido o previsto y los capitales o medios empleados) y no la rentabilidad financiera (o beneficio financiero a través del origen –propio o ajeno de los fondos, una vez determinada la rentabilidad económica), eludiendo asimismo cualquier referencia a su medición porque, entre otras cosas y como bien señaló Drucker, “la manera de medir la rentabilidad es objeto de múltiples discusiones, pues no existe ningún medio o método que satisfaga a todo el mundo”. Además, en la empresa de servicios de salud conviven globalmente resultados que pueden ser medidos monetariamente en comparación con los medios utilizados y resultados que no pueden serlo porque eso supondría abordar, tomar en consideración y valorar el costo (o precio) que puede tener un hombre.

En el seno de cualquier empresa sanitaria se dispone de suficiente variedad de experiencias y de estrategias llevadas cabo, y que una vez ensayadas han desembocado en un éxito o en un fracaso. Cuando el marketing preside y orienta todas las actividades realizadas en una organización persigue no sólo que todas las personas, funciones, departamentos, servicios o secciones de la misma se interesen y atienden activamente las necesidades y deseos de los pacientes, sino también que eso se haga en el contexto de la mejor relación coste-beneficio, y por eso mantiene una actitud muy activa por desentrañar qué aptitudes se requieren para lograr la rentabilidad.

4.2.1 VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA RENTABILIDAD

En la década de los 70, con el fin de extraer algunas conclusiones sobre aquello que previsiblemente podía incidir en lo que concierne a la rentabilidad, la empresa General Electric acometió un estudio sobre sus éxitos y sus fracasos. La tarea que llevó a cabo consistió en realizar una serie de experimentos por medio de una serie de estrategias de mercado y los resultados fueron tan concluyentes que sirvieron para validar ciertas "reglas" que son genéricamente aplicables al mundo de la empresa.

Los experimentos llevados a cabo alcanzaron la suma de 800 y cada uno de ellos correspondió al registro de un negocio desarrollado en el curso de un año, analizando la competencia particular a la que hubo que hacer frente, el mercado particular que se atendió, la tecnología y la estructura de costo que se requirieron y, obviamente, la

rentabilidad que produjo. Los resultados se sometieron a un análisis estadístico, seccional y cruzado, descubriéndose 55 variables que, consideradas conjuntamente, venían a suponer en torno al 82 por 100 de las variaciones observadas en los resultados de rentabilidad. Con otras palabras, se descubrió que el 82 por 100 de las diferencias que se dan entre obtención de alta rentabilidad, media rentabilidad y baja rentabilidad, se deben a 55 variables que pudieron ser identificadas.

Durante el proceso de verificación de resultados, y antes de dar entrada en el modelo a una variable, se realizó un triple ensayo:

- a) comprobar su significancia en sentido puramente estadístico.
- b) comprobar paralelamente que también tenía sentido con el criterio expresado por la fuerza de ventas, al ser esta la que mejor suele conocer las repercusiones de cualquier acción en la marcha del negocio
- c) comprobar la consistencia de esas repercusiones a la luz de cualquiera de los aspectos de la teoría económica. Esta secuencia se aplicó a las 55 variables, haciéndolas pasar una a una por estos tres ensayos, y se descubrió que, de entre ellas, había 11 que eran en las que se concentraba el mayor impacto sobre la rentabilidad.

Posición en el mercado

Aunque no fue ninguna sorpresa para nadie, se confirmó que la participación o posición que se tiene en el mercado es un importante determinante de la rentabilidad. Ahora bien, se descubrió que la alta posición de un producto en el mercado sólo propende a ofrecer una mayor rentabilidad si todas las demás cosas permanecen igual. Este

hallazgo nada tiene que ver con las economías de escala, pues se comprobó que tal cosa es independiente de la escala a la que se esté operando. Tener una gran participación en un mercado pequeño proporciona la misma rentabilidad que una gran participación en un gran mercado. En esta relación existente entre participación en el mercado y rentabilidad, lo más sobresaliente del estudio fue que arrojó luz sobre el hecho de que existen dos “umbrales de rentabilidad”: uno se sitúa en torno a una participación de mercado del 15 por 100 y otro en torno a la del 35 por 100. Es decir, que un producto que tenga menos del 15 por 100 de participación en el mercado casi nunca será rentable y un producto que tenga más del 35 por 100 raramente lo será. En el intervalo que se produce entre ese 15 por 100 y ese 35 por 100, el carácter de la relación entre participación y rentabilidad aparece aproximadamente en forma lineal.

Cambio en la posición de mercado

Así como la participación o posición en el mercado es cosa a tener en cuenta, también lo es que esa posición siempre cuesta dinero. Aquí no sólo entran en juego las inversiones que haya que hacer, sino también los gastos que se producen porque, cuando se está en el proceso de conseguir una mayor participación se provoca siempre una reducción en la rentabilidad por cualquier cambio positivo en la participación que se tenga, lo que siempre provoca un impacto negativo en ella. Según los resultados obtenidos en el estudio de referencia, el precio que hay que pagar por ganar un punto en la posición que se tenga en el mercado depende fundamentalmente de otros factores que normalmente atañen a la situación y clase de competencia a la que haya que hacer frente.

En los servicios de salud este es un extremo que se cumple a rajatabla. Cualquier cambio positivo que se provoque en la posición que ya se tiene (por adición de nuevos servicios, nuevos programas asistenciales o nuevas tecnologías para el diagnóstico y tratamiento, no disponibles anteriormente) provoca indefectiblemente un impacto negativo en la rentabilidad.

Según la teoría económica, uno de los medios más eficaces para reducir costes consiste en incorporar innovaciones técnicas al proceso productivo, pero en los servicios sanitarios las innovaciones técnicas (que aportan innegables mejoras en mayor fiabilidad diagnóstica, acortamiento de estancias, abordaje de casos que resultaban imposibles o muy problemáticos, etc.) está comprobado que no ejercen influencia sobre la unidad de producto más que cuando dicha unidad es de homogeneidad constante, cosa que resulta harto problemática en el terreno de la salud. En este campo, la innovación técnica, los nuevos programas, el diseño de nuevos servicios, no sólo puede proporcionar mayor eficacia sino que al mismo tiempo subvierte la propia naturaleza de los casos tratados porque los modifica en un sentido de complejidad creciente y eso eleva siempre los costes de manera muy importante con un insoslayable efecto negativo en la rentabilidad.

Tasa de crecimiento del mercado

La tasa de crecimiento que tenga el mercado es factor importantísimo porque condiciona severamente las maniobras que han de realizarse para lograr una posición en él. Es decir: cuanto más rápidamente

crece un importantísimo porque condiciona severamente las maniobras que han de realizarse para lograr una posición en él. Es decir: cuanto más rápidamente crece un mercado, menor es el costo (en sentido de gastos más reducidos) que supone conseguir una participación en él. Para el servicio sanitario este hecho puede tener un efecto inverso. En efecto, si el "mercado" crece –por ejemplo por aumento de las personas de mayor de edad (mayores de 65 años) debido al envejecimiento de la población, mayor será el costo y, en consecuencia, mayor también el impacto negativo en la rentabilidad.

Porcentaje de capacidad utilizada

Sabido es que el porcentaje de capacidad utilizada tiene un impacto positivo en la rentabilidad, pero se demostró que eso es cierto sólo hasta un cierto punto máximo. Ese punto máximo aparece en torno al 90 por 100 de utilización. Cuando la capacidad utilizada es superior a ese porcentaje, se comprobó que las posibilidades de producción quedan saturadas, se tornan ineficientes y son causa de pérdida de rentabilidad.

Este hallazgo se cumple exactamente en el suministro de los servicios sanitarios. Está suficientemente comprobado que un hospital cuyo índice de ocupación rebasa el 90 por 100, ve resentida seriamente su capacidad de producción y se le disparan las ineficiencias.

Intensidad de la inversión

Se mostró como un punto crucial, pues la intensidad de inversión en el negocio es la variable estadística independiente más importante y la que provoca el más severo impacto negativo en la rentabilidad. Esto se comprobó ser especialmente cierto por lo que afecta a los

inventarios y las inversiones en activos exigibles, así como a las inversiones en equipos de producción. Permaneciendo las demás cosas igual, cualquier aumento de inversión por unidad monetaria de venta reduce el porcentaje de rentabilidad de los fondos invertidos. Los beneficios podrán ser mayores o menores (en unidades monetarias), pero el porcentaje de rentabilidad invariablemente decrecerá conforme se incremente la intensidad de la inversión en el negocio.

Con referencia a los servicios de salud, esta variable se concreta en dos aspectos: los excesos de inventario que normalmente mantienen las instituciones sanitarias y las constantes inversiones en nuevos equipamientos por los sostenidos y continuos avances que experimenta la tecnología médica. No cabe duda de que esta variable constituye un auténtico lastre para la consecución de una mínima rentabilidad y su hallazgo debe servir de advertencia para impulsar la realización de buenos estudios y evaluaciones coste-utilidad y coste-eficacia, así como para mantener estrecha vigilancia sobre los inventarios.

Integración vertical

Organizativamente, se confirmó que el grado de integración vertical que puede existir en el negocio supone un impacto positivo siempre que se trate de un negocio ya maduro o aceptablemente estable. A condición de que todas las demás cosas permanezcan igual, una mayor integración vertical puede proporcionar una *"ratio"* mayor de rentabilidad. Ahora bien, si el mercado es inestable (inestable en ambos sentidos, es decir, en el tecnológico o en el de marketing) esa relación se invierte. O sea, una alta integración vertical operativa

actúa como rueda de molino atada alrededor del cuello, pues reduce sensiblemente la posibilidad de una rápida adaptación a los cambios que se produzcan.

El "mercado" de los servicios sanitarios es absolutamente inestable tanto por el aspecto tecnológico como por la incertidumbre que converge en el resultado del acto asistencial. Sin embargo, la organización sanitaria presenta una de las estructuras más jerarquizadas (integración vertical) que pueden encontrarse. Esta variable, pues, impacta necesariamente en la consecución de rentabilidad.

Cambios en el precio

Es axiomático que cuando los precios son crecientes se puede hacer más dinero que cuando son decrecientes. Ahora bien, no debe confundirse nunca "*crecimiento* de precios" con "*precios altos*", pues entre unos y otros hay una gran diferencia. En cualquier negocio se ha podido tener alguna experiencia histórica sobre procesos vividos con aumento de precios y con precios estabilizados en altos niveles. La experiencia más normal es que, durante el periodo de aumento de precios, se haya tenido un aumento en la rentabilidad y que, cuando los precios se han estabilizado en el más alto nivel, esta llega casi a desaparecer tras uno o dos años de haberse producido esa estabilidad. Esto se debe a que en el mercado suceden invariablemente algunas cosas: afluencia de más competidores que vienen a ponerse bajo la confortable sombra de ese paraguas, consiguiente encarecimiento de las acciones de marketing y, en

consecuencia, lucha más encarnizada por mantener o conseguir un punto más de participación en el mercado.

Lo que a este respecto se comprobó es que, cuando los precios se estabilizan en un nivel muy alto, se produce en muy poco espacio de tiempo una gran variedad de cambios que tienen su efecto más significativo en reducir la rentabilidad y que el reverso de esto también es cierto. Es decir, si los precios descienden, se producen y se sufren pérdidas; pero, si esas pérdidas pueden soportarse durante un año o algo más de tiempo, una buena parte de la rentabilidad perdida tiende a recuperarse.

En los servicios sanitarios esta variable, debido a la nula incidencia del precio en el momento de realizar el consumo (ver las referencias hechas anteriormente al tema del precio), carece de aplicación como determinante de una alta, media o baja rentabilidad.

Importancia del producto para el cliente

La importancia que tenga el producto para el cliente se demostró que es factor decisivo porque, cuanto más "importante" es el producto para los clientes, menos dinero puede hacerse con él. La palabra "importante" aparece entrecomillada porque ha de matizarse lo que se quiere decir con ella. Un producto es "importante" para los clientes cuando estos tienen que destinar para su adquisición una parte considerable del total que dedican a sus gastos. Si es así, con ese producto siempre se podrá hacer menos dinero que con otro cuya adquisición les suponga una parte más pequeña de ese total.

Como ya dijimos páginas atrás, “para un individuo que está enfermo, la elasticidad de sustitución entre servicio sanitario y cualquier otro bien o servicio no existe porque, cuando se es presa de la enfermedad, la utilidad marginal de la curación –al menos, inicialmente es infinita y, aun suponiendo que en la decisión de aprovisionamiento entrara en juego el precio, como para el individuo enfermo no hay alternativa posible entre la necesidad de curación, rehabilitación o mejora, y cualquier otro bien (sin que importe el valor que pudiera tener este), el consumo no puede perfilarse en función de un mayor o menor precio de costo. El producto sanitario es tan “importante” para el individuo enfermo que potencialmente estaría dispuesto a gastar en él todos sus recursos (fueran estos grandes o pequeños) y eso –al margen cuestiones de equidad, solidaridad y justicia supondrá siempre para las instituciones del sector público una auténtica losa para la rentabilidad (puesto que las del privado ya se encargan de proceder a una cuidadosa selección en la oferta).

“Ratio” de I + D sobre Marketing

Se corroboró que la “ratio” “Investigación y Desarrollo / coste total en Marketing” ofrece dos “combinaciones ganadoras”. Primera: se puede hacer dinero si en el componente total del negocio se tiene un alto y potente nivel de marketing junto con un alto nivel de gastos en investigación y desarrollo. Segunda: también se puede hacer dinero si en el componente total del negocio se tiene un bajo nivel de esfuerzo en marketing y un bajo nivel de gastos en investigación y desarrollo. La primera combinación es la idónea para llegar a ser un líder en el mercado, mientras que la segunda no proporciona más que una permanente situación de mero satélite en el mercado. Se puede

hacer dinero por uno cualquiera de estos dos caminos, pero jamás se puede hacer dinero gastando sólo en marketing o sólo en investigación y desarrollo.

Lo habitual en las empresas de servicios sanitarios ha sido (y en muchas de ellas sigue siéndolo) canalizar las inversiones hacia la investigación y el desarrollo tecnológico, dando de lado cualquier inversión en marketing. Esta, sin duda, ha sido la variable que más ha incidido y viene incidiendo sobre la carencia de rentabilidad.

Posición de los costos variables respecto a los de la competencia

El costo variable es esencial para competir y se reveló como el más importante a vigilar tanto en la producción como en la distribución. Si se tienen unos costes variables superiores a los de la competencia, la batalla está casi perdida. Por el contrario, si son menores, las oportunidades para vencerla son muy considerables. Ahora que tanto se viene hablando de crear una competencia entre las distintas instituciones sanitarias (entre las del sector público, y entre estas y las del sector privado) la atención a poner sobre esta variable resulta fundamental y apremia a que en todas ellas pueda disponerse de una contabilidad analítica bien diseñada (lo que implica tener que hacer todo lo posible para identificar la unidad de producto).

Producto mejor respecto al de la competencia

Tener un producto líder para competir en el mercado supone disponer de un producto que sea considerado superior al de los demás según criterio expresado por los clientes. Saber que “técnicamente” se tiene un producto superior al de la competencia es cosa muy gratificante, pero son los clientes quienes tienen que reconocerlo y, si no lo hacen, disponer de él no vale para mucho. Naturalmente, tener un producto inferior al de la competencia no sólo reduce la rentabilidad sino que suele provocar pérdidas considerables. Se comprobó que la relación entre tener un producto técnicamente superior (y reconocido así por los clientes) o tener un producto técnicamente inferior (reconocido también como superior por los clientes) no es nunca simétrica. Por lo que afecta a los servicios sanitarios la constatación de esta variable ya ha tenido una clara exposición en este trabajo, por lo que a lo dicho nos atenemos.

4.2.2 LÍNEAS ESTRATÉGICAS PARA CONSECUCCIÓN DE LA MEJOR RENTABILIDAD

La identificación de las variables que influyen en la rentabilidad permitió diseñar algunas reglas específicas que son válidas para la construcción de ciertas estrategias, dependiendo de que el negocio se halle en fase de madurez o en fase de crecimiento. Procederemos aquí a exponerlas previa adaptación al contexto del suministro de servicios sanitarios.

Instituciones sanitarias en fase de madurez

Un negocio maduro es el que tiene una “*ratio*” de crecimiento que se mantiene constante y próxima al nivel de crecimiento del P.N.B. En este sentido, diremos que una institución sanitaria está en fase de madurez si el crecimiento de su actividad por incorporación paulatina

de nuevos servicios se mantiene constante y el volumen de servicios provistos, valorado en unidades monetarias, está próximo al nivel de crecimiento del P.N.B. Hay cinco reglas que puede recomendarse para la construcción de unas estrategias con que lograr la mejor rentabilidad. Son estas:

a) Si el volumen de pacientes que normalmente se atiende es de carácter "establemente masivo", antes que incorporar nuevos servicios es preferible optar por mejorar la rentabilidad. Si el volumen de pacientes es notoriamente inferior a la capacidad productiva, y siempre que eso no requiera tener que ampliar dicha capacidad incrementando costes fijos e inversiones, es preferible enfocar las acciones hacia la consecución de más pacientes.

b) Si en la provisión del servicio (e independientemente de que el volumen de pacientes atendidos sea grande o pequeño) se utiliza la superioridad técnica del mismo como instrumento, debe preferirse aumentar el precio (en el caso del sector público estableciendo, por ejemplo, un tique moderador o imposición de alguna suerte de pago) antes que atraer más pacientes.

c) Diferenciar el servicio que se provee, si además es superior al de la competencia, constituye un artificio magnífico para que se le reconozca la calidad. Si no es superior, ha de cuidarse exquisitamente evitar que la diferenciación caiga en el engaño. Por otra parte, hay que descubrir lo antes posible cuáles son los puntos débiles del servicio que provee la competencia para evitar que puedan asociarse con posibles fallos del nuestro y frenarse así la gestión de diferenciación que se esté realizando (por ejemplo: establecer un programa de "cita previa" para batir las "listas de espera" de una institución asegurando que con ello la visita al médico

será prácticamente inmediata y luego dar una fecha para la celebración de la consulta a largo plazo).

d) Asegurar por todos los medios que los ingresos que se obtengan (por facturación o por dotación presupuestaria) cubren los costes fijos. Con otras palabras, lo que hay que hacer es aminorar los costes fijos o buscar caminos para convertir en variables los que la competencia puede tener como fijos.

e) Usar no sólo equipos sino métodos que estén puestos al día, pues eso proporciona ventaja en el costo variable. No hay ninguna suerte de incompatibilidad entre algunas de estas reglas (reducir los costes fijos y mantener baja la intensidad del capital dedicado a la inversión, o utilizar métodos y equipamientos modernos y pretender una ventaja en los costes variables). Es imprescindible mantener a la baja los costes fijos que corresponden al pago de la nómina y, asimismo, bajar los costes variables. Eso sólo es complicado si se pretende actuar sobre los dos frentes al mismo tiempo.

En la investigación llevada a cabo por General Electric se obtuvo la evidencia de que, cuando se opera en un negocio maduro y estable, la mejor combinación es poner al día las viejas factorías dotándolas con nuevos y eficientes equipos de producción, al tiempo que se mantiene un estrecho control sobre el capital circulante, el activo exigible y el inventario.

En un negocio maduro es importantísimo impulsar el esfuerzo en marketing. La razón estriba en que, si se está en fase expansiva, hay que volcarse en diferenciar el producto y en segmentar el mercado. Hay que convertir los problemas en fortalezas, pues cuando el

negocio está maduro (y ese es el caso de la mayoría de las instituciones sanitarias) siempre surgirán problemas y lo mejor que se puede hacer es convertirlos poco a poco en una oportunidad. La misma cantidad de dinero, esfuerzo, energía, tiempo y gasto se requiere para lograr una posición de fortaleza que reporte algún beneficio mensurable, que para rehusar una indeseable posición de debilidad.

Instituciones sanitarias en fase crecimiento

Las reglas para las instituciones que se hallen en fase consolidación o crecimiento son diferentes. Si la marcha es buena, se proveen buenos servicios y se hace una buena publicidad, la recompensa puede obtenerse muy rápidamente en forma de posición en el mercado. Las estrategias pasan por impulsar la capacidad de producción (más productividad o adición de más servicios) con más rapidez que el crecimiento del "mercado" al que se atiende, para lograr asentarse en él y disuadir a otras instituciones a que emprendan con anterioridad ese mismo tipo de maniobra.

Para ello, debe ponerse en práctica cualquier ventaja comparativa sobre la competencia para ganarle el juego lo antes posible. Asimismo, debe evitarse la consagración de una prematura integración vertical (comporta siempre una rigidez perniciosa) y utilizar el capital circulante como instrumento para la estrategia de marketing. Por ejemplo: en una institución que esté en fase crecimiento la reducción de costos para ampliar la oferta de sus servicios debe hacerse por medio de los inventarios. El camino de los inventarios es mucho más barato que el de incidir en los precios o eludir gastos en marketing. Así como en la fase de madurez es

importante controlar el coste variable y controlar los salarios, en la de crecimiento hay que contar con las personas adecuadas en el número que sea necesario y no preocuparse del tema salarial más que secundariamente.

Resumen de las líneas estratégicas para consecución de la mejor Rentabilidad

Algunas de las reglas para la fase de madurez y para la de crecimiento pueden ser objeto de consideración conjunta, por lo que haremos seguidamente un resumen panorámico de la mejor estrategia a desarrollar para una y otra. Se concreta en cinco puntos:

- Si se está rozando el estadio de madurez, la estrategia debe desviarse hacia un “mantenimiento” de los servicios ofertados y comenzar a concentrarse en la rentabilidad.
- Si se está en fase de declive hay que admitir controladamente la erosión que pueda producirse. Es el momento de dedicar el dinero destinado al marketing a otras cuestiones que reclamen mayores gastos.
- Es deseable mantener siempre el liderazgo en la prestación del servicio, pero si se está en fase de declive no hay que gastar mucho dinero en mantener ese liderazgo, pues es preferible atemperar los gastos al nivel que marque la competencia.
- Los efectos de una integración vertical son similares a los que pueden esperarse cuando se arranca con un bajo nivel de integración, pero aumentan gradualmente conforme la institución va entrando en fase de madurez. Ahora bien, cuando se entra en fase de declive vuelven nuevamente a ser similares.
- Si en un principio no se ha tenido éxito en lograr una superioridad sobre la competencia (quizás adecuadamente

protegida por una fuerte posición de poder o por cualquier otra causa) debe emplearse una estrategia similar a la de ella pero menos agresiva. Nunca debe intentarse batirla porque eso es carísimo. Si no hay más remedio, lo juicioso es retirarse cuanto antes y lo más rápidamente posible, abandonando –si así se tercia el sector sanitario.

4.3 ESTRATEGIAS DE MARKETING EN LOS SERVICIOS DE SALUD

De acuerdo con los objetivos que se deseen alcanzar, “las estrategias, que son los cursos de acción que posibilitan la consecución de los objetivos”, por lo que afecta al marketing hace que cualquiera de ellas tenga que ir orientada de una forma u otra a la lógica comercial y a la ecuación de beneficios. Eso, en sintonía con los objetivos generales que se haya trazado el agente provisor de servicios de salud, implica que el desarrollo de las estrategias globales de marketing deban llevar adelante un enfoque consistente en resaltar la importancia crítica de la calidad del servicio provisto tal y como la perciben los pacientes.

La profesora De Val matiza que una estrategia se construye sobre la interacción de la empresa con su entorno describiendo las principales características de las relaciones entre una y otro, pudiéndose visualizar como una cartera de competencias explotables en condiciones únicas para motivar a competir por el futuro y abocando a tener que regular las acciones a través del ejercicio de un estilo de dirección orientado a mantener una estabilidad periódica¹³. En líneas generales, las estrategias que se desarrollan en el sector industrial

incluyen normalmente tres reglas básicas tendentes a reforzar la ventaja competitiva:

- Disminuir el coste unitario del producto por disminución de los costes de producción y administración, para ofertar un precio más barato u obtener un mayor margen de beneficio.
- Aumentar el presupuesto de publicidad y de promoción de ventas, con el fin de conseguir que el mercado compre mayores cantidades del producto.
- Incrementar los esfuerzos para desarrollar nuevos productos.

También incluyen otros elementos, pero suelen ser de carácter complementario y, en suma, todos ellos tienden a una misma cosa: aumentar la productividad como medio de lograr la mejor rentabilidad, afianzar la eficacia y asegurar así el futuro de la empresa.

Ahora bien, tal y como sucede en la mayoría de las empresas del sector servicios, en los de salud los costes laborales son altos y muchas de las decisiones estratégicas que se orientan a reducir costos en el área de personal (decisiones que en el sector industrial sí pueden servir para mejorar la eficacia de la producción e incluso la calidad de los bienes producidos) no son factibles. Eso se debe a que en el sector servicios la eficacia es un fenómeno más complicado y tiene, al menos, dos dimensiones: una interna y otra externa^{*}. Grönroos matiza que “la primera está relacionada con la forma de funcionar de la empresa, y la productividad de la mano de la obra y del capital, mientras que la segunda se refiere a la forma en que los clientes perciben las operaciones y el rendimiento de la empresa”¹⁴.

No cabe duda que cualquier agente proveedor de servicios tiene que orientar sus acciones hacia la rentabilidad, pero en la formulación de sus estrategias ha de tener en cuenta que no se

* Estos dos aspectos de la eficacia los introdujo en 1984 el investigador finlandés Bo-Göran Ekholm junto con una tercera dimensión: la eficacia del mercado / producto. Esta se refiere a la capacidad de una empresa para lograr que un determinado producto, o conjunto de productos, sea coherente con y responda a un determinado segmento del mercado.

trata de seguir al pie de la letra las lecciones y experiencias que emanan del sector industrial o que se dictan en clases magistrales desde planos genéricos. Si ese fuera el enfoque, las características de su proceso productivo le llevarían con toda probabilidad a fracasar en el logro de la rentabilidad, puesto que en ese proceso no todo cabe medirlo con criterios de coste unitario de la producción. Esto adquiere especial relevancia en el caso del proveedor de servicios sanitarios, por lo que debe no dejarse engañar y caer en el peligroso espejismo de aceptar a pie juntillas la "sabiduría popular" que se ha formado en torno a la gestión estratégica.

4.3.1 EL PELIGROSO ESPEJISMO DE LA "SABIDURÍA POPULAR"

En el sector industrial el cliente percibe sólo el rendimiento físico del proceso productivo porque la interrelación entre eficacia interna y externa no acostumbra generalmente a tener mayor importancia, pero en el suministro de servicios la cuestión es muy diferente. En efecto, la simultaneidad entre producción y consumo (el servicio no puede existir sin la participación del cliente y participan conjuntamente en la producción tanto él como los empleados) hace que el consumidor perciba no sólo el resultado del proceso productivo

sino también las diferentes fases, partes o etapas de que consta el mismo.

Las decisiones y estrategias de la dirección sobre el proceso productivo no sólo influyen y atañen exclusivamente a la eficacia interna de la organización, sino que en numerosas ocasiones resultan fuente de mediciones erróneas. Una de las confesiones más certeras al respecto se debe al responsable de ventas y servicios de marketing de la importante cadena de restaurantes Marriot, en Estados Unidos. Dijo lo siguiente: “Solíamos incentivar a los directivos de los restaurantes por cosas que eran importantes para nosotros, como, por ejemplo, los costes de los alimentos. ¿Cuándo se ha oído a un cliente preguntar por los costes de los alimentos del restaurante? Hay que incentivar aquello que los clientes buscan en nuestro negocio”⁸⁹. Trasládese esta confesión al contexto sanitario. ¿Alguien ha escuchado alguna vez a un paciente interesarse por el coste real de las exploraciones complementarias que se le hacen, el de la intervención quirúrgica que se le ha practicado o el de la atención global que se le ha dispensado?

En torno a la gestión estratégica, la “sabiduría popular” dicta que la primera de las reglas básicas para reforzar la ventaja competitiva consiste en reducir el coste unitario por disminución de los costes de producción y administración, y tal acción suele empezar o terminar siempre decantándose en aplicar reducciones de mayor o menor calado en el área de personal, al tiempo que estas intentan paliarse con exigencias de más productividad y eficacia. Pero esa misma “sabiduría popular” suele ignorar que, salvo en casos patentes de inadmisibles sobre dimensionamientos de plantilla, las reducciones de personal con las que –sin género de duda puede mejorarse la eficacia interna, en una empresa de servicios pueden conducir también a un

cambio negativo en la calidad externa. Redúzcase en un hospital personal médico, de enfermería o de algunos servicios auxiliares sin mayor tino y lo normal será encontrarse con que el personal no despedido tendrá menos tiempo para atender a los pacientes, con la secuela de que la calidad percibida quedará seriamente deteriorada. Harina de otro costal es que ese deterioro obedezca a realidades objetivas o no, pero tal cosa impone otro tratamiento de la cuestión que aquí no abordaremos.

En los servicios de salud, más que en ningún otro tipo de servicios, se corre el riesgo de que las decisiones que tienen que ver con mejoras de la eficacia interna deterioren la calidad percibida por los pacientes. Eso se debe a que, para ellos, la calidad técnica del proceso productivo no es una dimensión tan importante como la calidad funcional del proceso productivo por sí misma y, de hecho, los pacientes difícilmente creerán que el deterioro observado en la provisión del servicio puede tener alguna suerte de reflejo en la calidad técnica del proceso. La insatisfacción del paciente se muestra de diferentes maneras y no sólo ante el personal de la organización, sino también externamente, ante otros pacientes y personas (comunicaciones "boca a boca"), produciéndose así una incidencia muy notable tanto en el aprecio de la calidad como en la imagen de la institución.

Hay que estar siempre alerta sobre un proceso que se desencadena paralelamente al de las decisiones tomadas, pues este siempre es de consecuencias funestas: la pérdida de credibilidad impone una revisión crítica en el mercado y eso –antes o después acaba incidiendo en el clima interno (el personal se siente insatisfecho con el trabajo que realiza y decae su motivación), lo que a su vez incide

asimismo en la funcionalidad del proceso productivo y acaba formándose así una bola que hace inútil cualquier esfuerzo promocional o publicitario, dando al traste con esa “segunda regla básica” que recomienda aumentar el presupuesto publicitario y de promoción del centro asistencial. Cuando una institución entra en semejante círculo, difícilmente puede lograr algo incrementando o desarrollando nuevos servicios (“tercera regla”), pues estará metida de hoz y coz en un auténtico proceso destructivo. La figura 10 ilustra con suficiente claridad cómo se produce el curso de este proceso.

El proceso destructivo que se representa en esta figura pone en evidencia el peligroso espejismo consistente en dar por válida la “sabiduría popular” para la construcción en los servicios de salud de estrategias que no tienen en cuenta la estrechísima interrelación existente entre eficacia interna y eficacia externa. No, en los servicios sanitarios no cabe tomar decisiones de reducción de costes con criterios de gestión que son propios de la industria fabril, pues su proceso productivo no tiene correspondencia alguna con ella. El producto sanitario consta de una dimensión funcional y de otra técnica, ambas inseparables y que, en consecuencia, tanto una como otra son determinantes en la configuración de la calidad percibida.

Figura 10. Proceso de destrucción de la calidad de un servicio.



Fuente: Adaptado de Grönroos Ch, 1994).

Salvando las distancias que separan el modelo sanitario norteamericano del español, y aun a riesgo de pecar por hacer una cita demasiado extensa, vale la pena transcribir el ejemplo del que echa mano Grönroos para ilustrar este proceso destructivo: “Lo que está ocurriendo en muchos hospitales es una buena muestra de un enfoque directivo erróneo y de falta de comprensión de las características de los servicios. Al surgir los problemas financieros, a los médicos se les urge a concentrarse en las cuestiones técnicas y profesionales, lo que hacen encantados, como lo haría cualquier profesional, y a las enfermeras se les pide que no interactúen demasiado con los pacientes y quizá nada con los familiares de éstos. Aquí la intención es, por supuesto, lograr una utilización más eficaz del tiempo y, como consecuencia de esto, recortar costes.

Estas acciones tienen por consecuencia un nivel inferior de la calidad de los servicios tal y como la perciben los clientes, los pacientes, y sus parientes y amigos. Pero este enfoque de la gestión tiene un efecto interno mucho más fuerte que, finalmente, también es percibido por los pacientes. Los empleados, las enfermeras y el personal, en primer lugar, empiezan a sufrir una guerra de papeles. Los pacientes y parientes suelen pedir más, pero los directivos dicen no. No se les anima y autoriza a dar un buen servicio. Esto daña el clima interno con bastante rapidez, que, a su vez, lleva de forma casi inmediata a un deterioro de la calidad percibida por los pacientes en el servicio. En este punto, los anuncios en televisión que presentan a enfermeras que nos dicen: «nos preocupamos por usted» no tienen un efecto positivo significativo en los clientes o clientes potenciales. Lo saben bien, o pronto descubrirán cuál es la verdad, y no volverán. Además, crearán una cantidad importante de comunicación «boca-a-boca» negativa”¹⁵.

4.3.2 MODELO ESTRATÉGICO

Como el marketing es un proceso dinámico, para desarrollar y mantener relaciones a largo plazo (lo que en un contexto estratégico De Val llama “estabilidad periódica”) tienen que cooperar entre sí las actividades del marketing tradicional, y las actividades y recursos del marketing interactivo. Esta cooperación, anudada por el reconocimiento de las tres etapas que conforman el ciclo de vida de la relación con los clientes, ofrece la posibilidad de construir un modelo estratégico en tres etapas (Tabla 1):

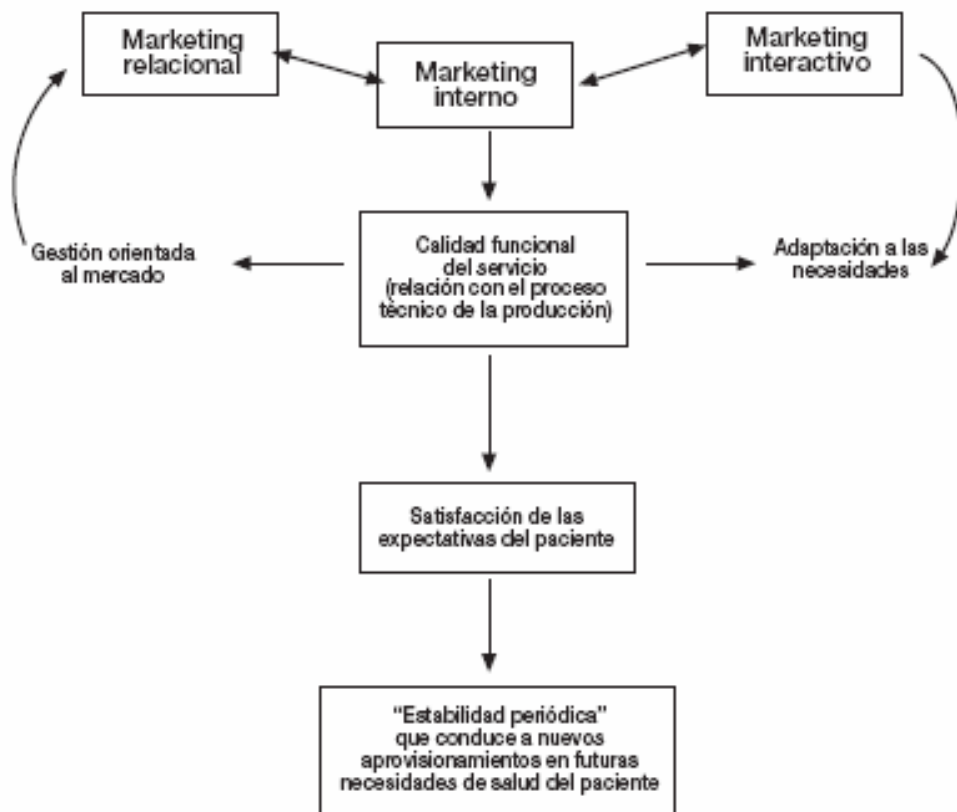
	Etapa inicial	Etapa de aprovisionamiento	Etapa de consumo
Objetivo de la estrategia de marketing	Crear interés en la institución sanitaria y en los servicios que oferta	Transformar el interés en decisión de aprovisionamiento por parte del paciente	Obtener una buena opinión por parte del paciente o usuario y consolidar relaciones duraderas extensibles a nuevas necesidades de salud que puedan presentársele
Función del marketing	Tradicional	Tradicional e Interactivo	Interactivo

Tabla 1. Las tres etapas de la creación de un modelo estratégico.

A partir de este modelo, y sin ocultar que también pueden darse otras situaciones intermedias (como puede ser la de un marketing transaccional, propio de los bienes de consumo masivo), las estrategias de marketing se perfilan en torno a dos vertientes: una encaminada a mantener y consolidar las relaciones con los clientes (marketing relacional, o marketing de relaciones permanentes con los clientes) y otra centrada en la consagración de una línea de continuidad cuya base es el marketing interno o interrelación entre el marketing y otras funciones de la empresa (para enfocar así las actividades desde una perspectiva más sistemática de una gestión de las actitudes y de la comunicación en la consecución de los objetivos en el mercado). Dicho con otras palabras: una vertiente orientada hacia estrategias de marketing dirigidas directamente a los clientes y otra que, aunque orientada también hacia el cliente, se dirige hacia los empleados de la organización con el fin de potenciar un enfoque activo de mentalidad de servicio, gracias a la cual todas las actuaciones irán encaminadas a atraer y retener al cliente debido a la notable mejora que este puede experimentar así en el nivel de percepción de la calidad.

Por lo que afecta a los servicios de salud, la línea de continuidad de las estrategias de marketing obedece al siguiente esquema (Fig. 11):

Figura 11. Continuidad de las estrategias de marketing.



Funciones del marketing complica en cierto modo las tareas de planificación, coordinación y realización de actividades (tanto tradicionales como interactivas), pues estas se extienden por toda la organización. Y es importante señalar esto porque la única manera de obviar tal dificultad consiste en que la estructura organizativa debe respaldar al marketing en todo momento para que la función del marketing resulte una función total de orientación al paciente (que es de lo que se trata). Esto explica por qué suele decirse que en los servicios sanitarios el marketing debe convertirse en una parte integral de la gestión integral de esos servicios.

Eficiencia en los costos.

Es indiscutible que los servicios sanitarios deben gestionarse eficientemente, pero una estrategia de marketing basada sólo en la eficiencia (como medio de mejorar la competitividad) puede caer en el gravísimo error de no tener en cuenta que todo ahorro inicial en costes resulta siempre marginal a la larga. En una organización, como es el caso de cualquier institución sanitaria, donde los costes fijos se sitúan entre el 60 y el 70 por 100 de los costes totales es muy fácil caer en la tentación de “meter la tijera” por el renglón de personal y eso, si no es que obedece a una racionalización de plantilla por haberse constatado fehacientemente que está sobredimensionada, repercute siempre no sólo en el ambiente laboral sino también en la utilización de la tecnología (que deja de ser gestionada con el cuidado apropiado) y la funcionalidad del servicio, provocándose así el curso de acción que quedó plasmado en la figura 10.

Aquí no vale ese “saber hacer” que es típico del sector industrial. Las medidas que se tomen en los servicios sanitarios para mejorar la eficacia interna y la productividad suelen tener el riesgo cierto de impactar negativamente en la eficacia externa y la calidad percibida. Son varios los autores que coinciden en decir una misma cosa y decirla casi con las mismas palabras: La calidad de los servicios percibida por el cliente es lo que lleva al beneficio. De aquí que sea extremadamente importante comprender en sus exactos términos el concepto de calidad, los aspectos que realmente influyen en ella y los que lo hacen en la estructura del servicio provisto.

Todos los costes no son iguales y no todos tienen la misma incidencia en los efectos de interrelación entre eficacia interna y externa cuando se trata de decidir alguna suerte o tipo de ahorro. Nadie es tan insensato como para no recomendar mejoras en la productividad y en la utilización de los recursos, pues eso es o debe ser objetivo prioritario en las decisiones directivas. Sin embargo, en la gestión de servicios de salud la estrategia tendente a lograr una eficiencia en costes, antes que por recortes de personal, debe transitar por cuestiones tales como la utilización de la tecnología, el desarrollo de los procesos y la adaptación de estructuras. El gestor de servicios sanitarios, si es que persigue recortar costes, tiene ante sí un campo al que usualmente no le presta la debida atención: analizar seriamente los costes que se generan por la burocracia innecesaria, por la excesiva rigidez de las estructuras organizativas y consagración de escalafones, por las algunas veces escandalosos excesos de personal "*staff*" (directores y directores adjuntos, subdirectores, asesores, supervisores, coordinadores, técnicos y similares de cualquier índole o razón), por las tantas veces alucinantes rutinas administrativas u operativas que sólo cabe calificar de innecesariamente complicadas y que exigen fuertes dosis de tiempo, etc.

Hay autores que llaman a esos costes "los malos costos", contraponiéndolos a los que denominan "buenos costes" (los generados por el personal de atención directa al paciente, los de formación, los de desarrollo de nuevos servicios adicionales y de apoyo, etc.) y que son los que ayudan a que la institución sea capaz de producir una buena calidad percibida por el paciente y ser competitiva.

Aumento de la productividad

Difícilmente puede negarse que, dada la estructura de costes que presentan los servicios sanitarios, no haya que plantear estrategias conducentes a aumentar la productividad. Ahora bien, la experiencia dicta que en los servicios de salud se confunde sistemáticamente productividad con aumento de actividad y eso puede explicar por qué en el mundo sanitario acostumbra a estar convencido (totalmente equivocado) de que las mejoras en la productividad influyen –o pueden influir negativamente en la calidad. La productividad, que en cierto sentido es una forma de enjuiciar la rentabilidad, presenta tres aspectos: funcional, financiero y económico.

- Aspecto funcional. Es el que se refiere a la bondad del proyecto tomando en consideración los medios y el grado en que se puede disponer del personal (un personal, además, que ha de estar cualificado para ello y tener los conocimientos requeridos o adecuados) para prevenir que el producto o servicio conseguidos puedan resultar no adecuados (aunque puedan, de hecho, aumentar la producción).
- Aspecto financiero. Su finalidad consiste en comprobar la “magnitud de la ganancia probable” que puede obtenerse y la “probabilidad de obtenerla”. Con otras palabras: compara la magnitud de la ganancia probable con el costo de financiar los fondos necesarios y con la posibilidad e importancia de las consecuencias de un fracaso.
- Aspecto económico. Consiste en la estimación matemática de la magnitud de la ganancia prevista que se esté considerando, propiciando que puedan realizarse comparaciones con el costo de los fondos requeridos y la magnitud de las ganancias que pudieran obtenerse con otras inversiones en alternativa.

Evidentemente, la productividad se encuadra en el análisis marginal de la función de producción, gracias al cual, y ante las variaciones que pueden darse en el volumen de producción, puede conocerse qué sucede con los resultados obtenidos*.

*Para quien esté interesado en un mayor detalle sobre esta cuestión, es recomendable la lectura del Capítulo 5 del libro *"La gestión de servicios de salud"* de J.M. Corella y las páginas 73 a 76 del libro *"Principios de gestión sanitaria"* de F. Errasti (ambos en Editorial Díaz de Santos. Madrid, 1996).

Tradicionalmente, en el sector industrial se mide la productividad mediante "mediciones internas" relativas al producto (cosa que poco, o nada, tiene que ver con la calidad); pero la enorme dependencia del personal que caracteriza a la empresa de servicios lleva a que las mediciones de productividad tengan que relacionarse con la eficacia interna de la actuación de los empleados.

Esto debe alertar sobre un hecho incontrovertible: no se pueden aplicar indiscriminadamente en el sector servicios los enfoques del sector industrial. En este, una unidad producida puede separarse de otra y las economías de escala no representan necesariamente una amenaza para la calidad percibida por los clientes. Utilizando las operaciones de un restaurante como ejemplo, Pickworth lo resaltó comentando lo siguiente: "la cuestión es si los directivos del restaurante deberían considerar que el producto que entregan son comidas producidas o clientes satisfechos. Si la medida es la satisfacción del cliente, también es necesario medir la dimensión de la calidad en la productividad".

En los servicios sanitarios hay que vincular la eficacia interna con la externa y, en este sentido, las mediciones de la productividad (eficacia interna) no pueden separarse de la eficacia externa (calidad percibida del servicio provisto). Si la eficacia externa es tal que cosecha opiniones negativas por parte de los pacientes, la productividad carecerá de todo valor y no habrá más remedio que replantearse la estrategia que esté llevándose a cabo; y, *“sensu contrario”*, si la consecución de una buena calidad percibida tiene lugar en conexión con una baja productividad y a un nivel de costes que impida generar beneficios (al menos a largo plazo), también habrá que replantearse la estrategia. Para que merezca el nombre de tal, la productividad tiene que ser “rentable” tanto en su vertiente externa como interna y eso, en principio, nada tiene que ver con aumentos o decrementos de actividad.

Una estrategia basada en la productividad impone previamente dos cosas:

- Tener muy claro que una buena calidad es sólo la percibida o que pueden percibir los pacientes como buena.
- Analizar con el máximo detalle el funcionamiento de la empresa (hospital, centro de salud o consultorio) en cuanto a calidad producida en función de los recursos –físicos y humanos que se están utilizando (para detectar cuáles de ellos son realmente necesarios o innecesarios) y el nivel de eficacia o ineficacia que presentan los sistemas y rutinas empleados.

Una estrategia que persiga aumentar la productividad mejorando simultáneamente la calidad (esto es, la satisfacción del paciente) puede construirse desde varias perspectivas. Adoptar sólo una de

ellas o echar mano de varias a la vez, dependerá de las metas o de la programación que se haya planteado. Dichas perspectivas, son:

- Revitalizar las habilidades técnicas del personal, pues si estas no son suficientes tendrán su reflejo en repetición de actividades (duplicaciones de exploraciones y/o tratamientos, reintervenciones, listas de espera, etc.) con perjuicio de la productividad y resentimiento de la calidad técnica.
- Mejorar el comportamiento del personal, pues si este no es bueno o correcto será fuente de numerosos impactos negativos en el aspecto funcional del servicio prestado y los pacientes reaccionarán en más de una ocasión creando problemas que ralentizarán el proceso del servicio con reclamaciones que habrá que investigar con trabajo extra y en perjuicio de la productividad; o, en caso contrario, si el comportamiento es excesivo se dedicará a cada paciente un tiempo tan dilatado que la productividad también quedará perjudicada.
- Perfeccionar el conocimiento y manejo de las tecnologías, pues en el mundo de la medicina son cada vez más complicadas y eso incrementa la posibilidad (también la desmotivación que acompaña a la inseguridad o a la falta de adecuado conocimiento) de ralentizamientos en el proceso productivo del servicio, produciéndose tiempos muertos e incomodidades de toda suerte que perjudican tanto a la productividad como a la calidad técnica y la calidad funcional.
- “Industrializar” lo que pueda ser industrializable, pues en los servicios sanitarios hay operaciones en las que la tecnología puede reemplazar a las personas sin que por eso deje de ofrecerse un servicio personalizado (utilización, por ejemplo, de autoanalizadores, procesos informáticos, tele-diagnóstico, transmisión de imágenes, etc.).

- Mejorar las habilidades de participación de los pacientes, pues muchas veces estos no saben exactamente qué es lo que deben hacer o decir, a dónde dirigirse, cómo rellenar impresos, etc., y esto siempre se traduce en percepciones negativas del aspecto funcional del servicio. Informar bien a los pacientes hace que se sientan más seguros, cometan menos errores y requieran menos atención por parte del personal.
- Sincronizar la oferta con la demanda, pues en los servicios sanitarios es crónico el desajuste entre una y otra, rebasando sistemáticamente aquella a esta debido a criterios de crecimiento en cantidad (muchas veces injustificadamente o, al menos, técnicos y el progreso de la ciencia médica en un marco de rotundo desequilibrio económico y propiciando en multitud de ocasiones la existencia de recursos desocupados. Cuando tal cosa sucede, la productividad, la calidad técnica y la calidad funcional se resienten de manera muy importante.

Comunicación e imagen

La comunicación y la imagen es indiscutible que constituyen una parte sustancial de la función del marketing y en el contexto de los servicios sanitarios son el cimiento sobre el que se pueden edificar las estrategias más sólidas. Esto hace que juzguemos oportuno dedicar a tales cuestiones espacio aparte.

4.4 COMUNICACIÓN E IMAGEN

Sabido es que los consumidores de servicios se encuentran con más dificultades que los compradores de bienes para identificar y seleccionar el producto porque no les es fácil comprender los servicios en sí mismos, llegar a conocer claramente la oferta y proceder, en suma, a la evaluación del producto¹⁶. Ahora bien, esa dificultad es más acusada aún por lo que toca a los servicios de salud. Esta cuestión es de gran entidad, pues hace que el servicio sanitario se vea afectado por tres factores asociados que de una manera u otra repercuten directamente en la eficacia externa:

- Ante el más mínimo asomo de quebranto en la salud, el individuo tiende a obviar una ponderada consideración de su necesidad y, con tanta desorientación como anarquía de comportamiento, se provoca en él una transformación radical de su acervo experimental en ansiedad por lograr el aprovisionamiento. (Cosa esta que, además, se fomenta inconsciente o conscientemente a través de los “logros científicos” que continuamente se publican, lo que recientemente ha dado lugar a que, en un diario nacional de gran difusión, se escriba lo siguiente: “Deberíamos unirnos y, dado que somos legión multimillonaria, convertirnos en un grupo de presión capaz de hacer desistir a los médicos, escritores o habladores, de seguir acobardando a media Humanidad con tanta dedicación extraclínica a los problemas de la salud. Porque lo mismo que la instrucción y las prácticas militares se hacen en los cuarteles y otros espacios vedados a la curiosidad pública, la medicina y la cirugía no deberían salir del ámbito específicamente sanitario”).
- Esto hace que se produzca una gran inconsistencia en la calidad percibida, inconsistencia que precisamente es la que impele a conformar mayoritariamente la percepción cualitativa sobre

aspectos funcionales antes que técnicos, por la incapacidad de valoración que existe respecto a estos.

- Pero eso no obsta para que también permanezca latente en el individuo la velada –pero real conciencia de riesgo percibido que acompaña a todo acto de aprovisionamiento cuando, al ser la producción simultánea al acto de consumo, se carece de posibilidad de valoración de alternativas entre servicios.

Estos factores son los que de manera más concluyente convierten la comunicación en algo crucial, pues determina en buena parte la mejor o peor imagen de la institución que provee el servicio sanitario.

4.4.1 LA COMUNICACIÓN DE MARKETING

En principio, comunicar es un verbo transitivo al que el diccionario de la RAE confiere las acepciones de “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene”, “descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa”, “conversar, tratar con alguno de palabra o por escrito” y “consultar, conferir con otros un asunto, tomando su parecer”. De aquí que la acción y efecto de comunicar –es decir, la comunicación se defina como el “trato o correspondencia entre dos o más personas” y, como figura retórica, se especifique que “consiste en consultar la persona que habla el parecer de aquella o aquellas a quienes se dirige, sean estas amigas o enemigas, dejándose llevar por el convencimiento de que es posible una confluencia de pareceres”.

Como suele suceder en tantas ocasiones, el diccionario resulta de ayuda inapreciable para, en este caso, perfilar adecuadamente el concepto de la comunicación como función clave del marketing, puesto que en él se concitan las actividades de publicidad y

promoción (tales actividades, ¿acaso no consisten en “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene” o “descubrir, manifestar o hacer saber a uno alguna cosa”?), los efectos que produce lo que dicen los empleados, cómo lo dicen y cómo se comportan (¿no son esos efectos la consecuencia lógica de “conversar, tratar con alguno de palabra o por escrito” y del “trato o correspondencia entre dos o más personas”?), y los que también provoca a los clientes la impresión que les produce tanto el estado en que estén las instalaciones, máquinas y otros recursos físicos como su funcionamiento (¿cabe negar que la consideración de estos extremos influye en la construcción de cualquier parecer?).

Que la comunicación es pieza clave en las interrelaciones comprador-vendedor es cosa que no necesita de mayor demostración, pues a través de ella puede inducirse una opinión positiva al cliente (“realmente se ocupan y preocupan por mí”, “tienen equipos modernos y eficaces” e, incluso, “visten bien”) o a una negativa (“no me escuchan ni me hacen caso”, “no me informan de lo que me sucede”, “qué mal educados son”, “qué instalaciones tan descuidadas tienen”, “cómo es posible que tarden tanto en atenderme”...). Sí, la incidencia de la comunicación en la formación de opinión es determinante para valorar el servicio en uno u otro sentido.

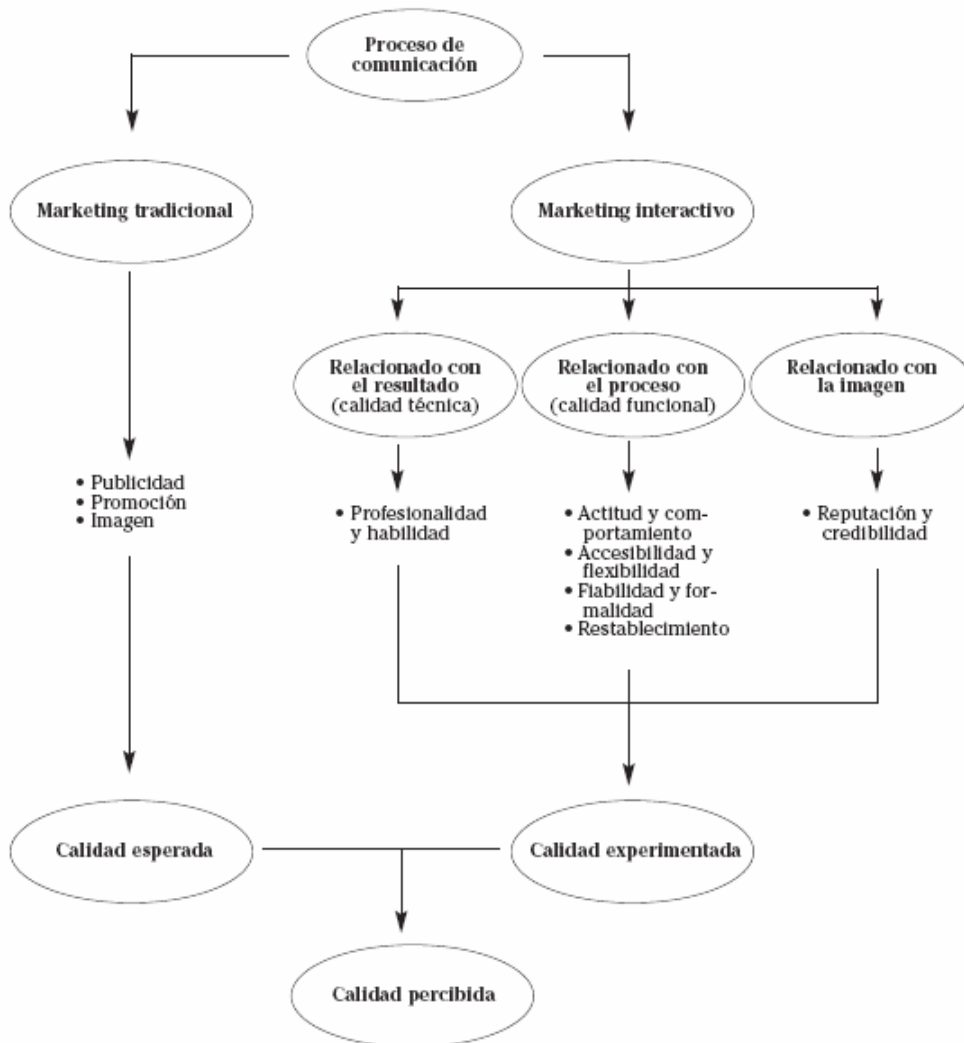
La publicidad y la promoción son elementos del marketing tradicional y siempre giran en torno a promesas o abstracciones que, desde el punto de vista del cliente, no puede saber si son verdad o si responden o no a la realidad. No hay duda de que resultan un arma valiosa para la génesis de expectativas e incluso para acrecentar la esperanza, pero no constituyen prueba alguna de validez. La validez de las promesas hay que comprobarla y únicamente se puede

confirmar cuando el cliente se enfrenta con la realidad, pues esta es la que comunica lo que de verdad existe o hay tras la información que se ha suministrado ya que conecta inmediatamente con la percepción de la calidad del servicio. De aquí que la comunicación sea el campo preferente de actuación del marketing interactivo, puesto que “los esfuerzos de comunicación de marketing, como publicidad y ventas, principalmente, tienen un impacto en el servicio *esperado*, mientras que los efectos de comunicación de las interacciones comprador-vendedor de la función del marketing interactivo influyen en el servicio *experimentado*”¹⁷. Esto se puede visualizar por medio de la figura 12.

Por lo que se refiere al contexto de servicios de salud y proceso de comunicación de marketing interactivo mostrado en esta figura, cabe señalar los siguientes extremos:

- Profesionalidad y habilidad. Los pacientes, de una manera u otra, siempre se dan cuenta de si el servicio, los empleados, sistemas operativos y recursos físicos tienen los conocimientos y habilidades necesarios para resolver sus problemas de salud de forma profesional y eficaz.
- Actitud y comportamiento. Los pacientes, como secuela de la pérdida del necesario equilibrio entre ellos y el medio, son extremadamente sensibles a que los empleados (médicos, enfermeras y cualquier clase de personas que tienen contacto con ellos) no sólo se ocupen sino que se preocupen por ellos y muestren interés en la resolución de su necesidad de salud de forma
- agradable y espontánea.

Figura 12. Esquema del proceso de la calidad percibida.



- Accesibilidad y flexibilidad. Los pacientes, que no son ajenos a la condición de clientes de un servicio, tienen el convencimiento de que el agente proveedor, su sede, horario de trabajo, empleados y sistemas operativos, están ahí para facilitarles el acceso a los servicios y, aunque no lo manifiesten, demandan que todo eso esté preparado para ajustarse de forma flexible tanto a sus necesidades reales o sentidas como a sus gustos o deseos.
- Fiabilidad y formalidad. Los pacientes, que precisamente por serlo tienen los resortes de la sensibilidad muy despiertos, necesitan comprobar que, se trate de lo que se trate o suceda

lo que suceda, pueden confiar en que el proveedor del servicio, sus empleados o sistemas, cumplirán las promesas que se les hayan hecho y que actuarán en todo momento teniendo presentes sus intereses.

- Restablecimiento. Los pacientes, tarde o temprano, siempre se dan cuenta de que “algo va mal” o de que ha surgido “alguna complicación impredecible” y es entonces cuando necesitan confiar ciegamente en que el proveedor del servicio va a tomar medidas correctoras de manera activa e inmediata. Esa confianza les enciende el sentimiento de que son dueños de un control que en principio sintieron haber perdido, pero tiene como secuela que les impulsa a situarse en una posición nueva y agudizadamente crítica donde no todo lo que se haga pueden interpretarlo como aceptable para ellos.

- Reputación y credibilidad. Los pacientes acuden al servicio sanitario porque creen que se puede confiar en dicho servicio, que puede ofrecerles un nivel adecuado de actuación y, lo que es más importante, que van a encontrar un conjunto de valores susceptibles de ser compartidos entre ellos y el proveedor del servicio.

Esto lleva de la mano a indicar que, lógicamente, cada uno de esos extremos reclama un tipo diferente de comunicación. Si la correspondiente al marketing tradicional es de corte impersonal y generalmente de carácter masivo (publicidad, folletos, notas de prensa...), la del marketing interactivo es eminentemente personalizada (interpersonal) porque se produce y desarrolla en la interrelación agente provisor del servicio-usuario o paciente. Es esta una comunicación que ha de ser y estar convenientemente planificada a lo largo de todo el proceso productivo, teniendo como

referente no descuidar en ningún momento los efectos indirectos que pueden suscitarse por la manera en que los pacientes pueden percibir la información que se les suministra, los aspectos físicos del proceso, la tecnología utilizada, el aspecto de las instalaciones, los sistemas y circuitos empleados, el nivel de conocimientos que dejan traslucir quienes prestan la asistencia, etc.

En el proceso de comunicación el marketing tiene suficiente experiencia acumulada sobre la fortísima influencia que tiene un elemento que se incrusta en él y que casi siempre provoca unos efectos mucho más taxativos que la comunicación personal y la masiva o directa. Se trata de lo que comúnmente se conoce como "comunicación boca-a-boca" o mensaje oral sobre la organización, su credibilidad y formalidad, su forma de operar, sus servicios, etc., que una persona, otro paciente (o un amigo o familiar de este) e incluso cualquiera, comunica a otra. A los oídos del receptor, un emisor que quizás no ha tenido experiencias personales con la organización (o, si las ha tenido, con mayor fundamento) y aparece como independiente de ella siempre es aceptado como una fuente bastante objetiva de información y hasta mucho más creíble¹⁸.

Alejandro Manzoni, en su relato "I promessi sposi", escribió que, "si reina la desconfianza entre los hombres, una de las principales causas es la facilidad con que las palabras descubren los defectos ajenos", observación esta que puede complementarse con lo que Plutarco puso en labios de Teseo ("Vidas paralelas. Biografía de Teseo y Rómulo"): "Las orejas son como las ventosas, que atraen todo lo malo". Ciertamente, el efecto exponencial de la comunicación "boca-a-boca" es mucho más rápido para lo que atañe a las experiencias negativas y se expande con más amplitud que para lo que concierne

a las positivas. El efecto multiplicador se ha comprobado que puede ser, por término medio, cualquier número entre tres y treinta. Esto es, las malas experiencias se comunican al menos a un número de personas que oscila entre un mínimo de tres y un máximo de treinta, lo que justifica que los tratadistas de marketing abunden en un mensaje tan claro como rotundo: no juegue con la comunicación “boca-a-boca”, intente capitalizarla.

Formas de comunicación

Sustancialmente, y en concordancia con el ámbito externo e interno, hay dos formas de comunicación: la realizada a través de medios y la originada por las interrelaciones entre personas. Para los servicios de salud pueden sintetizarse de la siguiente manera (Tabla 2):

	Comunicación a través de medios	Comunicación interpersonal
Comunicación interna	Señalización Planes terapéuticos e instrucciones entregados por escrito Altas médicas Volantes e impresos manejados durante el proceso	Personal en contacto Personal auxiliar Pacientes, familiares y amigos
Comunicación externa	Noticias de la institución difundidas en prensa, radio y televisión Publicidad Encuestas de opinión Folletos	Congresos, reuniones, jornadas, desarrollados en la institución Relaciones públicas Pacientes, familiares y amigos

Tabla 2.

a 2. Formas de comunicación.

Nunca será suficiente el hincapié que pueda hacerse para alertar sobre la trascendencia de la comunicación interna a través de medios por medio de rótulos e indicadores permanentes identificadores de

dónde se hallan los diferentes servicios. En una institución sanitaria pocas cosas puede haber tan frustrantes como el deambular de un sitio para otro en búsqueda del servicio al que hay que dirigirse. Sólo es superado por las deficientes comunicaciones internas a través de las personas (personal de contacto y auxiliar) que prestan el servicio, de quienes se espera una información fluida y un trato amable. Sea cual sea la forma de la comunicación, ha de responder siempre a una estrategia que debe respetar unos principios generales. Grande Esteban indica los siguientes:

- Existencia. La estrategia de comunicación, como síntesis de la externa e interna, debe ser escrita, difundida y aceptada por todas las personas que vayan a verse afectadas por ella.
 - Continuidad. Significa que la estrategia no debe cambiarse, sino que está diseñada para durar. El principio de continuidad guarda una relación muy estrecha con la idea de posicionamiento, otra estrategia que tampoco debe estar continuamente alterándose.
 - Diferenciación. La comunicación debe hacerse de forma que tanto la institución como los servicios que presta consigan diferenciarse de los competidores. Es decir, debe ser un elemento que ayude a conseguir el posicionamiento.
- Claridad. La transmisión de ideas y de información debe hacerse de forma clara para evitar equívocos y de manera sencilla para que todos puedan comprenderlas.
- Realismo. Debe existir una correspondencia entre los objetivos que se desean alcanzar y los medios con los que se cuenta. Esta idea ha de tenerse siempre muy presente, pues afecta a la planificación de medios y soportes publicitarios.

- Declinación. Consiste en que la estrategia de comunicación debe ser adaptable a los distintos tipos de comunicación que puedan desarrollarse y compatible con ellos.
- Aceptabilidad interna. La estrategia de comunicación y sus mensajes deben ser aceptados por los empleados de la institución proveedora del servicio sanitario en sus distintos niveles, ya que, al ser simultánea la producción del servicio y el consumo, ellos son las auténticas fuentes de comunicación. Esto lleva a que los empleados deben estar informados en todo momento de los objetivos de comunicación que se pretenden, compartirlos y sentirse motivados para colaborar a conseguirlos.

Requerimientos básicos del programa de comunicación

Para diseñar un programa de comunicación en los servicios sanitarios han de cumplirse cuatro requerimientos básicos: identificar el segmento de mercado (tipo de pacientes) al que va a ir dirigido, fijar los objetivos de la comunicación, desarrollar los aspectos que la conforman y determinar el “*mix*” de comunicación (o combinación de medios) de acuerdo con la eficacia demostrada por cada uno de ellos para alcanzar los objetivos que se persiguen.

Identificar el tipo de pacientes

Dentro de la asistencia sanitaria no todas las instituciones son iguales. Unas se desenvuelven en el ámbito generalizado de la Atención Primaria, otras cubren el ámbito de especialidad y, entre ellas, las hay de atención general de procesos agudos y/o crónicos,

monográficas (traumatológicas, rehabilitadoras, obstétricas, geriátricas, pediátricas, etc.), mayoritariamente de investigación clínica... El tipo de paciente que accede a cada una de ellas requiere una forma de comunicación diferenciada que impide orientarla indiscriminadamente. Uno de los componentes básicos de la misión del marketing es identificar el mercado en que va a desenvolverse la empresa y, en el caso de los servicios de salud, esto viene dado por su nivel, diseño y adaptación a las patologías que se atienden. En base a ello se fijan los distintos atributos de los servicios, prioridades y objetivos, en conexión con el ámbito geográfico, sexo, edad, características sociodemográficas, criterios sicográficos (estilos de vida, actitudes y personalidad de los pacientes) y tecnología. Esto, en cierto modo, determina las estrategias de marketing que pueden adoptarse, pues marca la pauta sobre el tipo diferenciado, indiferenciado o concentrado que vaya a desarrollarse.

Fijar los objetivos

En los servicios sanitarios, la comunicación ha de perseguir fundamentalmente tres objetivos:

Conseguir o reforzar el posicionamiento de la institución en el mercado.

Informar de los servicios que presta y de sus atributos más relevantes (y, obviamente, hacerlo desde la perspectiva de empresa orientada al paciente).

Fidelizar al paciente para que, en sus nuevas necesidades de restablecimiento de la salud, tienda a volver a la institución donde ya fue atendido.

No todas las formas de comunicación son igualmente eficaces para conseguir esos objetivos, pues cada una de ellas tiene sus puntos fuertes y sus puntos débiles. Así, por ejemplo, la publicidad, que se ha mostrado eficaz para crear interés por los productos, imagen de empresa y para fidelizar a los consumidores, no es muy relevante en el ámbito sanitario salvo por lo que atañe al hecho de dar a conocer la existencia de una institución (la salud, como ya hemos dicho, entronca directamente con la necesidad de conservación y ante una quiebra en ella la incidencia en la decisión de aprovisionamiento carece de mayor sentido), mientras que las relaciones personales, a través de las interacciones que surgen en las respuestas a preguntas, suministro de información y expresión de sentimientos, resultan mucho más persuasivas para enfocar o resolver problemas y establecer relaciones intensas y duraderas.

Desarrollar los aspectos que conforman el “mix” de comunicación

El programa de comunicación debe fijar con total claridad los siguientes aspectos:

- El contenido de lo que tiene que decirse, de acuerdo con los objetivos de la comunicación.
- La estructura de lo que se diga, o cómo decirlo, para asegurar una homogeneidad en la comunicación.
- El estilo de lo que se dice, con el fin de impactar lo mejor posible al segmento objetivo de que se trate.

- Los medios que van a emplearse y que pueden ser cualquiera de los ya mencionados en este capítulo. En el servicio sanitario, documentos tales como planes terapéuticos e instrucciones, altas médicas, volantes e impresos manejados durante el proceso, son medios preciosos para conseguir efectos complementarios.

El conjunto de todos aspectos conforman un “*mix*” de comunicación que, añadido a elementos tales como las noticias de la institución difundidas en prensa, radio y televisión, publicidad y folletos, han de saberse combinar sabiamente para alcanzar el logro de los objetivos.

Pautas para la gestión de la comunicación

En el trabajo titulado “Líneas maestras para la publicidad de los servicios”¹⁹, George y Berry dieron cuenta de seis pautas fundamentales a las que Grönroos añadió dos más⁹⁴– para la gestión de la comunicación, que resultan de exacta aplicación al contexto de la comunicación de marketing en los servicios sanitarios. Veamos cuales son esas pautas.

Esfuerzos de comunicación directa dirigida a los empleados

Las comunicaciones planificadas para llegar a los diversos tipos de pacientes, consistentes en promocionar los recursos o los hallazgos investigadores y científicos, tanto humanos como materiales con que cuenta una institución, son también tenidas en cuenta por todos los empleados de la misma (George y Berry califican a estos como un “segundo público”) y constituyen una forma preciosa de incrementar,

en el plano interno, no sólo el papel que dichos empleados juegan en ella sino también de aumentar su motivación. Por ejemplo: dar cuenta de cuestiones tales como que el facultativo "X" ha sido nominado "mejor geriatra del año", que el pediatra "Y" ha sido distinguido con un premio nacional o internacional por sus aportaciones a la diagnosis de una determinada enfermedad infantil, que el cirujano "Z" ha desarrollado una nueva y revolucionaria técnica quirúrgica, que la enfermera "L" ha recibido el reconocimiento general por sus trabajos sobre como protocolizar una mejor atención a los pacientes que sufren una determinada patología, o los logros conseguidos por el Servicio "M" en tal o cual aspecto de tratamiento, son una suerte de comunicaciones cuyo esfuerzo vale la pena porque no impactan sólo a los usuarios sino también a los compañeros de profesión colaborando eficazmente a aumentar su motivación.

Capitalizar la comunicación "boca-a-boca"

Una buena comunicación "boca-a-boca" consigue que los pacientes sean más receptivos a los esfuerzos de comunicación del marketing externo (y viceversa). Es el vehículo más eficaz de comunicación y la única manera de poder capitalizarla es crearla a través de los mensajes emitidos por los clientes satisfechos. Las recomendaciones que usualmente se hacen acerca de tal institución, tal facultativo, tal Servicio Médico, etc., son patentes ejemplos de ello.

Proporcionar indicios tangibles

El servicio que no proporciona indicios tangibles se torna aún más abstracto, por lo que se impone hacer un mayor esfuerzo por

concretarlo. En este sentido comunicar todo aquello que posibilite al paciente adquirir un cierto "dominio" sobre el servicio es fundamental.

Hacer que se comprenda el servicio

Hay que hacer todo lo posible por evitar términos y expresiones incomprensibles para que los pacientes entiendan perfectamente lo que les ocurre, lo que se está haciendo con ellos y el pronóstico que puede tener su enfermedad. De otra manera la comunicación defectuosa en este sentido dejará sin que sepan lo que se ha hecho, hace o puede hacerse por ellos a través del servicio que se les presta (¿puede un enfermo de hipercolesterolemia enterarse de algo si, por ejemplo, se le indica que, aunque hay evidencias de que las enfermedades isquémicas puedan estar correlacionadas no sólo con el colesterol sérico, sino también con algunas fracciones lipoproteicas específicas, el cuadro que usted refiere no sugiere que pueda haber conexión alguna con esto?).

Continuidad de la comunicación

La comunicación es un esfuerzo que ha de tener continuidad a lo largo del tiempo. No es suficiente con dar información de manera intermitentemente o sólo cuando va a procederse a hacer una exploración o una prueba complementarias. El proceso productivo del servicio sanitario es especialmente difícil de comprender por parte de los pacientes y requiere de una información no sólo continuada, sino también clara y concreta (aunque resulte repetitiva). ¿De verdad puede creer alguien que se está informando bien a un paciente que padece una enfermedad obstructiva de la vía aérea superior, diciéndole: "Vamos a someterle a una técnica de imagen porque,

como la vía superior se extiende desde la nariz y la boca hasta la carina traqueal, la obstrucción que usted padece puede responder a múltiples etiologías y lo que queremos descartar es que se trate de una discinesia ciliar primaria. Claro que, para su tranquilidad, puedo adelantarle que esa es una patología muy poco frecuente”?

Prometer lo posible

Es fundamental. Si no se cumplen las promesas hechas por la comunicación externa de marketing, se amplía la deficiencia de las expectativas y las experiencias, y disminuye la calidad percibida por el paciente. Si las promesas han tenido lugar por medio de la comunicación interna resultan aún más críticas. Promesas exageradas al estilo de “todo irá o va a ir muy bien”, “su caso evoluciona magníficamente”, “no va a sentir usted absolutamente nada”, etc., son los mayores hachazos que, si no se cumplen, pueden asestarse a la comunicación de marketing.

Observar los efectos de la comunicación a largo plazo

La comunicación que debidamente programada se lleve a cabo puede ofrecer visos de eficacia a corto plazo, pero es posible que se detecten efectos negativos inesperados a largo plazo. Para que tal cosa no suceda, hay que estar alerta sobre el cumplimiento de las promesas que se hacen, la tangibilidad con que se concretan los servicios prestados, el grado de comprensión que están teniendo, la continuidad por que discurre la comunicación. Descuidar la observación puede acarrear pacientes insatisfechos que, ante la percepción de la realidad y sin haber planteado protesta o reclamación alguna, se dedican a expandir una mala comunicación “boca-a-boca” y a dañar seriamente la imagen de la organización.

Ser conscientes de los efectos que tiene la ausencia de información

Si en una situación tensa –como acostumbra a ser muchas por las que atraviesan los pacientes estos no disponen de información, la consecuencia es que lo interpretan como información negativa. Al tratar sobre la opinión del usuario, se ha podido comprobar la enorme importancia que tiene la falta de información o el hecho de que esta no sea clara y del todo completa. En este sentido, el Letrado Alberto Andérez, Jefe del Servicio de Asesoría Jurídica del Servicio Navarro de Salud, nos comentaba recientemente (a título particular) que estaba convencido de que, si los médicos suministraran información suficiente, podrían desactivarse casi el 70 por 100 de las demandas que presentan los pacientes o sus familiares.

4.1.2 LA IMAGEN

Hay una cosa cierta: así como los productos se adquieren por sus características tangibles, en los servicios, y muy concretamente en los sanitarios, no existen características de búsqueda. Como certeramente señala Grande Esteban, lo que realmente “resulta muy importante es la imagen de la empresa o del entorno donde se produce el servicio”.

En óptica geométrica se denomina “imagen” de un punto luminoso (fuente) al punto en el que se encuentran, después de haberse reflejado o refractado en un sistema óptico, los rayos luminosos procedentes de la fuente o las prolongaciones de los mismos. Este concepto es de cabal aplicación a la imagen de las organizaciones de servicios, pues ellas hacen el papel de fuente y su imagen, tras

haberse reflejado en el sistema que conforma sus actividades, es el punto (la opinión) en el que se encuentran. Por eso dice Grönroos que "la imagen de una organización (internacional, nacional o local) representa los valores que los clientes actuales, los clientes potenciales, los clientes perdidos y otros grupos de personas tienen en relación con la organización". Kotler la define como "el conjunto de ideas, creencias e impresiones que una persona tiene sobre un objeto, sobre algo que existe en su mente", por lo que en muchos aspectos ejerce una importante influencia en las percepciones que se hacen los clientes sobre la comunicación y las operaciones de la empresa.

Importancia del papel que juega la imagen

Con lo dicho anteriormente puede colegirse que la importancia de la imagen es grande y, en cuanto al papel que juega en el contexto de la comunicación, se concreta en comunicar expectativas, filtrar y enmarcar el modo en que se percibe la realidad de la empresa, e influir en las actitudes de los empleados.

Comunica expectativas

La imagen tiene un impacto propio en las expectativas y colabora a proyectar en sentido positivo o negativo la información generada tanto por la comunicación de marketing como por la transmisión "boca-a-boca". Si la imagen con que cuenta la organización es positiva, facilita que esta se comunique con mayor eficacia porque hace a las personas más receptivas a la comunicación "boca-a-boca"

que sea favorable (y viceversa). La existencia de una imagen de carácter neutro no garantiza en ningún momento ausencia de perjuicio, pues resta eficacia a los efectos de la comunicación de marketing y a la expandida "boca-a-boca".

Filtra y enmarca la realidad de la empresa

Como la imagen se configura de acuerdo a un conjunto de ideas, creencias e impresiones que existen en la mente, la calidad técnica y especialmente la funcional se perciben a través de la fraguada en torno a una empresa según hayan sido las experiencias y expectativas de los clientes. Enmarca también la realidad de la empresa porque la calidad percibida de sus servicios, al basarse en esas experiencias y expectativas, pueden cambiarla en uno u otro sentido dependiendo de que el resultado de tal relación concuerde, supere o sea inferior a la existente. Si la imagen y la calidad percibida son buenas sirve, en principio, de protección para la empresa y puede salir reforzada e incluso mejorada. Pero, si no lo son, el efecto será contrario.

Influye en las actitudes de los empleados

Aunque no se suele ser consciente de ello, la imagen ejerce también un gran impacto interno porque genera y comunica a los empleados sus valores positivos o negativos, según sea esta buena o mala. Trabajar en una empresa que tiene una imagen positiva, clara y rotunda, confiere prestigio y seguridad a los empleados, mientras que hacerlo en una cuya imagen sea negativa contribuye al desánimo, la desincentivación y la frustración. Esto tiene un reflejo incuestionable

en las actitudes y actuaciones de los mismos, influyendo de manera directa en sus relaciones con los clientes y, a la postre, en la calidad.

Articulación de la imagen

La imagen se articula siempre en torno a la realidad, por lo que cualquier estrategia para desarrollo o mejora de la imagen tiene necesariamente que estar basada en la realidad porque, en caso contrario, puede contribuir muy eficazmente a deteriorarla aún más. Bernstein abunda en esto al señalar que “si la imagen es falsa y nuestra actuación es buena, es culpa nuestra ser malos comunicadores; pero, si la imagen es cierta y refleja nuestra mala actuación, es culpa nuestra ser malos directivos”.

Cuando una imagen responde a problemas que puedan tenerse con la calidad técnica y/o la funcional, lo primero que hay que hacer es atajar y solucionar esos problemas. Intentar “camuflarlos” o “desactivarlos” esforzándose en transmitir que “todo va bien” o lanzándose a una de esas campañas de imagen global con las que se pretende hacer un arreglo cosmético en la situación dará resultados desastrosos porque lo comunicado no encajará con la realidad y esta siempre gana. En efecto, como se habrán creado mayores expectativas aún y las experiencias seguirán siendo las mismas, la calidad resultará todavía más afectada y la imagen definitivamente deteriorada. Si la mala imagen responde a un problema real, sólo puede restaurarse aplicando medidas reales; si no responde a la existencia de problemas, el problema estará entonces en la comunicación, y eso sólo puede mejorarse mejorándola.

4.5 EL PLAN DE MARKETING

4.5.1 CUESTIONES PREVIAS

Antes de abordar en líneas generales la construcción de un plan de marketing es conveniente comentar unas cuestiones previas. Tarea de marketing es planificar y controlar la actividad dentro de la empresa proyectándola hacia el cliente, cosa que debe ser impulsada por la Dirección de acuerdo con las diferentes particularidades del negocio. Eso supone analizar amenazas y oportunidades, establecer estrategias, desarrollar programas, hacer previsiones de beneficios y pérdidas, y dar a la información y el control la crítica importancia que tienen.

Realmente, la labor del directivo empresarial no es fácil, pues entre otros cometidos ha de dominar el arte de saber distinguir y separar lo controlable de lo incontrolable. Esta es una cuestión tan importante que en uno de los libros clásicos sobre la materia se incluye una llamada "Oración del Administrador", que dice lo siguiente: "Dios mío, concédeme la fortaleza necesaria para aceptar con serenidad las cosas que no pueden ser cambiadas. Dame valor para cambiar las cosas que pueden y deben ser cambiadas. Y otórgame sabiduría para distinguir las unas de las otras".

No hay ejecutivo que pueda escapar a tener que hacer frente a cuestiones más o menos incontrolables que actúan en el entorno social, político y económico en el que se desenvuelve la empresa. Por fortuna, siempre tendrá a su disposición algunos medios que sí son controlables y que puede utilizar para tratar de adaptarla a ese entorno; pero, de todas formas, no cabe engañarse: la adaptación de la empresa a su entorno no es tarea sencilla ni mucho menos puede

llevarse a cabo de esa forma “pretendidamente pasiva” que se desprende de algunos tratados de economía. El camino por el que discurre esa labor es un orden dinámico, creativo y exige notables esfuerzos porque, en el fondo, se trata de algo tan insólito como procurar que encajen dos piezas que no son semejantes (Fig. 13):

Figura 13. Dificultades de adaptabilidad de la empresa a su entorno.



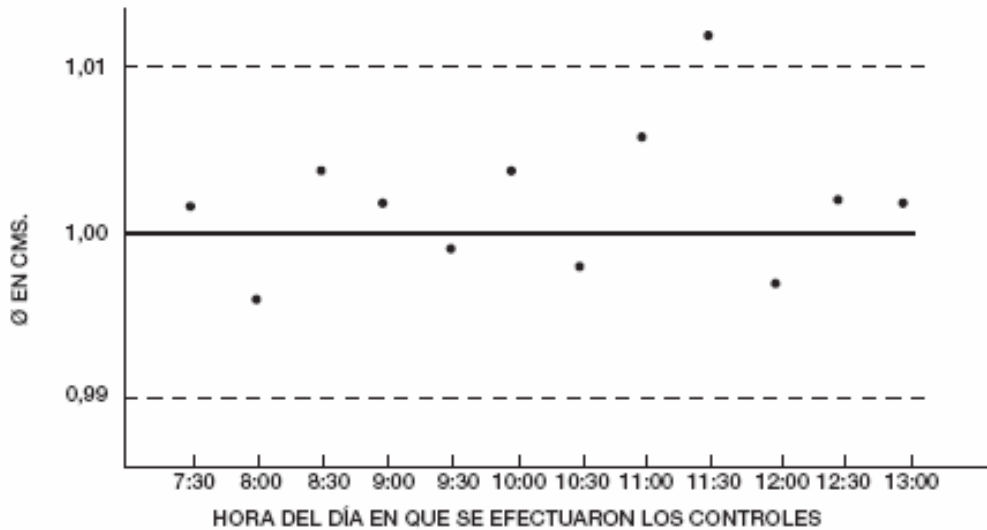
En esta figura, el pentágono exterior (sobre cuyos lados aparecen indicados los elementos menos controlables) representa el entorno social, político y económico que rodea a la empresa y en cuyo interior debe operar; mientras que el hexágono representa a la propia empresa, indicándose también en sus lados los recursos con que cuenta para proceder a la requerida adaptación al entorno. Es una manera de exponer visualmente la ardua problemática que supone tratar de conseguir un encaje que resulte lo más perfecto o

plenamente satisfactorio posible entre uno y otro. Pero, por si eso fuera poco, ha de señalarse que además se produce el hecho de que cada uno de los lados del pentágono ejerce su influencia en el funcionamiento de la empresa y, como el entorno se halla sujeto a continuas modificaciones, se suma la necesidad de tener que proceder a constantes cambios en la política que se lleva a cabo utilizando los recursos de la manera más provechosa.

El asunto, realmente, es complejo (cualquier predicción o previsión que se haga va siempre arrojada de una considerable incertidumbre) y el único bálsamo con que se cuenta para resolver y controlar los problemas es la experiencia acumulada, la información y el sentido común. Como no hay labor directiva que esté exenta de problemas, y los problemas suelen tener la virtud de sucederse tan imprevisible como continuamente, saber reconocerlos o identificarlos con rapidez y a tiempo tiene sus dificultades (sobre todo en las grandes empresas), y de aquí la ineludible necesidad de contar con un buen sistema de control. La institución sanitaria es una empresa de servicios en la que el control es –o debería ser análogo al que se ejerce en cualquier empresa industrial para asegurar la calidad. ¿Cómo es ese tipo de control? Por ejemplo, supongamos que una empresa industrial trata de vigilar la calidad de cierto componente cuya principal característica es que el diámetro de un vástago tiene que ser exactamente de un centímetro, admitiéndose algunas pequeñas diferencias (las máquinas –como los hombres nunca trabajan con precisión absoluta) que en ningún caso pueden sobrepasarse porque los vástagos resultarían inservibles y que la tolerancia máxima es de 1,01 cm. y la mínima de 0,99 cm. El proceso de control consiste en verificar aleatoriamente (cada media hora, por ejemplo) los vástagos que salen de esa línea de producción, comprobando sus medidas y anotando la mayor desviación existente

en los diámetros comprobados. Eso proporciona una gráfica como la siguiente (Fig. 14):

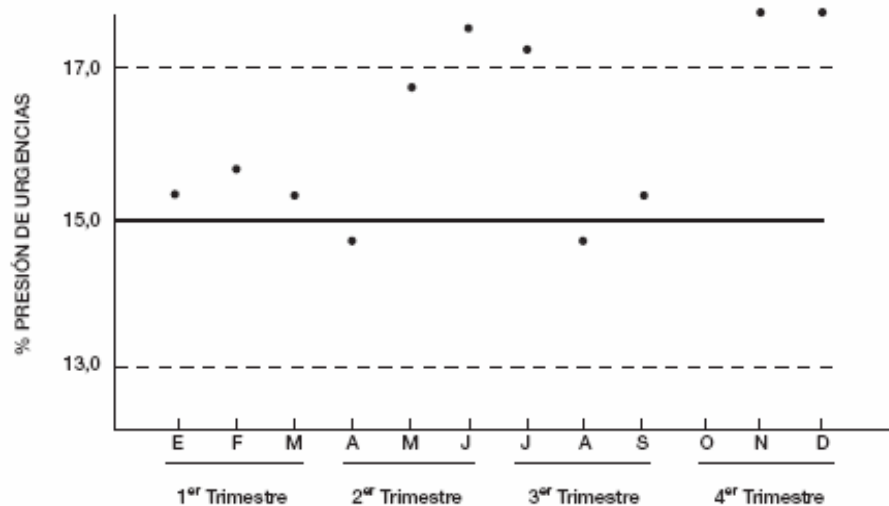
Figura 14. Gráfica de un proceso de control



La raya gruesa representa el diámetro de 1 cm. que deben tener los vástagos y las de trazo discontinuo los límites de la tolerancia máxima y mínima, indicándose la hora en que se ha hecho la verificación y quedando reflejadas las anotaciones en unos puntos que testifican los resultados obtenidos. Puede verse que a las 11,30 horas se ha detectado algo anormal y, en consecuencia, se habrá tenido que reajustar la máquina; pero hasta ese momento el operario habrá podido dedicarse a realizar otras tareas, con la seguridad – como así ha sido de que, si se producía alguna serie defectuosa, sería inmediatamente informado para proceder rápidamente a la corrección oportuna. Un tipo de control como este podría resultar muy útil en una institución sanitaria. Facilitaría que su Director pudiera dedicarse con más tranquilidad a futuros planes o a determinados asuntos de su competencia, ya que con un buen sistema de información y control podría tener la completa seguridad de que va a ser llamada su atención en tiempo y modo para proceder a hacer los ajustes necesarios. Por ejemplo, si uno de los parámetros de ese control está

dedicado a vigilar la presión de urgencias en un hospital (como se sabe, es el porcentaje de ingresos provenientes de urgencias sobre ingresos totales en el hospital) y que, para un buen funcionamiento del centro, se ha estimado que esa presión no debe sobrepasar el 15 por 100, con una tolerancia de ± 2 por 100 porque sobrepasando estos límites hay riesgo de caer en ineficiencias debido a sobrecargas de trabajo, procediendo de la misma forma que la utilizada en el ejemplo anterior para el control del diámetro de los vástagos, se daría la siguiente gráfica (Fig. 15):

Figura 15. Aplicación del tipo de control a la empresa hospitalaria.



Las variaciones que se observan habrán repercutido de una manera u otra en el índice de ocupación del hospital y, comprobado que este rebasaba el umbral que se ha estimado puede hacer caer en ineficiencias (con peligro de deterioro en la calidad del servicio prestado), si las reclamaciones recibidas corroboran un incremento en las mismas o la actividad desarrollada refleja notables distorsiones con incidencia en otros factores clave, se dispone así de elementos suficientes para alertar sobre la existencia de algún posible problema

en el funcionamiento y proceder a abordarlo inmediatamente ordenando los reajustes que sean necesarios. La misión de estos ejemplos no ha sido otra que la de poner de relieve la necesidad de contar con una buena información y un correcto control para detectar los problemas que pueden surgir en el entorno, y que siempre –de una manera u otra– dificultan el encaje de este con el entorno. Pero hay también otras cuestiones que pueden entorpecerlo. Se trata de la trampa que normalmente se esconde tras el beneficio como criterio en la toma de decisiones, la forma en que puede afrontarse el problema de la incertidumbre y el concepto que se tenga de la idea de estrategia.

La trampa que esconde el beneficio como criterio en la toma de Decisiones

Para cualquiera que haya de tomar decisiones en una empresa, el beneficio como criterio es cosa tan evidente y exigible que parece estar fuera de toda discusión, pero por diversas razones no siempre es así. Y no suele serlo porque no se acostumbra a establecer distinción alguna entre dos puntos de vista que necesariamente hay que tener en cuenta: el de la empresa y el del orden social. Tal distinción existe en cualquier circunstancia, es real como la vida misma y constituye piedra de toque en el contexto en que se desenvuelven los servicios sanitarios.

Se ha repetido hasta la saciedad que el objetivo del servicio sanitario, sobre todo si corresponde al sector público, es la rentabilidad social antes que la económica; pero eso no quita para declarar también, e insistentemente, la necesidad de proporcionar al usuario “la máxima satisfacción”. Semejante dualidad, que tropieza inevitablemente con el principio de escasez de los recursos, abona multitud de confusiones

en cuanto a los verdaderos fines de esa actividad porque, si se sigue a pies juntillas lo de proporcionar la máxima satisfacción como criterio exclusivo o primordial (cosa que se traduce normalmente en dar esa máxima satisfacción "cueste lo que cueste", excelsitando así la rentabilidad social con olímpico desprecio de la económica), la empresa sanitaria puede entrar inevitablemente en la bancarrota como cualquier otra empresa.

Esto no puede presentarse nuevamente, pues ya hay preocupantes indicios acerca de esto y a la vista está la tremenda escalada de gastos en que incurren las instituciones públicas dentro de una dinámica que parece carecer de límites. Enarbolar la bandera de la rentabilidad social y de la máxima satisfacción, olvidándose de que toda actividad tiene que reportar un beneficio es un grave error porque lo único que no tiene límites es la disposición del usuario a obtener el máximo beneficio para él. ¿Alguien puede poner en duda que, si se oferta un precioso chalé en el mejor enclave de la Costa del Sol al precio de un apartamento de 40 m² en un suburbio, puede haber por ahí alguien que lo rechace? El criterio del beneficio es esencial en el desempeño eficaz de la labor directiva en cualquier empresa, pero la trampa consiste en creer que para ello el control de las actividades ha de hacerse exclusivamente en función del coste y no en relación con los ingresos, lo que como criterio práctico de decisiones lleva a tener que plantearse de forma muy clara cuáles son los objetivos de la empresa y cuáles los sociales.

Objetivos de la empresa sanitaria

Al margen consideraciones que ahora no vienen al caso, la empresa sanitaria tiene que enfrentarse en todo momento con varias alternativas (financieras, de personal, de producción...) que rara vez

pueden evaluarse por separado e imponen que haya de procederse a una elección. Esto hace que la Dirección tenga que desarrollar un plan de objetivos básicos que vendrán a conformar lo que podemos denominar como “política general de la empresa”. Dichos objetivos, por ejemplo, pueden ser: a) consolidar la situación del centro en el mercado sanitario, b) mantener, aumentar o estabilizar la actividad que se desarrolla, c) incrementar el prestigio de la institución... Naturalmente, pueden elegirse cualesquiera otros objetivos, pero lo que no cabe perder de vista es que, sea cual fuere la selección efectuada, ha de tener como meta un beneficio (o, como es el caso del sector público, tener como meta un exquisito cumplimiento de los presupuestos) que pueda asegurar la supervivencia, el desarrollo y la continuidad de la empresa.

Objetivos sociales de la empresa sanitaria

Los economistas y los contables dicen que el beneficio equivale al diferencial entre ingresos y gastos. Eso es correcto; pero, por lo que afecta a la empresa sanitaria, no cabe dar de lado que hay una “parte social” de gasto que debería deducirse al computar beneficios (o realizaciones de presupuesto) por causa del servicio rendido a la sociedad y el individuo. Se tiende insistentemente a hacer hincapié en el principio básico de reunir los datos referentes a los costos y a eludir cualquier referencia a si realmente han de saldarse estos en la medida que supone su total recuperación con los ingresos. Este es campo para un debate de grandes magnitudes, porque nada más cierto que los desembolsos relativos al valor añadido que comporta el restablecimiento, mejora o rehabilitación de la salud, pero no hay que echar en saco roto la estimación de que los costos que comporta la investigación y las nuevas tecnologías en el campo médico no son de

carácter corriente y eso guste o no siempre incidirá en una reducción de los beneficios económicos.

Los gastos totales que se generan en el proceso productivo de la atención sanitaria son siempre diferentes porque diferentes son los pacientes, los procesos, las patologías y las circunstancias que rodean el acto asistencial, por lo que estos se hallan en dependencia directa de los objetivos que se persigan. En consecuencia, salvo el concepto correspondiente a gastos fijos, el criterio de gasto total es muy relativo y por lo que afecta al beneficio tan importante es el líquido (o financiero) como la contribución que con su merma se hace al social (notación esta que precisamente es la única razón de ser de un servicio público).

El problema de la incertidumbre

Es incuestionable que la incertidumbre que lleva aneja la consideración del beneficio como criterio de decisión es el problema final, pues la Dirección de un centro sanitario tiene que acabar decidiendo entre varias alternativas de acción y eso obliga a tener que convivir con futuribles (que siempre son inescrutables y están llenos de sorpresas). Puede que hayan de prestarse servicios que no estaban previstos inicialmente, dejen de prestarse otros que sí lo estaban o que la actividad desarrollada no alcance el volumen que sí estaba previsto. También puede ocurrir que los costos difieran de los esperados porque las posibilidades de una sorpresa son ilimitadas. Ahora bien, como en cualquier otra, en la empresa sanitaria la incertidumbre puede ser de dos clases y hay que saber distinguir entre ellas. Una es la que se produce en el entorno de la institución, como lastre inevitable del funcionamiento; la otra es la que se presenta como fruto de la incidencia que ejercen las múltiples facetas

de carácter económico, político y social del entorno, que son características de una economía dinámica y que influyen tanto sobre los costos como los servicios prestados. Si para la primera se dispone de recursos que pueden ser controlables, para la segunda no cabe más que el pronóstico y enfocarlas conceptualmente echando mano de las probabilidades.

Una distribución de probabilidades es una relación de las proporciones de tiempo en que se puede esperar que ocurra cierta consecuencia o resultado, y esto vale tanto para lo controlable como para lo incontrolable. Así, por ejemplo, si la actividad de las consultas es uno de los factores a considerar, la distribución de probabilidades consistirá en la proporción de veces que puede esperarse se alcance una posible cifra de consultas, expresándose a menudo ese concepto en razón de la casualidad de lo que puede ocurrir. Esta idea de la distribución de probabilidades se puede visualizar esquemáticamente y con sencillez tal como se hace en la figura 16. Se trata de un diagrama en el que se representa una distribución normal y las áreas que corresponden a las diferentes partes de la curva (tanto por ciento) indican las probabilidades del número de consultas que se ha estimado pueden celebrarse. Suponiendo se ha calculado que el número normal o aceptable de consultas es de 50.000 al año, existen 68 probabilidades entre 100 de que oscilen entre 45.000 y 55.000; y 95 probabilidades entre 100 de que oscilen entre 40.000 y 60.000.

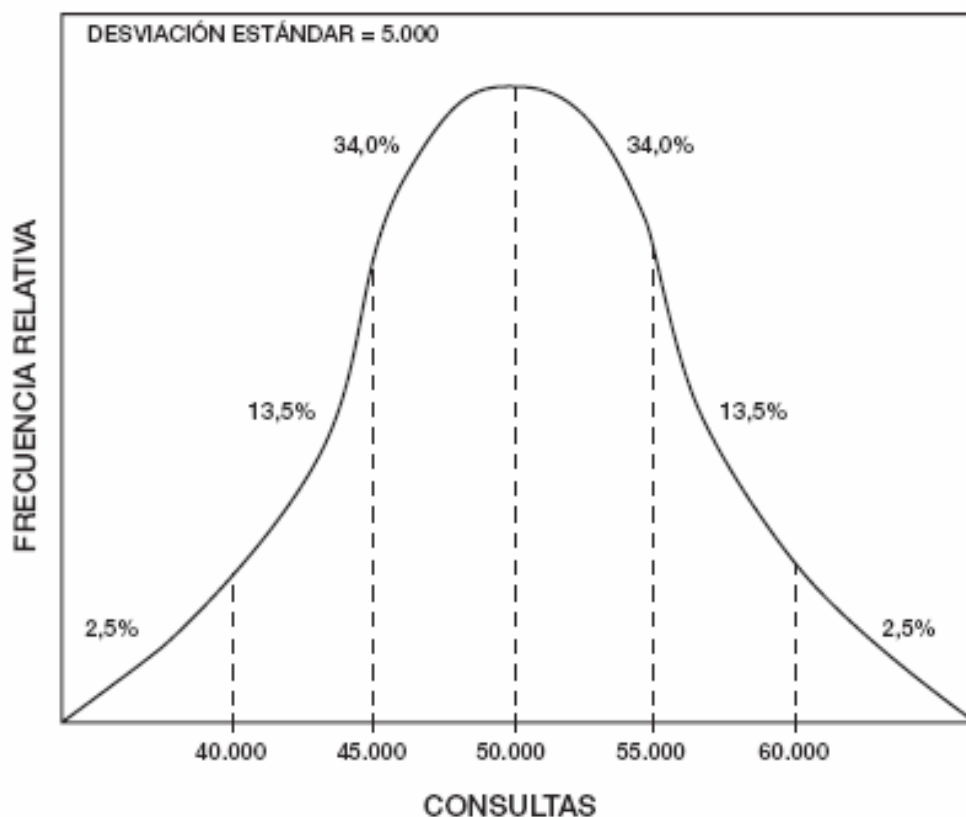
Por tanto, si se tiene una lista de espera de 1.000 pacientes (cosa inaceptable a todas luces), esperar que va a poderse absorber –por ejemplo en tres meses porque “se ha tocado a rebato” reclamando un esfuerzo mayor de “productividad” y ordenando las citaciones, es lo mismo que decir que existen 25 entre 100 probabilidades de lograrlo.

No hay que engañarse: para solucionar ese problema habrá que poner en juego otros enfoques, otros medios y recursos, que conduzcan a una mayor probabilidad.

El concepto de estrategia

Aquí puede esconderse otra trampa. La estrategia se define frecuentemente como “un medio para un fin”, pero en su forma más pura y real es un “secuencia en las normas de decisión”¹⁰¹ porque, desarrolladas concatenadamente, posibilitan prever la acción “más adecuada” que ha de emprenderse ante cualquiera de los acontecimientos que se presenten.

Figura 16. Distribución de probabilidades en función de la cantidad y la frecuencia relativa



De Val, tras considerar la raíz de esta palabra y el hecho de que los diccionarios la recogen con el sentido de cuidadosa planificación y dirección de las operaciones militares, indica que a lo largo del último cuarto de siglo vino a integrarse en el ámbito de los negocios vinculada estrechamente a las metas y objetivos, a la política y estructura de organización. Así mismo, argumentando con buen sentido el rechazo a la muy extendida definición de Chandler en el ámbito de la Administración de Empresas (asimila la estrategia a lo que es simplemente un plan), acepta la dada en 1978 por Hofer y Schendel: “modelo fundamental que indica cómo la organización logrará sus objetivos a partir de la situación presente y del desarrollo de los recursos previstos, así como de las interacciones con el entorno”⁸⁸. Ahora bien, lo que aquí interesa resaltar es la existencia de diferentes niveles estrategia, y que estos se relacionan jerárquicamente entre sí y con las metas de la organización. De Val los expone de una manera tan clara y exacta como precisa:

a) Estrategia a nivel de empresa que, al tener en consideración el “role” y la misión que juega toda estrategia, integra la totalidad de la organización como sociedad en el entorno.

b) Estrategia a nivel corporativo que, al concebir la actividad empresarial como una cartera de negocios en base a diferentes combinaciones producto-mercado que facilitan a la organización el despliegue de sus recursos, alcanza al cometido del sistema, al despliegue de recursos, y a la ventaja competitiva y sinergias producidas entre productos relacionados, centros o actividades. En este sentido, las decisiones políticas más relevantes son el diseño de la estructura de organización, los procesos y las fuentes financieras.

c) Estrategia a nivel de negocio que, centrada en la industria en particular o en un determinado segmento de producto- mercado, lo

más importante que aporta son las ventajas competitivas que se pueden lograr y las sinergias. Normalmente, las principales decisiones políticas se vinculan a la línea de productos, desarrollo del mercado, distribución, recursos financieros, mano de obra, investigación y desarrollo, y elección entre las alternativas de sistemas de diseño de manufactura.

d) Estrategia a nivel funcional que, restringida a las áreas funcionales de la empresa, persigue maximizar los recursos productivos (por lo que, asimismo, vela por generar sinergias).

La existencia de estos niveles alerta sobre el hecho de que la adopción de cualquier estrategia implica que todo el alcance de sus dimensiones ha de estar integrado de manera consciente, sumamente cuidadosa y proyectada dentro de los límites que marquen los objetivos básicos que haya determinado la Dirección para la empresa.

4.5.2 ¿QUÉ ES UN PLAN DE MARKETING?

Entre las varias acepciones que el DRAE concede a la palabra "plan", figura la de ser un proyecto, un extracto o escrito en el que se describe estructuralmente algo o alguna cosa. Plan proviene del latín "*planus*", cuyo significado es tanto el de "plano, igual, llano" como el de "claro, manifiesto, evidente". La profesora De Val explica que "arrancando de ahí, y fijando la atención en el sentido expresado más comúnmente por Cicerón en la utilización de esta palabra ("*planum facere*", o sea, "hacer ver con evidencia o evidentemente"), la lengua inglesa comenzó a utilizarla en el siglo XVII haciendo referencia a las

formas diseñadas en una sola dimensión (como los mapas y los planos) para terminar asociándola con el correr del tiempo a la idea de documentos formalizado”.

Para hacer un plan o llevar a cabo el proyecto de una acción (esto es, para proyectar una acción hacia un futuro deseado) hay que arbitrar los medios necesarios que faciliten su consecución y a ese arbitrio es a lo que se llama planificar. Planificar, por tanto, es un proceso continuo y flexible que tiene por objeto seleccionar objetivos, determinar estrategias y políticas, y determinar cursos de acción.

Pues bien, si el marketing es un enfoque de la gestión empresarial, el plan de marketing es un instrumento de gestión que consiste en un documento donde se recoge de manera detallada, ordenada y fácilmente comprensible, el conjunto de acciones de marketing que se pretenden llevar a cabo para alcanzar unos objetivos deseados, en un ambiente de mercado⁸⁷. No obstante, y en base a lo indicado anteriormente, hay que llamar la atención sobre el hecho de que “plan de marketing” y “planificación de marketing” no son conceptos idénticos, pues ésta se engloba en aquél constituyendo una de sus fases. Grande Esteban lo subraya certeramente con estas palabras: “El marketing recoge y analiza la información. Tras ello hace sus recomendaciones a la dirección de la empresa, que procede a desarrollar un proceso de planificación estratégica que fija objetivos y asigna los recursos. A continuación se preparan los planes de marketing y entra en acción el marketing operativo. Finalmente, se evalúan los resultados y se reinicia el proceso”²⁰. Esta cuestión de no identidad conceptual entre plan y planificación de marketing puede apreciarse con mayor concreción en la tabla 3.

Fases	Contenido	Efectos
1. Detectar necesidades en el mercado	<ul style="list-style-type: none"> • Investigación • Recopilación de la información • Análisis de la información • Localización de puntos fuertes y puntos débiles • Análisis de oportunidades y de amenazas 	Desarrollar conceptos y productos para atender las necesidades
2. Planificar estrategias (de productos, de precios, de comunicación, de distribución)	<ul style="list-style-type: none"> • Fijación de objetivos • Asignación de recursos 	Organizar las actividades de la empresa dentro del ámbito del marketing
3. Formular y poner en marcha tácticas para el desarrollo de las estrategias	<ul style="list-style-type: none"> • Programación de acciones • Diseño de sistemas de control • Evaluación y proyección de los resultados 	Dirigir cualquier actividad conexonándola con el flujo de intercambios en el mercado para asegurar la eficiencia entre la oferta y la demanda

Tabla 3. Fases, contenido y efectos del Plan de marketing.

La visión que proporciona esta tabla es suficiente para alertar sobre la inexcusable necesidad de que el plan de marketing se tenga que confeccionar ateniéndose a la sistemática de cada una de esas fases, ya que, al ser la realización de cada una de ellas previa a la siguiente, revisten un carácter secuencial.

Centrándonos ahora en el plan de marketing de un servicio sanitario, diremos que su construcción debe seguir los siguientes pasos:

• Dar una visión general y explicar la situación actual de los siguientes puntos:

- Actividad realizada en términos de volumen y monetarios, tanto absolutos como relativos, especificada en unidades

homogéneas (por ejemplo: Grupos Relacionados con el Diagnóstico).

- Análisis de la actividad en relación con las circunstancias sociodemográficas, cifrando la evolución pasada y prevista, y concretando la influencia que esa previsión puede tener sobre la actividad a desarrollar.
 - Análisis de la evolución del entorno general y específico, valorando sus repercusiones en los recursos productivos, opinión de los pacientes y de los proveedores, y previendo posibles cuestiones legales, económicas y sociales, que pueden incidir en el proceso productivo y la prestación del servicio.
 - Descripción y valoración objetiva de los puntos fuertes y puntos débiles de los recursos que conforman el proceso productivo en cuanto a la calidad de los servicios, rentabilidad y eficacia, señalando –en su caso– posibles carencias.
 - Análisis de la plantilla, atendiendo a su naturaleza, actitudes, organización y forma de interrelacionarse entre sí y con los pacientes.
 - Análisis de las actividades de comunicación, mencionando los medios y soportes más frecuentes, inversiones efectuadas y su eficacia.
 - Análisis de las opiniones, actitudes, gustos y preferencias de los pacientes, tomando como fuente las encuestas post-servicio, reclamaciones presentadas oralmente y/o por escrito, etc.
-
- **Exponer y analizar el contexto estratégico**, definiendo los objetivos que se persiguen con las actuaciones que se llevan a cabo y sistema de información en vigor.

- **Analizar la situación actual**, especificando con detalle:

- El entorno político por lo que atañe concretamente a la concepción del bienestar social y su previsible reflejo en las prestaciones y modelo sanitario, tendencias a mejorar la calidad y a diferenciar servicios básicos, para identificar así las consecuencias que eso puede tener en el funcionamiento del servicio y su proceso productivo.
- El entorno económico, para identificar la evolución general de precios, salarios y empleo, por su incidencia en las estrategias de crecimiento, estabilidad o mantenimiento, así como por las consecuencias que pueden derivarse del crecimiento y desarrollo económicos sobre la demanda cualitativa y cuantitativa de los servicios (si la renta de una región es importante a la hora de valorar la demanda potencial de servicios, aún lo es más su distribución). Está suficientemente demostrada la incidencia que una coyuntura económica adversa ejerce sobre los servicios sanitarios a causa de la elevación en las tasas de paro y secuelas que eso comporta.

- El entorno demográfico, pues el volumen absoluto de la población, distribución según edad y sexo, tasa de natalidad, densidad o concentración, influyen muy directamente sobre la demanda.
- El entorno sociocultural, ya que la cultura y los valores de una sociedad influyen no sólo en el proceso productivo sino también en el desarrollo y la adopción de nuevos servicios, o los frenan. Por ejemplo: la pérdida de valores y la mayor permisividad social inciden sobre el reclamo de servicios adicionales como el aborto y/o la eutanasia, la vida más ilustrada y cómoda lo hace sobre mayores exigencias de confort, etc.

- El entorno tecnológico, por ser el detonante que más contribuye a poner en marcha nuevos servicios, remodelarlos o tener que mejorar las prestaciones de los ya existentes.
 - El entorno legal, que, entre otras cosas, es una contundente fuerza motriz de regulaciones en la forma de acceso al trabajo y la contratación laboral, fijación de derechos e imposición de obligaciones.
-
- **Analizar la competencia** en el sentido no tradicional de posicionamiento o cuota de mercado y estrategias de “mix” de marketing, sino en el de valoración de la calidad del servicio en su aspecto funcional y oferta de servicios diferenciados en relación a otras instituciones sanitarias.

 - **Analizar el mercado** con miras a prever futuras demandas derivadas del análisis demográfico, sociocultural y tecnológico realizado, prestando especial atención a los proveedores para calibrar debidamente la capacidad y calidad de sus suministros, seriedad en el cumplimiento de plazos de entrega, precios y conflictos que con ellos hayan podido suscitarse.

 - **Analizar la propia institución**, valorando objetivamente sus puntos fuertes y puntos débiles relativos a las áreas de marketing, finanzas, producción y organización, con especial atención a las siguientes facetas:
 - Área de marketing: calidad que se provee e imagen total de la misma, eficacia de los servicios prestados y actividades promocionales que se desarrollan.

- Área financiera: rentabilidad, liquidez y solvencia de la institución.
- Área de producción: posibilidad de conseguir apalancamientos operativos o economías de escala, capacidad de innovación tecnológica, y capacitación de los recursos humanos en relación a la prestación de los servicios y nivel de conocimientos técnicos para asumir nuevas tecnologías.
- Área de organización: puntos fuertes y puntos débiles de la organización, con especial consideración a las actitudes y disposición del elemento humano para colaborar entre secciones y grupos, para comunicarse, para desencadenar alguna suerte de conflictividad social y para orientarse hacia los pacientes en su calidad de consumidores o clientes.
-
- **Analizar las oportunidades y amenazas**, valorando las ventajas competitivas de la institución en cuanto a servicios que oferta, calidad y costes de los mismos.

- **Formular objetivos** que sean compatibles con los generales de la institución y que, preferentemente, persigan:
 - Mejorar la accesibilidad.
 - Satisfacer mejor las necesidades, deseos y gustos de los pacientes.
 - Innovar los aspectos funcionales del proceso productivo.
 - Alcanzar una determinada cuota de rentabilidad.
 - Mejorar la imagen de la institución.

- **Formular estrategias de marketing**, tales como liderazgo en costes, diferenciación en servicios, especialización en determinados tratamientos, etc.

A partir de aquí puede encararse la construcción de planes de acción (resumen de las estrategias y los programas), tarea esta que impone su cuantificación y oportuno reflejo en el presupuesto. Para ello habrá que asignar recursos y proceder después al seguimiento de las realizaciones para detectar desviaciones y, si procede, tomar las oportunas medidas correctoras.

4.5.2 CONOCIMIENTO DEL MERCADO

No es posible diseñar estrategias de marketing si no se conoce y comprende debidamente el mercado. En principio esto puede parecerle a alguien que no tiene mayor sentido por el hecho de que, en la mayoría de los países occidentales, el servicio de asistencia sanitaria ha sido extraído del mercado al haber asumido el Estado entre sus funciones la de asegurar esa asistencia en condiciones de igualdad a todas las personas. Al margen de que más que de igualdad debería hablarse de equidad, eso sólo es cierto si se contempla el mercado como mecanismo de asignación de recursos en un marco competitivo que conduce a la eficiencia económica por cumplimiento del óptimo paretiano y, en consecuencia, se discurre por la senda de una preocupación que nace por una voluntad de querer remediar lo que el mercado no puede ofrecer por sí mismo. Ahora bien, el conocimiento al que aquí nos referimos no es el que se practica para proceder después a la elaboración de estrategias comerciales efectivas orientadas sustancialmente a estimular y captar la demanda. Es un conocimiento que enlaza directamente con la idea de

análisis objetivo de aquella información que sea relevante para la identificación y solución de los problemas que pueden plantearse en la aplicación del campo del marketing a los servicios de salud.

En este sentido, la investigación de mercado tiene aquí tres funciones primordiales:

- Enlazar a los pacientes y público en general con el agente proveedor de servicios sanitarios a través de una información gracias a la cual sea posible identificar y definir los problemas de marketing que aquejan –o pueden aquejar a este.
- Evaluar y poner de manifiesto el rendimiento de las acciones de marketing.
- Mejorar en el seno del agente proveedor la comprensión del marketing como proceso.

En resumidas cuentas, la utilidad de conocer el mercado en el que se desenvuelven los servicios sanitarios puede concretarse en tres puntos:

- Proporcionar información que ayuda a comprender el entorno.
- Identificar problemas y oportunidades del entorno, y puntos fuertes y débiles del entorno.
- Desarrollar y evaluar cursos de acción alternativos.

No obstante, para que el conocimiento del mercado sea realmente útil han de cumplirse tres requisitos:

- Que reduzca la incertidumbre. Esto es, que aporte aquella información que amplíe o mejore el conocimiento sobre un determinado fenómeno.
- Que influya en la decisión, puesto que de nada vale una información si, con independencia de los resultados de la investigación, una vez obtenida no sirve para cambiar o modificar una decisión ya tomada.
- Que justifique su coste; o sea, que el valor o rentabilidad que proporcione la información sea superior al coste que suponga la investigación y estudios realizados.

Objetivos del conocimiento del mercado de servicios sanitarios

Hay un objetivo genérico: obtener información. Ahora bien, ese objetivo da lugar por desagregación a otros objetivos y, entre ellos, cabe resaltar los siguientes:

Investigación de la opinión y comportamiento de los pacientes y público en general.

La investigación ha de ir dirigida a recabar información acerca de aquellos aspectos que confluyen en el comportamiento humano relacionado con el uso de los servicios sanitarios y opinión forjada sobre ellos. En este sentido, los aspectos más sobresalientes son:

- Calidad percibida de los servicios que se proveen.

- Opinión de los pacientes sobre la provisión de los servicios en sus aspectos técnico y funcional.
- Tipología de los pacientes.

Investigación sobre la demanda

Ciertamente, huelga aquí cualquier suerte de investigación acerca del volumen de mercado potencial porque evidentemente se trata de una "potencialidad de carácter universal" (todos los seres humanos son "potencialmente" usuarios del servicio sanitario). Ahora bien, el concepto de demanda puede acotarse en base a tres dimensiones principales: la dimensión "servicio", la dimensión "paciente" y la dimensión "tiempo".

Esta delimitación da lugar a varias posibles investigaciones, entre las que pueden destacarse:

- Determinación de la demanda de un servicio en particular.
- Determinación de la demanda total de servicios.
- Determinación de la demanda por zonas geográficas, patologías y tipos de pacientes.
- Determinación de índices de capacidad de prestación de los servicios.
- Previsiones de demanda de servicios.

Investigación sobre los servicios

Desde el punto de vista del marketing, el servicio se configura como un conjunto de atributos técnicos, físicos o psicológicos, que el paciente considera que tiene un determinado servicio para satisfacer sus deseos o necesidades (expectativa). En consecuencia, dos servicios serán iguales cuando lo sean sus atributos y desiguales en caso contrario. Esa diferencia es la que da lugar a diferentes posibles investigaciones, pudiéndose destacar las siguientes:

- Creación de nuevos servicios.
- Modificación de servicios.
- Eliminación de servicios.
- Comunicación entre proveedor y paciente en la provisión de los servicios.
- Imagen y posicionamiento de los servicios provistos.

Investigación sobre los soportes y medios de comunicación

Al margen de la comunicación que con carácter personal se suscita por las interrelaciones entre agente proveedor-paciente en el curso del proceso productivo de los servicios, nos referimos aquí concretamente a la que tiene lugar en base a soportes y medios de carácter impersonal (y controlado) que sirven de apoyo para dar a conocer la institución, un determinado servicio, un logro científico, con el fin no sólo de informar sino de influir en la opinión de los usuarios. En el campo de los servicios de salud requiere especial importancia porque dan de lleno en la configuración de expectativas

sobrepasando en ocasiones las posibilidades reales de las instituciones sanitarias. Las investigaciones que, entre otras, pueden realizarse son:

- Influencia de la utilización de los medios de comunicación como plataforma difusora de avances y logros científicos en el comportamiento y expectativas de los usuarios.
- Valoración de las “promesas” realizadas tácita o explícitamente en la configuración de expectativas.
- Medición de la eficacia publicitaria llevada a cabo para dar a conocer o reforzar la imagen de la institución.

Investigación sobre el entorno tecnológico, económico y jurídico

Las investigaciones que pueden realizarse en este ámbito son muy heterogéneas, pero normalmente pueden ir encaminadas hacia aspectos de este tenor:

- Previsiones a largo plazo.
- Evolución de las estructuras económicas, por su influencia en la dotación de presupuestos.
- Aparición de nuevas tecnologías.
- Repercusiones de normativas legales.

- Repercusiones de acuerdos laborales.

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación comprende un conjunto de actividades que se agrupan en cuatro etapas:

- Identificación de lo que se quiere investigar
- Determinación del tipo de diseño de investigación
- Especificación de las hipótesis del estudio
- Definición, clasificación y medida de las variables del estudio

Identificación de lo que se quiere investigar

Hay una frase adverbial que dice lo siguiente: “Un problema bien definido es un problema medio resuelto”. En roman paladino supone tanto como decir que el primer paso consiste en especificar bien, de manera clara y precisa, qué es lo que se va a investigar. Porque, dentro de lo que supone “conocer el mercado”, el problema o problemas a solventar pueden ser de diferente índole. Por ejemplo:

- Las opiniones, percepciones, preferencias, actitudes, comportamiento de los clientes del mercado externo (pacientes) y/o del mercado interno (empleados).

- Otros aspectos determinados y que, por ser conocidos sólo de una manera parcial, se requiere profundizar más en ellos.
- Ciertas hipótesis que se quiera o necesite contrastar.
- Variables concretas que pueden influir en la calidad percibida, en las opiniones de los pacientes, en la imagen de la institución...

Determinación del tipo de diseño

El diseño de la investigación es la conformación del plan que ha de servir de guía para la recogida y análisis de la información, lo que implica especificación de métodos y procedimientos para obtener los datos que se requieran. Dependiendo de lo que se vaya a investigar, hay tres tipos básicos de diseño:

- Exploratorio, o estudio preliminar de datos ya existentes u obtenidos por medio de entrevistas con personas expertas y examen de situaciones análogas mediante análisis y simulaciones. Este diseño ayuda a formular hipótesis, a clarificar conceptos y a familiarizarse con el problema.
- Descriptivo (o correlacionan), cuya finalidad es describir las características de ciertos grupos, determinar la frecuencia con que ocurre algo, estimar la relación existente entre dos o más variables y/o efectuar predicciones.
- Experimental (o causal), cuya finalidad es contrastar hipótesis y establecer relaciones causa-efecto.

Especificación de las hipótesis del estudio

Una hipótesis es una afirmación o una negación sobre el comportamiento de una variable o sobre la relación que puede existir entre dos o más variables (cosa que se confirmará o no con los resultados del estudio), y sirve para poner de manifiesto lo que se está buscando. Las hipótesis, normalmente, emanan de una teoría, de investigaciones exploratorias previas o de la propia experiencia del investigador.

Definición, clasificación y medida de las variables del estudio

Una variable es una magnitud cuyos valores están determinados por las leyes de probabilidad* y permite hacer tanto operativos como susceptibles de medida los problemas básicos que se vayan a investigar. En función de lo que miden, las variables se pueden clasificar en cuatro grupos:

- Variables de comportamiento (pasado, presente o predictivo) como, por ejemplo, la demanda de un determinado servicio.
- Variables de atributos. Miden características demográficas (edad, sexo, etc.), socioeconómicas (ingresos, ocupación, etc.) y psicográficas (personalidad y estilos de vida).
- Variables de actitudes / opiniones. Miden la calidad percibida de un servicio, la imagen de una institución, etc.
- Variables de motivaciones o necesidades. Miden las necesidades de nuevos servicios, nuevos tratamientos, nuevas instalaciones, etc.

5. POSICIONAMIENTO. MARKETING EN SERVICIOS DE SALUD.*

El autor analiza el concepto de marketing fundamental al momento de desarrollar un negocio. Se trata del posicionamiento del producto o una marca, lo cual consiste en construir una percepción en la mente de las personas que nos interesan para que ellas nos califiquen como la mejor solución ante una necesidad.

Si le encargan una importación del mejor champaña, ¿de qué país lo traería? ¿De Francia o España? ¿Si tuviera que encargarse además ron, lo traería de Europa o de algún país centroamericano? ¿Si tuviera que comprar un jabón para lavar la herida de su hijo, compraría Nekko o Lux? ¿Si tuviera que elegir entre ver un partido de fútbol entre Argentina y Brasil o uno entre Estados Unidos y Corea, cuál elegiría?

Sin temor a equivocarse las respuestas generalizadas serían: champaña de Francia, el ron de algún país centroamericano, la herida la lavaría con Nekko y vería el encuentro de fútbol entre Argentina y Brasil.

Esta asociación entre productos, marcas, países e incluso personas se logra mediante una estrategia de comunicación llamada **"posicionamiento"**.

*www.gerenciaensalud.com/posicionamiento

El posicionamiento consiste en construir una percepción en la mente de las personas que nos interesan, para que ellas nos califiquen como la mejor solución ante una necesidad y nos ubiquen en un lugar preferente cuando tengan que tomar una decisión de compra.

Dos son los objetivos del posicionamiento. En primer lugar, debemos definir cuáles son las ventajas que queremos que el público que nos interesa reconozca en nuestra marca, en comparación con otros competidores directos o indirectos. Luego, sobre esta base, debemos elaborar una estrategia de marketing sólida y coherente para convencerlos de que nuestra propuesta es verdadera, única y mejor. Así, el proceso de posicionar pasa por reconocer que la batalla comercial no está en las tiendas, sino en las mentes de los clientes que nos interesan, ya que ellos son los que decidirán qué opción tomar.

Para salir airosos de esta batalla mental es crucial tener muy claro cómo queremos que nos perciban y orientar todas nuestras estrategias de marketing a ese fin. Esto es vital, pues está demostrado que todo proceso inicial de compra pasa por una toma de decisiones basada en las percepciones que el comprador tenga de las marcas que conozca y, si no existen estrategias de marketing planificadas y ejecutadas, estas percepciones se desarrollarán en su mente de manera espontánea, pudiendo generar que el producto sea relegado en su archivo mental.

El consumidor, como en una computadora, retiene en su memoria la información que le interesa para cuando la necesite. Esta información es archivada en grupos de productos genéricos similares llamados "categorías" y luego las agrupa en "subcategorías". Por ejemplo, dentro de la categoría de jabones de tocador puede crear varias subcategorías como la de jabones cosméticos (como Lux, Camay, Nivea o Palmolive), jabones desodorantes como Rexona), jabones antigérmicos (como Safeguard, Dermex o Protex), medicados (como

Nekko o Kauffman), rendidores (como Montclear o Rosas y Limón) y baratos (como Albión o Riviera), etc.

Al momento de tomar una decisión de compra para resolver una necesidad o satisfacer un deseo, el comprador revisará rápidamente sus archivos mentales y la marca que aparezca u ocupe el primer lugar dentro de la categoría o subcategoría apropiada será la favorecida. Si esta marca nos e encuentra en la tienda, será la segunda la que escoja y así sucesivamente.

Probablemente el comprador solo almacene dos o tres marcas en su escala de preferencias y, si no las encuentra, buscará en otro lado, no comprará nada o aceptará cualquier marca, a sugerencia del vendedor.

De allí la importancia de ocupar una posición preferente en la mente del comprador, ya que de ello dependerá en gran medida la venta de nuestra marca y los ingresos de la empresa* .

*Publicado en el diario EL COMERCIO de Lima, el 1 de Marzo del 2,003 Posicionamiento. Marketing en Servicios de Salud. Por Chris Prystay y Sarah Ellison (The Wall Street Journal)

6. MARKETING Y SUS APLICACIONES EN SALUD

6.1 EL MERCADEO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El Mercadeo, tanto en los Centros Asistenciales, laboratorios clínicos, hospitales y diversas empresas de Asistencia en Salud; trata con los problemas de una organización que produce bienes y servicios que van a satisfacer las necesidades de un grupo determinado de personas (sus clientes o usuarios) "teniendo relación con todas las grandes y pequeñas cosas que saltan a la vista que deben hacerse en cada lado y hueco de la organización para alcanzar los propósitos de atraer y mantener a los clientes". T. Levitt,

LAS 4 AES DEL MERCADEO APLICADAS A LOS SERVICIOS DE SALUD

Activación - Adaptación – Análisis y Evaluación

1. **ACTIVACIÓN** del Canal de Distribución. Es la ruta empleada para que los productos sanitarios pasen o se presten del productor al consumidor final, la misma que debe estar acorde con las características del producto o servicio. En él interactúan una serie de elementos y organizaciones que se ponen en juego para solucionar las barreras de tiempo, espacio y posesión que separan los productos de salud de aquellos que los desean o necesitan. La venta de los servicios de salud depende muchas veces de la localización de los puntos de venta. No sólo los centros de salud u odontológicos se descentralizan para localizarse y estar más próximos de las poblaciones carentes, sino también los servicios pagados, tales como análisis clínicos, para llegar más cerca de los puntos de consumo que posibilitan una neta aproximación a la masa consumidora. Con la creciente socialización de la salud en nuestro país, gradualmente los servicios de salud se están convirtiendo en un bien de conveniencia. Las personas consumen estos servicios por la conveniencia de la seguridad social, de un contrato o aún por la facilidad de acceso que tienen ahora la llamada población abierta, debido a la creciente

descentralización de los servicios de salud pública e incluso los privados.

ASPECTOS PARA DETERMINAR EL CANAL DE DISTRIBUCION:

Objetivos y recursos de la empresa: Responde a la pregunta ¿Qué se pretende y con qué se cuenta?; Características del mercado meta: Responde a las preguntas: ¿Dónde está, qué características tiene, cuáles serán las redes sociales particulares de información y distribución de profilácticos a establecer?; Características del producto sanitario: Las vacunas por Ej. son productos lábiles, y precisan canales de distribución específicos (Ej. Red fría). Tiene en consideración la resistencia y duración del producto.; hábitos de compra del consumidor: Puntualiza ¿Cuánto del producto adquieren los consumidores y qué particularidades presentan éstos?. En general, la venta de servicios de salud depende de los lugares de prestación. Básicamente, los servicios sanitarios son bienes de especialidad y como tales las personas se desplazan para adquirirlos.

FUNCIONES DEL CANAL DE DISTRIBUCION: Investigación, reúne información para planear y facilitar el intercambio; Promoción, desarrolla y difunde comunicaciones persuasivas sobre una oferta sanitaria; Contacto, encuentran clientes o usuarios posibles y se comunican con ellos.; Correspondencia, da forma a la oferta sanitaria adaptándose a las necesidades del cliente; y Negociación, llega a un acuerdo sobre el precio y otros términos para que pueda transferirse la propiedad de una oferta.

Cabe recordar que existen diversos tipos de políticas de distribución de los Productos Sanitarios en donde se incluyen los masivos, denominados también de distribución ampliada de productos o servicio. (Ej. píldoras anticonceptivas, condones, etc.); las selectivas, si se restringen los puntos de venta o de distribución a ciertos grupos

de población (Ej. Donadores de sangre, vacuna contra la gripe aplicable por la seguridad social a selectos); las exclusivas, si se otorga a un intermediario la exclusividad para vender el producto u ofertarlo (pruebas de mozaicismo genético)

2. ADAPTACIÓN del compuesto de productos y servicios a las necesidades del mercado cuyo paso más importante es el Diseño o Configuración física del producto. Un servicio de salud, configurado como un producto para ser comercializado, buscará -por encima de todo-, atender y satisfacer las necesidades y los deseos de los usuarios, clientes y / o pacientes, teniendo en cuenta que muchas veces su consumo es compulsivo por parte de los usuarios o pacientes, mientras que en otros, es el resultado de una decisión muy elaborada.

LA IMAGEN DE MARCA, o nombre de la institución (persona natural o jurídica) es muy importante. Las personas tienen recelo de profesionales de la salud desconocidos, de allí que un médico adscrito a una institución pública puede ser desconocido, pues lo que prevalece en ese caso es la Imagen de marca, esto, es, el nombre de la institución que da amparo legal. Por otro lado, el renombre de un profesional o de una institución puede significar una gran ventaja competitiva, pues cada vez más las personas tenderán a arriesgar menos con la salud.

6.2. CONSIDERACIONES MERCADOLÓGICAS EN LA GESTIÓN HOSPITALARIA*

La nueva gerencia en salud considera a los hospitales como empresas productoras de procesos-servicios de salud que requieren de un manejo empresarial que conlleve una rentabilidad social, el caso de los nosocomios públicos, y económica para los hospitales privados.

Bajo este enfoque la mercadotecnia en salud es una herramienta de gestión que procura la satisfacción de las personas, usuarios o clientes, y que tiene a la calidad como meta.

Todo ello surge en ese entorno en el que cualquier organización, y el hospital no es una excepción, se encuentra necesitada de adecuar permanentemente su capacidad de respuesta, de mejorar su competitividad, básicamente por la vía de optimización de los recursos, y por la vía de la mejora de los procesos de gestión y producción.

*www.gerenciaensalud.com/posicionamiento

En los últimos años hemos transitado del concepto de "Usuario" al de "Cliente", lo que significa una mayor orientación de los servicios de salud a las necesidades, preferencias y expectativas de los ciudadanos, teniendo en cuenta la perspectiva de los profesionales y los objetivos de la organización (Priego Álvarez, 1995). Sin embargo, hoy en día muchos todavía se cuestionan el porque hablar de la mercadotecnia en los hospitales públicos, donde se da la impresión de que las "fuerzas del mercado" intervienen poco, y donde parece que los directivos tienen que pensar más en como frenar la demanda que en conseguir clientes.

En respuesta a lo anterior, baste señalar que la mercadotecnia como elemento clave, explicativo del comportamiento en las organizaciones, encierra un gran valor como instrumento de cambio, de mejora del comportamiento, y por tanto de avance hacia unos resultados cualitativos y cuantitativos de la organización.

La Mercadotecnia Sanitaria es un ejercicio profesional y una disciplina de la gestión cada vez más tecnicada, cuya esencia radica en que se vincula directamente a la gestión del hospital. Y es este último punto el principal argumento para su aplicación.

Los hospitales públicos presentan un número cada vez mayor de problemas que pueden ser comprendidos y ayudados a resolver con acciones mercadotécnicas. La Mercadotecnia externa puede atraer clientes hacia los servicios, así como orientar su mejor uso; puede desincentivar un consumo excesivo haciendo de marketing (p.e. en el caso de saturación de los servicios de urgencia por una demanda de urgencias no verdaderas); permite conocer la imagen que tienen los consumidores sobre los servicios hospitalarios y puede influir sobre ella, creando una imagen institucional propia y un posicionamiento positivo con una clara diferenciación de los servicios; al igual que ayuda a traer recursos externos. La Mercadotecnia interna procura la motivación del personal; ayuda a hacer un mejor uso de los recursos existentes y permite el desarrollo de una filosofía de calidad.

Clarificando conceptos, habría que entender que la Mercadotecnia Hospitalaria es la gestión de un intercambio entre el hospital y los ciudadanos (usuarios potenciales y reales) para conseguir el bienestar deseado. Esta orientación tiene como clave la determinación de las necesidades y valores de la población objetivo (mercado meta) a fin de conseguir el deseado nivel de satisfacción. Pero esta adaptación, apunta March-Cerdá["no se estructura en base a logotipos y eslóganes, no basta con crear servicios de información al usuario. No es suficiente con llenarnos de la boca de la palabra cliente. Es necesario dar un vuelco, un cambio, una reorientación".

6.2.1 LÍNEAS DE GESTIÓN HOSPITALARIA ORIENTADAS AL MERCADO.

La gerencia de hospitales requiere, como se ha mencionado, de una nueva orientación basada en el mercado que se puede estructurar en varias líneas:

- la primera, que habla de la necesidad de que el hospital cambie de orientación hacia uno más sensible, más cercana al cliente, buscando un intercambio de servicios y programas basados en los valores y contravalores que percibe el usuario.
- la segunda, que se acerca a los pacientes y familiares en función de un estudio de las preferencias, necesidades, expectativas de los usuarios con el fin de satisfacerlas, valorando en ellas la realidad percibida en función de las necesidades personales y las experiencias anteriores.
- Una tercera, que plantea establecer estrategias diferentes en función de públicos distintos. Lo que implica segmentar el mercado, teniendo en cuenta entre otras variables, los horarios de los transportes de la gente que se desplaza para consultas externas y que procede de sitios distintos, las necesidades de los pacientes en función de la edad, el nivel socioeconómico.
- Una cuarta, que intenta responder a las necesidades de los clientes mediante un conjunto de actividades que tengan en cuenta, el servicio, no en sí mismos, sino en función de cómo lo percibe el cliente y cómo se pone en disposición de los posibles usuarios. En ello habría que valorar las fases del proceso por las que pasa el usuario para obtener un servicio de calidad.

- La quinta, que busca integrar a los profesionales en el proyecto, en base a un reequilibrio de poderes que mejore la gestión de recursos humanos, utilizando un estilo diferente de gestión, jugando con la comunicación interna como uno de los elementos fundamentales.
- La sexta que pretende romper con el aislamiento hacia fuera de los servicios sanitarios, intentando implementar la frase de que, además de hacerlo bien hay que hacerlo saber.

Todo lo anterior conlleva a estar atentos a las necesidades de los clientes y ser conscientes de ellas; es decir, estar cerca del usuario pendientes del antes y después de entrar en nuestro hospital.

Este planteamiento no debería entenderse desde la óptica del servilismo médico de que "el cliente siempre tiene la razón", ni de que la oferta de servicios de nuestros hospitales no tendría porqué mejorarse, ya que es suficientemente buena en si misma y sólo le faltaría una buena promoción. Lo que hay que pretender es dar una orientación de servicio y al cliente; esto significa atender y asumir que la percepción que la población tiene de los servicios del hospital , no se ha creado sólo por las noticias que han aparecido en los medios de comunicación, sino que la misma se ha generado en gran parte a través del contacto directo de los usuarios con los profesionales que trabajan en los servicios, la asistencia sanitaria que se presta y la valoración de la calidad de la misma (no sólo técnica sino también ligada a los aspectos de funcionalidad en la espera, en el trato, en la comunicación, en el edificio, en el entorno...).

Este camino nos lleva a buscar unos directivos que tengan más delicadas habilidades de negociación, de comunicación, del arte de

persuasión, de la ciencia del escuchar, de la entrada a la participación y al diálogo, de la habilidad de crear un sentido de propósito de cambio para saber trabajar con los médicos, enfermeras, enfermeras y demás profesionales de la salud, conseguir acuerdos con los medios masivos de comunicación (p.e. Prensa) y grupos locales.

Para conseguirlo, las estrategias del marketing deben tener en cuenta un conjunto de elementos organizacionales, presupuestarios, de infraestructura y de personal. Dichos planteamientos debería de tener en cuenta el conjunto básico de servicios que se deberían ofertar desde las diferentes unidades del hospital, teniendo en cuenta las características y atributos ligados a la fiabilidad técnica y a la capacidad de respuesta, junto aspectos de costos, consideración "cortesía de trato, grado de comprensión del problema del usuario...), accesibilidad, disponibilidad horaria y comunicación (comunicación fluida paciente, personal médico y paramédico y familiares-servicio...) e imagen de los mismos (credibilidad e imagen...) que ayuden a marcar un posicionamiento de los servicios del hospital.

6.3 MARKETING DE SERVICIOS PROFESIONALES.

El conocimiento y la capacitación profesional, es decir la formación y experiencia se consideran bienes implícitos, pero lo que no resulta obvio es el elemento diferencial que agrega valor al trabajo y seduce al entrevistador laboral, al cliente potencial y transforma a un empresario en un cliente.

En tiempos no muy lejanos, las consultoras o profesionales independientes se centraban en los productos o servicios ofertados en forma genérica y sin especialización a toda la sociedad.

Hoy las consultoras o profesionales independientes que quieran sobrevivir, deben centralizar su atención en los clientes: para triunfar hay saber solucionar los problemas que se le presentan en su gestión de negocios, pero esto no es viable a menos que reconozcamos al cliente como un ser humano cuyas necesidades comerciales pueden ser resueltas por un colega.

Las elecciones de los clientes no están basadas en realidades sino en percepciones: obtener ventajas competitivas (ser percibido de manera distinta), permite aumentar la cantidad de ventas o consultas y el monto de las ganancias u honorarios. Una estrategia que no se refiera explícitamente a los clientes y al medio competitivo, seguramente fracasará en el intento de generar y sostener un apropiado nivel de ingresos.

En algún momento se trata de modificar la mentalidad de los clientes, pero la situación actual nos muestra a profesionales exitosos son permeables a las necesidades del mercado, demostrando una nueva disposición para cambiar su servicio de modo de satisfacer los requerimientos de los clientes.

El éxito se basa en que integraron al cliente a su servicio y mediante la personalización, mantienen una relación favorable para ambos.

En definitiva, la clave del éxito profesional se sustenta en aceptar que existimos para y por el beneficio del cliente, los empleados y todos aquellos que tienen que ver con la misma existencia del servicio profesional que se oferte.

6.3.1 LOS SERVICIOS PROFESIONALES

Generalmente, los profesionales y consultores técnicos tienen dificultades para identificar nuevos sectores de mercado a los que ofrecer sus servicios, pues la universidad no los prepara para salir a relacionarse con el cliente. Tampoco es su función.

Los estudios académicos tienden a brindar un tipo de formación que permite interpretar la realidad, por lo que de hecho, la inserción y el reconocimiento profesional pasa a ser un problema personal de cada graduado.

En el ámbito de los servicios profesionales el posicionamiento, el reconocimiento empresarial y social, plantea el estudio de las características particulares de cada servicio ofertado y aspectos individuales sobre los cuales hay que trabajar para mejorar la posibilidad de diálogo con el mercado potencial, creando caminos complementarios para contener mejor a los clientes.

Los graduados tienen un perfil muy acotado y tienden a limitarse a ciertas incumbencias tradicionales o clásicas, aunque se observa una mejor predisposición a la búsqueda de alternativas entre los graduados jóvenes que entre los profesionales establecidos y con un mayor grado de estructuración.

Si bien es cierto que hay crisis y recesión, siempre existe la necesidad de apoyo profesional. Se trata de hacer una lectura inteligente de lo que las organizaciones necesitan y de tomar una actitud más activa.

Hay que trabajar sobre las necesidades: las organizaciones tienen problemas y se debe saber resolverlos, pero hay que hacerlos saber. Este es un problema de Marketing.

No existe una percepción actualizada de las posibilidades que existen en la sociedad, en los distintos ámbitos de negocios. El graduado cree que todas las personas saben cuál es el ámbito de actuación de cada

campo profesional y que la gente va a buscar un profesional por el solo hecho de que haya una regulación que así lo exija.

De hecho, excepto todas las acciones profesionales regladas por ley (por ej. el campo impositivo) el resto de las especialidades hay que buscarlas a partir de acercarse a las empresas de distinto tamaño y profesionales independientes, e investigar cuales son sus necesidades.

6.3.2 VENTAJAS DEL MARKETING DE SERVICIOS PROFESIONALES

Para mejorar el posicionamiento y reconocimiento profesional, tanto el joven graduado como el profesional consolidado, deberían comprender los factores antes expuestos y estudiar las características del Marketing de los Servicios Profesionales.

Los estudios sobre el Marketing de Servicios Profesionales, deberían brindar:

- Conocimientos sustantivos (básicos, fundamentales)
- Conocimientos focalizados (específicos para esta temática puntual en relación con la región y la provincia)
- Conocimientos actualizados (de avanzada pero de comprobada efectividad)

Solamente con conocimiento, los profesionales de las distintas disciplinas, podrán identificar y desarrollar creativamente planes de acción alternativos para captar clientes, tratar con los competidores y, finalmente, obtener el reconocimiento social y económico que merecen.

Según Daniel Goleman en su libro La Inteligencia Emocional, en el mejor de los casos, el coeficiente intelectual alto contribuye apenas en un 20% para lograr el éxito como profesional o en la vida personal.

El otro 80% que opera a favor o en contra, tiene que ver con habilidades tales como:

- ser capaz de motivarse y persistir frente a las decepciones,
- controlar el impulso y demorar la gratificación,
- regular el humor y evitar que los trastornos ocasionales disminuyan la capacidad de pensar,
- mostrar empatía, comprensión de los sentimientos de los otros
- No perder las propias esperanzas.

6.4 MARKETING MÉDICO²¹

El Marketing médico, comprende al conjunto de actividades humanas que guían y orientan a la organización para optimizar los productos y servicios del trabajo con los mercados; a efecto de propiciar los procesos sociales y administrativos de intercambio con otras personas, las cuales pueden y deben encontrar los productos o servicios que van a satisfacer las necesidades y anhelos de los pacientes de manera rentable en lugares accesibles y con el menor esfuerzo.

Para optimizar este proceso de intercambio para el paciente/consumidor; el producto creado tiene que tener valor, su precio debe percibirse como el adecuado, y sobre todo, debe

satisfacer lo que el paciente anhela, quiere o necesita, generando igualmente el bienestar social a largo plazo. Tal actitud, implica buscar la Salud de la Sociedad y la mejoría de Calidad de vida de las personas, moldeando un nuevo papel para el mercadeo.

Este Marketing tiene por objetivo conocer y entender al paciente -su cliente- para determinar lo que él desea y ofrecérselo, tan bien que el producto o el servicio se venda sólo, satisfaciendo la necesidad de quien lo compra. Su prioridad se concentra en la necesidad de "su paciente", y en la utilidad o beneficio del producto o servicio que le otorga para satisfacerlo. La planeación del éxito y prestigio profesional del Marketing médico, es a largo plazo.

Revista de la Facultad de Medicina Humana Universidad Ricardo Palma 2005; 5 (1.) : 37-40

Por tanto, juega un rol importante el desarrollo del país con énfasis en los aspectos sociales en que la calidad de vida y el bienestar son vistos al mismo tiempo como un fin último del desarrollo y como uno de sus factores determinantes, donde el crecimiento económico constituirá probablemente en el concepto de desarrollo más utilizado y discutido de todos los conceptos. 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.

7. MITOS Y REALIDADES EN LA MERCADOTECNIA DE SERVICIOS DE SALUD

En la actualidad las aplicaciones de la mercadotecnia al ámbito de los servicios de salud son amplias y en constante crecimiento. Sin embargo aun persisten variados mitos que nos alejan de la realidad. Es conveniente señalar algunos de éstos con el objeto de erradicarlos y sensibilizar a los prestadores sanitarios de las ventajas y conveniencias que tiene el uso del Marketing (Tabla 4).

MITO	REALIDAD
1. Los servicios de salud no deben de mercadearse.	<ul style="list-style-type: none"> · La mercadotecnia (mkt.) procura una orientación social de los servicios. · La mkt. guarda un estado de máxima sensibilización hacia las necesidades, deseos y expectativas de los clientes internos y externos.
2. El Marketing Sanitario sólo es aplicable a los servicios privados.	<ul style="list-style-type: none"> · Las Instituciones de Salud Pública y ONG's han utilizado con éxito la Mercadotecnia Social.
3. Es antiético el uso de la mercadotecnia en la promoción de los servicios médicos.	<ul style="list-style-type: none"> · La mercadotecnia no es sinónimo de publicidad comercial. · La mercadotecnia externa puede ayudar a mejorar la imagen de los servicios de salud, atraer recursos y

	personas, y regular el nivel de la demanda.
4. La calidad es algo implícito en la asistencia sanitaria, por lo que no se requiere de un esfuerzo mercadológico en particular.	· El uso de la mercadotecnia tanto interna como externa, fomenta y crea una filosofía de calidad total en los servicios de salud..
5. La mercadotecnia poco ofrece a los servicios de salud.	· Elemento clave en el cambio organizacional. · Poderosa herramienta de gestión sanitaria. · Permite el desarrollo de una ventaja competitiva.

Tabla 4. Mitos y realidades del Marketing en salud

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

Es constantemente afirmado por los profesionales de la salud que los servicios sanitarios tienen fundamentalmente un contenido social que no permite su comercialización. Y es precisamente ahí, en el aspecto de interacción social, donde radica la mayor ventaja de su uso. Una de las características fundamentales de la prestación de los servicios de salud es el hecho de que sean humanos trabajando sobre humanos en cuestiones relativas a salud y muerte; por lo tanto el contenido humanitario de la atención está siempre presente.

La Mercadotecnia es una poderosa herramienta en la orientación social de los servicios, en su uso interno ayuda a la sensibilización de los empleados con la problemática social de los usuarios y sin duda colabora al logro de una filosofía de calidad y al compromiso con ella. También ayuda al conocimiento de las necesidades sanitarias de la población a través de la realización de investigaciones de mercado, y a la reorientación de los servicios para satisfacer dichos estados carenciales por medio de marketing mixs adecuados. Por consiguiente, la Mercadotecnia en Salud o Sanitaria (Health Care Marketing) es en sí misma una valiosa aliada que como campo de conocimiento y de aplicación conlleva dos acepciones: por un lado tiene un aspecto social al ser una especialidad dentro del estudio del "Marketing" dedicada a la descripción, investigación, métodos de medición y sistemas de análisis de la demanda sanitaria, así como la satisfacción de los pacientes; y por otra parte una función administrativa al ser entendida como un proceso responsable de identificar, anticipar y satisfacer los requerimientos de los usuarios de forma adecuada y provechosa (Rubio Cebrián, 1995:167).

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

Uno de los mitos comúnmente generalizados es que la mercadotecnia es sólo aplicable a la comercialización de los servicios privados por su carácter de negocio y por la búsqueda de una utilidad lucrativa. Sin embargo el concepto de institución sanitaria pública ha cambiado en los últimos años, considerándoseles actualmente dentro de la llamada Nueva Gerencia en Salud (Yepés, 1988) como empresas productoras de servicios y/o procesos de atención, que requieren de una gerencia adecuada y un manejo empresarial para lograr sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad sin menoscabo en la racionalidad de sus recursos.

Es en este marco, donde la Mercadotecnia en Salud o Sanitaria, entendida como la "orientación Administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solventar necesidades, satisfacer deseos y expectativas en materia de salud" (Priego-Álvarez, 1995) adquiere vital importancia para la mejor prestación de los servicios. Como herramienta de gestión, la mercadotecnia habrá de detectar las necesidades de salud no satisfechas buscando suplirlas con servicios pertinentes. Para ello no sólo se tendrán en cuenta las necesidades biógenas (resultantes de estados fisiológicos), sino que también las psicógenas y las sociales). Una redefinición del concepto de Mercadotecnia convoca a "satisfacer las necesidades del mercado-meta (población objetivo) en formas que mejoren la sociedad como un todo, al mismo tiempo que se satisfacen los objetivos de la organización" (Kotler, 1994).

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

3er. Mito. Es anti-ético la utilización de la mercadotecnia en la promoción de los servicios sanitarios.

La errónea consideración de la mercadotecnia como sinónimo de publicidad está ampliamente difundida entre los profesionales sanitarios, en especial entre los médicos. Muchos de los galenos del medio privado que ahora se publicitan, son continuamente objeto de

críticas por sus mismos compañeros de profesión, siendo usualmente tachados de faltos de ética y de comerciantes de la medicina. Sin duda tales aseveraciones se dan por el desconocimiento de lo que en sí es la Mercadotecnia, y a la falsa asociación entre publicidad comercial con el mercadeo de servicios.

La circunstancia socio-cultural determina, entre muchas cosas, las actitudes y comportamientos del individuo con relación a la salud y la enfermedad, y dado que es esta circunstancia la que establece los roles correspondientes y sus demandas específicas para cada uno de los actores del proceso de atención médica (profesionales de la salud y usuarios) en su interacción, el Marketing Sanitario en su dimensión social [1] nos ofrece un campo nuevo de análisis e intervención. De hecho la aplicación de la Mercadotecnia al terreno del consumo sanitario --y en particular la Mercadotecnia Social-- no es nueva. Al respecto Ling et al. (1992) mencionan que "en menos de 20 años la comercialización social de la salud ha pasado a ser una práctica reconocida", y al efectuar una revisión bibliográfica sobre el tema clasifican los aportes en tres períodos. Un primero, que denominan teoría precoz, donde se aportan conceptualizaciones (Kotler y Levy, 1969; Lazer, mezcla de estrategias, canales y evaluación (Bloom, 1980; Andreasen, 1981; Sheth y Frazier, 1982). En el último período, llamado de aceptación creciente, los servicios de salud pública pasan a ser "productos", la población se convierte en "clientes" o "consumidores" y las organizaciones que distribuyen los productos se 1969; Lavidge, 1970; Kotler y Zaltman, 1971; Dawson, 1971). Otro intermedio o de experiencias evaluadas, donde se da una acumulación creciente de datos (Fox y Kotler. 1980; Kotler, 1982; Manoff, 1985) centrándose su aplicación a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987) y a estudios como la transforman en "vendedores" (Lefebvre y Flora, 1988; Kotler y Roberto, 1989) [Tabla 5].

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

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

Bajo una definición individualizada de la calidad, es decir cuando el juicio sobre la calidad de la atención médica "toma en cuenta los deseos y expectativas, valoraciones y medios del paciente" (Donabedian, 1984:18); la calidad percibida por los usuarios se constituye en un valioso indicador del proceso de prestación de servicios de salud. Las dimensiones de la calidad[2] del proceso de atención: técnica, humana y "amenidades" establecidas por Donabedian pueden ser valoradas por los consumidores sanitarios. Si bien es cierto que en el caso del componente técnico, la apreciación de los usuarios carece de la capacidad evaluativa de los proveedores por la llamada "asimetría en la información", y de que la valoración de las comodidades está fuertemente relacionada con los deseos y el nivel socioeconómico de los clientes; su opinión sobre el tratamiento interpersonal y en particular el grado de satisfacción de sus necesidades y expectativas en materia de salud, tienen fundamental importancia en los procesos de mejora continua de los servicios.

La actual gerencia en salud hace uso de nuevas y variadas formas que promueven la cultura de la calidad total dentro de las organizaciones. Una de ellas es la Mercadotecnia, misma que como herramienta de gestión sanitaria procura la orientación de las instituciones hacia el mejoramiento en la calidad de vida y la mayor satisfacción de sus clientes, haciéndola más sensible hacia

las demandas de los usuarios pero sin llegar al servilismo médico “de que el cliente siempre tiene la razón” (March-Cerdá et al, 1995). En esta nueva concepción administrativa se piensa en cómo mejorar y buscar la “perfección”, para ello se requiere escuchar a los usuarios y estar atentos a sus demandas. Las unidades de mercadotecnia, que son ya una realidad en las empresas de salud de los países desarrollados, hacen uso de los métodos y técnicas del “Marketing” para lograr el mejoramiento de la calidad.

Tabla 5. ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL APLICADA A LA SALUD.

ETAPAS EN EL DESARROLLO DE LA MERCADOTECNIA SOCIAL APLICADA A LA SALUD.			
ETAPAS	1) TEORÍA	2)	3)
VARIABLES	PRECOZ	EXPERIENCIAS EVALUADAS	ACEPTACION CRECIENTE
AÑOS	A finales de los años 60's y	Ultimos años de los 70's y primeros de	A finales de los años 80's y en

	principios de los 70's.	los 80's.	la actualidad.
ENFOQUES	<p>-Aplicación de las técnicas de Comercialización a las causas sociales.</p> <p>-Los teóricos se interesan por aportar conceptualizaciones.</p>	<p>-El interés se centra en la acumulación creciente de datos procedentes de los enfoques de comercialización social.</p>	<p>-Los servicios de salud pública pasan a ser "productos", la población se convierte en "clientes" y/o "consumidores" y las organizaciones que distribuyen los productos se transforman en "vendedores".</p>
APORTES	<p>-Diferenciación entre Mercadotecnia Social (aplicación social de los métodos de comercialización a una causa social) y Publicidad Social (uso de los medios de comunicación para dar publicidad a una causa social).</p> <p>-Se define a la</p>	<p>-Su aplicación práctica a campos específicos como la nutrición (Israel, Foote y Tognetti, 1987), Estudios sobre la mezcla de estrategias, canales y evaluación (Andreasen, 1981. Bloom, 1980. Sheth y Frazier, 1982).</p>	<p>-La contribución más importante ha sido la orientación hacia las necesidades del usuario, pese a barreras tales como la propensión de los programas de Salud Pública a estar "dirigidas por expertos".</p>

	<p>Mercadotecnia Social como un enfoque del cambio social planificado y se subraya sus rasgos esenciales (Kotler y Zaltman, 1969).</p> <p>-Kotler y Levy acuñan el término "<i>demarketing</i>" (desmercadotecnia o contramercadotecnia para reducir la demanda de determinado producto).</p>		<p>- La Mercadotecnia en Salud (Comercialización de la Salud) ofrece la posibilidad de llegar al grupo más grande posible de gente con el menor costo y con el programa más eficaz y satisfactorios para los usuarios", siempre que sus ejecutores hayan comprendido bien los conceptos y hayan asimilado las técnicas (Lefebvre y Flora, 1988).</p>
	<p>-Se objeta que la sustitución de un producto tangible por un conjunto</p>	<p>-Falta de evaluación. Objetiva. Bloom (1980) deploraba la</p>	<p>-Dudas sobre los aspectos éticos. La Mercadotecnia</p>

<p>LIMITANTE S</p>	<p>complejo de ideas y prácticas superaba con mucho el concepto de intercambio de valores, que hasta los defensores de la Mercadotecnia Social aceptaban como núcleo de la disciplina (1969).</p>	<p>tendencia de los proyectos a usar estudios de tipo "solo después" o "antes y después" sus grupos de control.</p> <p>-Paralelismo imperfecto entre la mercadotecnia social y la de bienes de consumo. Rothschild (1979) identificó diferencias problemáticas en lo referente al producto, precio, segmentación y especialmente, en la construcción de participación de la población en las causas sociales recalcando que las herramientas de promoción aplicada a la comercialización de bienes de consumo resultarán</p>	<p>Social podría, en última instancia, servir como forma de control del pensamiento por los que tiene el poder económico.</p> <p>Temor a que la Mercadotecnia Social funcionara sin control ni regulación alguna (Laczniak et al. 1979). Al concepto de culpar a la víctima y al debate entre persuasión y coerción (Faden 1987; Faden y Faden 1980; McLeroy et al 1987; Ryan 1971; Wikler 1987).</p> <p>-Descalificación.</p>
------------------------	---	--	--

		<p>inadecuados para las tareas sociales.</p> <p>-Dificultad mayor en la comercialización social que la de los bienes de consumo</p> <p>"No es posible explicar globalmente los conceptos de la Mercadotecnia a las campañas sociales sin aportar grandes cantidades de reflexión y sensibilidad (Solomon, 1989).</p>	<p>Por ineficaz e incluso contraproducente (Werner citado por Lazer y Kelley en Social Marketing Perspectives and Wiepoints, 1973). Por dirigirse a audiencias incorrectas (Luthra, 1988).</p> <p>La Mercadotecnia Social no responde a las necesidades y preocupaciones de los usuarios, sino que está diseñada según los técnicos de comercialización y señales de mercado definidas por la práctica comercial</p>
--	--	--	--

		occidental (Luthra, 1988). -Un uso fragmentado de la Mkt Social y sin un sistema de procedimientos operativos, amén de no ser enteramente comprendida por los profesionales de salud.
--	--	--

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

La "P" de pláceme como el componente de calidad en el servicio se suma al esquema nemotécnico de las 4 "P's" (por sus siglas en inglés: Product, Price, Place, Promotion) elaborado por E. Jerome McCarthy en 1960 (Cervantes-Aldana, 1993; Priego-Álvarez, 1995). Esta quinta "P" indica "el servir con calidad al cliente para lograr de éste las más altas calificaciones", es decir "la felicitación por parte de él por haber cumplido con el trabajo con excelencia", lo que incluye "el aspecto del servicio y el monitoreo del nivel de satisfacción del cliente".

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

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

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

Los usos de la Mercadotecnia Sanitaria pueden ser externos o internos a la empresa de salud. En el ámbito externo permite mejorar la imagen del producto o servicio de salud, atrae recursos y personas hacia la institución, y regula el nivel de la demanda, estimulándola o revitalizándola; o por el contrario desincentivando un uso o consumo excesivo haciendo lo que se conoce como desmercadotecnia o contra mercadotecnia (demarketing). A nivel interno, se aplica para hacer un mejor uso de los recursos existentes, en el desarrollo de nuevos

servicios y programas de salud y, para motivar y comprometer a los empleados con la misión y el objetivo de la organización, procurando la mejoría en los aspectos humanos o interpersonales de la calidad. La Mercadotecnia Interna debe entenderse como un “atrayente o incentivador que retiene a unos clientes internos por medio de unos productos-trabajos destinados a satisfacer sus necesidades y apetencias” (Lamata et al., 1994:195). Al respecto es conveniente considerar que una empresa de salud aumenta su capacidad para satisfacer las necesidades y deseos de sus clientes externos (consumidores, usuarios, aseguradoras), si satisface previamente la de sus clientes internos (trabajadores, profesionales).

La Mercadotecnia en salud es un ejercicio profesional y una disciplina administrativa cada vez más tecnificada, cuya esencia radica en que se vincula directamente a la gestión de cualquier institución de salud (clínica, hospital, etc.) y la orienta (March-Cerda et al., 1996). Esta orientación tiene como clave la determinación de las necesidades y valores de la población objetivo (mercado-meta) a fin de conseguir el deseado nivel de satisfacción. Por eso, las actuales empresas de salud son ahora más sensibles a las necesidades, preferencias y expectativas de los usuarios con el fin de satisfacerlas (investigación de mercado); estableciendo estrategias diversas en función de públicos distintos (segmentación de mercado); ofertando un conjunto de actividades que tengan como base a la calidad (marketing mix). y desarrollando una ventaja competitiva (diferenciación, posicionamiento, imagen institucional y merchandising).

Básicamente la calidad de un servicio, tal y como es percibido por los clientes sanitarios tiene dos dimensiones, a saber, una dimensión técnica o de resultado y una dimensión funcional o relacionada con el proceso (Grönroos, 1983; Parasuraman et al., 1985; Lethinen, 1986). La calidad técnica del resultado del proceso productivo del

servicio no es medible con suficiente objetividad por los usuarios debido a su carácter de solución técnica con respecto a un problema de salud y por la asimetría en la información existente entre prestador y prestatario.

La mejora en las interacciones proveedor-usuario se convierte en la base de los programas de calidad.

La principal ventaja competitiva de los servicios de salud radica en su calidad funcional o relacionada con el proceso, afirmación asociada a la prestación de los servicios médicos:

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

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

CONCLUSIONES

Después de considerable tiempo se ha reconocido que el marketing no es una herramienta exclusiva de vendedores. El marketing está intrínsecamente relacionado con los servicios de salud pues es una herramienta que permite determinar las necesidades de demanda y opinión de los usuarios.

Hoy en día las instituciones de salud han tomado conciencia que son empresas de servicios las cuales deben basarse en los conceptos modernos de la administración los cuales tienen como pilar el usuario y la relación coste-beneficio para mantener su viabilidad y desarrollo.

La aplicación del marketing en las empresas de servicios de salud debe estar orientada hacia la misión, objetivos y políticas de calidad de las empresas ya que estas son empresas de servicios.

Se entiende por [servicios](#) a "todas aquellas actividades identificables, intangibles, que son el objeto principal de una operación que se concibe para proporcionar la satisfacción de necesidades de los consumidores." Por tanto se puede deducir que las [empresas](#) de servicios de salud no tienen como meta principal la fabricación de [productos](#) tangibles que los usuarios vayan a poseer permanentemente, por lo tanto, el [servicio](#) es el objeto del [marketing](#), es decir, la empresa está vendiendo el [servicio](#) como núcleo central de su [oferta](#) al [mercado](#).

El marketing es aplicable tanto a empresas públicas como privadas del sector salud, este permite realizar un autodiagnóstico de las empresas y determinar el nivel de posicionamiento que tienen en el mercado.

La investigación de mercados permite a las empresas de salud determinar que es lo que desean sus usuarios y demandas de estas para estar siempre delante de la competencia.

En el caso de los servicios de salud, la estrategia de servicios tiene como finalidad ofrecer al usuario una oferta diferenciada con la que se crea un valor agregado al servicio prestado.

La calidad del servicio nos permite obtener una percepción de la satisfacción del usuario pero no nos garantiza fidelidad por parte de este.

La implementación de un sistema de Gestión de Calidad es una decisión estratégica de la Institución en donde se planea, se actúa, se verifica la eficacia del sistema guiado al mejoramiento continuo basado procesos, para lograr la satisfacción de los clientes y usuarios, mediante el cumplimiento de requisitos.

Por las características de la prestación de Servicios de salud, el Marketing Mix debe estar orientado a reducir la variabilidad del servicio y a disminuir las brechas entre las expectativas del usuario y la calidad del Servicio Percibido.

BIBLIOGRAFIA

1. Por Rafael Muñiz González, Marketing en el siglo XXI, www.marketing-xxi.com
2. Por Rafael Muñiz González, Marketing en el siglo XXI, www.marketing-xxi.com
3. GRÖNOS CH. El imperativo del sector servicios: la nueva competencia que plantea la economía de servicios. En: marketing y gestión. Ed. Díaz de Santos, S.A. Madrid, 1994. 1-24.
4. ARTELLS JJ. Economía de la Salud. Curso de Economía de la Salud. Servicio Regional de Salud. Pamplona 1985.
5. TANSIK DA. The Effects os Customer Induced Uncertainly on the Design of Service Systems. Informe de investigación presentado en la Academy of Management Nacional Meeting. Anaheim, California. Agosto, 1988.
6. KOTLER PH. Marketing Management. Prentice Hall. Englewood Cliffs., N., 1988:193.
7. GRANDE ESTEBAN I. Capitulo VII. En: Marketing de los servicios. ESIC. Madrid, 1996: 168-197.
8. ARROW KJ. La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas. ICE. Junio, 1981:27-50.
9. GRÖNOS CH. Gestión de Marketing o gestión orientada al mercadeo. En: Marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 123-150.
10. BERRY LL. Big Ideas in Services Marketing. J Comsumer Marketing. Primavera de 1986: 49.
11. WILLIAN H. Serivice Companies: Focus of Falter. Harvard Business Review. Julio-Agosto 1989: 77-85.
12. CORELLA JM. Los servicios de salud en el marco de los esquemas económicos. En: La Gestión de servicios de salud. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1996: 25-81.

13. DE VAL I. La estrategia. En: Organización: acción y efecto. ESIC. Madrid, 1997: 241-251.
14. GRÖNOS CH. La estrategia de servicios y posprincipios de su gestión. En: marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 91.
15. GRÖNOS CH. La estrategia de servicios y posprincipios de su gestión. En: marketing y gestión de servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 91.-121.
16. GRADE ESTEBAN I. Marketing de los Servicios. ESIC. Madrid, 1996:255.
17. NORMANN R. Service Management. Ed. Jhon Wiley. New Cork, 1984.
18. GRÖNOS CH. Gestión Total de la comunicación de Marketing y la Imagen. En: Marketing y Gestión de Servicios. Ed. Díaz de Santos S.A. Madrid, 1994: 151-168.
19. GEORGE WR, BERRY LL. Guidelines for the Advertising of Service. Business Horizons. Julio-Agosto, 1981.
20. GRADE ESTEBAN I. Capitulo XII. En: Marketing de los Servicios. ESIC. Madrid, 1996:266-300.
21. Revista de la Facultad de Medicina Humana Universidad Ricardo Palma 2005; 5 (1.) : 37-40.